

*Kurzintervention und
motivierende Gesprächsführung*

– Workshop –

**19. - 21. September 2000
Schöppingen**

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	5
Die Bedeutung von Kurzinterventionen für die Suchthilfe	7
Dr. Hans-Jürgen Rumpf, Lübeck	
Motivational Interviewing - Motivierende Gesprächsführung Grundlagen, Prinzipien und Strategien	17
Georg Kremer, Bielefeld	
Kurzinterventionen bei Patient/innen mit Alkoholproblemen - ein Erfahrungsbericht	45
Georg Kremer, Bielefeld	
Kurzintervention in der gynäkologischen Praxis: Schwangerschaft und Rauchen	63
Peter Lang, Bremen	
Voraussetzungen der Implementierung effektiver Kurzinterventionen	79
Dr. Ralf Demmel, Münster	
Motivational Interviewing: Lifestyle oder Feigenblatt?	85
Dr. Ralf Demmel, Münster	
Arbeitsgruppenprotokolle	89
Norbert Beuchel-Wagner/Elke Landeskroener	

Vorwort

Auch 10 Jahre nachdem WIENBERG den Fokus auf die „vergessene Mehrheit“ der Suchtkranken gelenkt hat, nimmt lediglich eine Minderheit aller Substanzabhängigen die Angebote des professionellen Suchthilfesystems in Anspruch. Neue Wege, neue Ansätze und Initiativen sind erforderlich, um eine größere Veränderungs- und Behandlungsbereitschaft zu erreichen. Die Möglichkeiten verschiedener Kurzinterventionen hierzu werden bereits seit Mitte der 80er Jahre in Großbritannien und den Vereinigten Staaten erprobt. Hierzulande erfährt zurzeit das von Miller und Rollnick entwickelte Motivational Interviewing besondere Beachtung. Im Curriculum „Suchtmedizinische Grundversorgung“ der Bundesärztekammer ist es fester Bestandteil.

Im Workshop "Kurzintervention und motivierende Gesprächsführung" gaben wir den Teilnehmerinnen und Teilnehmern zunächst einen Überblick über bereits bestehende Erfahrungen mit Kurzinterventionen aus unterschiedlichen Bereichen der Suchtarbeit. Aus den Beiträgen wurde deutlich, dass bereits Interventionen von nur 3 Minuten wirksam sein können. Der zweite Tag war dem Kennenlernen der Methode des Motivational Interviewing (nach Miller und Rollnick) vorbehalten.

Im dritten und letzten Teil der Veranstaltung erfolgte eine kritische Einschätzung der Anwendungsmöglichkeiten des Motivational Interviewings sowie Überlegungen zur Integration motivierender Kurzinterventionen in den Arbeitsalltag der Anwesenden.

Im vorliegenden Band 27 der Reihe „Forum Sucht“ sind die Beiträge der Veranstaltung zusammen gestellt. Sie geben einen guten Überblick über die derzeitige Fachdiskussion zum Thema. Wir wünschen Ihnen eine anregende Lektüre und Unterstützung für Ihren Arbeitsalltag.

Dr. Wolfgang Pittrich
Landesrat

Wolfgang Rometsch
Leiter der Koordinationsstelle

Doris Sarrazin
Fort- und Weiterbildung

Die Bedeutung von Kurzinterventionen für die Suchthilfe

Dr. Hans-Jürgen Rumpf

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der
Medizinischen Universität zu Lübeck
Forschungsgruppe S:TEP (Substanzmissbrauch:
Therapie, Epidemiologie und Prävention)
Ratzeburger Allee 160
23538 Lübeck

Inhalt

I. Empirische Begründung der Bedeutsamkeit von Kurzinterventionen für die Versorgung

- 1. Remissionen ohne formelle Hilfe**
- 2. Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfe**
- 3. Erreichbarkeit in der medizinischen Basisversorgung**

II. Wirksamkeit von Kurzinterventionen

III. Neue Ansätze

IV. Versorgungsmodelle und Ausblick

Literatur

I. Empirische Begründung der Bedeutsamkeit von Kurzinterventionen für die Versorgung

Drei Gründe belegen die Bedeutung von Kurzinterventionen für das Versorgungssystem:

1. Das häufige Vorkommen von Remissionen ohne formelle Hilfen,
2. Die geringe Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen bei Alkoholabhängigen, -missbrauchern und Risikokonsumenten und
3. Die Erreichbarkeit von Personen mit problematischem Alkoholkonsum in der medizinischen Basisversorgung und über andere Zugangswege, einschließlich neuer Medien wie Internet.

1. Remissionen ohne formelle Hilfen

Epidemiologische Studien haben gezeigt, dass der überwiegende Anteil der Personen mit einer Alkoholabhängigkeit oder problematischem Alkoholkonsum ohne die Inanspruchnahme von formellen Hilfen (z.B. ambulante oder stationäre Therapie, Selbsthilfegruppe, Beratung) das Alkoholproblem überwindet. In zwei kanadischen Studien an der Allgemeinbevölkerung ergaben sich Raten für die Remission ohne formelle Hilfe von 75% und 77% für Personen mit Alkoholproblemen (SOBELL, CUNNINGHAM & SOBELL, 1996). In dieser Studie wurde jedoch keine kriterienorientierte Definition von Alkoholabhängigkeit oder -missbrauch benutzt. Aber auch bei restriktiverer Definition der Zielgruppe zeigt sich, dass die Mehr-

heit der Alkoholabhängigen ohne formelle Hilfe remittiert. Zahlen hierfür liefert eine repräsentative Bevölkerungsstudie aus Lübeck und angrenzenden Gemeinden. Dabei hatten 66,3% derjenigen, die eine Lebenszeit-Alkoholabhängigkeit nach DSM-IV (SASS, WITTCHEN & ZAUDIG, 1996) aufwiesen, im letzten Jahr die Kriterien für diese Störung nicht mehr erfüllt und dabei keine Hilfe in Anspruch genommen (RUMPF, MEYER, HAPKE, BISCHOF & JOHN, 2000). Zu einer ähnlichen Rate kommt eine große Untersuchung an über 40.000 Personen aus den USA (DAWSON, 1996). Aus der Tatsache, dass die Mehrzahl von Personen mit Alkoholproblemen keine Hilfe aus dem Suchtversorgungssystem benötigt, um zu einer Lösung der Probleme zu gelangen, lässt sich der Schluss ziehen, dass eine Förderung solcher Prozesse der "Selbstbewältigung" mit relativ einfachen und kurzen Interventionen möglich erscheint. Entsprechende Interventionen wurden aus diesen Befunden abgeleitet (SOBELL et al., 1996b). Ein wirksames Element solcher Interventionen basiert auf der Erkenntnis, dass ein kognitiver Bewertungsprozess des Konsums und seiner Konsequenzen stattfindet, bevor es zu einer Remission kommt (SOBELL et al., 1993; KLINGEMANN, 1991). Hier finden sich Ähnlichkeiten zu einer Theorie der Entscheidungsfindung, derzufolge Vor- und Nachteile bewertet und abgewogen werden (JANIS & MANN, 1968). Die abgeleiteten Interventionen beinhalten beispielsweise ein normatives Feedback, welches es ermöglicht, das eigene Trinkverhalten in Beziehung zu dem Konsum der Allgemeinbevölkerung sowie zu möglichen Risiken zu setzen. Ähnliche Interventionen, die die Entscheidungsbalance

beinhalten, finden sich auch in der Motivierenden Gesprächsführung (MILLER & ROLLINCK, 1999).

2. Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfe

Sowohl internationale als auch nationale Daten zeigen, dass nur ein geringer Teil der Alkoholabhängigen oder Alkoholmissbraucher suchtspezifische Hilfe in Anspruch nimmt (DAWSON, 1996; GRANT, 1996; RUMPF et al., 2000). In einer repräsentativen Bevölkerungsstudie aus Norddeutschland zeigte sich, dass eine verschwindend kleine Gruppe der Alkoholmissbraucher angab, jemals Hilfe in Anspruch genommen zu haben; die häufigste Nennung waren 5,4% Beratungen durch einen Arzt (RUMPF et al., 2000). Bei alkoholabhängigen Personen lag die Inanspruchnahme von irgendeiner Hilfe bei 59,5%. Weitere 13,7% hatten nur geringfügigen Kontakt zum Suchthilfesystem und 26,8% zeigten darüber hinausgehende Inanspruchnahme. Die Daten zeigen, dass nur geringfügige Inanspruchnahmeraten vorhanden sind, somit also durch das bestehende Suchtversorgungssystem der überwiegende Teil der Betroffenen nicht erreicht wird. Der Einsatz von Kurzinterventionen mit niedrighem Charakter könnte hier Abhilfe schaffen.

3. Erreichbarkeit in der medizinischen Basisversorgung

In Einrichtungen der medizinischen Basisversorgung (dazu gehören vor allem Hausärzte und Allgemeinkrankenhäuser) sind die Prävalenzraten für

Alkoholabhängigkeit und -missbrauch deutlich erhöht (vgl. JOHN et al., 1996). Diese Aggregation von substanzbezogenen Störungen ist begründet durch die alkoholbezogenen Folgeerkrankungen (GERKE, HAPKE, RUMPF & JOHN, 1997). Darüber hinaus lässt sich auch zeigen, dass ein großer Prozentsatz der Alkoholabhängigen und der Alkoholmissbraucher zum medizinischen Versorgungssystem mindestens ein Mal pro Jahr Kontakt hat. So wiesen 80% der Alkoholabhängigen im letzten Jahr vor Befragung mindestens einen Kontakt zum Hausarzt, praktischen Arzt oder Internisten auf, 24,5% mindestens einen Krankenhausaufenthalt und insgesamt 92,7% irgendeinen Kontakt zu einem niedergelassenen Arzt oder Krankenhaus (RUMPF et al., 2000). Bei Alkoholmissbrauchern waren die Raten für die einzelnen Bereiche etwas geringer, insgesamt war jedoch die Erreichbarkeit mit 95,3% erneut sehr hoch. Aus den Daten lässt sich schlussfolgern, dass Personen mit alkoholbezogenen Störungen in der medizinischen Basisversorgung gut zu erreichen sind. Hier könnten Kurzinterventionen als geeignete Maßnahmen für eine deutliche Verbesserung der Versorgungssituation genutzt werden.

Neben der medizinischen Basisversorgung sind weitere Zugangswege denkbar; hierzu gehören der Arbeitsplatz und Institutionen wie Sozialamt oder Arbeitsamt. Aber auch das Internet stellt einen günstigen Zugang zu einer breiten Gruppe von Personen her.

II Wirksamkeit von Kurzinterventionen

In Anlehnung an Maßnahmen bei anderen gesundheitlich gefährdenden Verhaltensweisen wie Tabakrauchen oder ungesundem Essverhalten erfordern Kurzinterventionen für alkoholbezogene Störungen einen geringen Aufwand und zielen auf eine Verhaltensänderung im Sinne von Gesundheitsförderung ab (BABOR, RITSON & HODGSON 1986). Dabei geht es um Interventionen von unterschiedlicher Länge und Form. Diese können unterteilt werden in schriftliche Information, Ratschlag, Kurzberatung (Dauer bis zu 1 Stunde) und Beratung (Dauer über 1 Stunde) sowie Behandlung (JOHN, 1994). Kurzinterventionen werden am häufigsten in Bereichen der medizinischen Basisversorgung, also in Krankenhäusern und Arztpraxen, eingesetzt (vgl. JOHN, HAPKE, RUMPF, HILL & DILLING, 1996). Für die Wirksamkeit solcher Maßnahmen liegt eine Reihe von Untersuchungen vor (Übersicht z.B. BIEN, MILLER & TONIGAN, 1993).

Bereits Interventionen von minimalem Aufwand, wie das Aushändigen einer Informationsbroschüre oder eines Selbsthilfemanuals zeigen Effekte bei Katamnesen (HEATHER, ROBERTSON, MACPHERSON, ALLSOP & FULTON, 1987; MILLER & TAYLOR, 1980). Ratschläge können mit einem Feedback gekoppelt sein wie bei der schwedischen Studie von KRISTONSON, OHLIN, HULTON-NOSSLIN, TRELL & HOOD (1983). Dabei konnte gezeigt werden, dass über eine regelmäßige Rückmeldung eines Blutwertes, der Gamma-Glutamyl-Transferase (GGT), bereits ein deutlicher Interventionserfolg zu verzeichnen war. Bei der

Versuchsgruppe wurden monatlich Blutkontrollen und vierteljährliche Arztkontakte durchgeführt. Verglichen mit der randomisierten Kontrollgruppe, die nur einmal schriftlich über die erhöhten Blutwerte und eine erneute Kontrolle nach zwei Jahren informiert wurde, waren die Patienten bei Nachuntersuchungen seltener krankgeschrieben, hatten ein geringeres Ausmaß an Krankenhausaufenthalten und eine geringere Mortalität. Bei beiden Gruppen war eine Abnahme der GGT-Werte zu verzeichnen.

Einfache Maßnahmen wie gesundheitliche Warnungen des Arztes können auch bei späteren Behandlungen positive Effekte zeigen, wofür Daten einer Studie von WALSH et al. (1992) sprechen. Im Rahmen einer betrieblichen Maßnahme zur Identifizierung und Weiterverweisung von Mitarbeitern mit Alkoholproblemen zu drei Behandlungsmodalitäten wurden die Probanden befragt, ob sie vorher Kontakt zu einem Arzt gehabt hätten und ob dieser sie gewarnt habe, dass der Alkoholkonsum ihre Gesundheit schädige. 74% von 200 Teilnehmern der Studie gaben an, Kontakt zu einem Arzt gehabt zu haben. 22% derjenigen, die einen Arzt aufsuchten, berichteten, der Arzt habe eine gesundheitliche Warnung bzgl. des Alkoholkonsums ausgesprochen. In der Nachuntersuchung nach 24 Monaten zeigte sich eine signifikant höhere Abstinenzrate für die Gruppe, die diesen Hinweis vom Arzt erhalten hatte. In einer Studie in Arztpraxen konnten insgesamt 723 Personen entweder einer Kurzberatung durch den Arzt oder einer Kontrollbedingung (Broschüre zur allgemeinen Gesundheit) zugewiesen werden (FLEMING, BARRY, MANWELL, JOHNSON & LONDON, 1997). Bei einer 12-Mo-

nats-Nachuntersuchung konnte gezeigt werden, dass in der Gruppe mit 10 - 15-minütiger Beratung durch den Arzt eine bedeutsam höhere Abnahme der Trinkmenge sowie eine Verringerung der Hospitalisierung zu verzeichnen war.

Nicht in allen Studien zeigte sich ein bedeutsamer Effekt von Kurzinterventionen. Eine weitere Studie in Arztpraxen ergab zwar eine Trinkmengenreduktion nach 6 Monaten, jedoch nicht nach 12 Monaten (RICHMOND, HEATHER, WODAK, KEHOE & WEBSTER, 1995). Allerdings hatten sich bei der 1-Jahres Katamnese die negativen sozialen Konsequenzen des Alkoholkonsums im Vergleich zur Kontrollgruppe verringert. Diese Studie, die ein naturalistischeres Design aufwies als vergleichbare Untersuchungen, zeigt, dass hinsichtlich der Implementierung von Interventionen und der Auswahl der jeweils geeignetsten Form noch Forschungsbedarf besteht. So kommt eine Metaanalyse von POIKOLAINEN (1999) zu dem Ergebnis, dass ein gesicherter Effekt bei aufwendigeren Interventionen und weiblichen Probanden gesichert werden konnte. Obgleich eine Abnahme der Trinkmenge in ähnlicher Höhe auch bei Männern vorlag, wurde der Effekt aufgrund mangelnder statistischer Homogenität nicht bedeutsam.

Neben Untersuchungen in Arztpraxen liegen auch Studien aus Allgemeinkrankenhäusern zur Effektivität von Kurzinterventionen vor (z.B. HEATHER, ROLLINCK, BELL & RICHMOND, 1996). Eine Studie an einem Lübecker Allgemeinkrankenhaus ergab neben einer Trinkmengenreduktion vor allem eine Erhöhung der Inanspruchnahmeraten beim Vergleich der 12-Monats Zeiträume vor und nach

Beratung im Krankenhaus (HAPKE, RUMPF & JOHN, 1998).

III. Neue Ansätze

Ein entscheidender Aspekt zur Nutzung von Kurzinterventionen ist die Motivation zur Verhaltensänderung. Dabei ist es notwendig, dass die Maßnahmen der jeweiligen Änderungsmotivation angepasst sind. Ein grundlegendes Modell dazu ist das Transtheoretische Modell der Motivation zur Verhaltensänderung von PROCHASKA und DICLEMENTE (KELLER, VELICER & PROCHASKA, 1999; PROCHASKA & DICLEMENTE, 1986). Das Modell beinhaltet Stadien der Änderungsbereitschaft, die charakterisieren, welche Änderungsmotivation bei Personen vorhanden ist. Im Stadium der **Absichtslosigkeit** gibt es noch keine kognitive Auseinandersetzung mit dem Problemverhalten. Im Stadium der **Absichtsbildung** findet eine Auseinandersetzung statt, die jedoch noch nicht zur konkreten Verhaltensänderung führt, da Ambivalenz vorherrscht. Im Stadium der **Vorbereitung** werden schließlich konkrete Handlungen antizipiert, die dann im **Handlungsstadium** umgesetzt werden. Es folgt das **Aufrechterhaltungsstadium**, in dem das neue Verhalten (z.B. weniger oder gar keinen Alkohol mehr zu trinken) beibehalten wird. Zu diesen Stadien der Änderungsbereitschaft gehören 10 Prozesse der Änderung, die es ermöglichen; von einem Stadium zum nächsten voranzuschreiten und schließlich zu der tatsächlichen Verhaltensänderung zu gelangen. Dabei sind in den frühen Stadien auf das Erleben bezogene Prozesse (z.B. Erhöhung des Problembewusstseins) von höherer

Bedeutung als verhaltensbezogene Prozesse (z.B. Belohnung des gewünschten Verhaltens), die in späteren Stadien an Bedeutung gewinnen (PERZ, DICLEMENTE & CARBONARI, 1996). Die Stadien und Prozesse der Änderung ermöglichen es, Interventionen auf die jeweilige Motivationslage des Betroffenen zuzuschneiden. Hiervon wird z.B. in der motivierenden Gesprächsführung Gebrauch gemacht (HAPKE, RUMPF, SCHUMANN & JOHN, 1999; MILLER & ROLLINCK 1999). Die aus dem Modell der Änderungsbereitschaft abgeleiteten Interventionen können jedoch auch kostengünstig im Rahmen eines computerisierten Expertensystems genutzt werden. Beispiele für wirksame Expertensysteme mit individualisierten Rückmeldungen gibt es für den Bereich des Rauchens (PROCHASKA, DICLEMENTE, VELICER & ROSSI, 1993; VELICER, PROCHASKA, FAVA, LAFORGE & ROSSI, 1999).

IV. Versorgungsmodelle und Ausblick

Kurzinterventionen sind ein geeignetes Mittel, die Versorgungssituation für Menschen mit alkoholbezogenen Problemen deutlich zu verbessern. Zur Wirksamkeit solcher Maßnahmen liegt genügend wissenschaftliche Evidenz vor. In der Mehrzahl der Studien sind Kurzinterventionen für Personen eingesetzt worden, die einen riskanten Alkoholkonsum betrieben, Alkoholmissbrauch oder leichte Formen der Alkoholabhängigkeit hatten. Dabei wird riskanter Alkoholkonsum aufgrund von Trinkmengen und -häufigkeiten definiert, z.B. 20 gr. Reinalkohol täglich bei Frauen, 30 gr. bei Männern. Interventionen von geringem Aufwand

spielen also insbesondere für die bislang kaum versorgte Gruppe der noch nicht schwer Abhängigen eine wichtige Rolle; jedoch auch bei Personen mit fortgeschrittener Abhängigkeit kann durch Kurzinterventionen eine Motivierung zur Inanspruchnahme weitergehender Hilfen ermöglicht werden.

Es ist jedoch noch weitestgehend unklar, in welcher Weise die Intervention in ihrer Aufwendigkeit auf die jeweilige Konstellation von Schwere des Problems, Änderungsmotivation und weiteren bedeutsamen Faktoren (z.B. soziale Ressourcen) abgestimmt werden kann. Ein mögliches Konzept hierfür bietet der Ansatz gestufter Versorgung (Stepped-Care), wonach die Maßnahme mit dem geringsten Aufwand als erstes eingesetzt wird und bei fehlendem Erfolg eine intensivere Maßnahme folgt (vgl. DRUMMOND, 1997). Kurzinterventionen sollten jedoch nicht ein Ersatz für hochwirksame aufwendige Maßnahmen (z.B. stationäre Therapie, Entwöhnungsbehandlung) sein, wenn diese aufgrund der Klientencharakteristika notwendig sind. Das ist z.B. der Fall, wenn eine Komorbidität mit einer anderen Störung besteht oder bereits Maßnahmen mit geringerer Intensität zu keiner Verhaltensänderung geführt haben.

Die Suchtversorgung könnte durch die Übernahme eines Stepped-Care Ansatzes eine deutliche Effizienzsteigerung erfahren. Ansatzpunkte bieten sich hierfür insbesondere in der medizinischen Basisversorgung. Dazu ist es notwendig, dass in den entsprechenden Einrichtungen standardisierte Routinescreenings durchgeführt werden, um Personen mit alkoholbezogenen Störungen oder riskantem Alkoholkonsum zu identifizieren. Ein im internationalen Vergleich beson-

ders ökonomisches und sensitives Verfahren hierfür liegt mit dem LÜBECKER Alkoholabhängigkeits- und -missbrauch Screening Test vor (LAST; RUMPF, HAPKE, HILL & JOHN, 1997). Dieses Verfahren ist insbesondere zur Identifizierung von Personen mit Alkoholabhängigkeit und -missbrauch geeignet. Ist der Befund negativ und soll darüber hinaus eine Entdeckung von Personen mit riskantem Alkoholkonsum erfolgen, bietet sich in einem weiteren Schritt als anschließendes Verfahren der AUDIT-C an (Alcohol Use Disorders Identification Test - Consumption Questions; BUSH, KIVLAHAN, McDONELL FIHN & BRADLEY, 1998). Die sich an das Screening anschließenden Maßnahmen sollten die Stadien der Änderungsbereitschaft als die Intervention bestimmende Voraussetzung berücksichtigen. Für die Zukunft scheinen insbesondere kostengünstige automatisierte Interventionen in Form von Expertensystemen eine nützliche Ergänzung.

Neben diesen neuen Zugangswegen zu Personen mit Alkoholproblemen kann die Kurzintervention innerhalb der klassischen Suchtkrankenversorgung einen wichtigen Platz einnehmen. Diese würde ermöglichen, den Fokus der entsprechenden Einrichtungen zu erweitern. Insbesondere ein gestufter Versorgungsansatz kann die Arbeit in der Suchthilfe deutlich optimieren und Kapazitäten zur Ausweitung der Tätigkeitsfelder – z. B. durch Liaisondienste mit medizinischen Einrichtungen oder anderen Institutionen, die neue Zugangswege darstellen.

Literatur

BABOR, T. F., RITSON, E. B. & HODGSON, R. J. (1986). Alcohol-related problems in the primary health care setting: A review of early intervention strategies. *British Journal of Addiction*, 81; 23-46.

BIEN, T. H., MILLER, W. R. & TONIGAN, J. S. (1993). Brief interventions for alcohol problems: A review. *Addiction*, 88; 315-336.

BUSH, K., KIVLAHAN, D. R., McDONELL, M. B., FIHN, S. D. & BRADLEY, K. A. (1998). The AUDIT Alcohol Consumption Questions (AUDIT-C). An effective brief screening test for problem drinking. *Archives of Internal Medicine*, 158; 1789-1795.

DAWSON, D. A. (1996). Correlates of past-year status among treated and untreated persons with former alcohol dependence: United States, 1992. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 20; 771-9.

DRUMMOND, D. C. (1997). Alcohol interventions: do the best things come in small packages? *Addiction*, 92; 375-379.

FLEMING, M. F., BARRY, K. L., MANWELL, L. B., JOHNSON, K. & London, R. (1997). Brief physician advice for problem alcohol drinkers. A randomized controlled trial in community-based primary care practices. *JAMA*, 277; 1039-1045.

GERKE, P., HAPKE, U., RUMPF, H.-J. & JOHN, U. (1997). Alcohol-related diseases in general hospital patients. *Alcohol & Alcoholism*, 32; 179-184.

GRANT, B. F. (1996). Toward an alcohol treatment model: a comparison of treated and untreated respondents with DSM-IV alcohol use disorders in the general population. *Alcoholism*:

Clinical and Experimental Research, 20; 372-378.

HAPKE, U., RUMPF, H.-J. & JOHN, U. (1998). Differences between hospital patients with alcohol problems referred for counselling by physicians routine clinical practice versus screening questionnaires. *Addiction*, 93; 1777-1785.

HAPKE, U., RUMPF, H.-J., SCHUMANN, A. & JOHN, U. (1999). Motivationale Beratung von Menschen mit problematischem Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenkonsum auf Basis des TTM. In S. KELLER (Ed.), *Motivation zur Verhaltensänderung - Das Transtheoretische Modell in Forschung und Praxis*. Freiburg: Lambertus.

HEATHER, N., ROBERTSON, I., MACPHERSON, B., ALLSOP, S. & FULTON, A. (1987). Effectiveness of a controlled self-help manual: one year follow-up results. *British Journal of Clinical Psychology*, 26; 279-287.

HEATHER, N., ROLLNICK, S., BELL, A. & RICHMOND, R. (1996). Effects of brief counselling among male heavy drinkers identified on general hospital wards. *Drug and Alcohol Review*, 1; 29-38.

JANIS, I. & MANN, L. (1968). A conflict theory approach to attitude change and decision making. In A. GREENWALD, T. BROCK, & T. OSTROM (Hrsg.), *Psychological foundations of attitudes*. New York: Academic Press.

JOHN, U. (1994). Ansätze zur Sekundärprävention der Alkoholabhängigkeit im Rahmen der medizinischen Behandlung. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 3; 99-105.

JOHN, U., HAPKE, U., RUMPF, H.-J., HILL, A. & DILLING, H. (1996). Prävalenz und Sekundärprävention von Al-

koholmissbrauch und -abhängigkeit in der medizinischen Versorgung Baden-Baden: Nomos Verlags-Gesellschaft.

KELLER, S., VELICER, W. F. & PROCHASKA, J. O. (1999). Das Transtheoretische Modell - Eine Übersicht. In S. Keller (Ed.), *Motivation zur Verhaltensänderung - Das Transtheoretische Modell in Forschung und Praxis*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

KLINGEMANN, H. K. (1991). The motivation for change from problem alcohol and heroin use. *British Journal of Addiction*, 86; 727-744.

KRISTENSON, H., OHLIN, H., HULTEN-NOSSLIN, M. B., TRELL, E. & HOOD, B. (1983). Identification and intervention of heavy drinking in middle-aged men: results and follow-up of 24-60 month of long-term study with randomized controls. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 7; 203-209.

MILLER, W. R. & ROLLNICK, S. (Hrsg.). (1999). *Motivierende Gesprächsführung: Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen*. Freiburg: Lambertus.

MILLER, W. R. & TAYLOR, C. A. (1980). Relative effectiveness of bibliotherapy, individual and group self-control training in the treatment of problem drinkers. *Addictive Behaviors*, 5; 13-24.

PERZ, C. A., DICLEMENTE, C. C. & CARBONARI, J. P. (1996). Doing the right thing at the right time? The interaction of stages and processes of change in successful smoking cessation. *Health Psychology*, 15; 462-468. POIKOLAINEN, K. (1999). Effectiveness of brief interventions to reduce alcohol intake in primary health care populations: a meta-analysis. *Preventive Medicine*, 28; 503-509.

PROCHASKA, J. O. & DICLEMENTE, C. C. (1986). Toward a comprehensive model of change. In W. R. MILLER & N. HEATHER (Hrsg.), *Treating addictive behaviors: Processes of change* (pp. 3-27). New York: Plenum Press.

PROCHASKA, J. O., DICLEMENTE, C. C., VELICER, W. F. & ROSSI, J. S. (1993). Standardized, individualized, interactive, and personalized self-help programs for smoking cessation. *Health Psychology*, 12; 399-405.

RICHMOND, R., HEATHER, N., WODAK, A., KEHOE, L. & WEBSTER, I. (1995). Controlled evaluation of a general practice-based brief intervention for excessive drinking. *Addiction*, 90; 119-132.

RUMPF, H.-J., HAPKE, U., HILL, A. & JOHN, U. (1997). Development of a screening questionnaire for the general hospital and general practices. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 21; 894-898.

RUMPF, H.-J., MEYER, C., HAPKE, U., BISCHOF, G. & JOHN, U. (2000). Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen von Alkoholabhängigen und -missbrauchern: Ergebnisse der TACOS Bevölkerungsstudie. *Sucht*, 46, 9-17.

SASS, H., WITTCHEN, H.-U. & ZAUDIG, M. (1996). Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV. Göttingen: Hogrefe.

SOBELL, L. C., CUNNINGHAM, J. A. & SOBELL, M. B. (1996a). Recovery from alcohol problems with and without treatment: Prevalence in two population surveys. *American Journal of Public Health*, 7; 966-972.

SOBELL, L. C., CUNNINGHAM, J. A., SOBELL, M. B., AGRAWAL, S., GAVIN, D. R., LEO, G. I. & SINGH, K. N. (1996b). Fostering self-change

among problem drinkers: a proactive community intervention. *Addictive Behaviors*, 21; 817-833.

SOBELL, L. C., SOBELL, M. B., TONEATTO, T. & LEO, G. I. (1993). What triggers the resolution of alcohol problems without treatment? *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 17; 217-224.

VELICER, W. F., PROCHASKA, J. O., FAVA, J. L., LAForge, R. G. & ROSSI, J. S. (1999). Interactive versus noninteractive interventions and dose-response relationships for stage-matched smoking cessation programs in a managed care setting. *Health Psychology*, 1; 21-28.

WALSH, D. C., HINGSON, R. W., MERRIGAN, D. M., LEVENSON, S. M., COFFMANN, G. A., HEEREN, T. & CUPPLES, A. (1992). The impact of a physician's warning on recovery after alcoholism treatment. *Journal of the American Medical Association*, 267; 663-667.

Hinweis:

Dieses Manuskript enthält Teile eines Buchbeitrages, der demnächst unter folgendem Titel erscheint:

RUMPF, H.-J., HAPKE, U., BISCHOF, G., MEYER, C. & JOHN, U. (im Druck). Kurzinterventionen bei alkoholbezogenen Störungen. In: *Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren* (Hrsg.) *Individuelle Hilfen für Suchtkranke – Früh erkennen, professionell handeln, effektiv integrieren*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Motivational Interviewing – Motivierende Gesprächsführung – Grundlagen, Prinzipien und Strategien

Georg Kremer

Psychiatrische Klinik Gilead
Bethesdaweg 12
33617 Bielefeld

Inhalt

I. Einführung

II. Das Phänomen der Ambivalenz

III. Grundprinzipien motivierender Gesprächsführung

IV. Strategien zur Förderung der Veränderungsmotivation

V. Strategien zum Umgang mit Widerstand

VI. Strategien zur Einleitung konkreter Veränderungsschritte

VII. Zur Beteiligung von Angehörigen und wichtigen Bezugspersonen

Literatur

I. Einführung

Im Folgenden wird ein Gesprächsführungskonzept vorgestellt, das geeignet erscheint, die Veränderungsmotivation von suchtgefährdeten oder suchtmittelabhängigen Patienten positiv zu beeinflussen. Es basiert im wesentlichen auf dem Konzept "Motivierende Gesprächsführung" ("Motivational Interviewing", deutsch: MILLER W.R. & ROLLNICK, S. 1999) und den konkreten Erfahrungen mit der Umsetzung dieses Konzepts im Rahmen verschiedener Praxisfelder. Im Konzept der "Motivierenden Gesprächsführung" finden sich viele Prinzipien und Strategien wieder, die für die allgemeine und psychotherapeutische Gesprächsführung als notwendig und sinnvoll angesehen werden. Das Besondere dieses Konzepts ist allerdings, dass es konsequent auf den Umgang mit Menschen mit Suchtmittelproblemen zugeschnitten ist und hier konkrete Strategien und Methoden vorhält.

Suchtmittelspezifische Aspekte der Gesprächsführung können nach MILLER & ROLLNICK (ebd.) so gestaltet werden, dass die betroffenen Patientinnen und Patienten möglichst wenig Widerstand aufbauen, sich mit ihrem problematischen Suchtmittelkonsum auseinandersetzen und ein Höchstmaß an Veränderungsbereitschaft entwickeln.

Primärer Fokus der Ausführungen ist der Gesprächskontakt zwischen Therapeut (Pflegerkraft, Ärztin, Psychologe, Sozialarbeiterin usw.) und Patient bzw. Therapeut und Angehörigen. Grundsätzlich ist allerdings zu berücksichtigen, dass die Veränderungsbereitschaft eines Patienten nicht nur durch den direkten Gesprächskontakt mit einem Professionellen, sondern

darüber hinaus auch durch eine Reihe anderer Faktoren beeinflusst wird: durch das Ausmaß körperlicher, seelischer oder sozialer Folgeprobleme, durch das Ausmaß suchtmittelspezifischer Probleme im Freundes- und Bekanntenkreis oder z. B. durch Abstinenz Erfahrungen der Patienten. Aufgabe professioneller Gesprächsführung ist es deshalb, neben der Vermittlung der selbst erhobenen Befunde und der eigenen Eindrücke die im Hinblick auf eine Veränderung des Suchtmittelkonsums "motivationalen" Aspekte des Lebensalltags der Patienten bewusst zu machen und ins rechte Licht zu rücken.

Das vorliegende Kapitel liefert dazu einige grundlegende Informationen. In einem ersten Schritt wird die Bedeutung ambivalenten Erlebens und Verhaltens mit besonderer Berücksichtigung süchtiger Verhaltensweisen diskutiert. Die nächsten vier Kapitel dienen der Darstellung der wesentlichen Grundlagen des Gesprächsführungskonzepts. Einige Ausführungen zum Einbezug wichtiger Bezugspersonen (wie etwa Angehöriger) bilden den Abschluss.

II. Das Phänomen der Ambivalenz

"Dies ist meine letzte Zigarette!"

"Ich werde in Zukunft nur noch Methadon nehmen!"

"Ich brauche den Alkohol nicht mehr!"

Drei Vorsätze, die – viele Leserinnen und Leser werden dies bestätigen – in der Regel nicht eingehalten werden. Im Moment der Aussprache mit vollem Ernst und im Brustton der Überzeugung vertreten, verlieren sie oft schon kurze Zeit später an Kraft: es

wird weiter geraucht, gekokst und getrunken.

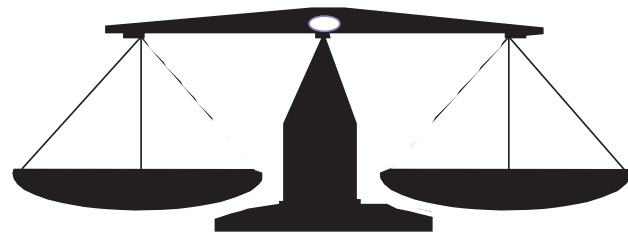
Das Phänomen, das hier angesprochen wird, heißt "Ambivalenz". Der Begriff setzt sich zusammen aus den lateinischen Wörtern *ambi* = beide, *doppelt* und *valere* = stark sein. Wenn wir von Ambivalenz sprechen, sprechen wir von Gedanken, Gefühlen, Empfindungen oder Verhaltensweisen, die einander widersprechen, aber gleichzeitig vorhanden sind. "Zwei Seelen wohnen, ach! in meiner Brust!" klagt Faust. Ambivalenz ist ein Begleiter in allen wichtigen Lebensentscheidungen und häufige Begleitscheinung psychologischer Probleme bzw. Störungen: "Ein Agoraphobiker könnte sagen: 'Ich möchte gern ausgehen, habe aber Angst, dass ich die Kontrolle verlieren könnte.'; ein depressiver und sozial isolierter Patient: 'Ich wäre gern mit Leuten zusammen, aber ich fühle mich unattraktiv.'; ein Patient mit Waschzwang oder Kontrollzwängen versucht immer wieder verzweifelt, Rituale zu vermeiden und fühlt sich gleichzeitig angstvoll dazu getrieben, diese auszuführen" (MILLER & ROLLNICK ebd.). BLEULER (1983) schreibt in seinem Lehrbuch der Psychiatrie: "Schon der Gesunde spürt oft 'zwei Seelen in seiner Brust', er kann die Übernahme einer neuen Arbeit fürchten und doch herbeiwünschen ... Ambivalente Gefühlsbetonungen können vom Gesunden bewältigt werden; aus widersprechenden Wertungen kann er ein Fazit ziehen. Er kann auch lieben, wenn er die Schattenseiten einer Geliebten berücksichtigt ... In der Genese von Neurosen spielt Ambivalenz eine entscheidende Rolle. Vor dem Bewusstsein des Neurotikers mag sich die eine Tendenz durchsetzen, die andere wird ins Unbewusste verdrängt, macht sich

aber aus dem Unbewussten heraus störend geltend."

Im Zusammenhang mit süchtigen Verhaltensweisen ist Ambivalenz ein zentrales Phänomen. Petry (1998) stellt fest, dass " ... die Kernproblematik der Behandlungs- und Veränderungsmotivation in einer konflikthaften Ambivalenz gegenüber der Anforderung zur Loslösung von dem Suchtmittel und der damit verbundenen alternativen Lebensweise zu suchen ist." Die Ursache der Ambivalenz ist dabei nach MILLER & ROLLNICK (ebd.) weder in einer klar umrissenen pathologischen ("süchtigen") Persönlichkeit zu finden noch in charakterlich fehlgeleiteten Abwehrmechanismen (wie z. B. Verleugern, Rationalisieren, Projizieren). Viel eher müsse für den im Hinblick auf den Suchtmittelkonsum bzw. seine Beendigung ambivalenten Menschen das Gefangensein in einem sog. "Annäherungs-Vermeidungs-Konflikt" angenommen werden: er fühle sich hin- und hergerissen zwischen den angenehmen und unangenehmen Folgen des Konsums, zwischen Attraktion und Destruktion, zwischen Weitermachen und Aufhören.

Um diesen Konflikt näher zu beschreiben, führen MILLER & ROLLNICK (ebd.) das Bild einer Waage an, die aus zwei Waagschalen besteht: auf jeder Waagschale befinden sich zwei Arten von Gewichten. In die eine werden die erlebten Vorteile des Konsums und die erwarteten Nachteile einer Änderung geworfen, in die andere die erlebten Nachteile des Konsums und die erwarteten Vorteile einer Änderung. Abb. 1 (nach MILLER & ROLLNICK, ebd.) zeigt dieses Muster am Beispiel des Trinkverhaltens eines alkoholabhängigen Mannes.

ABB. 1: VORTEIL-NACHTEIL-WAAGE



Vorteile des Konsums

Alkohol hilft mir zu entspannen
Habe angenehme Rauscherlebnisse

Nachteile einer Änderung

Weniger Entspannung
Keinen Rausch mehr
Was soll ich den Freunden sagen

Nachteile des Konsums

Gefährde eine Ehe
Bin schlechtes Vorbild für die Kinder
Ruiniere meine Gesundheit
Verschwende Zeit und Geld

Vorteile einer Änderung

Führe glücklichere Ehe
Habe mehr Zeit für die Familie
Habe weniger finanzielle Probleme

Das Erstellen einer solchen Waage - begleitet von Respekt des Therapeuten gegenüber allen vom Patienten geäußerten Aspekten - führt in der Regel zu einer differenzierteren Sichtweise gegenüber dem Suchtmittelkonsum. Diese stellt wiederum die Basis einer stabilen Veränderungsmotivation und einer individuell abgestimmten differenzierten Zielfindung dar. Erster Schritt also im "motivierenden" Umgang mit Suchtmittelproblemen ist die Anerkennung von Ambivalenzen gegenüber einer Änderung des Suchtverhaltens.

Es ist häufig beobachtet worden, dass Menschen, die sich in einem Annäherungs-Vermeidungs-Konflikt befinden, ihre Aufmerksamkeit auf die gegenüberüberwiegende Seite verlagern, sobald sich die Waage zu einer Seite neigt. Bezogen auf Menschen mit Suchtmittelproblemen heißt das, dass sie bei einer Überbetonung einer Seite der Ambivalenz oftmals die andere ins

Spiel bringen. Eine Gesprächsführung, die ausschließlich die negativen Folgen des Suchtmittelkonsums in den Mittelpunkt stellt (z. B. die körperlichen Folgeprobleme), und dabei die subjektiven Vorteile des Konsums vernachlässigt, wird beinahe zwangsläufig den "Widerstand" des Patienten hervorrufen, etwa in der Form: "Sie haben ja recht, aber ..." MILLER & ROLLNICK (ebd.) halten es für nicht hilfreich, einem solchen Patienten eine mangelnde Motivation zu unterstellen, sondern viel eher eine schwankende. Führt man sich einmal vor Augen, wie sensibel und flexibel reale Waagen wie diejenige in Abbildung 1 auf kleinste Gewichtsveränderungen reagieren, dann kann man verstehen, dass Motivation kein statischer Zustand ist, sondern einem ständigem Wechsel unterliegt.

Eine Gesprächsführung, die diese Sichtweise beherzigt, führt zu weniger Kommunikationsproblemen und

Machtkämpfen mit den Patienten. MILLER & ROLLNICK (ebd.) sprechen vom "Ambivalenzmanagement" und vergleichen motivierende Gesprächsführung eher mit einer freundlichen Schachpartie als einem "Frontalangriff auf eine Festung".

BECK u. a. (1997) führen ein Beispiel einer solchen freundlichen Partie an: "Ein Patient könnte z. B. sagen: 'Ich weiß, ich muss immer auf der Hut sein, ich darf die Kontrolle nicht aufgeben, auch wenn die Dinge sich ganz gut entwickeln, denn immer dann werde ich übermütig und denke, ich könnte wieder anfangen, Drogen zu nehmen.' Später bittet derselbe Patient um eine Beendigung der Beratungsgespräche und sagt: 'Alles ist jetzt okay in meinem Leben.' - eine Äußerung, die der Berater als kognitive Vereinfachung und Verzerrung bewertet. Aber anstatt dem Patienten zu sagen, dass er sich selbst belügt, und ihn dann zu drängen, die Therapie weiterzuführen, reagiert er folgendermaßen: 'Ich bin jetzt etwas verwirrt. Sie erzählen mir, dass im Moment alles okay ist und dass Sie die Therapie beenden können. Aber vor einiger Zeit haben Sie mir erzählt - und ich habe das sogar hier aufgeschrieben, weil es mich so beeindruckt hat -, dass Sie gerade in Zeiten wie diesen ganz besonders auf der Hut sein müssten, weil Sie wissen, dass Sie aus Übermut wieder anfangen könnten, Drogen zu nehmen. Das habe ich damals sehr ernst genommen, und ich dachte, dass Sie sich selbst sehr gut kennen. Es sieht so aus, als ob das, was Sie gerade erleben, genau eine solche Situation ist. Wie denken Sie darüber?'"

III. Grundprinzipien motivierender Gesprächsführung

Das Herzstück der motivierenden Gesprächsführung bilden die fünf Grundprinzipien. Eine Anwendung der weiter unten beschriebenen Strategien und "Techniken" motivierender Gesprächsführung ist ohne eine Beachtung der Grundprinzipien nicht denkbar.

Prinzip 1: Empathie ausdrücken

Empathie, d. h. die Bereitschaft und Fähigkeit, sich in die Einstellungen anderer Menschen einzufühlen, kann als das wesentliche Charakteristikum motivierender Gesprächsführung angesehen werden. Empathie meint, die Gefühle, Sichtweisen und Standpunkte der Patienten zu verstehen - ohne sie zu bewerten, zu kritisieren oder gar ins Lächerliche zu ziehen. "Verstehen" heißt dabei nicht dasselbe wie "einverstanden sein" oder "billigen". Empathisch sein heißt zu versuchen, die Standpunkte der Klienten so umfassend wie möglich zu begreifen, d.h. insbesondere ambivalente Einstellungen zuzulassen.

Empathisch sein heißt nicht, in der manchmal unstrukturierten und chaotischen Erlebnis- und Gefühlswelt der Patienten mit zu schwimmen. Eine professionelle Empathie verlangt Distanz bei gleichzeitigem Respekt vor der Würde des Gegenübers, oder wie es LUBAN-PLOZZA/LAEDERACH-HOFMANN/KNAAK/DICKHAUT (1998) ausdrückten: "Mitfühlen ja - Mitleiden nein." Empathie muss ernst gemeint sein, sonst verkommt sie zur Karikatur. Empathie als "Technik des

Widerspiegeln“ ist falsch verstandene Empathie.

Verschiedene Untersuchungen im Bereich von Suchterkrankungen haben gezeigt, dass ein Beratungsstil i. S. dessen, was ROGERS in seiner Gesprächspsychotherapie als Empathie vertritt, mehr Erfolg bringt als etwa ein konfrontativ-aggressiver Stil oder ein reines Verhaltenstraining. Empathie und Respekt sind wesentliche Grundlagen eines Arbeitsbündnisses, sie stärken die Selbstachtung der Patienten und ermöglichen es ihnen, in einer autonomen Atmosphäre über Veränderungen ihrer Konsumgewohnheiten nachzudenken.

Prinzip 2: Diskrepanzen entwickeln

Es ist sicherlich nicht das oberste Ziel motivierender Gesprächsführung, den Patienten zu helfen, sich selbst zu akzeptieren und dann alles beim Alten zu lassen. Motivierende Gesprächsführung verfolgt das Ziel, die Veränderungsmotivation der Patienten zu stärken und Wege der Veränderung zu finden. Deshalb ist es nicht sinnvoll, den Patientinnen und Patienten allein die Wahl von Inhalt, Richtung und Tempo des Gesprächs zu überlassen. Vielmehr ist es zum gegebenen Zeitpunkt wichtig, Expertenwissen und (möglicherweise ungemütliche) Realitäten zu vermitteln.

„Diskrepanzen entwickeln“ bedeutet, dazu beizutragen, dass Patienten in ihrer Selbstwahrnehmung Widersprüche oder „Dissonanzen“ entdecken: sie stellen etwa fest, dass ein Unterschied besteht zwischen der gegenwärtigen Situation und dem, was sie früher einmal für sich gehofft hatten oder sich heute für die Zukunft wünschen würden. Sie genießen den Nut-

zen des Substanzkonsums, leiden aber gleichzeitig unter den negativen Konsequenzen. Diskrepanzen können grundsätzlich in allen Lebensbereichen sichtbar werden: Gesundheit, Familie/Partnerschaft/Freunde, Arbeitsplatz, Selbstachtung, persönliche Ziele usw.

Wenn Menschen Hilfe suchen, haben sie in aller Regel eine Diskrepanz wahrgenommen. Aufgabe des Experten ist es, diese Diskrepanz, die der Patient in sich trägt, bewusst zu machen und wenn nötig (und möglich) zu verstärken. Menschen mit Suchtmittelproblemen, die in Arztpraxen und Allgemeinkrankenhäusern behandelt werden, haben häufig keine suchtspezifische Hilfe gesucht. Diagnostische Befunde allerdings, die oftmals in einer sehr aussagekräftigen Form vorliegen, eignen sich in hervorragender Weise, Informationen zu vermitteln, die die Wahrnehmung von Diskrepanzen fördern kann. Wenn dies gelingt, ohne die Abwehrstrategien der Patienten übermäßig zu aktivieren (indem nämlich mit Distanz und Respekt sachlich informiert wird), dann bestehen gute Chancen, dass die Patienten die Gründe für eine Veränderung selbst finden.

Prinzip 3: Beweisführungen vermeiden

Das dritte Grundprinzip basiert auf der Erfahrung, dass Debatten und Streits zwischen Behandlern und Patienten, die eher an Gerichtsverhandlungen erinnern denn an Krankenbehandlung, im Hinblick auf die Förderung von Veränderungsmotivation uneffektiv sind: die Wahrscheinlichkeit, dass jemand nicht in eine bestimmte Richtung geht, steigt, je mehr man von außen versucht, ihn dahin zu bringen.

In der Behandlung von Suchtkranken hat sich über viele Jahre die Überzeugung gehalten, dass nur eine stichhaltige, unerschütterliche und aggressiv vorgetragene Konfrontation geeignet ist, den Patienten zu erreichen und ihn zum Umkehren zu bewegen. Heute weiß man, dass das Bedürfnis vieler Therapeuten, ihren Patienten etwas auf den Kopf zuzusagen oder ihnen „mal so richtig den Kopf zu waschen“, zum einen aus einer unangemessenen Zieldefinition resultiert und zum anderen oftmals ein unreflektiertes emotionales Agieren des Arztes nach negativen Übertragungsreaktionen des Patienten darstellt. Dazu WEDLER (1998): „Da der Arzt sich in aller Regel zu kontrollieren bemüht ist, erfolgt das Ausagieren von Emotionen häufig in verdeckter Form. ‚Solche Probleme haben viele, da ist doch nichts Besonderes dran‘ oder gar ‚Solche Probleme habe ich auch!‘ sind typische Beispiele für verdeckte Aggressionen, mit denen der Arzt in seiner Gegenübertragung den Patienten brüsk in dessen Schranken verweist.“

Aggressive Konfrontationen im Zusammenhang mit Substanzkonsum erzeugen in aller Regel Widerstand – oder anders ausgedrückt: aufkommender Widerstand beim Patienten sollte den Behandlern immer ein Zeichen sein, den bisherigen Gesprächsverlauf, konkrete Beratungsstrategien und (offene oder verdeckte) Beratungsziele zu überprüfen. Widerstand ist das Problem des Behandlers – nicht das des Patienten. Dem Patienten dient er in aller Regel als Schutz, oftmals als Schutz vor respektloser Behandlung.

Beweisführungen entwickeln sich häufig, wenn Behandler glauben, nachweisen zu können, dass ein „Problem“ (mit Suchtmitteln) bzw. ein

bestimmtes Ausmaß eines Problems (Abhängigkeit) einwandfrei vorliegt, Patienten allerdings noch nicht so weit sind, diese Festschreibung zu akzeptieren. Für viele Menschen bedeutet es eine schmerzhafteste Selbsteinsicht und soziale Stigmatisierung, ein Problem mit Suchtmitteln zu haben oder gar abhängig zu sein. Hier ist es Aufgabe der Behandler, Empathie und Geduld aufzubringen und kleine Schritte auf dem Weg zur „Einsicht“ zu respektieren. WILKE (1994) schreibt: „Zu frühe diagnostische Einordnungen und therapeutische Maßnahmen verhindern, dass der Kranke sich verstanden fühlt“. Zahlreiche Untersuchungen im Bereich der Behandlung von Menschen mit Alkoholproblemen z. B. haben belegt, dass es im Hinblick auf eine Veränderung von Konsumgewohnheiten nicht notwendig ist, dass jemand sich selbst als „alkoholabhängig“ bezeichnet. Dies muss in manchen Fällen Ziel der Behandlung sein, kann aber nicht zur Voraussetzung erhoben werden.

Prinzip 4: Den Widerstand aufnehmen

Wenn man nicht streitet und Beweise anführt, was soll man dann tun? MILLER & ROLLNICK (ebd.) führen hier ein Prinzip asiatischer Kampfsportarten (z.B. Aikido) ein: einem mit einer bestimmten Kraft vorgetragenen Angriff wird nicht dieselbe oder eine noch größere Kraft entgegengesetzt (wie z. B. beim Boxen), sondern die Kraft des Gegners wird aufgenommen und in eine andere Richtung gelenkt. Man fügt dem Schwung eine leichte Drehung bei, geht einen kleinen Schritt zur Seite und bringt den Gegner so zu Fall. Man lässt ihn dabei nicht ins Leere laufen, sondern bleibt ständig mit

ihm in Kontakt. Der Vergleich sollte nicht überstrapaziert werden, es geht nicht um einen Kampf mit Sieger und Verlierer. Allenfalls muss die eine oder andere - möglicherweise verzerrte - Wahrnehmung des Patienten in Frage gestellt und verändert werden.

Was aber den Umgang mit Widerstand angeht, so lassen sich aus dem Bild verschiedene Leitlinien ableiten:

1. Widerstand ist ein Interaktionsphänomen: er verlangt vom Behandler eine Überprüfung eigener Strategien.
2. Die Kraft des Widerstands kann positiv genutzt werden: Behandler sind weder passiv und erdulend noch aggressiv oder gekränkt, sondern greifen das Widerstandsthema aktiv steuernd auf.
3. Behandler bleiben mit den Patienten im Kontakt.

Widerstand als Ausdruck nicht oder nicht genügend gewürdigter Ambivalenzen ist im Zusammenhang mit Suchtmittelproblemen (jedoch nicht nur dort) ein Dauerthema. Häufig entsteht Widerstand, wenn Behandler den Patienten eine bestimmte Lösung ihrer Probleme präsentieren ("Ich denke, Sie sollten sich mit ihrer Sucht für drei bis vier Monate in einer Fachklinik auseinandersetzen. Lassen Sie sich mal einen Termin in einer Suchtberatungsstelle geben!"), im guten Glauben, dass das doch der beste Weg sei. An dieser Stelle beginnen die Patienten oft, Gründe und Indizien zu präsentieren, warum ihr Suchtproblem vielleicht doch nicht so gravierend ist, oder warum sie gerade jetzt ihren Arbeitsplatz oder ihre Familie für so lange Zeit nicht verlassen können, oder warum eine "Kur" gerade bei ihnen nichts hilft usw. Dies nicht von

vornherein als mangelnde Motivation, sondern als Hinweis auf unberücksichtigte ambivalente Einstellungen aufzufassen, ist die grundlegende Aufgabe der Behandler. Vielleicht ist der vorgeschlagene Veränderungsschritt zu groß oder – obwohl in beider Augen der richtige – zu früh gesetzt. In der motivierenden Gesprächsführung ist es nicht die Aufgabe des Behandlers, Lösungen zu finden und zu verschreiben, sondern dem Patienten dazu zu verhelfen, seine eigenen Lösungen, seine eigenen Antworten zu finden. Ärztinnen und Ärzte sollten sich hier bemühen, den Patienten nicht ihre Sichtweisen aufzudrängen und ihnen ihre eigenen Ziele zu verordnen. Stattdessen sollten sie den Patienten in Anerkennung ihrer Eigenverantwortung sachliche Informationen und neue Perspektiven anbieten. MILLER & ROLLNICK (ebd.): "Widerstand ist kein Grund zur Sorge. Er wird erst dann zu einem Problem, wenn er über mehrere Therapiesitzungen als stabiles Reaktionsmuster des Klienten bestehen bleibt oder gar eskaliert. Darauf aber haben Sie als Berater oder Therapeut einen entscheidenden Einfluss. Wie Sie auf den Widerstand reagieren, das unterscheidet motivierende Gesprächsführung von anderen Konzepten." Im Abschnitt 4 sind einige konkrete Strategien beschrieben, wie Ärztinnen und Ärzte mit aufkommendem Widerstand der Patienten konstruktiv umgehen können.

Prinzip 5: Selbstwirksamkeit fördern

"Selbstwirksamkeit meint das Vertrauen einer Person in die Fähigkeit, eine spezifische Aufgabe erfolgreich lösen zu können" (MILLER & ROLLNICK, ebd.). Der Glaube an die eigenen

Fähigkeiten ist ein zentrales Charakteristikum erfolgreicher Veränderungsversuche in zahlreichen Effektivitätsuntersuchungen von Suchtbehandlungen. Man kann alle Prinzipien berücksichtigen: man war empathisch, hat Diskrepanzen entwickelt, nicht gestritten, man hat den Widerstand aufgenommen - wenn aber der Patient keine Hoffnung auf Erfolg sieht, wenn er auf sich selbst keinen Pfifferling setzt, dann wird eine Veränderung von Konsumgewohnheiten unwahrscheinlich.

Ein grundsätzliches Ziel motivierender Gesprächsführung ist es also, den Glauben des Patienten an sich selbst, sein Selbstvertrauen zu stärken und sich selbst als jemand wahrzunehmen, der mit einer bestimmten Aufgabe und mit den dabei möglicherweise auftretenden Hindernissen fertig wird. Aufgabe von Ärztinnen und Ärzten ist es hier, sich weniger auf Defizite, Schwächen und negative Konsequenzen zu konzentrieren, sondern die Fähigkeiten, Stärken und (sozialen) Ressourcen der Patienten in den Mittelpunkt zu stellen. Dabei ist es von zentraler Bedeutung, dass eine allgemeine Stärkung des Selbstvertrauens – die durch eine empathische Grundhaltung gefördert wird – "heruntergebrochen" wird auf konkrete zu lösende Aufgaben. Die Anonymen Alkoholiker setzen sich zum Ziel, "heute" auf den Alkohol zu verzichten, nicht für den Rest des Lebens. Die Forderung der lebenslangen Suchtmittelfreiheit ist für viele abhängige Menschen eine Überforderung. Dies führt häufig zu Resignation ("Es hat doch sowieso alles keinen Sinn!"). Es gilt stattdessen, gemeinsam mit dem Patienten den nächsten realistischen – d. h. auf seine spezifischen Kompetenzen zugeschnittenen – Schritt in

Richtung einer Veränderung von Konsum- und/oder Lebensgewohnheiten zu finden. So kann es selbst bei grundsätzlich eher resignativ und passiv eingestellten Menschen gelingen, konkrete aktive Schritte in Gang zu setzen.

Es kann für viele Patienten ermutigend sein, zu sehen, dass es viele mögliche Wege der Veränderung gibt, nicht mehr nur den Königsweg (Beratungsstelle – Entgiftungsstation – Entwöhnungsklinik – Selbsthilfegruppe). War jemand auf einem bestimmten Weg nicht erfolgreich (z. B. hält ein Patient eine ambulante Entgiftung nicht durch oder hat zunehmenden Beigegebrauch bei Methadon-Substitution), dann war es möglicherweise nicht der richtige und es gilt – ein nach wie vor bestehendes Veränderungsinteresse vorausgesetzt –, einen für die jetzige Lebenssituation angemesseneren Veränderungsweg zu finden. So könnte im ersten Fall eine teilstationäre oder stationäre Entgiftung angezeigt sein; im zweiten Fall eine kurze stationäre Intervention mit dem Ziel des Aufbaus einer Tagesstruktur. Die Zielfindung ist somit ein zentraler Baustein der Selbstwirksamkeitsüberzeugung.

IV. Strategien zur Förderung der Veränderungsmotivation

Nachdem nun die Grundprinzipien motivierender Gesprächsführung vorgestellt wurden, sollen in den nächsten beiden Abschnitten einige Strategien zur Umsetzung erläutert werden. In diesem Abschnitt geht es um Strategien, die geeignet sind, die Bereitschaft des Patienten zu konkreten

Veränderungsschritten zu stärken. Viele Patienten sind im Hinblick auf eine Veränderung ihrer Konsum- bzw. Lebensgewohnheiten sehr ambivalent. Bei diesen Patienten macht es wenig Sinn, über konkrete Veränderungsschritte und Problemlösungen nachzudenken. Es sollte stattdessen zunächst darum gehen, Umstände und Funktionen des Konsums kennenzulernen, Ambivalenzen herauszuarbeiten und subjektive Gründe für eine Veränderung zu identifizieren und gegebenenfalls zu verstärken. Dazu sind die im Folgenden dargestellten Strategien hilfreich.

Offene Fragen stellen

Zu Beginn einer Auseinandersetzung mit einer möglichen Suchtproblematik ist es wichtig, eine Atmosphäre von Akzeptanz und Vertrauen herzustellen, die es dem Patienten ermöglicht, sich gegenüber dem Therapeuten zu öffnen. In dieser Phase sollte der Patient die meiste Zeit reden, während der Therapeut sorgfältig zuhören und dabei eine ermutigende Haltung einnehmen sollte. Er sollte möglichst früh Fragen stellen, die den Patienten anregen, sich ausführlich zu äußern:

- “Sie hatten sich einverstanden erklärt, mit mir einmal über Ihren Alkoholkonsum zu sprechen. Erzählen Sie doch mal. Wie sieht denn ein normaler Tag bei Ihnen aus? Und welche Rolle spielt der Alkohol darin?”
- “Sie haben gesagt, dass Sie nicht zufrieden sind mit Ihrem Beigebrauch. An welcher Stelle stört er Sie?”
- “Sie sind von Ihrem Vorgesetzten in unsere Beratungsstelle geschickt worden. Was war der Anlass dafür?”

Geschlossene Fragen (auf die der Patient im wesentlichen nur mit “Ja” oder “Nein” antworten kann) sind zwar gut geeignet, um in aller Kürze viele Informationen einzuholen, sollten aber in der Anfangsphase möglichst vermieden werden. Sie fördern die Asymmetrie der Helfer-Beziehung und drängen den Patienten zu sehr in eine passiv-regressive Rolle. Diese aber ist im Hinblick auf die Zielsetzung der therapeutischen Gespräche, nämlich eine eigenverantwortliche Veränderung von Konsumgewohnheiten, kontraproduktiv. Bei vielen Klienten genügt ein kurzer Anstoß, um sie zum Sprechen zu bringen, andere sind zurückhaltender und benötigen mehr Ermutigung.

Hat man mit Patienten zu tun, die nur wenig offene Bereitschaft zeigen, ihren Suchtmittelkonsum zu thematisieren, muss man sehr behutsam und kleinschrittig vorgehen. Es kann sinnvoll sein, beide Seiten der Ambivalenz aktiv anzusprechen oder eine Reihe “neutraler” Fragen zu stellen, die miteinander in Beziehung stehen. Dazu zwei Beispiele:

- “Erzählen Sie mal von Ihrem Kokainkonsum. Was gefällt Ihnen daran? Und was macht Ihnen Sorgen?”
- “Wenn Sie einmal Ihr Trinkverhalten über die Jahre hinweg anschauen, können Sie daran irgend eine Veränderung feststellen? Gibt es etwas, das Sie oder andere Menschen beunruhigen könnte?”

Offene Fragen sind nicht nur in der Anfangsphase der Auseinandersetzung mit dem Suchtmittelkonsum, sondern immer dann angezeigt, wenn ein bislang nicht angesprochener Themenkomplex in den Mittelpunkt rückt (z. B. ein Wechsel vom Thema “Part-

nerschaft” hin zum Thema “Arbeit, Freizeit”; oder ein Wechsel vom Motivationsaufbau hin zum Nachdenken über konkrete Veränderungsschritte). Sie ermöglichen dem Patienten, die Richtung und das Tempo der Gespräche zu bestimmen; sie geben dem Arzt eine Fülle von (manchmal ungeordneten) wichtigen Informationen über den Stellenwert des Suchtmittelkonsums, die in späteren Gesprächssequenzen aufgegriffen werden können; sie tragen dazu bei, dass Patienten sich ernst genommen fühlen mit ihrer Sicht der Dinge und stärken so das Arbeitsbündnis zwischen Therapeuten und Patienten.

Aktiv Zuhören

Aktiv Zuhören bedeutet, eine Einschätzung darüber abzugeben, was der Gesprächspartner vermutlich mitteilen wollte. Dabei geht es allerdings nicht darum, das Gesagte noch einmal zu wiederholen, sondern es im Hinblick auf die Zielsetzung des Gesprächs (z. B. Förderung der Veränderungsmotivation) zu filtern und ausgewählte Aspekte mit neuen Worten widerzuspiegeln.

Reflexionen vermitteln dem Patienten Verständnis und stärken das Arbeitsbündnis. Aktiv Zuhören ist kein passiver Vorgang. Ganz im Gegenteil: der Therapeut wählt aus der Fülle der angebotenen Informationen das für ihn Sinnvollste aus und kleidet es in neue Worte. Reflexionen sind somit aktive Elemente, um Tempo und Richtung des Gesprächsverlaufs zu beeinflussen.

Dies klingt einfacher als es in der Realität ist. Ein Gespräch zwischen zwei Menschen gestaltet sich für gewöhnlich sehr komplex. Es setzt sich aus mindestens drei Aspekten zusammen:

- Verbal vermittelten Inhalten

- Nonverbal vermittelten Inhalten
- Beziehungserfahrungen/Vorinformationen/Erwartungen

Alle drei Aspekte wiederum lassen sich weiter aufschlüsseln. So kann ein und dieselbe verbale Mitteilung viele verschiedene Bedeutungen haben: “Ich bin für gewöhnlich gut organisiert.” könnte bedeuten, dass der Sprecher seinen Schreibtisch gut aufräumt, dass er pünktlich zur Arbeit geht, dass er alle nötigen Unterlagen immer dabei hat, dass er sein Beziehungsleben in Ordnung hält usw. Darüber hinaus können mit ein und derselben verbalen Mitteilung verschiedene Botschaften verbunden sein. SCHULZ von THUN (1981) unterscheidet den Sach-, Selbstoffenbarungs-, Appell- und Beziehungscharakter einer verbalen Mitteilung. Als Beispiel führt er ein Ehepaar auf einer Autofahrt an. Sie fährt. Plötzlich sagt er zu ihr: “Du, die Ampel ist grün!” Diese schlichte Äußerung beinhaltet eine Sachinformation (“Die Ampel ist grün.”), hat wahrscheinlich aber auch Selbstoffenbarungscharakter (“Ich habe es eilig!”), sagt vielleicht etwas über die Beziehung aus (“Du brauchst meine Hilfe.”) und enthält vermutlich den Appell: “Gib ‘ Gas!”

Nonverbale Mitteilungen (Mimik, Gestik, Tonfall, Haltung, Nähe-Distanz) begleiten oder ersetzen verbale Mitteilungen. Häufig unterstreichen sie das Gesagte und bestätigen es, manchmal aber geben sie uns zusätzliche Informationen (etwa über die “wahre” Ausprägung eines Gefühls) oder teilen uns etwas anderes mit, als gesagt wurde (etwa wenn jemand mit einem traurigen Gesichtsausdruck und einer “belegten” Stimme bekräftigt, dass in seinem Leben im Moment alles in Ordnung ist).

Die konkreten Beziehungserfahrungen, Vorinformationen und Erwartungen stellen für uns eine Art Hintergrundfolie dar, auf der wir das Mitgeteilte einzuordnen und zu bewerten versuchen. Passt diese Mitteilung in das Bild, das ich bislang vom Patienten hatte? Ist es das, was ich erwartet hatte, dass er antworten würde? Wenn nicht, merken wir auf und haken vielleicht noch einmal nach.

MILLER & ROLLNICK (ebd.) erläutern diesen Entscheidungsprozess: "Um aktiv zuzuhören, müssen Sie zuerst lernen, entsprechend zu denken. Das bedeutet vor allem, sich klar zu machen, dass die Bedeutung, die Sie einer Klientenäußerung geben, nicht unbedingt mit der des Klienten übereinstimmt ... Aktives Zuhören heißt dann, Ihr Verständnis der Mitteilung zu überprüfen, anstatt es von vornherein für das einzig Richtige zu halten. Sie legen dem Klienten gewissermaßen Ihr Verständnis seiner Aussagen zur Prüfung vor."

Es lassen sich verschiedene Formen unterscheiden, in denen Aktives Zuhören gestaltet wird. Sie unterscheiden sich vor allem im Hinblick auf die Nähe, die damit zum Patienten erzeugt wird:

1. Frage: „Wie fühlen Sie sich dabei?“ – wahrt Distanz
2. Hypothetische Frage: „Hat Sie das sehr geärgert?“ – schafft relative Nähe
3. Feststellung: „Das hat Sie sehr geärgert!“ – schafft Nähe

Alle drei Formen sind im Rahmen motivierender Gesprächsführung grundsätzlich nützlich. Die Frage, welche der drei zu einem gegebenen Zeitpunkt einzusetzen ist, muss spontan entschieden werden und hängt ab von der Stabilität der Beziehung, der Dynamik des bisherigen Gesprächs-

verlaufs und der "Bedrohlichkeit" des jeweiligen Themas.

Insbesondere im Umgang mit Widerstandsäußerungen ist aktives Zuhören geeignet, den Kontakt nicht abbrechen zu lassen, ohne dabei das Widerstandsthema zu ignorieren. Dazu drei (idealtypische) Beispiele (in Anlehnung an MILLER & ROLLNICK ebd.) :

- Patient: „*Sie haben doch überhaupt keine Ahnung, was es bedeutet, "drauf" zu sein!*“
Therapeut: „*Sie fühlen sich von mir nicht richtig verstanden.*“ (Einfache Reflexion)
Patient: „*Genau!*“
- Patient: „*Ich könnte gar nicht aufhören. Was würden meine Freunde denken?*“
Therapeut: „*Es könnte tatsächlich sehr hart für Sie werden, überhaupt irgend etwas zu verändern.*“ (Überzogene Reflexion)
Patient: „*Na ja, so ist es nun auch wieder nicht.*“
- Patient: „*Okay, vielleicht habe ich ein paar Probleme mit dem Alkohol, aber ich bin kein Alkoholiker.*“
Therapeut: „*Sie haben kein Problem damit, zu sehen, dass Ihnen Ihr Trinkverhalten nicht gut tut, aber Sie wollen nicht mit einem "Etikett" versehen werden.*“ (Reflexion der Ambivalenz)
Patient: „*Genau!*“

Abschließend noch einmal MILLER & ROLLNICK (ebd.): „Wir empfehlen, dem aktiven Zuhören gerade in der Anfangsphase einer Beratung große Bedeutung beizumessen. Insbesondere sollten selbstmotivierende Aussagen in dieser Weise gespiegelt werden. Wenn Sie eine offene Frage gestellt haben, reagieren Sie auf die Antwort des Klienten im Sinne aktiven

Zuhörens und vermeiden Sie zunächst weitere Fragen. Fragen zu stellen ist für Berater einfacher, als aktiv zuzuhören, man gerät dann allerdings auch leicht in die Frage-Antwort-Falle. Diese wiederum ist eher geeignet, Widerstand zu wecken, als selbstmotivierende Aussagen hervorzubringen.“

Bestätigen

Vielen Professionellen fällt es leichter, negative Entwicklungen, defizitäre Symptome und Schwächen ihrer Patienten zu erkennen, als positive (Teil-)Verläufe, "gesunde" Anteile und Stärken. Dies hängt zum einen mit der Rollenverteilung innerhalb der helfenden Beziehung zusammen: es gibt einen Helfer und einen, der Hilfe benötigt. Zum anderen spiegelt sich darin aber auch eine symptomorientierte Grundhaltung und verkürzte Sichtweise gegenüber dem Patienten wider: der Patient wird nicht als Mensch, sondern als Träger eines Symptoms ("Der Magen in Zimmer 14!") betrachtet. Mag eine solche Haltung bei der Operation eines Kreuzbandrisses noch ausreichend sein, so stößt sie bei der Behandlung und Problematierung von Suchterkrankungen sehr schnell an ihre Grenzen. Hier wird nämlich umgehend deutlich, dass eine Besserung oder Heilung der Krankheit nur mit den Kompetenzen des Patienten zu erreichen ist. Bei LUBAN-PLOZZA u. a. (ebd.) finden wir dazu die folgende Aussage eines Arztes gegenüber seinem Patienten: "Ich kann Ihnen nicht helfen. Sie können sich nur selbst helfen. Aber lassen Sie uns gemeinsam besprechen, wie ich Ihnen dabei helfen kann".

Diese Erfahrungen bilden den Hintergrund einer dritten Strategie, des

Bestätigens. Bestätigen bedeutet, den Patienten "zu loben und ihm Anerkennung und Verständnis entgegenzubringen" (MILLER & ROLLNICK, ebd.). Dies kann sich auf aktuelle Ereignisse im Leben des Patienten beziehen, aber auch auf vergangene. Viele Patienten, die heute Suchtprobleme haben, haben in der Vergangenheit schwierige Lebenssituationen bewältigt. Dies zu erkennen und dem Patienten widerzuspiegeln, kann seinen Glauben an die Fähigkeit, kommende Aufgaben zu meistern, enorm steigern. Einige Beispiele für bestätigende Äußerungen (angelehnt an MILLER & ROLLNICK, ebd.):

- Ich finde es prima, dass Sie etwas bezüglich Ihres Problems tun wollen.
- Das muss sehr schwer für Sie gewesen sein.
- Mit Sicherheit sind Sie ein starker Mensch, wenn Sie es geschafft haben, mit diesem Problem so lange zu leben und dabei nicht ins Abseits zu rutschen.
- Es muss für Sie schwer sein, tagtäglich ein Leben voller Stress zu akzeptieren. Ich muss schon sagen, wenn ich an Ihrer Stelle wäre, würde ich das auch ganz schön schwierig finden. Und ich glaube, das ist auch der Grund, weswegen Sie hier sind - weil Sie diese Form von Stress nicht mehr länger ertragen wollen.
- Mir kommt es so vor, als seien Sie eine wirklich energische und willensstarke Person. Sie mögen es, mit anderen Leuten Spaß zu haben und sie zum Lachen zu bringen. So gesehen, ist es hart, darüber nachzudenken, mit dem Trinken aufzuhören.

● Sicherlich müssen Sie im Moment mit einer Vielzahl von Problemen fertig werden mehr als andere Leute. Dass Sie sich manchmal so sehr nach einer Aufmunterung, nach einer Entlastung sehnen, kann ich gut verstehen.

Selbstmotivierende Aussagen hervorrufen

Motivierende Gesprächsführung bedeutet, dem Patienten dabei zu helfen, seine individuellen Gründe für eine Verhaltensänderung zu finden. Diese Selbstmotivation ist es, die eine Absicht zur Verhaltensänderung langfristig trägt. Wenn man das soziale Umfeld von abhängigkeitskranken Menschen betrachtet, dann trifft man oftmals auf Angehörige, Freunde, Kollegen usw., die zu wissen meinen, warum der Betroffene möglichst bald etwas an seinem Verhalten ändern müsse und was diese Änderung beinhaltet. Diese "Fremdmotivation" gilt es zunächst einmal zu erkennen und nicht mit Eigenmotivation zu verwechseln. Fremdmotivation ist in den meisten Fällen mit Widerstand verbunden: der Patient wehrt sich gegen eine Bevormundung. Diesen Widerstand muss man als Behandler ernst nehmen und dem Patienten verständnisvoll widerspiegeln. So könnte ein Suchtberater Folgendes zu einem seiner Klienten sagen:

„Ich sehe, dass Ihre Frau sehr viel Interesse hat, dass Sie mit dem Trinken aufhören. Sie war es ja auch, die mich letzte Woche wegen Ihres Alkoholkonsums angesprochen hat. Das ist ja bestimmt jetzt für Sie keine angenehme Situation. Ich kann mir vorstellen, dass Sie sich ganz schön unter Druck fühlen.“

Erst dann ist es möglich, mit dem Patienten über seine eigene Einschät-

zung seines Alkohol- (oder anderen) Konsums zu sprechen, möglichst beginnend mit einer offenen Frage (s. o.):

„Mich würde interessieren, wie Sie die Dinge sehen. Wie sieht denn ein normaler Tag bei Ihnen aus. Und welche Rolle spielt da der Alkohol?“

Im günstigen Fall wird der Patient nun vom Ärger auf seine Frau ablassen und eigene Gedanken bzw. Sorgen bezüglich seines Alkoholkonsums berichten.

Selbstmotivierende Aussagen kommen selten in direkter Form zur Sprache. Oft sind sie verschlüsselt, tauchen nur im Nebensatz auf oder vermitteln sich nonverbal. Therapeuten sollten in dieser Hinsicht sehr wachsam sein und einen gewissen kriminalistischen Spürsinn aufbringen.

Wir können vier Bereiche unterscheiden, in denen selbstmotivierende Aussagen eine Rolle spielen:

1. Problembewusstsein: Mögliche Äußerungen von Patienten [alle nach MILLER & ROLLNICK, ebd.]: „Ich denke, das Problem ist größer als ich dachte.“ / „Ich habe noch nie wirklich realisiert, wieviel ich eigentlich trinke.“ / „Das ist ernst!“ / „Wahrscheinlich bin ich ziemlich viele dumme Risiken eingegangen.“
2. Ausdruck von Besorgnis: „Ich bin deswegen wirklich in Sorge.“ / „Wie konnte mir das nur passieren? Ich fasse es nicht!“ / „Ich fühle mich völlig hilflos.“
3. Veränderungsabsicht: „Ich glaube, es wird Zeit für mich, über das Aufhören nachzudenken.“ / „Ich muss in dieser Hinsicht etwas unternehmen.“ / „So will ich nicht sein. Was kann ich tun?“ / „Ich weiß noch nicht, wie ich es anstellen soll, aber ich muss was verändern.“ / „Wie

kommen Menschen von einer solchen Angewohnheit los?“

4. Zuversicht: „Ich glaube, ich schaffe es.“ „Jetzt, da ich mich entschieden habe, bin ich sicher, dass ich mich verändern kann.“ / „Ich bin dabei, mit diesem Problem fertig zu werden.“

Viele Patienten müssen in Richtung solcher Aussagen angeregt bzw. ermutigt werden, insbesondere diejenigen, die deutliche Ambivalenzen hinsichtlich ihres Suchtmittelkonsums

aufweisen. Hier stehen dem Arzt verschiedene Möglichkeiten der Einflussnahme zur Verfügung. Eine direkte Methode ist die, den Patienten offen nach selbstmotivierenden Einschätzungen zu fragen. Nicht, ob er sich Sorgen macht, sondern welche Sorgen das sind. MILLER & ROLLNICK (ebd.) schlagen eine Reihe von offenen Fragen zu allen vier Kategorien selbstmotivierender Aussagen vor (s. Kasten).

Offenen Fragen zur Förderung selbstmotivierender Aussagen (nach MILLER & ROLLNICK, ebd.)

1. Problembewusstsein

Was bringt Sie auf den Gedanken, dass es sich um ein Problem handelt?
Welche Schwierigkeiten haben Sie wegen des Drogengebrauchs bekommen?
Inwiefern war das ein Problem für Sie?
Wie hat der Gebrauch von Tranquilizern Sie dazu gebracht, nicht mehr das zu tun, was Sie wollen?

2. Besorgnis

Inwiefern ist Ihr Trinken für Sie selbst oder andere Menschen Anlass zur Sorge?
Was ängstigt Sie an Ihrem Drogengebrauch?
Was stellen Sie sich vor, könnte mit Ihnen geschehen, wenn Sie so weiter machen?
Wie sehr versetzt Sie das in Sorge?
Auf welche Weise beunruhigt Sie das?

3. Veränderungsabsicht

Was veranlasst Sie zu der Annahme, dass Sie sich verändern müssen?
Angenommen, Sie wären zu hundert Prozent erfolgreich und alles würde genauso laufen, wie Sie es sich wünschen, was wäre der Unterschied zur augenblicklichen Situation?
Was spricht dafür, in Zukunft weiter zu konsumieren wie bisher? Und was ist mit der anderen Seite? Was spricht dafür, etwas zu verändern?
Welche Vorteile würde eine Veränderung bringen?
Ich habe den Eindruck, dass Sie sich im Moment festgefahren fühlen.
Was müsste sich denn ändern?

4. Zuversicht

Was gibt Ihnen die Kraft zu glauben, dass Sie sich verändern könnten, wenn Sie es wollten?
Was würde Ihres Erachtens für Sie arbeiten, wenn Sie sich verändern würden?

Eine zweite Strategie, selbstmotivierende Aussagen hervorzurufen, ist das Erstellen einer Vorteil-Nachteil-Waage. Der Patient erstellt allein (im ambulanten Bereich eignet sich diese Strategie hervorragend als „Hausaufgabe“) oder gemeinsam mit dem Therapeuten eine Vier-Feld-Matrix mit Vorteilen und Nachteilen der gegenwärtigen Situation sowie Vorteilen und Nachteilen einer Veränderung der Konsumgewohnheiten (s. o.). Geschieht dies in einer respektvoll-sachlichen Atmosphäre, die allen Aspekten genügend Wertschätzung erlaubt, dann führt es häufig dazu, dass Patienten eigene Sorgen zulassen und ein wenig Widerstand aufgeben können. Hier ist es dann wichtig, die Sorgen möglichst konkret zu benennen und von einer vorsichtig abstrakt geäußerten Besorgnis (z. B. „Mit der Familie läuft es nicht so gut.“) hin zu einer detaillierten Beschreibung und Auflistung aller relevanten beunruhigenden Entwicklungen zu kommen. In diesem Zusammenhang kann es in Einzelfällen sehr hilfreich sein, wenn der Therapeut für eine gewisse Zeit (und mit der gebotenen inneren Distanz) nur eine Seite der Waage vertritt, etwa diejenige der Vorteile der gegenwärtigen Situation. Derartige „paradoxe Interventionen“ führen oft zu einer Zuspitzung von Diskrepanzen und einer stärkeren Betonung der anderen – veränderungsorientierten - Waagschale auf Seiten des Patienten. Es kann sinnvoll sein, die Patienten um eine Bewertung und Hierarchie ihrer Sorgen zu fragen oder sie aufzufordern, sich die unangenehmsten Konsequenzen vorzustellen. Dies kann insbesondere bei solchen Patienten nötig sein, die sich in einer scheinbar völlig chaotischen Lebenssituation befinden. Fragen könnten hier sein: „Was beunruhigt Sie am

meisten?“ oder: „Was wäre das Schlimmste, das passieren könnte, wenn Sie nichts veränderten?“

Eine weitere Strategie besteht darin, den Patienten zu bitten, sich seine früheren Lebensumstände - vor Auftreten der heutigen Probleme - vorzustellen, oder zu versuchen, sich ein Bild davon zu machen, wie eine bessere Zukunft aussehen könnte. Der Vergleich von Vergangenheit und Zukunft mit der gegenwärtigen Situation kann bedeutende motivierende Aspekte hervorrufen. Hier entwickeln Patienten häufig ein Bewusstsein davon, welche Werte und Güter in ihrem Leben wesentlich sind und welche nicht. Viele ehemals Abhängige haben den Übergang in stabilere Phasen vollzogen und aufrecht erhalten, weil sie im Laufe der Auseinandersetzung mit ihrem Suchtmittelkonsum „höhere“ Werte entdeckt und ausgebaut haben, von denen ein ständiger Zug in Richtung Veränderung ausging. Diesbezügliche Fragen des Therapeuten könnten folgendermaßen lauten (nach MILLER & ROLLNICK, ebd.), zunächst zu früheren Lebenserfahrungen: „Können Sie sich an eine Zeit erinnern, in der für Sie alles gut lief? Was hat sich seitdem verändert?“ / „Wie ging es zu, bevor Sie so stark anfangen zu trinken? Was waren Sie damals für einer?“ / „Wie hat der Drogenkonsum Sie darin gehindert, sich weiter zu entwickeln?“ Zur Zukunft: „Wenn Sie sich tatsächlich dazu entschließen sollten, sich zu verändern, welche Hoffnungen verbinden Sie damit für die Zukunft?“ / „Welche Dinge würden Sie gern zu ihren Gunsten verändert wissen?“ / „Ich merke, dass Sie im Moment sehr enttäuscht sind. Was hätten Sie gern anders?“ / „Was käme im günstigsten Fall für Sie dabei heraus, wenn Sie sich veränderten?“

Eine letzte Strategie schließlich, die dazu dienen soll, selbstmotivierende Aussagen hervorzurufen, besteht darin, diagnostische Befunde fachgerecht zu nutzen. Dazu ein Beispiel aus der medizinischen Versorgung. Körperliche Erkrankungen oder Störungen sind häufig Motoren eines Veränderungsprozesses. Insbesondere Menschen, die von einer Substanz nicht abhängig sind, sondern eher dem Spektrum riskanten oder schädlichen Konsums zuzurechnen sind, können von einem sachlichen Gespräch über ihre somatische Verfassung, über einzelne pathologische Parameter bzw. über körperliche Risiken, denen sie sich aussetzen, enorm profitieren. Die „somatische Krise“ ist ein bedeutender motivationaler Faktor im Hinblick auf eine Veränderung von Konsumgewohnheiten. Der Arzt muss allerdings darauf achten, dass er die diagnostischen Befunde in einer Art und Weise rückmeldet, die auf Bewerten, Moralisieren und Schüren von Angst verzichtet. Statt dessen sollte er die ihm zur Verfügung stehenden Informationen sachlich vermitteln und die Reaktion des Patienten beobachten bzw. erfragen. Ein kurzer Dialog könnte sich folgendermaßen anhöhen:

Arzt: „Ja, Herr Müller, ich hatte Ihnen beim letzten Termin Blut abgenommen, und hier sind nun die Werte. Im Großen und Ganzen normal, nur ein Leberenzym ist erhöht. Sehen Sie hier, Γ -GT liegt bei 180, normal wäre höchstens 30. Der Γ -GT-Wert steigt in der Regel dann an, wenn man über einen längeren Zeitraum mehr Alkohol trinkt, als die Leber abbauen kann. Wie hört sich das für Sie an?“

Patient: „Na ja, okay, manchmal wird's schon etwas mehr, aber Sie müssen auch sehen, was ich für einen Stress

in der Firma habe. Dass man da mal am Abend ein paar Bierchen zum Entspannen trinkt, also das würden Sie auch tun.“

Arzt: „Okay, Herr Müller, ich möchte das gleich einmal im Detail mit Ihnen besprechen. Ich merke aber schon, dass das für Sie kein einfaches Thema ist. Mir ist es wichtig zu sagen, dass ich Sie damit nicht belästigen möchte. Ich will Ihnen auch nichts einreden. Meine Aufgabe sehe ich darin, eine gute Diagnostik durchzuführen und Ihnen Informationen anzubieten über Risiken, über Ursachen von bestimmten Symptomen und - wenn nötig - auch über spezifische Behandlungsmöglichkeiten. Ihre Aufgabe wäre es, daraus Konsequenzen zu ziehen. Was meinen Sie, können wir weitermachen?“

Patient: „Ist schon in Ordnung.“

In diesem kurzen fiktiven Dialog ist es dem Arzt gelungen, einen diagnostischen Befund sachlich zu vermitteln und die Reaktion des Patienten (Widerstand: Bagatellisieren) konstruktiv in seine nachfolgende Intervention einzubauen, indem er seine eigene Rolle definiert und die persönliche Entscheidungsfreiheit des Patienten betont hat (s. u. Strategien zum Umgang mit Widerstand).

Es bedeutet für viele professionelle Helfer eine große Herausforderung, selbst bei deutlichsten Befunden eine respektvoll-sachliche Distanz zu wahren, die Gesprächsführung nicht aus der Hand zu geben und die Verantwortung für eine Veränderung von Konsumgewohnheiten beim Patienten zu belassen.

Zusammenfassen

Regelmäßige Zusammenfassungen – etwa zwischen zwei Gesprächsblö-

ken, am Ende eines Gesprächs, am Anfang des nächsten – stärken das Gefühl des Verstandenwerdens auf seiten des Patienten. Sie differenzieren zwischen Wesentlichem und Unwesentlichem, geben Therapeuten und Patienten strukturiertes Material an die Hand und fungieren als Kontrollmechanismen des Arbeitsbündnisses. Zusammenfassungen verstärken, was gesagt wurde, zeigen den Patienten, dass ihnen zugehört wurde, und leiten über zu einer anderen Gesprächsphase. Auch hier handelt es sich nicht um einen passiven Prozess, der Therapeut entscheidet, welche Aspekte des Gesprächs er in eine Zusammenfassung aufnimmt und welche nicht. Der Ton ist kooperativ, er erlaubt den Patienten, etwas hinzuzufügen oder zu korrigieren.

Zusammenfassungen werden in ihrer Bedeutung oftmals unterschätzt. Gerade Patienten mit Suchterkrankungen sind in ihren Gedankengängen häufig sehr unstrukturiert. Es werden selbst in einem kurzen Gespräch so viele Aspekte angesprochen, dass es sowohl für Therapeuten als auch für Patienten (zumindest am Ende des Gesprächs) ausgesprochen hilfreich ist, die wichtigsten Gesprächsinhalte noch einmal zusammenzutragen. Wichtig ist es hier vor allem, aufgetauchte Ambivalenzen und Diskrepanzen deutlich zu benennen. Eine Zusammenfassung zwischen zwei Gesprächsblöcken könnte sich folgendermaßen anhören (nach MILLER & ROLLNICK, ebd.):

„Es hört sich an, als wären Sie zwischen zwei Zuständen hin und her gerissen. Einerseits sind Sie sehr beunruhigt, dass Sie durch Ihr Trinken Ihrer Familie zusetzen und dass Ihre Arbeit ebenfalls in Mitleidenschaft gezogen wird. Sie sind besonders

darüber erstaunt, dass Ihnen zwei Freunde unabhängig voneinander in derselben Woche sagten, dass sie sich Sorgen machten wegen Ihres Trinkens. Gleichzeitig halten Sie sich nicht für einen Alkoholiker und haben festgestellt, dass Sie eine ganze Woche lang ohne Alkohol auskommen können, ohne dabei irgendeine Beeinträchtigung zu bemerken. Habe ich Sie richtig verstanden?“

V. Strategien zum Umgang mit Widerstand

Ausgehend von der Annahme, dass Widerstand keine Charaktereigenschaft von Suchtkranken ist (man findet Widerstandsphänomene bei nahezu allen körperlichen und psychischen Störungen), sondern in der Interaktion zwischen Therapeut und Patient entsteht, somit in Auftreten und Ausmaß prinzipiell beeinflussbar ist, bietet die motivierende Gesprächsführung verschiedene Strategien zum Umgang mit bzw. zur Vermeidung von Widerstand an.

Vier Strategien zum Umgang mit Widerstand wurden schon weiter oben vorgestellt: „Einfache Reflexion“, „Überzogene Reflexion“ und „Reflexion der Ambivalenz“ im Zusammenhang mit aktivem Zuhören sowie „Persönliche Entscheidungsfreiheit und Selbstkontrolle betonen“ im Zusammenhang mit der Vermittlung diagnostischer Befunde. Darüber hinaus sollen hier noch vier weitere Strategien vorgestellt werden, die sich als Reaktion auf Äußerungen des Widerstands bewährt haben. Grundsätzlich gilt, dass keine der genannten Strategien in jeder Situation angemessen ist.

Es ist im Einzelfall spontan zu prüfen, welche Strategie eingesetzt werden sollte. (Alle Beispiele im folgenden aus MILLER & ROLLNICK, ebd.)

Den Fokus verschieben

Hier geht es darum, die Aufmerksamkeit des Patienten vom Widerstand weg zu lenken. Man geht gewissermaßen um den Widerstand herum, nimmt ihn zwar ernst, steigt auf das „Angebot“ des Patienten aber nicht ein. Diese Strategie sollte insbesondere dann eingesetzt werden, wenn ein Aspekt zur Sprache kommt, der im Hinblick auf eine Förderung der Veränderungsmotivation oder eine Umsetzung konkreter Veränderungsschritte unwesentlich ist. Ein Beispiel:

Patient: *„Okay, vielleicht habe ich ein paar Probleme mit dem Alkohol, aber ich bin kein Alkoholiker.“*

Arzt: *„Ich glaube nicht, dass dies das eigentliche Problem ist, und ich möchte nicht, dass Sie sich darüber Sorgen machen. Mir ist es nicht wichtig, ob Sie sich für einen Alkoholiker halten oder nicht. Vielmehr mache ich mir - genau wie Sie - Sorgen wegen einiger Dinge, die in Ihrem Leben geschehen sind. Erzählen Sie doch bitte ein wenig mehr über ...“*

Zustimmung mit einer Wendung

Hier geht es darum, dem Patienten im Grundsatz zuzustimmen, aber seiner Äußerung eine kleine, fast unmerkliche Wendung bzw. Richtungsänderung zu verleihen. Dies geschieht in der Überzeugung, dass das Thema zwar wichtig ist, in der vorgetragenen Form aber eher destruktiv und hemmend wirkt. Man stimmt also zu, allerdings mit der Absicht, das angespro-

chene Thema mit der zugefügten Wendung konstruktiver behandeln zu können.

Patient: *„Warum kümmern Sie und meine Frau sich eigentlich nur um mein Trinken? Was ist mit ihren Problemen? Sie würden auch trinken, wenn Ihre Familie Sie dauernd quälen würde.“*

Arzt: *„Sie sprechen da etwas an, dem ich wahrscheinlich bisher zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt habe. Es geht um mehr als Ihr persönliches Trinkverhalten. Probleme mit Alkohol haben meistens etwas mit der ganzen Familie zu tun. Wir sollten das nicht vergessen.“*

Umformen und anders beleuchten

Diese Strategie ist dadurch gekennzeichnet, dass die Äußerungen des Patienten unter einem anderen Blickwinkel betrachtet werden. Das ist besonders in solchen Situationen angezeigt, in denen sich Therapeut und Patient zwar über die Sache einig sind, bezüglich ihrer Bedeutung und der daraus zu ziehenden Konsequenzen aber nicht. Die Einschätzungen des Klienten werden zwar ernst genommen, aber in einer Form neu interpretiert, die eine Entwicklung in Richtung Veränderung eher unterstützt. Eine günstige Gelegenheit zur Neuformulierung bietet z. B. das Phänomen der Toleranzentwicklung. Dazu MILLER & ROLLNICK (ebd.): „Starke Trinker berichten in der Regel, dass sie ‚mehr vertragen‘ als andere Menschen ... Starke Trinker konsumieren regelmäßig Alkoholmengen, die ausreichen, beträchtliche körperliche Schäden zu verursachen, ohne dass

sie diese sofort spüren oder sehen. Folglich fehlt den Betroffenen das normale Warnsystem, das einen vor einem Trinkezess bewahrt. An dieser Stelle bietet sich für den Therapeuten die Gelegenheit, Einschätzungen umzuformen und anders zu beleuchten.“ Die Umformulierung könnte sich hier in den Worten des Therapeuten etwa folgendermaßen anhören (nach MILLER & ROLLNICK, ebd.):

Patient: „*Ich trinke viel mehr als meine Kumpels und bin immer noch nicht besoffen.*“

Therapeut: „*Ich weiß nicht, ob Sie das wissen - viele Menschen wissen es nicht -, aber das ist gerade ein Grund zur Sorge. Sehen Sie mal, normalerweise trinkt jemand ein oder zwei Drinks und merkt dann allmählich die Wirkung. Er belässt es dann dabei. Irgendwas in ihm sagt ihm, dass es jetzt genug ist. Aber einige Menschen haben - unglücklicherweise - das, was wir eine ‚erhöhte Toleranz‘ nennen. Ihnen fehlt das normalerweise eingebaute Warnsystem. Vielleicht kamen sie schon so auf die Welt, vielleicht haben sie es im Laufe des Lebens verloren - warum es so ist, kann niemand sagen. Das Ergebnis allerdings ist, dass sie sich selbst schaden, ohne es zu merken.*“

Paradoxe Intervention

Paradox intervenieren bedeutet, das Gegenteil von dem zu „verschreiben“, was man eigentlich beabsichtigt. Wenn man also den Patienten dazu bewegen will, sein Trinkverhalten zu verändern, empfiehlt man ihm, so weiterzumachen wie bisher. Der Effekt kann sein, dass die in diesem Moment vom Patienten erlebte Konsequenz ein Umdenken und Gegensteuern erzeugt. Aus der Kommunikationspsy-

chologie ist außerdem bekannt, dass die Empfehlung, etwas Bestimmtes zu tun, quasi automatisch – im Sinne eines Autonomie-Reflexes und unabhängig vom Inhalt – Impulse in die Gegenrichtung provoziert. Beide Aspekte, bewusster erlebte Konsequenz und Autonomie-Streben, begründen eine gewisse Erfolgswahrscheinlichkeit paradoxer Interventionen. Man sollte diese Strategie allerdings nur sehr bedacht einsetzen. Sie kann auch ins Gegenteil umschlagen und dem Patienten den Eindruck vermitteln, dass er nicht ernst genommen wird. Paradoxe Interventionen also nur in einer stabilen Therapeut-Patient-Beziehung! Ein Beispiel (nach MILLER & ROLLNICK, ebd.):

Therapeut: „Sie erinnern sich, dass wir über die Vor- und Nachteile des Trinkens gesprochen haben, und obwohl Sie mir einige Gründe genannt haben, warum Alkohol Ihnen Unannehmlichkeiten bereitet, glaube ich heraus zu hören, dass bei Ihnen immer noch die Vorteile überwiegen. Sie sind durchaus glücklich mit ihrem Trinken, und Sie wollen das im Grunde nicht verändern. Das ist eine Entscheidung, die Sie allein treffen, und vielleicht ist es auch das, was Sie tun sollten. Sicher, es würde schwer für Sie werden, Ihr Trinkverhalten zu verändern, vielleicht zu schwer für Sie. Vielleicht könnten Sie es auch gar nicht tun, selbst wenn Sie es wollten. Der Punkt ist der, dass es sich so anhört, als wollten Sie in Wirklichkeit so weiter trinken wie bisher, oder sogar noch mehr. Vielleicht ist es ja das, was Sie brauchen. Vielleicht brauchen Sie den Alkohol, um das Leben überhaupt zu bewältigen.“

Im günstigen Fall antwortet der Patient nun: „Na ja, so ist es ja nun auch wieder nicht. Das wäre ja gelacht, wenn

ich mein Leben nicht auch ohne Alkohol in den Griff bekäme ...“

Alle Strategien zum Umgang mit Widerstand dienen dazu, den Kontakt zum Patienten zu halten und die Auseinandersetzung mit der Suchtmittelproblematik nicht abreißen zu lassen. Konstruktiv mit dem Widerstand umgehen, bedeutet für den Therapeuten oft, einen Schritt zurückzutreten, das Tempo der Problemlösung zu verlangsamen und/oder seine Richtung zu ändern. In diesen Fällen ist es die vorrangige Aufgabe des Therapeuten, sich in seiner Expertenrolle nicht gekränkt zu fühlen, sondern den Patienten auf seinem Veränderungsweg zu begleiten.

VI. Strategien zur Einleitung konkreter Veränderungsschritte

Wenn es gelungen ist, die Veränderungsmotivation des Patienten zu stärken und ein konkretes Veränderungsinteresse zu wecken, dann folgt daraus konsequenterweise die Entwicklung eines konkreten Veränderungsplans. Zunächst aber gilt es, den rechten Zeitpunkt für den Übergang in dieses Stadium der Gespräche zu erkennen. MILLER & ROLLNICK (ebd.) geben einige Hinweise, woran man erkennen kann, ob ein Patient sich für konkrete Veränderungsschritte entschieden hat (s. Kasten).

Anzeichen für Veränderungsbereitschaft

- *Nachlassender Widerstand.* Die Patienten beenden das Argumentieren, Unterbrechen oder Verleugnen usw.
- *Weniger Fragen zur Problematik.* Die Patienten haben anscheinend genügend Informationen zu ihren Problemen und stellen keine Fragen mehr.
- *Entschluss* Die Patienten haben offensichtlich einen Entschluss gefasst und wirken ruhiger, friedvoller, entspannter und/oder entlasteter. Diese Entwicklung tritt manchmal dann ein, wenn sie gerade eine Phase der Trauer und des Schmerzes durchlebt haben.
- *Selbstmotivierende Äußerungen.* Die Patienten erkennen ein Problem ("Ich schätze, das ist ernst."), sind offen für Veränderungen ("Ich müsste etwas tun."), sind besorgt ("Das beunruhigt mich.") oder voller Optimismus ("Ich werde das schaffen!").
- *Häufige Fragen zur Veränderung.* Die Patienten fragen, was sie gegen dieses Problem tun könnten, oder was andere Menschen dagegen tun.
- *Zukunftsphantasien, Ausblicke.* Die Patienten sprechen darüber, wie das Leben nach einer Veränderung aussehen könnte, welche Schwierigkeiten auf sie zukommen könnten oder welche Vorteile eine Veränderung hätte.
- *Experimente.* Wenn die Patienten zwischen den Beratungssitzungen Zeit haben, machen sie erste Versuche mit Veränderungen, gehen z. B. zu Treffen von Selbsthilfegruppen, trinken einige Tage gar nichts oder lesen ein Selbsthilfebuch o.ä.

Eine Entscheidung, etwas gegen das Suchtmittelproblem zu tun, bedeutet nicht unbedingt, dass alle Ambivalenzen des Patienten aufgelöst sind. Häufig begegnen wir dem Phänomen, dass Patienten erst im Moment des ernststen Entschlusses erfassen, was dieser in der Konsequenz eigentlich bedeutet. Ein Patient z. B., der sich nach mehreren Gesprächen mit seinem Suchtberater und nach Abwägen aller Vor- und Nachteile durchringt, künftig auf den Alkohol zu verzichten, wird oftmals erst jetzt spüren, welch einschneidende Veränderungen dieser Entschluss für sein Leben birgt. Er wird seinen Entschluss möglicherweise unter dem Einfluss aufkommender Ängste noch einmal überdenken. Dieses „Wiederaufflackern“ von Ambivalenzen muss ernst genommen werden. Die konkreten Konsequenzen der Entscheidung sollten deshalb im Detail besprochen werden, um eine erneute, stabilere Entscheidung vorzubereiten. Dazu einige beispielhafte Äußerungen des Therapeuten (nach MILLER & ROLLNICK, ebd.):

- *“Wie würde sich Ihr Leben verändern, wenn Sie diesen Weg verfolgen und den Konsum völlig beenden würden?”*
- *“Sie sagten, dass Sie gerne weniger konsumieren würden. Lassen Sie uns einen Moment darüber sprechen. Wie könnte das Ihrer Meinung nach funktionieren?”*
- *“Das ist also Ihr Ziel. Was glauben Sie, könnte an diesem Plan schiefgehen?”*
- *“Wenn Sie dieses Ziel erreichen würden, was würde außerdem noch passieren? Was würde sich gut entwickeln, was nicht so gut?”*

Wenn dies abgeschlossen ist und der Patient nach wie vor den Eindruck erweckt, dass er an einer Veränderung seiner bisherigen Konsumgewohnheiten interessiert ist, kann es sinnvoll sein, ihm eine zusammenfassende Rückmeldung zu geben über selbstmotivierende Äußerungen, Ambivalenzen, objektive Befunde zu Risiken und Problemen, Hinweise auf konkrete Veränderungsabsichten oder –pläne sowie die eigene Einschätzung seiner Situation. „Der Zweck dieser Zusammenfassung besteht darin, möglichst viele Gründe für eine Veränderung zusammenzutragen, während gleichzeitig Zögern oder Ambivalenz anerkannt wird“ (MILLER & ROLLNICK, ebd.).

Am Ende einer solchen Zusammenfassung gilt es zunächst, sich zu versichern, dass man nichts Wesentliches ausgelassen hat, um im nächsten Schritt den Patienten zu fragen, was dies nun für ihn bedeutet. Ein Beispiel einer solchen Zusammenfassung geben MILLER & ROLLNICK (ebd.; T = Therapeut, K = Klient):

T: *„Dann will ich einmal zusammenfassen, wo wir im Moment stehen, und Sie sagen mir, ob ich etwas ausgelassen habe. Sie kamen hierher zum Teil auf Bitten Ihrer Frau, zum Teil ..., weil Sie selbst besorgt über Ihr Trinken sind, bis dahin jedoch noch nie sehr viel darüber nachgedacht hatten. Sie waren sich bewusst, dass Ihr Trinken in den letzten Jahren zugenommen hat, und z. Zt. sind es mehr als 50 Standardgetränke die Woche. Sie waren sich ebenso im Klaren darüber, dass Sie mehr trinken als andere Menschen, und anscheinend haben Sie eine deutliche Toleranz für Alkohol entwickelt. Sie können sehr viel trinken, ohne sich betrunken zu fühlen, obwohl - wir haben heute darüber ge-*

sprochen - genügend Alkohol in Ihrem Blut sein muss, um Sie zu beeinträchtigen und einigen Schaden anzurichten. Sie wollen schonend mit sich umgehen und sind besorgt über Ihre Gesundheit. Die von uns durchgeführten Blutanalysen zeigen, dass Ihr Körper durch das Trinken Schaden genommen hat ... Sie haben bereits einige Probleme aufgezählt, die mit dem Alkohol zusammenhängen, und es gibt einige Anzeichen, dass Sie im Begriff stehen, eine Abhängigkeit zu entwickeln. Gleichzeitig halten Sie sich nicht für einen Alkoholiker, und früher haben Sie gedacht, solange Sie kein Alkoholiker sind, brauchen Sie sich auch um nichts, was mit dem Trinken zusammenhängt, Sorgen zu machen. Sie hatten einige schlimme Kater, Sie sind besorgt wegen des Einflusses des Alkohols auf Ihr Erinnerungsvermögen, und Ihre Testergebnisse zeigen, dass Ihre Sorgen berechtigt sind. Ihre Werte ähneln denen starker Trinker, in auffallendem Kontrast zu Ihrer ansonsten hohen Intelligenz. Ich weiß, dass Sie sich darüber Gedanken gemacht haben, inwiefern Ihr Trinken dem Ihres Vaters gleicht, und das ist beunruhigend. Wir sprachen über Ihre Familiengeschichte, und dass Sie wahrscheinlich einem höheren Risiko als die meisten anderen Menschen ausgesetzt sind, durch Alkohol geschädigt zu werden. Sie wollen vor allem sichergehen, dass Ihr Trinken Ihrer Familie nicht schadet, denn Sie wissen, was das bedeutet. Ist das eine gute Zusammenfassung?”

K: *„Ja, außer dass ich, bevor ich hierher kam, nicht wirklich gedacht habe, ich würde mehr als andere Menschen trinken.“*

T: *„Es hatte für Sie den Anschein, dass Ihr Trinken völlig normal wäre.“*

K: *„Gut, vielleicht nicht normal, aber auch nicht ungewöhnlich. Ich hatte einfach noch nicht darüber nachgedacht.“*

T: *„Aber nun denken Sie darüber nach. Ich habe Ihnen eine Menge Informationen gegeben, und ein paar davon sind ziemlich hart. Was machen Sie nun damit?“*

Sog. Schlüsselfragen (“Was bedeutet das jetzt für Sie?”/ „Wohin könnte es nun gehen?”/ „Was, meinen Sie, müsste sich verändern?” usw.) dienen dazu, auf der Basis der vom Patienten anerkannten guten Gründe für eine Veränderung seiner Konsumgewohnheiten den Übergang in die konkrete Umsetzung einzuleiten. Sie unterstreichen die Eigenverantwortung des Patienten und verhindern so, dass der Therapeut für den Patienten Lösungswege entwickelt, die diesem nicht angemessen sind.

Häufig fragen Patienten in dieser Phase, was sie denn nun tun sollen. Hier sollte sich der Therapeut nicht zu einem vorzeitigen Ratschlag „verführen“ lassen (“Sicherlich kann ich Ihnen sagen, was ich denke, wenn Sie das wirklich wissen wollen. Aber ich möchte nicht, dass es Ihnen so vorkommt, als ob ich Ihnen vorschreiben würde, was Sie tun sollen. Es würde mich zum jetzigen Zeitpunkt viel mehr interessieren, was Sie für eigene Ideen haben. Meine kann ich Ihnen dann immer noch sagen.”). Er sollte sich zunächst darauf beschränken, Informationen über mögliche Veränderungsalternativen zu geben. In einigen Fällen kann es angezeigt sein, erfolgreich beschrittene Veränderungswege anderer Patienten zu beschreiben (“Ich weiß nicht, ob das bei Ihnen funktioniert, aber ich kann Ihnen schildern, was bei anderen Menschen, die in einer vergleichbaren Situation wa-

ren, funktioniert hat.“). Sollte der Patient dennoch auf einen konkreten Ratschlag drängen, so sollte der Therapeut deutlich machen, dass es sich hierbei um seine Meinung handelt, die der Patient annehmen kann oder auch nicht (“Vielleicht erscheint es Ihnen sinnvoll, vielleicht auch nicht, aber es wäre eine Möglichkeit. Sie müssen selbst beurteilen, ob es zu Ihnen passt.“). Die Entscheidung über Ausmaß, Richtung und Tempo einer Veränderung trifft der Patient ganz allein. Wenn ein Patient nicht in der Lage ist, eine verbindliche Entscheidung zu treffen, sollte der Arzt ihn nicht drängen. Besser ist es, sein Zögern ernst zu nehmen und zu sagen: „Wenn Sie noch nicht dazu bereit sind, dann möchte ich auch nicht, dass Sie sich verbindlich äußern. Dies ist viel zu wichtig, als dass es übers Knie gebrochen werden sollte. Gehen Sie nach Hause und denken Sie noch einmal in Ruhe nach, so dass wir beim nächsten Mal weiter darüber reden können.“ (MILLER & ROLLNICK, ebd.). Man kann die Selbstverpflichtung des Patienten zur Veränderung untermauern, indem man einen konkreten Plan erstellt bzw. (im ambulanten Rahmen) den Patienten bittet, dies bis zu einem nächsten Termin zu tun. Ein solcher Veränderungsplan sollte folgende Aspekte beinhalten:

- Die wichtigsten Gründe für eine Veränderung
- Die wesentlichen Veränderungsziele
- Die ersten Schritte
- Weitere konkrete Handlungsschritte und ihr jeweiliger Zeitpunkt
- Personen, die die Veränderungsschritte unterstützen

● Positive Erwartungen für den Alltag

Die Verbindlichkeit eines solchen Plans kann erhöht werden, wenn eine wichtige Bezugsperson des Patienten mit einbezogen wird (s. u.). Darüber hinaus stärkt jede „öffentliche“ Bekanntgabe von Veränderungsabsichten (etwa gegenüber Freunden, Familienmitgliedern oder Arbeitskollegen) die Selbstverpflichtung des Patienten. Je konkreter schließlich der Veränderungsplan ist und je früher und unmittelbarer er beginnt, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass er eingehalten wird.

VII. Zur Beteiligung von Angehörigen und wichtigen Bezugspersonen

Grundsätzlich gilt, dass der Patient der erste und wichtigste Kommunikationspartner ist. Ohne seine Zustimmung und seinen Willen findet Beratung und Behandlung in der Regel nicht statt. Der Einbezug von Angehörigen und wichtigen anderen Bezugspersonen (im folgenden kurz: Angehörigen) kann allerdings für den Veränderungsprozess des Patienten sehr förderlich sein. Erfolgreiche Veränderungsversuche werden häufig von Angehörigen mit getragen und unterstützt. Aus diesem Grunde ist es sinnvoll, in jedem Fall über einen Einbezug von Angehörigen nachzudenken. Dies bedeutet allerdings nicht, dass ein Einbezug in jedem Fall angezeigt ist. Manchmal ist er sogar kontraindiziert (s. u.).

Angehörige sind häufig von der Suchterkrankung bzw. dem Missbrauch mitbetroffen. Partner, Kinder und Ar-

beitskollegen (vor allem im Falle von Problemen mit Alkohol) sowie Eltern, andere Familienangehörige und Freunde (im Falle von Problemen mit illegalen Drogen) wenden sich häufig an professionelle Stellen und bitten um Unterstützung. Sie hoffen auf Informationen, fordern oft aber auch mehr oder weniger direkt auf, den Betroffenen „trocken zu legen“ oder „gründlich umzukrempeln“ o. ä. „Besonders dann, wenn der Partner den Klienten gedrängt hat, Hilfe anzunehmen, kann es zunächst sinnvoll sein, sich mit dem Klienten allein zu treffen, um eine Atmosphäre des Vertrauens und der Unterstützung zu schaffen“ (MILLER & ROLLNICK, ebd.). Zunächst gilt es also, die Interessen des Patienten deutlich von denen seiner Angehörigen zu unterscheiden.

Eine weitere Differenzierung besteht darin, die Motivationsdynamik zwischen Patient und Angehörigen im Hinblick auf eine Veränderung der Suchtmittelproblematik zu ermitteln. Diese Ermittlung sollte sich auf Beobachtungen der Kommunikation stützen. Therapeuten sollten z. B. darauf achten, ...

... ob der Patient konkrete Veränderungsabsichten äußert und darin von seinen Angehörigen unterstützt wird, ... ob der Patient Problemlösungen berichtet bzw. vorschlägt und die Angehörigen darauf eher konstruktiv reagieren, und ... ob die Angehörigen für den Fall einer Veränderung bereit wären, ihre Lebensführung teilweise umzustellen, wenn dies den Patienten unterstützen würde.

Im Hinblick auf eine Veränderung ergeben sich aus solchen Beobachtungen vier prinzipielle Fälle der Motivationsverteilung zwischen Patient und Angehörigen:

Fall 1: Patient eher veränderungsmotiviert, Angehörige ebenso.

Fall 2: Patient eher veränderungsmotiviert, Angehörige eher nicht.

Fall 3: Angehörige eher veränderungsmotiviert, Patient eher nicht.

Fall 4: Patient und Angehörige eher nicht veränderungsmotiviert.

Für die Gesprächsführung unter Einbezug von Angehörigen gelten grundsätzlich dieselben Prinzipien und Strategien wie für die Gesprächsführung mit dem Patienten allein.

Fall 1 verlangt vom Therapeuten Informationen über Hilfsangebote, über alternative Veränderungswege und positive Veränderungsmodelle. Der Therapeut sollte Patient und Angehörige ermutigen, den eingeschlagenen Weg weiter zu verfolgen, und versuchen, die Ressourcen der Beziehung konstruktiv zu nutzen. Es sollten gemeinsame Behandlungsziele und gemeinsam getragene konkrete Veränderungsschritte formuliert werden.

Im *Fall 2* muss der Therapeut herausfinden, ob die widerstrebende Haltung des Angehörigen ein unverrückbares Hindernis auf dem Veränderungsweg des Patienten darstellt oder aber als Quelle von wichtigen ambivalenten Einstellungen (auch des Patienten) in den Beratungsprozess integriert werden kann. Letzteres stärkt den Klärungs- und Veränderungsprozess, ersteres zwingt Therapeut und Patient zu einer Entscheidung, ob die Behandlung ohne den Angehörigen weitergeführt oder aber abgebrochen werden muss. Führt der Patient die Behandlung ohne den Angehörigen weiter, so muss der Widerstand des Angehörigen bei jeder Vereinbarung konkreter Veränderungsschritte mitbedacht werden.

Fall 3 ist eine grundsätzlich schwierige Situation. Handelt es sich bei der Beziehung zwischen Patient und Angehörigen um eine stabile und beiderseitig als zufriedenstellend erlebte, dann kann eine vom Therapeuten eingeholte Rückmeldung des Angehörigen über (problematische) Konsumgewohnheiten des Patienten dessen Motivation zur Veränderung positiv beeinflussen. Dies kann auch erreicht werden, indem der Therapeut den Angehörigen zu alternativen Lösungsvorschlägen befragt. Hier muss man allerdings behutsam vorgehen, um dem Patienten nicht das Gefühl zu geben, zwei Gegner zu haben, die ihn in die Enge führen. Im Gespräch mit einem alkoholabhängigen Mann (zögerlich) und seiner Ehefrau (auf Veränderung drängend) könnte der Therapeut sagen: „Ich kann mir vorstellen, dass es frustrierend ist, wenn so wenig Übereinstimmung zwischen Ihnen und Ihrem Mann darüber besteht, wie es denn nun weitergehen soll. Sie haben jetzt verschiedene Möglichkeiten. Eine ist, Sie [Ehefrau, GK] kommen auch weiterhin gemeinsam zur Behandlung und sprechen über das Trinken und seine Folgen - ein Weg, der im Moment nicht viel Erfolg verspricht, oder? Eine andere Möglichkeit ist, Sie widmen Ihre Energien sich selbst bzw. dem Rest der Familie, und Ihr Mann bestimmt allein, was er in bezug auf das Trinken unternehmen will“ (nach MILLER & ROLLNICK, ebd.). Handelt es sich um eine angespannte oder instabile Beziehung, dann sollte der Therapeut das alleinige Gespräch mit dem Patienten suchen. Es kann in diesem Fall sinnvoll sein, dem Angehörigen ein Unterstützungsangebot zu machen (etwa Informationen über Selbsthilfegruppen für Angehörige geben). Zu

einem späteren Zeitpunkt, wenn die Interessen des Patienten hinreichend gewürdigt wurden und sich ein wachsendes Interesse an einer Veränderung abzeichnet, kann ein gemeinsames Gespräch mit dem Angehörigen wiederum unterstützend wirken.

Im Fall 4 sollte der Therapeut seine Rolle darauf beschränken, Patient und Angehörigen eine Rückmeldung über objektive Befunde zu geben. Wenn die Kommunikation zwischen Patient und Angehörigem sehr destruktiv erscheint, sollte der Therapeut allgemeine Informationen über Belastungen von Beziehungen in Folge chronischer Krankheiten geben und so versuchen, beide Beziehungspartner zu entlasten. Er kann versuchen, die mangelnde Veränderungsabsicht beider Partner durch Informationen über alternative Veränderungsmöglichkeiten und eine Hierarchisierung der Ziele neu zu beleuchten. Er sollte allerdings nicht auf Veränderung drängen. Dies würde eher den Widerstand beider Partner provozieren. Wenn der Therapeut den Eindruck hat, dass Patient und Angehöriger die Probleme und möglichen Lösungen unterschiedlich einschätzen, sollte er unbedingt einen alleinigen Termin mit dem Patienten ausmachen, um den (manchmal nur scheinbaren) Mangel an Veränderungsabsicht im Einzelkontakt abzusichern.

Im Falle von (Ehe-)Partnerschaften gilt folgender Grundsatz: Wenn die Patienten zögern, ihre Partnerinnen (oder umgekehrt) in die Behandlung mit einzubeziehen, sollte der Therapeut zunächst einmal die erwarteten Vor- und Nachteile des Einbezugs ermitteln. Wenn sich dabei herausstellt, dass die erwarteten Nachteile für die Patienten überwiegen, sollte nicht weiter auf einem Einbezug insistiert werden. In

vielen Fällen entwickelt sich erst im Laufe der Behandlung die Bereitschaft, gemeinsam mit den Partnern an einer Veränderung zu arbeiten. Zusammenfassend haben sich die folgenden allgemeinen Strategien der motivierenden Gesprächsführung unter Einbezug von Angehörigen als effektiv erwiesen:

Positiven Einstieg finden

Die Angehörigen sollten in ihren bisherigen Bemühungen, dem Patienten mit seinem Suchtmittelproblem zu helfen, bestärkt werden. Sie sollten Anerkennung dafür erfahren, dass sie an der Behandlung teilnehmen. Sie sollten nach ermutigenden und positiven Erfahrungen gefragt werden.

Die positiven Ressourcen der Beziehung aufgreifen

Der Therapeut sollte Äußerungen und Verhaltensweisen verstärken, die die positiven Aspekte der Beziehung betreffen. Gemeinsame Lebenserfahrung, Vertrauen oder gemeinsame Lebensziele sind zentrale Faktoren, um die Veränderungsmotivation der Patienten während und nach der Behandlung zu stützen. Vorschläge zu positiv besetzten gemeinsamen Aktivitäten können hilfreich sein.

Fallen vermeiden

Der Therapeut sollte nicht versuchen - insbesondere nicht im Gespräch mit (Ehe-) Partnern - als Experte für die Lösung der Suchtmittel- oder Beziehungsprobleme aufzutreten. Es besteht die Gefahr, dass er damit zur Projektionsfläche für nicht ausgesprochene Ambivalenzen des Patienten oder Differenzen zwischen den Part-

nern wird und ein Nachdenken über konkrete Veränderungsschritte geradezu verhindert. Ebenso real ist die Gefahr, in die sogenannte Schuld-Falle zu tappen: der Patient wirft dem Angehörigen vor, für seine Suchtmittelprobleme verantwortlich zu sein (oftmals Männer gegenüber ihren Frauen, im Drogenbereich oftmals die abhängigen Kinder gegenüber ihren Eltern). Der Therapeut sollte sich an einer solchen Diskussion nicht beteiligen und statt dessen versuchen, das Gespräch auf pragmatische Fragen des Alltags zurückzuführen.

Konsens über Behandlungsziele herstellen

Die jeweiligen Bewertungen der Schwere des Problems sowie die jeweiligen Vorstellungen über die Konsequenzen sollten offen gelegt werden. So kann allmählich ein Konsens über die Behandlungsziele erarbeitet werden. Wenn eine gemeinsame Basis geschaffen ist, können im Rahmen eines Veränderungsplans (s. o.) die notwendigen ersten Schritte vereinbart werden.

Prinzipien und Strategien wie im Einzelgespräch einsetzen

Die Prinzipien und Strategien der motivierenden Gesprächsführung unter Einbezug von Angehörigen unterscheiden sich grundsätzlich nicht von denen, die auch im Einzelgespräch mit den Patienten verwandt werden sollten: Empathie zeigen, Diskrepanzen entwickeln, Streitgespräche vermeiden, Widerstand aufnehmen, Aktiv Zuhören, Bestätigen, Zusammenfassen usw. Das Besondere ist, dass man es hier mit zwei (oder mehr) Gesprächspartnern zur selben Zeit zu tun

hat, deren Beziehungsdynamik die Diagnostik und Einflussnahme erschwert. Wenn es allerdings gelingt, Patient und Angehörige auf einen gemeinsamen Weg zu verpflichten, dann bestehen beste Chancen, dass das angestrebte Ziel auch erreicht wird.

Literatur

BECK, A.; WRIGHT, F.D.; NEWMAN, C.F.; LIESE K. (1997): Kognitive Therapie der Sucht. Beltz, Weinheim

BLEULER, E. (1983): Lehrbuch der Psychiatrie (15. Auflage, neubearb. v. Bleuler M) Springer, Berlin - Heidelberg - New York

LUBAN-PLOZZA, B.; LAEDERACH-HOFMANN, K.; KNAACK, L.; DICKHAUT, H.H. (1998): Der Arzt als Arznei. Das therapeutische Bündnis mit dem Patienten. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln

MILLER, W.R. & ROLLNICK, S. (1999): Motivierende Gesprächsführung. Lambertus, Freiburg i. Br.

PETRY, J. (1998): Suchtentwicklung und Motivationsdynamik. In: Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe, Beutel, M. (Hrsg.): Motivation in der Suchttherapie - Intrapsychischer Prozess und versorgungspolitische Aufgabe. Neuland, Geesthacht

REIMER, C. (Hrsg., 1994): Ärztliche Gesprächsführung. Springer, Berlin - Heidelberg - New York

SCHULZ von THUN, F. (1981): Miteinander reden. Rowohlt, Reinbek

WEDLER, H. (1998): Das ärztliche Gespräch. Anleitung zur Kommunikation in der psychosomatischen Grundversorgung. Schattauer, Stuttgart

WILKE, E. (1994): Leitlinien des ärztlich-psychotherapeutischen Gesprächs. In: Reimer, C. (ebd.)

Kurzinterventionen bei Patientinnen und Patienten mit Alkoholproblemen - ein Erfahrungsbericht

Georg Kremer

Psychiatrische Klinik Gilead
Bethesdaweg 12
33617 Bielefeld

Inhalt

I. Einleitung

II. Methodik

III. Ergebnisse

IV. Diskussion

Literatur

Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf Erfahrungen mit Kurzinterventionen im Rahmen eines Modellprojekts des Bundesministeriums für Gesundheit, das von 1994 – 1997 in Bielefeld durchgeführt wurde. Die Ergebnisse des Projekts wurden bereits an anderer Stelle veröffentlicht (vgl. KREMER / DORMANN / WIENBERG / PÖRKSEN / WESSEL / RÜTER 1998, KREMER / WIENBERG / PÖRKSEN 1999, KREMER / WIENBERG / DORMANN / WESSEL / PÖRKSEN 1999) und werden hier nur ausschnittsweise referiert. Der Schwerpunkt dieses Beitrags liegt auf der praktischen Umsetzung von Kurzinterventionen in der medizinischen Versorgung, speziell auf inneren und chirurgischen Stationen des Allgemeinkrankenhauses.

I. Einleitung

Die Prävalenz von Alkoholproblemen in internistischen und chirurgischen Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern ist hoch. Einer Berechnung von Wienberg (1995) zufolge sucht jeder vierte Alkoholabhängige mindestens einmal im Jahr eine internistische oder chirurgische Abteilung eines Allgemeinkrankenhauses auf. Wienberg (ebd.) stellte eine Übersicht von Prävalenzstudien der Jahre 1981-1988 aus dem deutschsprachigen Raum zusammen und berichtete eine Prävalenz von 11% (im Median; Streuung 7,2% - 16,4%) für Alkoholabhängigkeit. Zwei neuere Studien aus Lübeck kommen zu vergleichbaren Prävalenzen: AROLT, DRIESSEN und SCHÜRMANN (1995) 9,0% für Alkoholabhängigkeit und 5,5% für Alkoholmissbrauch, JOHN, HAPKE, RUMPF et al. (1996; jedoch nur Altersgruppe

18-64) 12,7% für Alkoholabhängigkeit und 4,8% für Alkoholmissbrauch (zusätzlich 9,7% Verdachtsfälle). Dabei sind die Ergebnisse der Studie von JOHN et al. als wesentlich aussagekräftiger einzustufen. Insbesondere spricht die Tatsache, dass alle Stationen des Allgemeinkrankenhauses (bis auf die Intensivstation) über einen Zeitraum von sechs Monaten erfasst wurden, für einen hohen Repräsentativitätsgrad in Bezug auf die untersuchte Altersgruppe. Zur Prävalenz von Alkoholproblemen bei Patienten/innen ab 65 Jahren liegt ebenfalls aus Lübeck eine aktuelle Untersuchung vor (BOTZET, RUMPF, BROMISCH et al. 1996). Danach weisen 3,1% der Patienten/innen eine Alkoholabhängigkeit auf, 0,4% einen Alkoholmissbrauch und 3,5% einen Verdacht auf Abhängigkeit oder Missbrauch. Diese Ergebnisse sind allerdings nur als Trendaussage einer nachlassenden Prävalenz im höheren Alter zu werten, da etwa jede/r zweite Patient/in nicht untersucht wurde.

Aus anderer Sicht wird die Bedeutung von Alkoholproblemen für das Allgemeinkrankenhaus eindrucksvoll unterstrichen: Eine Analyse des Medizinischen Dienstes der Stadt Hamburg zu den psychiatrischen Krankenhaufällen der Jahre 1988 bis 1994 ergab, dass unter den acht Diagnosen mit dem höchsten Pflegetagvolumen in der inneren Medizin allein drei aufgeführt werden, die im Zusammenhang mit Alkoholkonsum stehen: Leberzirrhose, Alkoholabhängigkeit und Pankreaserkrankungen (MAYLATH und SEIDEL 1997).

Trotz dieser quantitativ enormen Bedeutung des Alkoholproblems mangelt es im Allgemeinkrankenhaus an integrierten Diagnose- und Behandlungskonzepten, die ein frühzeitiges

Erkennen und eine qualifizierte Beratung von Patienten/innen mit Alkoholproblemen gewährleisten (AROLT et al. 1995). Es mangelt an allgemeinen Gesprächsführungskompetenzen sowie der praktischen Erfahrung mit spezifischen Motivationsstrategien (HELBERT 1991). Im Rahmen des hier beschriebenen Projekts wurde deutlich, dass die teilnehmenden Ärzte/innen nur über eine lückenhafte Kenntnis des regionalen Hilfeangebots für Menschen mit Alkoholproblemen verfügen (KREMER, DORMANN, PÖRKSEN et al. im Druck). Eine systematische Einleitung von Nachsorge findet - mit wenigen Ausnahmen (z. B. DEIGNER, REITZE und HORSCH 1995) - nicht statt. Die Einstellung von Ärzt/innen gegenüber Patient/innen mit Alkoholproblemen muss als problematisch angesehen werden: In einer Untersuchung an Allgemeinärzt/innen in Schleswig-Holstein (REIMER und FREISFELD 1984) gaben 56% der befragten Ärzte/innen an, dass sie Alkoholiker/innen weniger gern behandelten als andere Patienten/innen. Schwierigkeiten in der Behandlung entstünden vor allem aufgrund der Willensschwäche der Patienten/innen (93%), ihrer fehlenden Krankheitseinsicht (84%) und der fehlenden Kooperationsbereitschaft (81%). Ihre eigenen Hilfsmöglichkeiten sahen 78% der Ärzte/innen als begrenzt an.

Seit Mitte der 80er Jahre wurde eine Reihe von Arbeiten veröffentlicht, die sich mit der Umsetzung und Effektivität von kurzen Beratungsansätzen bei Alkoholproblemen befassten, die meisten von ihnen aus dem englischsprachigen Raum (vgl. RUMPF in diesem Band). Verschiedene Studien zu Kurzinterventionen, die in Allgemeinkrankenhäusern durchgeführt wurden, berichten übereinstimmend signifi-

kante Effekte im Hinblick auf die Veränderung von Trinkgewohnheiten oder die Inanspruchnahme weiterführender Hilfsangebote (z. B. CHICK, LLOYD und CROMBIE 1985, ELVY, WELLS und BAIRD 1988, GENTILELLO, DONOVAN, DUNN und RIVARA 1995, HEATHER, ROLLNICK, BELL und RICHMOND 1996). Insbesondere für Patienten/innen "unterhalb" der Abhängigkeitsschwelle - riskant oder schädlich gebrauchende - stellten Kurzinterventionen eine zur Erhöhung der Veränderungsbereitschaft und Einleitung konkreter Veränderungsschritte oft ausreichende Beratungsform dar.

Patienten/innen mit einem *riskanten Alkoholgebrauch* – engl. *hazardous use*: erstmals definiert in einer Mitteilung der WHO 1981, seitdem im internationalen Sprachgebrauch etabliert (vgl. HEATHER 1995, EDWARDS, ANDERSON, BABOR et al. 1997) - zeichnen sich durch ein Konsummuster aus, das bislang weder zu einer körperlichen oder psychischen Störung noch zu beruflichen oder sozialen Problemen geführt hat, mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit aber zu Folgeproblemen oder -erkrankungen führen wird. Die British Medical Association (1995) hat die Grenzwerte für einen risikoarmen Konsum auf ca. 110 Gr. Alkohol/Woche bei Frauen und ca. 170 Gr. Alkohol/Woche bei Männern festgesetzt. Auch häufige Trinkexzesse können ein Kriterium riskanten Alkoholkonsums sein. Für den deutschsprachigen Raum wurden erste Erfahrungen mit Kurzinterventionen im Allgemeinkrankenhaus im Rahmen einer Prävalenz- und Sekundärpräventionsstudie aus Lübeck berichtet (JOHN, HAPKE, RUMPF et al. 1996, HAPKE, RUMPF, HILL und JOHN 1997).

Kurzinterventionen in der medizinischen Primärversorgung verfolgen eine begrenzte Zielsetzung: Veränderungsmotivation ermitteln, wenn möglich stärken und evtl. einen ersten Veränderungsschritt vereinbaren. Angestrebt wird ein auf den einzelnen Patienten abgestimmter gesünderer Umgang mit Alkohol. Für alle Patienten/innen gilt dabei das allgemeine Interventionsziel "Verringerung des Alkoholkonsums über Veränderung von Trinkgewohnheiten". Für Patienten/innen mit einer Abhängigkeitsdiagnose kommt darüber hinaus noch den Zielen "Erlangung bzw. Aufrechterhaltung von Abstinenz (-Phasen)" und "Vermittlung in eine Einrichtung des Hilfesystems für Abhängigkeitskranke" eine wichtige Bedeutung zu. Das Interventionsziel ist jeweils im Einzelfall zu konkretisieren.

Ziel des vorliegenden Beitrags ist es, die Veränderungen des Trinkverhaltens sowie die Inanspruchnahme weiterführender Hilfen bei Patienten/innen des Allgemeinkrankenhauses 12 Monate nach einer Kurzintervention darzustellen.

ten/innen des Allgemeinkrankenhauses 12 Monate nach einer Kurzintervention darzustellen.

II. Methodik

1. Beschreibung der Stichprobe

Auf fünf Stationen zweier Bielefelder Allgemeinkrankenhäuser wurden zwischen 1995 und 1996 über ein halbes (zwei internistische Stationen) bzw. ein Jahr (zwei internistische Stationen / eine unfallchirurgische Station) alle Patienten/innen der Altersgruppe 18-65, die länger als einen Tag stationär behandelt wurden - unabhängig vom Aufnahmearbeit - auf eine Alkoholproblematik hin befragt.

Insgesamt wurden auf den fünf Krankenhausstationen 1318 Patienten/innen erfasst (vgl. Tab. 1). Die Gesamterfassungsrates lässt sich aufgrund der inkompatiblen Altersstufen von Projekt- und Krankenhausstatistik nicht exakt bestimmen. Aufgrund der

regelmäßigen Stichproben in den Aufnahmebüchern der Stationen ist allerdings davon auszugehen, dass sie auf den drei am häufigsten frequentierten Stationen (darunter die unfallchirurgische) bei nahezu 100%, insgesamt bei etwa 95% lag. Von den erfassten Patienten/innen waren 69% männlich und 31% weiblich. Bei den Patienten/innen mit einer alkoholbezogenen Diagnose verschob sich das Verhältnis - wie zu erwarten - zugunsten der Männer: 88% zu 12%. Das mittlere Alter aller erfassten Patienten/innen betrug 46 Jahre, bei Patienten/innen mit einer alkoholbezogenen Diagnose 45 Jahre. Weitere soziodemographische Daten wurden nur von den Patienten/innen erhoben, die eine Kurzintervention erfuhren. 26 Patienten/innen (2%) lehnten eine Beteiligung an der Untersuchung ab. 71 Patienten/innen wurden wegen der Schwere aktueller somatischer Probleme nicht befragt (z. B. bei Krebserkrankungen im finalen Stadium).

2. Darstellung des Vorgehens der Studie

Es wurden 1221 Screenings durchgeführt. Als Selbstaussagefragebogen wurde der LAST (RUMPF, HAPKE, HILL und JOHN 1997) eingesetzt, ein im Rahmen der medizinischen Versorgung entwickeltes Instrument mit 9 Items, das im Vergleich zu international gebräuchlichen Instrumenten wie etwa dem CAGE oder S-MAST eine höhere Sensitivität aufweist und damit für eine systematische Früherkennung besonders geeignet ist. Der LAST wurde auf allen internistischen Stationen von den Stationsärzten/innen überreicht (im Anschluss an die Anamnese), auf der unfallchirurgischen Station von den Projektmitarbeiter/innen (am ersten Tag nach der Aufnahme).

13% der Patienten/innen mit einem positiven Screening-Befund konnten nicht weiter befragt werden, da sie entweder frühzeitig entlassen wurden (6%) oder aber ein diagnostisches Gespräch ablehnten (7%).

Alle anderen Patienten/innen mit einem positiven Screening-Befund wurden mit Hilfe eines im Projekt entwickelten klinischen Leitfadens - ausgehend von den positiv beantworteten Fragen im Screening-Bogen - diagnostisch befragt. Der Leitfaden enthielt Fragen zu den Trinkmengen und Trinkgewohnheiten der Patienten/innen, Fragen zu den Kriterien für schädlichen Gebrauch und Abhängigkeit der internationalen Krankheitsklassifikation ICD-10 (DILLING, MOMBOUR und SCHMIDT 1993), Fragen zu früheren suchtspezifischen Behandlungserfahrungen, sowie Fragen zu soziodemographischen Daten.

Bei Vorliegen einer alkoholbezogenen Diagnose schloss sich die sog. Kurzintervention an. Diese wurde von lediglich einem Patienten abgelehnt. Als Kurzintervention galt ein einmaliges Beratungsgespräch von bis zu 60 Minuten Dauer, das auf den folgenden von MILLER und ROLLNICK (1991) beschriebenen sechs Grundelementen basierte:

- (1) *Empathie und Respekt zeigen,*
- (2) *Rückmeldung geben,*
- (3) *Eigenverantwortung betonen,*
- (4) *Selbstwirksamkeitsüberzeugung stärken,*
- (5) *Alternative Veränderungswege aufzeigen,*
- (6) *Einen konkreten Ratschlag geben.*

Diagnostik und Kurzintervention waren in einem diagnostisch-therapeutischen Gespräch verknüpft. Alle Patienten/innen mit riskantem und schädlichem Gebrauch erhielten während des Beratungsgesprächs ein

Tab. 1: Erfasste Patient/innen, negative und positive Screenings, drop-outs, durchgeführte Kurzinterventionen

	<i>absolut</i>	<i>Prozent</i>
Gesamt erfasst:	1318	
"Kein Screening" dokumentiert:	97 (davon abgelehnt: 26)	
Anzahl Screenings:	1221	
Screening negativ:	904	74,0%
Screening positiv:	317	26,0%
davon falsch positiv:	68	
Frühzeitig entlassen:	18	
Diagnostik abgelehnt:	23	
Kurzintervention abgelehnt:	1	
 Kurzinterventionen durchgeführt:	 207	

Informationsblatt "Zur Verträglichkeit von Alkohol" (s. PETRY 1997), auf dem die o. g. Grenzwerte der British Medical Association erläutert wurden. Patienten/innen mit einer Alkoholabhängigkeit wurde geraten, im Anschluss an die körperliche Entgiftung ein weiterführendes fachspezifisches Hilfsangebot (insb. Beratungsstelle, Selbsthilfegruppe) in Anspruch zu nehmen. Die einzelnen regional verfügbaren Angebote wurden ausführlich erläutert. Die Patienten/innen bekamen außerdem schriftliche Informationen mit Adressen und Telefonnummern. Den Patienten/innen wurde geraten, schon während des Krankenhausaufenthaltes einen Termin (etwa mit einer Suchtberatungsstelle) zu vereinbaren, diesen gegebenenfalls sogar schon während des Aufenthaltes wahrzunehmen. Patienten/innen aller Diagnosegruppen, die sich im Beratungsgespräch deutlich ambivalent gegenüber einer Veränderung des Alkoholkonsums zeigten, wurde

eine Liste über "Vorteile und Nachteile einer Veränderung des Alkoholkonsums" (s. PETRY 1997) zur Verfügung gestellt.

Ein zweiter Beratungstermin im Krankenhaus wurde vereinbart, wenn Patienten/innen dies wünschten und es zur Stärkung der Veränderungsmotivation sinnvoll erschien. Tatsächlich erhielt jede/r vierte Patient/in (25%) ein zweites Beratungsgespräch.

Die diagnostisch-therapeutischen Gespräche wurden in der Unfallchirurgie ausschließlich durch die Projektmitarbeiter/innen auf den inneren Stationen entweder durch die Projektmitarbeiter/innen allein (50% der Fälle) oder gemeinsam mit den Stationsärzten/innen (50% der Fälle) durchgeführt. Die Projektmitarbeiter/innen verfügten über mindestens dreijährige klinische Erfahrung in der Diagnostik und Behandlung psychiatrischer Störungen. Die Stationsärzte/innen hatten im Vorfeld der praktischen Erprobung

an einer 16-stündigen Fortbildung teilgenommen.

Die Dauer der diagnostisch-therapeutischen Gespräche betrug zwischen 15 und 60 Minuten, im Durchschnitt aller geführten Gespräche (inkl. der Zeiten für ein zweites Gespräch) 36 Minuten pro Patient/in.

Die Nachbefragungen wurden 12 Monate nach der Kurzintervention auf der Basis eines im Projekt entwickelten Leitfadens von den Projektmitarbeiter/innen durchgeführt. Der Leitfaden enthielt dieselben diagnostischen Fragen wie der Erstberatungsleitfaden, ergänzt durch Fragen zu bedeutenden Lebensereignissen im Nachbefragungszeitraum, zur subjektiven Befindlichkeit und zur Bedeutung der Kurzintervention im Krankenhaus. Von den 207 Patienten/innen, die eine Kurzintervention erfahren hatten, gaben 161 ihr Einverständnis zur Nachbefragung (vgl. Tab. 2). 15 Patienten/innen verweigerten zum Nachbefragungszeitpunkt die Teilnahme, 12 konnten nicht erreicht werden, 11 waren unbekannt verzogen, 4 verstorben, 3 über 300 Km verzogen, 1 schwerst erkrankt und 1 in Haft. Daten zur Nachbefragung liegen von 114 Patienten/innen vor, das sind 70,8% derjenigen Patienten/innen, die ihr

Einverständnis zur Nachbefragung erklärt hatten. Wenn eine persönliche oder telefonische Nachbefragung nicht zu vereinbaren war, stand ein Katamnesefragebogen zum Selbstausfüllen zur Verfügung. Persönlich nachbefragt wurden 83%, telefonisch 12% und schriftlich 5%. Soweit möglich wurden die persönlich oder telefonisch durchgeführten Nachbefragungen nicht von dem Projektmitarbeiter durchgeführt, der auch an der Beratung im Krankenhaus beteiligt war. Diese "blinde" Nachbefragung ohne Kenntnis der Ausgangsdiagnose konnte in 80% der persönlich bzw. telefonisch durchgeführten Katamnesen gewährleistet werden.

III. Ergebnisse

Tabelle 3 zeigt die Verteilung der Diagnosen derjenigen Patienten/innen, die auf den Stationen der beiden Allgemeinkrankenhäuser beraten worden sind. Zusammengefasst wurden in den beiden Allgemeinkrankenhäusern für die Altersgruppe der 18-65-jährigen Patienten/innen somit 15,7% aktuelle alkoholbezogene Diagnosen ermittelt.

Tab. 2: Beratungs- und Nachbefragungsstichprobe

<i>Zum Beratungszeitpunkt</i>		
Beratungsstichprobe	207	
Im Krankenhaus verstorben	1	
Wohnsitz über 300 Km entfernt	2	
Nachbefragung abgelehnt	43	
Nachbefragungsstichprobe	161	
<i>Zum Nachbefragungszeitpunkt</i>		
Nachbefragung abgelehnt	15	(9,3%)
Nicht erreicht	12	(7,5%)
Unbekannt verzogen	11	(6,8%)
Verstorben	4	(2,5%)
Wohnsitz über 300 Km entfernt	3	(1,9%)
Schwersterkrankt	1	(0,6%)
Haftstrafe	1	(0,6%)
Nachbefragung durchgeführt	114	(70,8%)

Tab.3: Diagnosen der Patienten/innen mit Kurzintervention (n = 207)

	<i>abs.</i>	<i>Prozent v. 207</i>	<i>Prozent v. 1221</i>
Riskanter Gebrauch	49	24%	4,0%
Schädlicher Gebrauch	48	23%	3,9%
Abhängigkeit	95	46%	7,8%
Zwischensumme	192	93%	15,7%
Remitt. Abhängigkeit	12	6%	1,0%
Andere psych. Diagnosen	3	1%	0,3%
Gesamt	207	100%	17,0%

Die Tabellen 4 - 6 zeigen, dass in Bezug auf Diagnosen, Alkoholtrinkmengen und vorherige Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen zum Beratungszeitpunkt keinerlei signifikante Unterschiede zwischen der Beratungsstichprobe und der Gruppe der

tatsächlich Nachbefragten auszumachen sind. Ebenso weisen die soziodemographischen Merkmale der tatsächlich nachbefragten Patienten/-innen zu denen der Beratungsstichprobe keine signifikanten Unterschiede auf.

Tab. 4: Diagnosen

	Beratungsstichprobe	Nachbefragungsstichprobe	
		Beratungszeitpunkt	Nachbefragungszeitpunkt
	n = 207	n = 114	n = 114
Riskanter Gebrauch	24%	25%	11% (p<.001*)
Schädlicher Gebrauch	23%	25%	11% (p<.001*)
Abhängigkeit	46%	43%	38%
Rem. Abhängigkeit	6%	6%	15% (p<.001*)
And. psychiatr. Diagnose	1%		
Keine Diagnose (mehr)		25%	

Tabelle 4 zeigt, dass sich die Summe der alkoholbezogenen Diagnosen (riskanter Gebrauch, schädlicher Gebrauch, Abhängigkeit) im Laufe des Katamnesezeitraums um etwa ein Drittel verringert hat (von 93% auf 60%). Jede/r vierte Patient/in wies zum Nachbefragungszeitpunkt keine alkoholbezogene Diagnose im o. g. Sinne mehr auf. Darüber hinaus ist ein

signifikanter Anstieg der Diagnose "remittierte Alkoholabhängigkeit" festzustellen. Darunter fallen diejenigen Patienten/-innen, die - z. T. unter Inanspruchnahme weiterführender fachspezifischer Angebote - im Katamnesezeitraum die notwendigen Kriterien des Abhängigkeitssyndroms nicht (mehr) erfüllt haben.

Tab. 5: Alkohol-Trinkmengen (Gramm/Woche)

	Beratungsstichprobe	Nachbefragungsstichprobe	
		Beratungszeitpunkt	Nachbefragungszeitpunkt
	n = 207	n = 114	n = 114
Mittelwert	926	837	499 (p<.001*)
Median	440	420	160

* Wilcoxon Matched-Pairs Signed-Ranks Test

Tabelle 5 zeigt, dass die Alkoholtrinkmengen im Katamnesezeitraum hochsignifikant verringert wurden. Es wurde insgesamt bedeutend weniger Alkohol getrunken (Mittelwert). Der

stark gesunkene Median-Wert zeigt, dass die Anzahl der im Bereich des geringen oder leicht ansteigenden Risikos Trinkenden stark angestiegen ist.

Tab. 6: Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen

	Beratungsstichprobe	Nachbefragungsstichprobe	
		Beratungszeitpunkt	Nachbefragungszeitpunkt
	n = 207	n = 114	n = 114
Lebenszeit	36%	33%	

Die in Tabelle 6 dargestellten Daten belegen, dass es in den 12 Monaten nach der Beratung im Krankenhaus zu einer hochsignifikanten Steigerung der Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen kam. Psychiatrische Entzugsbehandlung (31%), Suchtberatungsstellen (28%, z. T. mit Weitervermittlung in Entwöhnungsbehandlungen) und Selbsthilfegruppen (19%) wurden am häufigsten genutzt. Angebote des komplementären Bereichs

wie z. B. Betreutes Wohnen (17%) spielten auch eine wichtige Rolle. Von den 49 NachbefragungsPatienten/-innen, die zum Beratungszeitpunkt eine Abhängigkeitsdiagnose aufwiesen, haben 17 (35%) im Nachbefragungszeitraum kein weiterführendes Hilfsangebot in Anspruch genommen. Soziodemographisch war keine Besonderheit dieser Patientengruppe festzustellen. 7 von diesen 17 Patienten/-innen weisen eine positive

Tab. 7: Bewertung der Verläufe anhand Kriterien "Veränderung der Diagnose" und "Veränderung der Alkoholtrinkmenge um 50%" nach Diagnosegruppen zum Beratungszeitpunkt

Häufigkeit von Bewertungen zum Nachbefragungszeitpunkt		Häufigkeit von Diagnosen zum Beratungszeitpunkt
Besser	56	15 Riskanter Gebrauch 19 Schädlicher Gebrauch 22 Abhängigkeit
Unverändert	39	4 Riskanter Gebrauch 4 Schädlicher Gebrauch 31 Abhängigkeit
Schlechter	19	10 Riskanter Gebrauch 6 Schädlicher Gebrauch 3 Abhängigkeit

Veränderung im nachfolgend beschriebenen Sinne auf.

Tabelle 7 zeigt die Anzahl der Patienten/innen, die zum Nachbefragungszeitpunkt Veränderungen der "Diagnose" (andere oder keine) oder "Alkoholtrinkmenge" (um mind. 50% verändert) aufweisen. Dabei zeigt sich bei jedem zweiten Patienten eine positive Veränderung. Prozentual gesehen ist der Anteil der positiven Veränderungen innerhalb der Gruppe der riskant oder schädlich konsumierenden höher (34 von 58 = 59%) als in der Gruppe der abhängigen Patienten/innen (22 von 56 = 39%).

Zur Veranschaulichung der diagnostisch-therapeutischen Gespräche mit der Gruppe der früh erkannten Patienten werden im folgenden drei Patienten vorgestellt und die Gespräche mit ihnen kurz skizziert: eine Patientin mit riskantem Gebrauch (Frau Risse¹), ein Patient mit schädlichem Gebrauch (Herr Schäfer) und eine Patientin in einem frühen Stadium der Abhängigkeit (Frau Abend).

Frau Risse

43 Jahre alt, Hausfrau, arbeitet im Verlagshaus ihres Mannes mit. Gebürtig aus einem Weindorf in der Pfalz. Der Ehemann ist seit einem halben Jahr an Krebs erkrankt. Es ist zu befürchten, dass er bald stirbt. Das Ehepaar hat keine Kinder. Bis zu der Erkrankung des Mannes haben die Eheleute über 20 Jahre lang täglich 1 bis 2 Flaschen (0,7 L.) Wein getrunken. Seit einem halben Jahr trinkt Frau Risse täglich etwa einen halben Liter Wein. Keine körperlichen Schädigungen feststellbar, H-Gt und MCV im oberen Normbereich (mit Frau Risse's Einverständnis kontrolliert). Keine psychischen oder sozialen Störungen. Ein Zusammenhang zwischen dem Alko-

holkonsum des Mannes und seiner Krebserkrankung ist nicht bekannt.

Frau Risse liegt auf der unfallchirurgischen Station mit einem Bänderriß. Im Screening-Fragebogen hatte sie angegeben, dass sie schon einmal das Gefühl hatte, ihren Alkoholkonsum verringern zu müssen, und dass ihr außerdem schon einmal gesagt worden sei, sie habe eine Störung der Leber.

Im insgesamt 35-minütigen diagnostisch-therapeutischen Gespräch wird zunächst die Diagnose "Riskanter Gebrauch" rückgemeldet und anhand einer Skala erläutert. Frau Risse reagiert erstaunt, immerhin habe ihr ihr Weinhändler mitgeteilt, der Konsum von einer Flasche Wein täglich sei absolut unschädlich. Sie wünscht mehr Informationen über schädliche Trinkmengen, Untersuchungen zur kardioprotektiven Funktion des Weins usw. Weitere Gesprächsinhalte: Trinkmotive (Entspannung, Genuss), Möglichkeiten der Alkoholreduktion (kleinere Gläser u.ä.), Erkrankung des Ehemannes.

Frau Risse möchte ihren Alkoholkonsum aktuell nicht verändern, akzeptiert allerdings die schriftlichen Informationen über riskante Trinkmengen. Das Gespräch bezeichnet sie als sehr informativ. Es wurde kein weiteres Beratungsgespräch vereinbart.

Herr Schäfer

23 Jahre alt, alleinlebend, keine Kinder, arbeitslos. Kam auf die unfallchirurgische Station wegen einer Sportverletzung. Herr Schäfer berichtet von regelmäßigen Treffen mit seinen Kumpels etwa dreimal die Woche, bei denen er im Schnitt etwa drei Liter Bier trinken würde. Am Wochenende

würde es allerdings wesentlich mehr, insbesondere im Zusammenhang mit dem Besuch von Fußballspielen des einheimischen Bundesligisten. An solchen Tagen werde schon früh morgens Bier "in rauen Mengen" getrunken, häufig komme da eine ganze Kiste pro Mann zusammen, zusätzlich noch einige kleine Schnäpse. Insgesamt würde er in dieser Art und Weise schon seit etwa 5 Jahren Alkohol konsumieren.

Mit dem Einverständnis von Herrn Schäfer nimmt der Projektmitarbeiter Einblick in die Krankenunterlagen und stellt eine deutliche Erhöhung der Leberwerte H-Gt und MCV fest. Im Screening-Fragebogen hatte er angegeben, seinen Alkoholkonsum nicht immer kontrollieren zu können, schon mal ein schlechtes Gewissen gehabt zu haben und auch schon mal von der Polizei wegen Trunkenheit in Gewahrsam genommen worden zu sein. Außerdem hätten sich nahe Bezugspersonen über sein Trinken Sorgen gemacht.

Aufgrund der bereits eingetretenen körperlichen Folgeprobleme wird Herrn Schäfer die Diagnose "Schädlicher Gebrauch" mitgeteilt. Der Projektmitarbeiter empfiehlt ihm, den Alkoholkonsum auf ein gesundheitlich verträgliches bzw. weniger schädliches Maß zu senken. Verschiedene pragmatische Strategien werden durchdacht. Herr Schäfer zeigt sich grundsätzlich interessiert, gibt allerdings zu bedenken, dass es gar nicht so einfach sei, in den Kreisen, in denen er sich bewege, weniger Alkohol zu trinken. Darüber hinaus scheint er auch ein wenig stolz zu sein auf die großen Mengen Alkohol, die er trägt. Das Gespräch endet ohne konkrete Vereinbarung oder Zielsetzung.

Frau Abend

44 Jahre alt, Hausfrau, Mutter eines 12-jährigen Sohnes (berufstätig bis zur Geburt ihres Kindes). Auf Drängen des Ehemannes, der eine gesicherte und gut dotierte Position bei der Post bekleidet, hat sie seinerzeit ihre Berufstätigkeit aufgegeben.

Seit Beginn der Schulpflicht des Sohnes, der eine leichte Auffälligkeit im Sinne einer minimalen zerebralen Dysfunktion (MCD) aufweist, fehlt der Patientin die befriedigende Tagesstruktur. Da die Haushaltsführung im eigenen Haus sie nicht ausfüllte, hat sie sich im Laufe der Zeit mehr und mehr mit Freundinnen und Bekannten getroffen und bei diesen Treffen (v.a. tagsüber) zunehmende Mengen Alkohol konsumiert. Dies geschah zunächst in Form von Sekt zum gemeinsamen Frühstück, Likör vormittags oder als Aperitif zum Mittagessen, Wein in lockerer Runde am Abend usw. Der Alkoholkonsum stieg allmählich auf ca. 10 Standardgetränke (ca. 80 Gramm Alkohol) pro Tag an. Auch die Trinkgewohnheiten veränderten sich, so dass die Patientin zunehmend alleine trank und darüber auch den regelmäßigen Kontakt zum Freundeskreis vernachlässigte. Sie beobachtete bei sich selbst immer öfter ein starkes Bedürfnis nach Alkohol: Alkohol half ihr, die Langeweile und Unzufriedenheit zu ertragen. Der Ehemann der Patientin reagierte, obwohl mehrmals von ihr auf das Thema Alkohol angesprochen, mit Unverständnis und Unwillen. Die Patientin suchte in dieser Situation ihren Hausarzt auf. Dieser wies sie mit Verdacht auf eine Hyperthyreose in die internistische Abteilung eines Allgemeinkrankenhauses ein. Im Screening-Fragebogen hatte sie angegeben, schon einmal das Gefühl gehabt zu haben, ihren

¹ Alle Namen sind geändert

Alkoholkonsum verringern zu müssen und schon einmal wegen ihres Alkoholtrinkens ein schlechtes Gewissen gehabt zu haben. Darüber hinaus hätte sich ihr Partner bereits über ihr Trinken beklagt.

Frau Abend zeigt sich erleichtert, dass sie endlich über ihr Alkoholproblem sprechen kann. Nach eingehender Befragung wird ihr die Diagnose "Abhängigkeit" rückgemeldet und erläutert. Die Patientin reagiert einsichtig und äußert ein dringendes Bedürfnis nach fachlicher Hilfe. Nach einer kurzen Klärung und Abwägung der verschiedenen weiterführenden Hilfsangebote rät die Projektmitarbeiterin zum Besuch einer Ambulanten Beratungs- und Behandlungsstelle für Suchtkranke und stellt die entsprechenden Adressen und Telefonnummern zur Verfügung. Die Patientin vereinbart unmittelbar im Anschluss an das 30-minütige Gespräch telefonisch einen ersten Gesprächstermin mit der Beratungsstelle.

Früherkennung und Kurzintervention in der medizinischen Versorgung scheinen für viele Patienten mit einer alkoholbezogenen Diagnose ausreichende Interventionsformen zu sein, um persönliche Gewohnheiten und Entwicklungstrends zu verändern bzw. aufzuhalten oder ein weiterführendes Hilfeangebot anzunehmen. Dass jedoch nicht alle Patienten die Beratungsinhalte positiv umgesetzt haben, wird am Beispiel des Herrn Schäfer deutlich, der bereits im letzten Kapitel vorgestellt wurde und nun gemeinsam mit Frau Risse und Frau Abend bis zur Nachbefragung "weiterverfolgt" wird.

Frau Risse

Frau Risse hatte zunächst im gewohnten Stil weitergetrunken, bis

nach einigen Monaten ihr Mann starb. Sie war plötzlich auf sich allein gestellt. Die berufliche Situation verschlechterte sich sofort, da sie selbst den Betrieb nicht weiterführen konnte. In dieser krisenhaften Situation erinnerte sie sich nach eigenen Angaben "deutlich" an das Beratungsgespräch im Krankenhaus und machte sich ernsthafte Sorgen - wie sie sich ausdrückte - "abzustürzen". Gespräche mit einer guten Freundin bestärkten sie darin, eine Strategie zum kontrollierten Umgang mit Alkohol zu entwickeln. Sie kaufte sich eine kleine Karaffe (0,5 l). Diese füllt sie seitdem täglich (abends) bis zur Hälfte mit Wein und trinkt ihn in kleinen Schlucken. Manchmal "gönnt" sie sich noch ein zusätzliches kleines Glas Wein. Sie trinkt somit seit 8 Monaten etwa die Hälfte der Menge, die sie zum Beratungszeitpunkt getrunken hat, und befindet sich damit in einem Bereich, den man als "Konsum mit geringem bis ansteigendem Risiko" einstufen muss. Ihre Lebenssituation bezeichnet sie als zufriedenstellender als zum Beratungszeitpunkt. Nach einer Phase der intensiven Trauer hat sie sich mit dem Alleinleben eingerichtet. Sie hat eine neue Arbeit angenommen. Die Kontrolle über ihren Alkoholkonsum erfüllt sie mit Stolz.

Herr Schäfer

Ein Jahr später hat sich die Lebenssituation von Herrn Schäfer in einigen Bereichen deutlich verschlechtert: seine Sportverletzung verheilte nicht optimal, so dass er im Moment an Krücken laufen muss und nicht mehr Fußball spielen kann; seine Partnerin hat sich von ihm getrennt; er hat seine Arbeit verloren ("zu viele blaue Montage"), und darüber hinaus steht ein Gerichtsverfahren an wegen schwerer Körperverletzung eines gegnerischen

Fußballfans (unter starkem Alkoholeinfluss). Nach eigenen Angaben hat Herr Schäfer unmittelbar nach der Beratung im Krankenhaus seinen Alkoholkonsum reduziert, dies habe er allerdings nicht lange durchgehalten. Schon nach wenigen Wochen sei er wieder auf seinem alten Level angelangt. Mittlerweile trinke und vertrage er sogar noch einiges mehr als damals. Starker Drang, Alkohol zu trinken, Toleranzsteigerung, Vernachlässigung wichtiger Aufgaben und die im Katamnesezeitraum erstmals aufgetretenen Entzugssymptome führen zur Diagnose "Alkoholabhängigkeit". Sein Hausarzt habe ihn zwar einmal auf die körperlichen Folgeprobleme des starken Alkoholkonsums hingewiesen, das habe ihn aber nicht sonderlich beeindruckt. Da hätten ihn schon eher die Sorgen seiner Ex-Freundin verunsichert, aber mit der sei er ja jetzt sowieso nicht mehr zusammen. Die Perspektive für Herrn Schäfer ist offen. Einiges scheint davon abzuhängen, wie das Gerichtsverfahren ausgeht.

Frau Abend

Zum Nachbefragungszeitpunkt stellt sich die Situation folgendermaßen dar: Frau Abend nahm vom Zeitpunkt der Krankenhausentlassung an regelmäßig Einzelgespräche mit einer Mitarbeiterin der Beratungsstelle wahr. Sie beantragte eine stationäre Entwöhnungstherapie und erhielt im August 1995 - mittlerweile schon seit 2 Monaten abstinent - einen Platz in einer Fachklinik. Die Therapie war zunächst für 6 Monate geplant, Frau Abend verlängerte den Aufenthalt jedoch aus eigener Initiative und mit Unterstützung des behandelnden Arztes um weitere 2 Monate. Auch weiterhin erhielt sie keinerlei Unterstützung durch ihren Ehemann, der sie

während des Aufenthaltes in der Fachklinik nicht ein einziges Mal besuchte, fand jedoch Verständnis bei einigen Freundinnen und ihrer Schwester. Nach der Rückkehr in das gemeinsame Haus stellte sie fest, dass ihr Ehemann keine schützenden Vorkehrungen getroffen, sondern - im Gegenteil - zahlreiche alkoholische Getränke im Haus belassen hatte. Sie fasste daraufhin den Entschluss, sich von ihrem Mann zu trennen, eine eigene Wohnung zu suchen und ihre Berufstätigkeit wieder aufzunehmen. Zum Zeitpunkt der Nachbefragung stand Frau Abend inmitten dieser Umbruchsituation.

Nachtrag: Ein halbes Jahr später rief sie im Projekt an und berichtete, dass sie mit Hilfe der Suchtberatungsstelle und ihrer Schwester sämtliche Vorhaben verwirklicht habe: Trennung vom Ehemann, eigene Wohnung, Berufstätigkeit. Außerdem bemühe sie sich gerade um das Sorgerecht für ihren Sohn, der unter der Trennung der Eltern leidet. Sie habe mit ihm bereits einen Kinder- und Jugendpsychiater aufgesucht. Nach wie vor lebe sie völlig abstinent.

IV. Diskussion

Befragungen zum Alkoholkonsum werfen die Frage nach der Validität und Reliabilität von Selbstaussagen auf. Mehrere Untersuchungen der letzten Jahre weisen übereinstimmend auf eine zufriedenstellende Validität und Reliabilität solcher Daten hin (BABOR, STEPHENS und MARLATT 1987, BROWN, KRANZLER und DEL BOCA 1992, GRANT, ARCINIEGA, TONIGAN et al. 1997). Einige spezifische Faktoren des hier gewählten methodischen Ansatzes sprechen darüber hinaus für die Validität der zum

Beratungs- und Nachbefragungszeitpunkt erhobenen patientenbezogenen Daten (vgl. MIDANIK 1988):

- (1) Die Erst-Befragung im Allgemeinkrankenhaus wurde durch Vertrauenspersonen (Stationsärzt/innen) oder Projektmitarbeiter/innen initiiert, von denen die Patienten/innen keine negativen Konsequenzen zu erwarten hatten.
- (2) Die Behandlung im Allgemeinkrankenhaus erhöht die Ansprechbarkeit für problematische Themen und senkt die Abwehrbereitschaft (vgl. RUMPF, HAPKE und JOHN 1997).
- (3) Beratung und Nachbefragung wurden als Leitfadengespräch durchgeführt. Dadurch konnten die Selbstaussagen in mehreren Gesprächssequenzen aus unterschiedlichen Perspektiven validiert werden.

Die hier dargestellten Ergebnisse basieren auf einer Katamnesequote von 70,8%. Dies ist für einen derart kurzen Beratungskontakt, wie er im Allgemeinkrankenhaus gegeben war, außerordentlich zufriedenstellend und erfüllt die wissenschaftlichen Mindestanforderungen für valide Interpretationen von Katamneseergebnissen (GRANT et al. 1997). JOHN et al. (1996) berichten für ihre Nachbefragung von Patienten/innen des Allgemeinkrankenhauses eine ähnlich gute Katamnesequote (71,1%).

Die Nachbefragungsstichprobe weist im Hinblick auf alkoholspezifische und soziodemographische Variablen gegenüber der Beratungsstichprobe keine signifikanten Unterschiede auf. Die Nachbefragungsergebnisse können deshalb als repräsentativ für die gesamte im Krankenhaus erfasste Patientenstichprobe angesehen werden.

Die Ergebnisse zur Veränderung von Diagnose, Trinkmenge und Inanspruchnahme weiterführender Hilfen belegen, dass ein Früherkennungs- und Kurzinterventionskonzept, wie es im Rahmen des Projekts erprobt wurde, bei etwa 50% der Patienten/innen gesundheitsförderliche Veränderungen bewirken kann.

Dies ist nach Ansicht des Verfassers vor allem auf drei Faktoren zurückzuführen:

1. Ein kurzes Früherkennungsinstrument (LAST), das sich durch seine Sachlichkeit auszeichnet und nicht intrusiv vorgeht.
2. Eine respektvolle Grundhaltung.
3. Ein flexibles Beratungskonzept mit gezielten motivationsförderlichen Elementen und einer individuell angemessenen Zielfindung.

Die hier zur Diskussion stehenden Nachbefragungsergebnisse werden durch Ergebnisse anderer Kurzinterventions-Studien in Allgemeinkrankenhäusern bestätigt. So stellten John et al. (1996) eine Erhöhung der Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen nach 12 Monaten von 29% auf 56% fest (19% auf 33% in dieser Untersuchung). Allerdings wird sowohl in der hier vorliegenden als auch der John-Untersuchung deutlich, dass es durch eine Kurzintervention nicht immer gelingt, beratungs- und behandlungsbedürftige Patienten/innen mit einem Alkoholproblem von der Annahme eines weiterführenden fachspezifischen Hilfsangebots zu überzeugen.

HEATHER et al. (1996) berichteten (bei vergleichbarem Beratungsansatz) eine Reduktion des wöchentlichen Alkoholkonsums nach 6 Monaten in der Interventionsgruppe um 42% gegenüber 29% in der Kontrollgruppe (46% nach 12 Monaten in dieser Un-

tersuchung). Auch CHICK et al. (1985) fanden eine drastische Reduktion des wöchentlichen Alkoholkonsums nach 12 Monaten (53%), allerdings mit der Besonderheit, dass die Patienten/innen der Kontrollgruppe, die ausschließlich diagnostisch interviewt wurden, eine ähnlich hohe Reduktion zeigten. Die Patienten/innen der Interventionsgruppe wiesen allerdings weniger alkoholassoziierte soziale Probleme und bessere Blutwerte auf. Auch war die Anzahl der Patienten/innen, die ihren Alkoholkonsum um mehr als 50% reduziert hatten, in der Interventionsgruppe höher als in der Kontrollgruppe. Insgesamt aber kann das Ergebnis der Studie von CHICK et al. auch als Beleg dafür angesehen werden, dass eine systematische Früherkennung von Alkoholproblemen - selbst ohne anschließende Intervention - für sich genommen schon einen Effekt haben kann.

Kurzinterventionen erweisen sich als besonders wirkungsvoll bei Patienten/innen mit riskantem und schädlichem Gebrauch. Etwa zwei von drei Patienten/innen mit diesen Diagnosen haben im Nachbefragungszeitraum eine positive Veränderung ihrer Trinkgewohnheiten vorgenommen. Hier wird zum einen der präventive Nutzen von Kurzinterventionen in der medizinischen Primärversorgung deutlich, denn zumindest bei einem Teil dieser Patienten/innen kann davon ausgegangen werden, dass ein Entwicklungstrend in Richtung einer Schädigung bzw. einer Alkoholabhängigkeit aufgehalten wurde. Zum anderen können die Ergebnisse insbesondere dieser Patientengruppe als positiv im Hinblick auf die allgemeine Gesundheitsförderung bewertet werden: ein geringerer Alkoholkonsum (als Hauptkriterium der Veränderung) ist gleich-

bedeutend mit einem geringeren Risiko für zahlreiche alkoholassoziierte bzw. alkoholbedingte physische, psychische und soziale Probleme (vgl. RITSON 1997).

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung belegen, dass dem Allgemeinkrankenhaus eine potentiell große Bedeutung bei der Früherkennung und Sekundärprävention von Alkoholproblemen zukommt. Es hat sich als sinnvoll erwiesen, das somatische Behandlungskonzept um ein alkoholspezifisches Kurz-Interventionskonzept zu ergänzen.

Die kontinuierliche Umsetzung der alkoholbezogenen Interventionen im Allgemeinkrankenhaus erfordert die Hinzuziehung qualifizierten Fachpersonals. Auf der Grundlage der Projekterfahrungen wurden konkrete Berechnungen des dafür erforderlichen Personalaufwandes vorgelegt (PÖRKSEN, WIENBERG, KREMER et al. 1997; s. a. JOHN et al. 1996).

Literatur

AROLT, V., DRIESSEN, M., SCHÜRMANN, A. (1995): Häufigkeit und Behandlungsbedarf von Alkoholismus bei internistischen und chirurgischen Krankenhauspatienten. Fortschritte Neurologie Psychiatrie, 63, 283-288

BABOR, T. F., STEPHENS, R., MARRATT, A. (1987): Verbal report methods in clinical research on alcoholism: response bias and its minimization. Journal of Studies on Alcohol, Vol. 48, No. 5, 410-424

BIEN, T., MILLER, W. R., TONIGAN, S. (1993): Brief interventions for alcohol problems: a review. Addiction, 88, 315-336

BOTZET, M., RUMPF, H.-J., BROMISCH, B., HAPKE, U., JOHN, U., DILLING, H. (1996): Prävalenz von Alkoholabhängigkeit und -missbrauch bei Patienten ab 65 Jahren im Allgemeinkrankenhaus. Poster auf der 11. Wissenschaftlichen Tagung der Deutschen Gesellschaft für Suchttherapie und Suchtforschung. Lübeck

BRITISH MEDICAL ASSOCIATION (1995): Alcohol: Guidelines on sensible drinking. London

BROWN, J., KRANZLER, H., DELBOCA, F. (1992): Self-reports by alcohol and drug abuse inpatients: factors affecting reliability and validity. *British Journal of Addiction*, 87, 1013-1024

CHICK, J., LLOYD, G., CROMBIE, E. (1985): Counselling problem drinkers in medical wards: a controlled study. *British Medical Journal*, Vol. 290, 965-967

DEIGNER, S., REITZE, R., HORSCH, A. (1995): Ergebnisse einer kombinierten Behandlung Alkoholabhängiger durch ein Akutkrankenhaus und eine externe Beratungsstelle. *SUCHT*, 41 (5), 342-347

DILLING, H., MOMBOUR, W., SCHMIDT, M. H. (Hrsg.; 1993): Internationale Klassifikation psychiatrischer Störungen. Bern: Huber

EDWARDS, G., ANDERSON, P., BABOR, T. F. et al. (1997): Alkoholkonsum und Gemeinwohl. Strategien zur Reduzierung des schädlichen Gebrauchs in der Bevölkerung. Stuttgart: Enke

ELFVY, G. A., WELLS, J. E., BAIRD, K. A. (1988): Attempted referral as

intervention for problem drinking in the general hospital *British Journal of Addiction*, 83, 83-89

FEUERLEIN, W. (1986): Alkoholranke, die ungeliebten Patienten. *Nervenheilkunde*, 5, 16-21

GENTILELLO, L., DONOVAN, D. M., DUNN, C. W., RIVARA, F. P. (1995): Alcohol Interventions in Trauma Centers. Current Practice and Future Directions. *Journal of the American Medical Association*, October 4, Vol. 274, 13, 1043-1048

GRANT, K., ARCINIEGA, L. T., TONIGAN, J. S., MILLER, W. R., MEYERS, R. J. (1997): Are reconstructed self-reports of drinking reliable? *Addiction*, 92 (5), 601-606

HAPKE, U., RUMPF, H.-J., HILL, A., JOHN, U. (1997): Alkoholprobleme in der medizinischen Primärversorgung - Prävalenz und sekundärpräventive Strategien. In: AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hrsg.): Innovative Behandlungsstrategien bei Alkoholproblemen. Frühzeitige Interventionen in der medizinischen Basisversorgung und Ambulante Entgiftung. Freiburg i. Br.: Lambertus, 49-59

HEATHER, N. (1995): Treatment approaches to alcohol problems. WHO Regional Publications. European series; No. 65. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen

HEATHER, N., ROLLNICK, S., BELL, A., RICHMOND, R. (1996): Effects of brief counselling among male heavy drinkers identified on general hospital wards. *Drug and Alcohol Review*, 15, 29-38

HELBBER, A. (1991): Der suchtkranke Alkoholiker im Krankenhaus. *Deutsche Krankenpflege-Zeitschrift*, 4, 266-271

JOHN, U., HAPKE, U., RUMPF, H.-J., HILL, A., DILLING, H. (1996): Prävalenz und Sekundärprävention von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit in der medizinischen Versorgung. Schriftenreihe des Bundesministerium für Gesundheit, Band 71, Baden-Baden: Nomos

KREMER, G., WIENBERG, G., DORMANN, S., PÖRKSEN, N., WESSEL, T. (1997): Patienten mit Alkoholproblemen in der medizinischen Primärversorgung - Bedarfslage und Umsetzung eines Interventionskonzepts in Arztpraxen und Allgemeinkrankenhäusern. In: JOHN, U., Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Regionale Suchtkrankenversorgung. Konzepte und Kooperationen. Freiburg i. Br.: Lambertus, 53-80

KREMER, G., DORMANN, S., PÖRKSEN, N., WIENBERG, G., WESSEL, T., RÜTER, E. unter Mitarbeit von FOGS (im Druck): "Erkennung und Behandlung von Patienten/innen mit Alkoholproblemen in der medizinischen Basisversorgung und Vernetzung mit dem Versorgungssystem für Abhängigkeitskranke". Abschlussbericht eines Modellprojekts des Bundesministeriums für Gesundheit. In: FOGS (Hrsg.): Abschlussbericht der Projektgruppe "Weiterentwicklung von Hilfen für Alkoholranke und Menschen mit Alkoholproblemen", Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Baden-Baden: Nomos

MAYLATH, E., SEIDEL, J. (1997): Analyse der psychiatrischen Kranken-

hausfälle in Hamburg 1988 - 1994 - Entwicklungstrends, Versorgungslücken und -perspektiven. *Gesundheitswesen*, 59, 423-433

MIDANIK, L. T. (1988): Validity of self-reported alcohol use: a literature review and assessment. *British Journal of Addiction*, 83, 1019-1029

MILLER, W. R., ROLLNICK, S. (Eds.; 1991): Motivational Interviewing. Preparing People To Change Addictive Behavior. New York, London: Guilford Press (Deutsche Übersetzung bei Lambertus, Freiburg i. Br.)

PETRY, A. (1997): Erste Erfahrungen mit Kurzinterventionen in einer Allgemeinarztpraxis. In: AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hrsg.): Innovative Behandlungsstrategien bei Alkoholproblemen. Frühe Interventionen in der medizinischen Basisversorgung und Ambulante Entgiftung. Freiburg i. Br.: Lambertus, 79-86

PÖRKSEN, N., WIENBERG, G., KREMER, G., DORMANN, S., WESSEL, T. (1997): Zur Finanzierung von Screening, Diagnostik und Kurzintervention bei Patientinnen und Patienten mit Alkoholproblemen in Arztpraxen und Allgemeinkrankenhäusern. In: AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hrsg.): Innovative Behandlungsstrategien bei Alkoholproblemen. Frühe Interventionen in der medizinischen Basisversorgung und Ambulante Entgiftung. Freiburg i. Br.: Lambertus, 87-93

REIMER, Ch., FREISFELD, A. (1984): Einstellungen und emotionale Reaktionen von Ärzten gegenüber Alkoholikern. *Therapiewoche*, 34, 3514-3520

RITSON, B. (1997): Frühe Interventionen in der primären Gesundheitsversorgung. In: AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hrsg.): Innovative Behandlungsstrategien bei Alkoholproblemen. Frühe Interventionen in der medizinischen Basisversorgung und Ambulanten Entgiftung. Freiburg i. Br.: Lambertus, 27-41

RUMPF, H.-J., HAPKE, U., HILL, A., JOHN, U. (1997): Development of a screening questionnaire for the general hospital and general practices. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, Vol. 21, No. 5, 894-898

RUMPF, H.-J., HAPKE, U., JOHN, U. (1997): Spezifika des Settings im Allgemeinkrankenhaus und ihre Bedeutung für die Vernetzung von Suchthilfen. In: JOHN, U., Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Regionale Suchtkrankenversorgung. Konzepte und Kooperationen. Freiburg i. Br.: Lambertus, 93-100

WIENBERG, G. (1995): Das Alkoholproblem in der medizinischen Versorgung. In: MANN, K., BUCHKREMER, G. (Hrsg.): Suchtforschung und Suchttherapie in Deutschland. SUCHT Sonderband. Geesthacht: Neuland, 13-17

Kurzinterventionen in der gynokologischen Praxis: Schwangerschaft und Rauchen

Peter Lang

Bremer Institut für Präventionsforschung
und Sozialmedizin (BIBS)
Linzer Str. 8
28359 Bremen

Inhalt

I. Einführung

II. Das Interventionsprogramm in Schweden

III. Die Situation in Deutschland

IV. Beratungsgrundlagen

V. Zielgruppen verstärkter präventiver Bemühungen

VI. „Kritische“ Entscheidungsphasen

VII. Ergebnisse aus den Perinatalerhebungen

VIII. Schlussbemerkungen

Literatur

I. Einführung

Bereits seit den 80er Jahren werden verstärkt Bemühungen gefordert, den gesundheitlichen Risiken des Rauchens in der Schwangerschaft und den Folgen des Passivrauchens im frühen Kindesalter mehr Beachtung zu schenken. Die Maßnahmen sollten darauf ausgerichtet sein, Schwangere, ihre Partner sowie Eltern von Kleinkindern zu motivieren, für die Verbesserung ihrer eigenen Gesundheit und der ihrer Kinder auf das Rauchen zu verzichten (U.S. Department of Health and Human Services, 1980). An dieser Einschätzung hat sich auch zwanzig Jahre später noch nichts geändert: In der Dokumentation der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zum „Welt-Nichtraucher-Tag 1999“ heißt es „smoking is probably the most important modifiable cause of poor pregnancy outcome among women in countries such as the US and the European Union“ und „in order to reduce the risks of an unsuccessful pregnancy outcome, general prevention efforts need to be enhanced“

(World Health Organization, 1999, S. 30f).

Rauchen während der Schwangerschaft und die Passivrauchbelastung im Säuglingsalter wird mit einer Vielzahl an Erkrankungen und Schädigungen für Ungeborene und Kleinkinder in Verbindung gebracht. Ein Rauchverzicht in der Schwangerschaft kann u.a. entscheidend dazu beitragen, das Risiko einer Fehlgeburt oder Frühgeburt zu mindern, die Chance auf ein normal gewichtiges Baby zu erhöhen, sowie die Entwicklung der Lungenfunktionen beim Kind zu verbessern (Health Education Authority [HEA], 1995; POSWILLO & ALBERMAN, 1992). Kinder, die in Haushalten aufwachsen in denen geraucht wird, sind u.a. anfälliger für Bronchitis, Lungenentzündungen, asthmatische Erkrankungen und Mittelohrentzündungen; aber auch die Gefahr für den „Plötzlichen Kindstod (SIDS)“ ist deutlich erhöht (BLAKELY & BLAKELY, 1995; LAWRENCE, 1998).

In welchem Umfang Kinderkrankheiten vermieden werden können, haben DiFRANZA & LEW (1996) in einem

Übersichtsartikel gezeigt, für den sie eine Vielzahl an Studien aus den Jahren 1965 bis 1995 analysiert haben (Tabelle 1).

Aus der Tabelle ist beispielsweise zu entnehmen, dass das Relative Risiko (RR) für Asthma als Folge von Passivrauch um 1,43 erhöht ist, d. h. das Risiko für eine asthmatische Erkrankung ist für Kinder von Eltern, die rauchen, 1,43-fach oder etwa 50% höher als für Kinder nicht rauchender Eltern. Die Zahlenangaben zum bevölkerungsbezogenen Risiko (PAR) erlauben eine Prognose darüber, wie viele Erkrankungen weniger vorkommen würden, wenn keine Passivrauchbelastung besteht. Bezogen auf das Beispiel der asthmatischen Erkrankungen bedeutet der in der Tabelle genannte Wert, dass die Gesamtzahl an Asthma bei Kindern in der Bevölkerung um 8-13% gesenkt werden könnte, wenn in ihrer Gegenwart nicht geraucht würde.

Positiv ist zu registrieren, dass ein Teil der werdenden Mütter, die zu Beginn der Schwangerschaft noch rauchen, - häufig ‚spontan‘ - mit dem Rauchen aufhört und die Motivation zum Rauchverzicht in dieser Phase besonders hoch ist. Ungünstig ist, dass trotz dieser guten Voraussetzungen, den meisten ein Rauchverzicht nicht gelingt und viele Mütter, die in der Schwangerschaft mit dem Rauchen aufgehört haben, nach der Entbindung erneut mit dem Rauchen beginnen.

Zur Förderung der Gesundheit von Mutter und Kind sind unterstützende Maßnahmen und Beratung dringend notwendig, die den zwischenzeitlichen Erfolg sichern, verstärken und stabilisieren. Die regelmäßigen medizinischen Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft und im frühen Kin-

desalter bieten eine sehr gute Voraussetzung für die Gesundheitsberufe, Beratung zum Nichtrauchen durchzuführen.

Untersuchungen haben gezeigt, dass der Anteil Frauen, die während der Schwangerschaft auf das Rauchen verzichten und auch nach der Entbindung nicht wieder mit dem Rauchen beginnen, erhöht werden kann, wenn ihnen eine strukturierte und systematische Beratung angeboten wird (siehe zum Beispiel McBRIDE et al., 1999; POSWILLO & ALBERMAN, 1992).

Ein solches Vorgehen muss weder aufwendig noch sehr zeitintensiv sein. In verschiedenen Übersichtsartikeln kommt man zu dem Ergebnis, dass bereits ein Zeitaufwand von etwa 5 -15 Minuten für die Nikotinentwöhnungsberatung ausreichend sein kann, um zum Erfolg zu führen. Voraussetzung dafür ist geschultes Beratungspersonal und spezifisch für die Schwangerschaft konzipierte Beratungsbroschüren und Informationsmaterial (MELVIN et al., 2000; FIORE et al.; 2000a,b; siehe auch WINDSOR et al., 1998). Selbst von einer solchen zeitlich komprimierten Basisstrategie wird im Vergleich zur herkömmlichen Routineberatung („usual care“) durchschnittlich eine um 70% erhöhte Erfolgswahrscheinlichkeit für einen Rauchverzicht erwartet (MELVIN et al., 2000, p. iii81). Daraus wird gefolgert, dass mit der Einführung zumindest eines minimalen Beratungskonzeptes weitaus mehr Frauen in der Schwangerschaft zu einem Rauchverzicht motiviert werden könnten. Dabei sollte allerdings weniger die reine Zeitkomponente für die Beratung im Vordergrund stehen als vielmehr die Orientierung auf kurze, klar strukturierte Beratungselemente, die der Lebenssituation der Schwangeren angepasst sind (für einen allge-

Tab. 1: Risiken für Kinderkrankheiten in Relation zum Passivrauchen

Erkrankungen	Anzahl der Studien	RR*	PAR**
Mittelohrentzündung	4 Kohorten Studien 7 FallKontrollStudien	1,19 1,58	2 - 13%
Trommelfellperforation	4 FallKontrollStudien	1,38	1 - 26%
Entfernung der Mandeln	1 Kohorten Studie 2 FallKontrollStudien	1,60 2,06	6 - 24%
Asthma	14 Kohorten Studien 3 FallKontrollStudien	1,43 1,46	8 - 13%
Husten	6 Kohorten Studien	1,36	10 - 16%
Infektion der oberen Atemwege	9 Kohorten Studien 6 FallKontrollStudien	1,46 2,50	12 - 20%
Krankenhausaufenthalt von Atemwegserkrankungen	6 Kohorten Studien 5 FallKontrollStudien	1,55 2,41	15 - 23%

** RR = Relatives Risiko

** PAR = Populations -bezogenes Risiko

Quelle: DiFranza & Lew, 1996

meinen Überblick siehe insbesondere ROLLNICK et al., 1999).

Wie solche ‚einfachen‘ Beratungskonzepte auch landesweit erfolgreich in ein Gesundheitssystem integriert werden können, zeigen die Erfahrungen aus Schweden.

II. Das Interventionsprogramm in Schweden

Bereits Mitte der 70iger Jahre wurden in Schweden die ersten Kampagnen zum Thema Rauchen in der Schwangerschaft durchgeführt. Diese Maßnahmen wurden 1992 in ein umfangreiches nationales Programm überführt und weiter entwickelt. Das Programm wurde mit dem Ziel gestartet, den Prozentanteil der Raucherinnen in der Schwangerschaft zu senken und nach Beratungsmöglichkeiten zu suchen, die sich leicht in die tägliche

Beratungssituation von Hebammen integrieren lassen.

Zentrales Element der interventiven Maßnahmen sind Weiterbildungs- und Schulungsseminare für Hebammen und Kinderkrankenschwestern zur effektiven Gesprächsführung und zur Durchführung von Beratung zum Nikotinverzicht. Ausgangspunkt dieser Strategie waren Untersuchungen, die erkennen ließen, dass in den Gesundheitsberufen zwar ausreichend Informationen über das Rauchen vorhanden waren, aber Unsicherheit darüber bestand, wie ein erfolgreiches Beratungsgespräch gestaltet werden soll.

Die jährlich erstellten nationalen Statistiken über die Rauchgewohnheiten schwangerer Frauen und Eltern von Kleinkindern sind ein Indikator für den Erfolg der umfangreichen Maßnahmen. Seit 1983 ist der Prozentanteil an Frauen, die während der Schwangerschaft rauchen, kontinuierlich zurückgegangen. Während im Jahre 1997 nur noch 15% der Schwangeren

einen täglichen Zigarettenkonsum nannten, lag der Prozentanteil im Jahr 1983 noch doppelt so hoch (Abbildung 1).

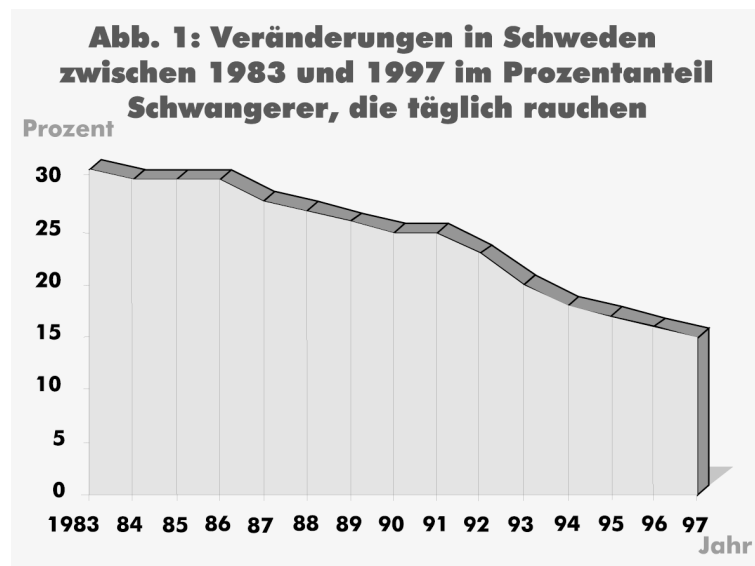
Erste Auswertungen von Registerdaten zum Rauchverhalten nach der Entbindung aus dem Jahre 1996 lassen eine sehr geringe Rückfallrate nach der Entbindung vermuten. Von den Eltern mit etwa vier Wochen alten Säuglingen rauchten lediglich 11% der Mütter und 17% der Väter; bei Eltern mit 8 Monate alten Babys wurden ähnlich niedrige Angaben zum Rauchen ermittelt (Mütter: 13%; Väter: 16%). (Ausführliche Darstellungen der schwedischen Interventionsmaßnahmen und Beurteilungen des Programmserfolges finden sich in HAGLUND, 1999; SYLWAN, 1999; ein Überblick über Projekte zur Förderung des Nichtrauchens in der Schwangerschaft in Europa gibt LANG, 1999).

der Schwangerschaft gegeben. Erst seit September 1999 hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ihre Kampagnen „rauchfrei“ um ein Angebot zur Förderung des Nichtrauchens bei werdenden und jungen Eltern ergänzt. Das Medienpaket „Rauchfrei für mein Baby“ ist für die Beratung in der Schwangerschaft entwickelt worden und besteht aus drei Teilen (Abbildung 2):

- Das Beratungsmanual „Rauchfrei in der Schwangerschaft“ richtet sich in erster Linie an Gynäkologen und Hebammen. In Anlehnung an das theoretische Modell von PROCHASKA et al. (1994) und die schwedischen Erfahrungen bietet es ein Orientierungsschema für die Durchführung von Beratungsgesprächen zum Nikotinverzicht in der Schwangerschaft. Themen sind u.a. die Stärkung der Motivation zum Rauchverzicht, Anleitung zur Entwicklung von Handlungsalternativen zum Rauchen und Hilfen bei der Bewältigung von Rückfällen.
- Die beiden Elternratgeber „Ich bekomme ein Baby – rauchfrei“ und das „Das Baby ist da“ wenden sich unmittelbar an die Schwangere

III. Die Situation in Deutschland

In Deutschland hat es bis vor kurzem keinen bundesweiten Interventionsansatz zur Reduzierung des Rauchens in



Quelle: Haglund, 1999



Abb. 2: Beratungsmaterial „Rauchfrei für mein Baby“ der BZgA

und ihren Partner. Zur Unterstützung der Beratungsgespräche durch die Gynäkologen sind hier noch einmal wichtige Gesundheitsinformationen und Hilfen zusammengestellt, um während der Schwangerschaft aber auch nach der Entbindung ohne Zigaretten auszukommen.

Die Materialien sind kostenlos. Die beiden Broschüren können auch in größerer Stückzahl direkt bei der BZgA angefordert werden. (Eine Bestellung ist auch über das Internet unter der Adresse <http://www.bzga.de> möglich.)

Die Materialien sind in dem Bremer Projekt „Zur Förderung des Nichtrauchens bei Schwangeren und Eltern von Säuglingen“ entstanden, das seit 1994 durch die Europäische Kommission gefördert wird und darauf abzielt, das Beratungsverhalten von Gynäkologen und Kinderärzten zum Nichtrauchen zu stärken und zur systematischen Durchführung von Nikotinentwöhnungsberatungen anzuregen. Die Grundlagen des Beratungskonzeptes werden nachfolgend kurz skizziert (siehe auch LANG, 1999; LANG & GREISER, 1999).

IV. Beratungsgrundlagen

Als ein hilfreiches theoretisches Modell bei der Planung und Durchführung von Beratung zum Nikotinverzicht haben sich die Überlegungen von PROCHASKA et al. (1994) erwiesen. Die Autoren gehen von fünf verschiedenen Stadien der (Verhaltens-)Veränderung („Stages of Change“) aus, die durchlaufen werden, bevor ein langfristiger Rauchverzicht erreicht werden kann:

Stadium 1: „Nicht an Rauchverzicht interessiert“ („Precontemplation“)

Stadium, in dem kein Interesse vorhanden ist, das Rauchverhalten in absehbarer Zeit zu ändern. Im persönlichen Bilanzieren der Gründe für oder gegen das Rauchen überwiegen die vermeintlichen Vorteile des (Weiter-) Rauchens gegenüber den erwarteten Vorteilen eines Rauchverzichts.

Stadium 2: „Nachdenken über einen Rauchverzicht“ („Contemplation“)

In dieser Phase wird das eigene Rauchverhalten als „eher“ nachteilig bewertet und Überlegungen für einen eventuellen Rauchverzicht angestellt. Allerdings ist die Motivation (noch) nicht so stark ausgeprägt, dass tatsächlich auch schon eine Bereitschaft zum Handeln besteht.

Stadium 3: „Entschluss zum Rauchverzicht“ („Preparation“)

Diese Personengruppe ist dazu entschlossen, in absehbarer Zeit mit dem Rauchen aufzuhören. Sie sind auf der Suche nach Möglichkeiten, wie sie beim Verzicht auf die Zigaretten am besten vorgehen können, und versuchen für sich eine Strategie zu entwickeln.

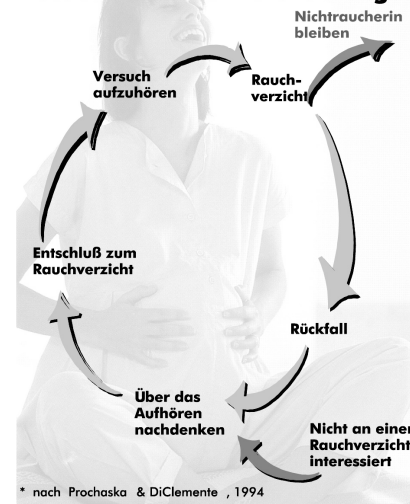
Stadium 4: „Versuch aufzuhören“ („Action“)

Der Verzicht auf die Zigaretten wird gewagt; die Sicherheit und das Vertrauen, dass der Versuch mit dem Rauchen aufzuhören tatsächlich auch gelingt, ist z.T. (noch) nicht sehr groß. Die Aktions-Phase ist von daher durch (intensive) Anstrengungen und Bemühungen gekennzeichnet, eine Änderung im Rauchverhalten aufrechtzuerhalten und nicht wieder zur Zigarette zu greifen. Das Risiko eines Rückfalles in die alten Rauchgewohnheiten ist in dieser Phase relativ hoch.

Stadium 5: „Rauchverzicht“ („Maintenance“)

Mit zunehmender Dauer des Rauchverzichts nimmt die Sicherheit zu, auch ohne Nikotin auskommen zu können. Die Stabilisierung des Nikotinverzichts und die leichtere Bewältigung möglicher rückfallkritischer Situationen sind daher die typischen Charakteristika der „Erhaltungs-Phase“. Mit sinkendem Risiko eines Rückfalls steigt die Wahrscheinlichkeit, Nichtraucher/in zu bleiben, und damit den Kreislauf „Rückfall“ und „neuerlicher Versuch mit dem Rauchen aufzuhören“ zu durchbrechen (Abbildung 3).

Abb. 3: Stufen der Veränderung*



Die Erfahrungen zeigen, dass ein Nikotinverzicht zwar manchmal im ersten Versuch gelingen kann, typischerweise aber mehrere Versuche notwendig sind, in denen die verschiedenen Stadien durchlaufen werden, bis das Rauchen endgültig aufgegeben ist. Die Annahmen von PROCHASKA et al. (1994) machen es darüber hinaus notwendig, die Angebote und Inhalte der Nikotinentwöhnungs-

beratung dem Stadium anzupassen, in dem die Raucherin oder der Raucher sich befindet, anderenfalls werden sie nicht erfolgreich sein.

Tab. 2: Beratungskonzepte zum Nikotin-Verzicht sollten berücksichtigen, dass

- Verhaltensänderungen als Entwicklungs- und Lernprozess zu verstehen sind (und nicht als „Alles oder Nichts“-Ereignis),
- Verhaltensänderungen nach bestimmten Stufen erfolgen,
- die Änderung von Verhaltensweisen zu nächst die Änderung von Meinungen und Einstellungen voraussetzt,
- ohne die nötige Entscheidung für eine Änderung im Rauchverhalten auch kein Nikotinverzicht erwartet werden kann,
- der Erfolg der Beratung maßgeblich davon abhängt, ob die Beratungsinhalte der jeweiligen Position im „Stufen-Modell“ der Verhaltensänderung angepasst sind.

Als Ausgangspunkt einer Beratungsstrategie bietet sich die Anamnese zum Nikotinkonsum an. Neben dem Zigarettenkonsum der Schwangeren sollte dabei auch das Rauchverhalten der Partner und ggf. das Rauchen am Arbeitsplatz berücksichtigt werden.

Auch wenn deutlich wird, dass kein Interesse an einem Rauchverzicht besteht, kann es sinnvoll sein, nach den Gründen der Entscheidung zu fragen, um mögliche Barrieren oder Versagensängste zu erkennen und zu verstehen. Das Angebot weiterer Unterstützung eröffnet eine Beratungsperspektive, falls die Entscheidung für das Rauchen revidiert wird.

Besteht der Wunsch, auf das Rauchen zu verzichten, haben sich einige Beratungselemente als empfehlenswert herausgestellt, die in der nachfolgenden Übersichtstabelle dargestellt sind (Tabelle 3).

Tab. 3: Praktische Unterstützung

- (Schriftliche) Informationen zu den Vorgehensweisen beim Nikotinverzicht.
- Entwicklung eines „Aktions“-Planes *
- Festlegung von weiteren Beratungsgesprächen und Nachsorgeterminen auch über den STOP-Tag hinaus.

Hinweis: Ein „Aktions“-Plan wird eher erfolgreich sein, wenn er die nachfolgenden Elemente berücksichtigt:

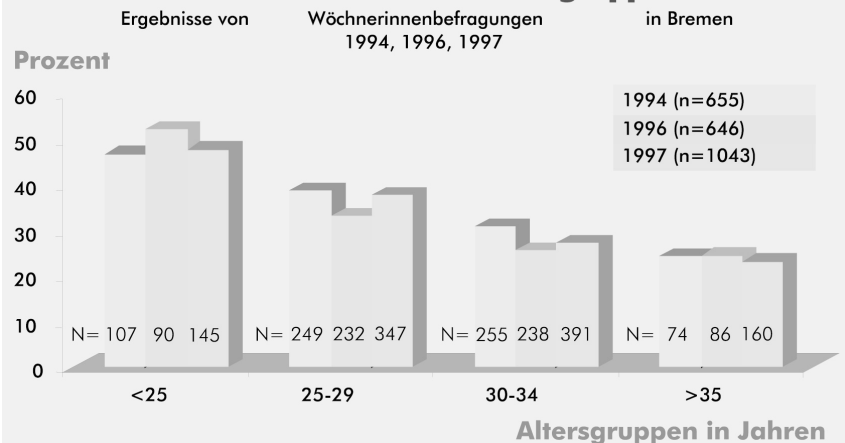
- Zeitplan
- Festlegung eines „STOP“-Tages
- Vorschläge durch die Schwangere selbst
- Gemeinsam mit der Schwangeren entwickelt
- Realitätsbezug
- Zusicherung von Unterstützung

(siehe auch: HEA, 1997.p.11ff)

Die einzelnen Beratungsschritte sind ausführlich dargestellt in BRECKLINGHAUS et al. (1999) (siehe EUROscip Projektgruppe, 2000).

Die Erfahrungen zeigen, dass für einzelne Gruppen ein höherer Zeitaufwand und intensivere Beratungsbemühungen erforderlich sind, um zum Nichtrauchen zu motivieren.

Abb. 4: Raucherinnen zu Beginn der Schwangerschaft in verschiedenen Altersgruppen



Quelle: Lang et al, 1998

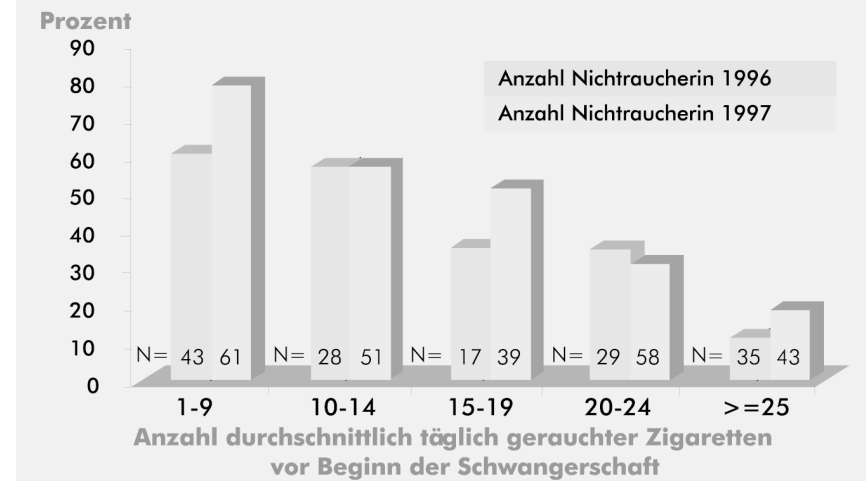
V. Zielgruppen verstärkter präventiver Bemühungen

- Junge Raucherinnen

Zum Zeitpunkt des Bekanntwerdens der Schwangerschaft raucht in Deutschland etwa ein Drittel der werdenden Mütter noch täglich Zigaretten, wobei das Rauchverhalten sehr stark mit dem Alter variiert. Ein auffällig hoher Nikotinkonsum zeigt sich in den jüngeren Altersgruppen, wie die Befragungen auf Bremer Wöchnerinnen-Stationen der Jahre 1994, 1996 und 1997 zeigen (Abbildung 4).

In der Altersgruppe der unter 25-Jährigen gab jede zweite Schwangere an zu Beginn der Schwangerschaft geraucht zu haben. Keine andere Altersgruppe weist darüber hinaus einen höheren Anteil an Frauen auf, die zu Beginn der Schwangerschaft 20 Zigaretten und mehr im Tagesdurchschnitt geraucht haben (LANG et al., 1998).

Abb. 5: Prozentanteil Nichtraucherinnen im Verlauf der Schwangerschaft in Abhängigkeit von der Höhe des Nikotinkonsums zu Beginn der Schwangerschaft



Quelle: Lang et al, 1998

- „Starke“ Raucherinnen

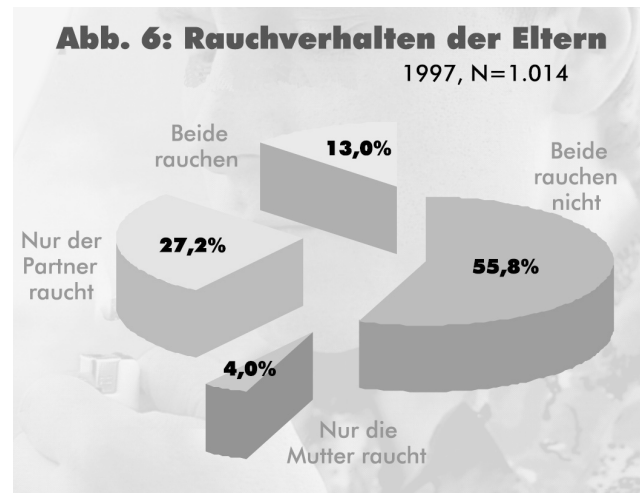
Eine Gruppe mit erhöhtem Beratungsbedarf zum Nikotinverzicht stellen auch die intensiven Raucherinnen dar. Ihnen fällt es am schwersten, im Verlauf der Schwangerschaft auf den Nikotinkonsum zu verzichten (Abbildung 5).

Der Prozentanteil der werdenden Mütter, die in der Schwangerschaft mit dem Rauchen aufhören, ist um so niedriger je mehr Zigaretten zu Beginn der Schwangerschaft geraucht wurden. Während 60 bis 80% der Frauen, die zu Beginn der Schwangerschaft 1 bis 9 Zigaretten im Tagesdurchschnitt geraucht haben, bis zur Geburt des Kindes auf das Rauchen verzichteten, gelang dies nur 10 bis 15% der Schwangeren, die einen Zigarettenkonsum von mehr als 25 Zigaretten pro Tag nannten.

- Rauchende Partner

Während eine Vielzahl an Studien zur Änderung des Rauchverhaltens in der Schwangerschaft vorliegen, wird dem Rauchverhalten der Partner eine verhältnismäßig geringe Beachtung zugemessen. Dies, obwohl mehr als 75% der Frauen, die zu Beginn der Schwangerschaft rauchen, mit einem Partner zusammenleben, der ebenfalls Raucher ist, und damit die Chance auf einen dauerhaften Nikotinverzicht der Frauen über die Schwangerschaft hinaus deutlich sinken (WATERSON, EVANS & MURRAY-LYON, 1990).

Untersuchungen aus Großbritannien zeigen, dass etwa die Hälfte aller Kinder in Haushalten aufwächst, in denen mindestens ein Elternteil raucht (Health Education Authority, 1994). Befragungen in Bremen kommen zu ähnlichen Ergebnissen, wie die Abbildung 6 zeigt.



Quelle: Lang et al., 1998

- Zusammenfassende Übersicht zu den Einflussfaktoren des Rauchens in der Schwangerschaft und nach der Entbindung

In Tabelle 4 sind neben den bereits genannten Faktoren weitere Indikatoren zusammengestellt, die einen möglichen Rauchverzicht in der Schwangerschaft begünstigen oder erschweren und die bei der Beratung Beachtung finden sollten.

In der Gruppe der Raucherinnen während der Schwangerschaft finden sich häufiger Frauen, die u. a. jünger sind, mit schwierigeren sozialen und finanziellen Lebenssituationen konfrontiert sind, ihr erstes Kind erwarten und einen Partner haben, der ebenfalls raucht.

Ein Rauchverzicht gelingt eher, wenn die Frauen sich selbst auch zutrauen, den Verzicht auf die Zigaretten zu schaffen (BOLLING & OWEN, 1997; OWEN & BOLLING, 1996).

Ob nach der Entbindung der Rauchverzicht aufrechterhalten wird, hängt

neben dem sozialen Status, dem Alter und der Unzufriedenheit über das eigene Körpergewicht entscheidend vom Rauchverhalten des Partners ab. Raucht der Partner, ist ein erneuter Rauchbeginn der Mutter nach der Entbindung mit einer höheren Wahrscheinlichkeit zu erwarten. Interventionelle Maßnahmen zum Rauchverzicht in der Schwangerschaft sollten von daher von Beginn an das Rauchverhalten der Partner mit berücksichtigen (WATTS et al., 1998).

„Kritische“ Entscheidungsphasen

Für die Beratung zum Nichtraucher während der Schwangerschaft und die Aufrechterhaltung des Nikotinverzichtes über den Zeitpunkt der Entbindung hinaus, sind zwei Zeitabschnitte von besonderer Bedeutung.

Die Entscheidung zum Nichtraucher in der Schwangerschaft wird überwiegend direkt mit der Feststellung der Schwangerschaft getroffen. Etwa zwei

Tab.4: Einflussfaktoren des Nikotinverzichtes

Einflussfaktoren	
+	-
● Bewusst geplante Schwangerschaft	● Ungeplante Schwangerschaft
● Umfeld überwiegend Nichtraucher	● Umfeld überwiegend Raucher
● Kein finanzieller Druck	● Finanzieller Druck
● Hilfsbereiter Partner/ Feste Beziehung	● Partner bietet keine Unterstützung/Keine feste Beziehung
● Komfortable/gesicherte Wohnsituation	● Unkomfortable/unsichere Wohnsituation
● Hohe Selbstachtung	● Geringe Selbstachtung
● Körperliche Abwehrreaktion(Husten)	● Keine körperlichen Abwehrreaktionen
● Höheres Alter	● Geringes Alter
● Überzeugt von der Fähigkeit, das Rauchen aufgeben zu können	● Nicht überzeugt, das Rauchen aufgeben zu können
● „Leichte Raucherin“	● „Stärkere Raucherin“
● Erstes Baby	● Zweites oder weiteres Kind

Quelle: Health Education Authority, 1997, p. 5

Drittel der werdenden Mütter nennen als Zeitpunkt des Rauchverzichts die ersten 3 Schwangerschaftsmonate. Mit zunehmendem Schwangerschaftsverlauf wird ein Nikotinverzicht unwahrscheinlicher. Beratung zum Nikotinverzicht sollte von daher systematisch mit den ersten Schwangerschafts-Vorsorgeuntersuchungen verbunden werden (LANG et al., 1998; RAW, McNEILL & WEST, 1998; WATTS et al., 1998).

Mit der Geburt ihres Kindes nimmt für viele Frauen die Bereitschaft, auch weiterhin auf das Rauchen zu verzichten, stark ab. Insbesondere in den ersten Monaten nach der Entbindung kommt es häufig zum erneuten Rauchbeginn. Untersuchungen zeigen Rückfallquoten von bis zu 60% in den ersten drei Monaten nach der Entbin-

dung (McBRIDE & PIRIE, 1990; LANG et al., 1998; WATTS et al., 1998).

Dieser kritischen Phase der Neubewertung des eigenen Rauchverhaltens wird bisher nur in wenigen Interventionsprojekten Rechnung getragen, in dem Maßnahmen zur Rückfallprophylaxe nach der Entbindung entwickelt wurden. Insbesondere die Erfahrungen aus Schweden zeigen, dass mit einem geringen Beratungsaufwand ein Rückfall in die alten Rauchgewohnheiten deutlich gesenkt werden kann (HAGLUND, 1999; SYLWAN, 1999).

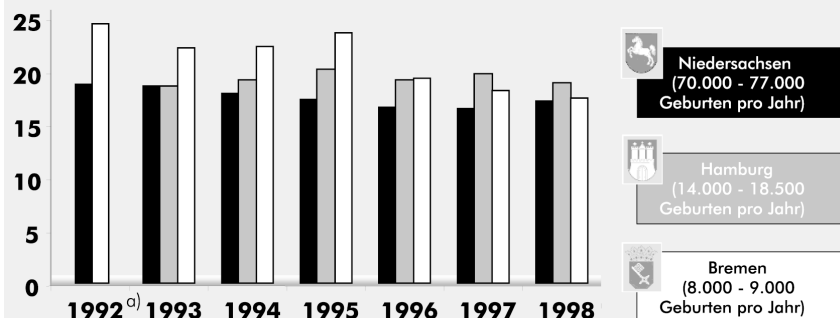
VII. Ergebnisse aus den Perinatalerhebungen

Auswertungen der Angaben zum Rauchverhalten während der Schwangerschaft auf der Basis der Perinatalerhebungen aus den Bundesländern Niedersachsen, Hamburg und Bremen zeigen seit Beginn der Interventionsmaßnahmen für Bremen eine deutlich positive Entwicklung:

- Der Anteil Raucherinnen ist in Hamburg zwischen 1992 und 1998 in etwa konstant geblieben: 19% der dort befragten Schwangeren geben an, zur Zigarette zu greifen.
- Für Niedersachsen ist nach Jahren stetigen Rückganges im Prozentanteil der Raucherinnen während der Schwangerschaft im Jahr 1998 erstmals wieder ein Anstieg zu verzeichnen.
- Die auffälligste Veränderung ist in Bremen zu registrieren. Seit 1995 ist der Anteil Raucherinnen deutlich zurückgegangen. Während

Abb. 7: Rauchverhalten während der Schwangerschaft

Ergebnisse der Perinatalerhebungen in Niedersachsen, Hamburg und Bremen



^{a)} Daten für 1992 aus Hamburg nicht verfügbar

1995 noch 23,6% der Schwangeren rauchten sind es 1998 nur noch 17,5%: Ein relativer Rückgang von etwa 25%! Auch wenn ein kausaler Zusammenhang nicht belegt werden kann, darf darüber spekuliert werden, ob diese erfreuliche Entwicklung mit den Mitte 1995 in der Stadt begonnenen und seitdem intensivierten Maßnahmen zur Förderung des Nichtrauchens bei Schwangeren und Eltern von Kleinkindern in Zusammenhang stehen (siehe Abbildung 7).

Insgesamt ist allerdings zu vermuten, dass die Zahlen zum Rauchen in der Schwangerschaft aus den drei Bundesländern insgesamt ein zu optimistisches Bild zeigen. Die Frauen werden in der Regel bei der Anmeldung der Geburt im Krankenhaus befragt – also etwa um den 6./7. Schwangerschaftsmonat. Zu diesem Zeitpunkt hat etwa jede dritte bis jede zweite Schwangere mit dem Rauchen aufgehört. Der Prozentanteil der Raucherinnen zu Beginn der Schwangerschaft

sollte demnach etwa zwischen 25% bis 35% veranschlagt werden.

VII: Schlussbemerkungen

Die Schwangerschaft bietet - im Vergleich zu anderen Lebensphasen - eine sehr günstige Gelegenheit für interventive Angebote zum Rauchverzicht. Etwa 40% der Frauen, die zu Beginn der Schwangerschaft rauchen, verzichten bis zur Entbindung völlig auf den weiteren Nikotingebrauch. Etwa 50 bis 60% von ihnen gelingt der Rauchverzicht in den ersten drei Monaten der Schwangerschaft, vielen bevor sie die Schwangerschaftsvorsorge beginnen und mit Gynäkologen oder Hebammen in Kontakt kommen. Studienergebnisse legen nahe, dass durch einfache, knappe Beratung durch geschultes Personal und die Weitergabe von Informationen etwa 20% der Schwangeren zusätzlich zum Rauchverzicht motiviert werden könnten.

Allerdings erscheint es wichtig, die Beratung nicht nur auf die Phase der Schwangerschaft zu konzentrieren. Etwa 50% der Frauen, die während der Schwangerschaft auf die Zigaretten verzichtet haben, werden in dieser Zeit wieder rückfällig. Interventionsmaßnahmen zur Rückfallprophylaxe fehlen oft. Untersuchungen in Schweden haben gezeigt, dass es mit geringem Aufwand möglich ist, die Rückfallquote von 50% auf 20% zu vermindern.

Während in einigen europäischen Ländern Informationsmaterialien und Trainingsprogramme für die Gesundheitsberufe bereits entwickelt wurden, sind in Deutschland Schulungs- und Fortbildungsprogramme für Gynäkologen, Hebammen und Kinderärzte zur Durchführung von Nikotinentwöhnungsberatung bisher nur in geringem Maß vorhanden. In Hinblick auf eine Ausweitung des Beratungsangebotes sollten verstärkt Weiterbildungsmaßnahmen aufgebaut werden. Eine Ausdehnung der Interventionskonzepte auf die Zeit vor der Schwangerschaft und nach der Entbindung erscheint dabei dringend geraten.

Literatur:

BLAKELEY, B.W. & BLAKELEY, J.E. (1995): Smoking and middle ear disease: are they related? *Otolaryngology - Head and Neck Surgery*, 112 (3), p. 441 - 446.

BOLLING, K. & OWEN, L. (1997): Smoking and Pregnancy - A survey of knowledge, attitude and behaviour. Health Education Authority: London.

BRECKLINGHAUS, I.; LANG, P. & GREISER, E. (1996): Rauchfrei in der

Schwangerschaft. Beratungsleitfaden für die gynäkologische Praxis. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): Köln.

DiFRANZA, J.R. & LEW, R.A. (1996): Morbidity and mortality in children associated with the use of tobacco products by other people. *Paediatrics*, 97, 560-568.

EURO-scip (EUROpean action on Smoking Cessation In Pregnancy) Projektgruppe (2000): Beratung zur Förderung des Nichtrauchens in der Schwangerschaft und nach der Entbindung – Richtlinien und Empfehlungen. (Online: <http://www.bips.uni-bremen.de/euro-scip/> Datum: 23. Oktober, 2000).

FIORE, M.C.; BAILEY, W.C.; COHEN, S.J. et al. (2000a): Treating Tobacco Use and Dependence. Clinical Practice Guideline. U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service: Rockville, MD.

FIORE, M.C.; BAILEY, W.C.; COHEN, S.J. et al. (2000b) [Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline Panel]: A Clinical Practice Guideline for Treating Tobacco Use and Dependence. A US Public Health Service Report. *JAMA*, Vol. 283, No. 24, p. 3244-3254.

HAGEN, B. (1998): Risikofaktoren für den Plötzlichen Säuglingstod SID Zwischenbericht. Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales der Freien und Hansestadt Hamburg: Hamburg.

HAGLUND, M. (1999): Smoke-free pregnancy and early childhood - a nation wide intervention programme in Sweden (Part I). In Lang, P. & Greiser,

E. (eds.): European Symposium on Smoking and Pregnancy, 25-27 May, 1998, Bremen, Germany - Proceedings. Bremen Institute for Prevention Research and Social Medicine (BIPS): Bremen (in press).

HEALTH EDUCATION AUTHORITY (HEA) (1994): Smoking and Pregnancy. Guidance for purchasers and providers. Health Education Authority: London.

HEALTH EDUCATION AUTHORITY (HEA) (1995): Health Update 2 - smoking. Revised edition. Health Education Authority: London.

HEALTH EDUCATION AUTHORITY (HEA) (1997): Action on Smoking and Pregnancy. An information pack to help midwives, health visitors and practice nurses deal with smoking and pregnancy. Health Education Authority: London.

LANG, P. (1999): Schwangerschaft und Rauchen – Strategien kommunaler Intervention. Ergebnisse und Erfahrungen aus dem „First European Symposium on Smoking and Pregnancy“, Bremen, 25.-27. Mai, 1998. Bericht für die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA): Köln.

LANG, P.; BRÜGGEMANN, M.; LICHT, S. & GREISER, E. (1998): Maßnahmen zur Förderung des Nichtrauchens bei Schwangeren und Eltern von Säuglingen. Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS): Bremen.

LANG, P. & GREISER, E. (eds.) (1999): European Symposium on Smoking and Pregnancy, 25-27 May, 1998, Bremen, Germany - Proceedings.

Bremen Institute for Prevention Research and Social Medicine (BIPS): Bremen.

LAWRENCE, T. (1998): Assessing the effectiveness and potential of community based interventions for reducing smoking in pregnancy. Paper presented at the „First European Symposium on Smoking and Pregnancy, 25-27 May, 1998, Bremen, Germany.

McBRIDE, C. & PIRIE, P.L. (1990): Postpartum smoking relapse. Addictive Behaviours, 15, p. 165 - 168.

McBRIDE, C.; CURRY, S.J.; LANDO, H.A. et al. (1999): Relapse prevention in women who quit smoking during pregnancy. American Journal of Public Health, 89, p. 706-711.

MELVIN, C.L.; DOLAN-MULLEN, P.; WINDSOR, R.A. et al. (2000): Recommended cessation counselling for pregnant women who smoke: a review of the evidence. Tobacco Control, 9 (Suppl III), p. 80-84.

OWEN, L. & BOLLING, K (1996): Smoking and pregnancy. Developing a communication strategy for cessation. Health Education Authority (HEA): London.

POSWILLO, D. & ALBERMAN, E. (Eds.) (1992): Effects of Smoking on the Fetus, Neonate, and Child. Oxford University Press: Oxford, New York, Tokyo.

PROCHASKA, J.O.; NORCROSS, J.C. & DiCLEMENTE, C.C. (1994): Changing for Good. William Morrow and Company, Inc.: New York.

RAW, M.; McNEILL, A. & WEST, R. (1998): Smoking cessation guidelines for health professionals. A guide to effective smoking cessation interventions for the health care system. Thorax, Vol 53, suppl. 5 (1), S. 1-19.

ROLLNICK, S.; MASON, P. & BUTLER, C. (1999): Health behavior change. A guide for practitioners. Churchill Livingstone: Edinburgh.

SYLWAN, L. (1999): Smoke-free pregnancy and early childhood - a nationwide intervention programme in Sweden (Part II). In Lang, P. & Greiser, E. (eds.): European Symposium on Smoking and Pregnancy, 25-27 May, 1998, Bremen, Germany - Proceedings. Bremen Institute for Prevention Research and Social Medicine (BIPS): Bremen (in press).

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (1980): The health consequences of smoking for women. A report of the Surgeon General. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Services: Washington, D.C..

WATERSON, E.J.; EVANS, C. MURRAY-LYON, I.M. (1990): Is pregnancy a time of changing and drinking and smoking patterns for fathers as well as mothers? An initial investigation. Br. J. Addict., 85, p. 389 - 390.

WATTS, K.; COPPEL, D.; WHITE, J. et al. (1998): Evaluation of smoking cessation during pregnancy and relapse postpartum. Paper presented at the „First European Symposium on Smoking and Pregnancy, 25-27 May, 1998, Bremen, Germany.

WINDSOR, R.A.; BOYD, N.R. & ORLEANS, C.T. (1998): A meta-evaluation of smoking cessation intervention research among pregnant women: improving the science and the art. Health Educ Res, 13, p. 419 - 438.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1999): World No-Tobacco Day 1999 – Leave the pack behind. World Health Organization (WHO): Genf.

Voraussetzungen der Implementierung effektiver Kurzinterventionen

Dr. rer. nat. Ralf Demmel, Dipl.-Psych.

Westfälische Wilhelms-Universität Münster

Psychologisches Institut I

Psychologische Diagnostik und Klinische Psychologie

Fliegherstr. 21

48149 Münster

Inhalt

I. Definitionen

II. Empirische Begründung

III. Theoretische Begründung

IV. Standardisierung

V. Individualisierung

VI. Kompetenz

VII. Evaluation

VIII. Transparenz

Literatur

Während in den Vereinigten Staaten, Kanada, Australien, Großbritannien und Skandinavien seit Anfang der 80er Jahre verschiedene sekundärpräventive Programme entwickelt und hinsichtlich ihrer Wirksamkeit überprüft wurden (zusammenfassend HEATHER, 1998; ZWEBEN & FLEMING, 1999), sind vergleichbare Präventions- und Behandlungsansätze im deutschsprachigen Raum bislang lediglich im Rahmen weniger Modellprojekte erprobt worden (z.B. JOHN, HAPKE, RUMPF, HILL & DILLING, 1996; KREMER, WIENBERG, DORMANN, WESSEL & PÖRKSEN, 1999). Vor dem Hintergrund dieses Forschungsdefizits erscheint es sinnvoll, in stärkerem Maße als bislang von den Fortschritten der internationalen Forschung zu profitieren.

I. Definitionen

BABOR (1994) unterscheidet minimal (einmalige Intervention von bis zu fünf Minuten), brief (maximal drei Sitzungen von jeweils bis zu 60 Minuten), moderate (fünf bis sieben Sitzungen) und intensive interventions (acht oder mehr Sitzungen). Der deutsche Begriff Kurzinterventionen wird häufig nicht ausreichend definiert oder von anderen Begriffen (motivationale Interventionen, Frühinterventionen, Früherkennung, Sekundärprävention, Schadensmindernde Strategien etc.) abgegrenzt (siehe z.B. SCHOSTOK, 2000). Im vorliegenden Beitrag werden minimal und brief interventions sensu BABOR (1994) zusammenfassend als Kurzinterventionen bezeichnet. Die wesentlichen Elemente dieser Interventionen beschreibt das Akronym FRAMES (MILLER & SANCHEZ, 1994; ausführliche Erläuterung und

weitere Begriffsdefinitionen in DEMMEL, 2000):

- Feedback (Rückmeldung),
- Responsibility (Eigenverantwortung),
- Advice (Ratschlag),
- Menu (Auswahl verschiedener Behandlungsmöglichkeiten),
- Empathy (Empathie),
- Self-Efficacy (Selbstwirksamkeit).

Kurzinterventionen sind i.d.R. frühe Interventionen (early intervention): Veränderungsbereitschaft und Behandlungsmotivation sollen in frühen Phasen der Abhängigkeitsentwicklung gefördert werden (siehe DONOVAN & MARLATT, 1993). MILLER (1996) hebt jedoch hervor, dass beispielsweise die Durchführung des drinker's check-up (DCU) (MILLER, SOVEREIGN & KREGGE, 1988) auch in weit fortgeschrittenen Stadien der Alkoholabhängigkeit eine sinnvolle Ergänzung herkömmlicher Behandlungsprogramme sein kann (siehe z.B. BIEN, MILLER & BOROUGHS, 1993; BROWN & MILLER, 1993).

II. Empirische Begründung

Die Ergebnisse zahlreicher empirischer Untersuchungen belegen die Wirksamkeit der im vorliegenden Beitrag beschriebenen Interventionen (zusammenfassend HEATHER, 1998; ZWEBEN & FLEMING, 1999; siehe auch BIEN, MILLER & TONIGAN, 1993; MILLER, ANDREWS, WILBOURNE & BENNETT, 1998). Im Rahmen des vom National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism geförderten Projekts MATCH (Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity) konnte beispielsweise

gezeigt werden, dass Motivational Enhancement Therapy (MET) – eine Modifikation und Weiterentwicklung des DCU (MILLER et al., 1988) – ebenso erfolgreich sein kann wie andere wesentlich aufwendigere Behandlungsprogramme (Zusammenfassung und kritische Bewertung in MARLATT, 1999).

III. Theoretische Begründung

Der Einfluss (sozial-)psychologischer Theorien der Einstellungs- und Verhaltensänderung auf die Entwicklung der in der englischsprachigen Literatur beschriebenen Kurzinterventionen ist unverkennbar (zur Theorie der kognitiven Dissonanz siehe DRAYCOTT & DABBS, 1998a, 1998b; zusammenfassende Darstellung der Theorie der psychologischen Reaktanz in DICKENBERGER, GNIECH & GRABITZ 1993; zu Soziale Lerntheorie siehe BANDURA, 1986; ROLLNICK & HEATHER, 1982): So soll beispielsweise der Hinweis auf die Eigenverantwortung des Patienten (responsibility) Reaktanz ("Widerstand") reduzieren, die Förderung der Selbstwirksamkeitserwartungen (self-efficacy) hingegen Zuversicht und Veränderungsbereitschaft erhöhen.

IV: Standardisierung

Die Standardisierung empirisch und theoretisch begründeter Interventionen soll den andauernden Erfolg der jeweiligen Maßnahmen auf einem möglichst hohen Niveau gewährleisten und darüber hinaus eine Überprüfung des Behandlungserfolgs er-

möglichen (follow-up). Ein Beispiel: In jüngster Zeit wurde von DIMEFF, BAER, KIVLAHAN und MARLATT (1999) eine Integration der von MILLER und ROLLNICK (1991, deutsche Übersetzung 1999) beschriebenen Gesprächstechniken und kognitiv-behavioraler Behandlungskonzepte (zusammenfassend DEMMEL, in press; KADDEN, 1999) vorgeschlagen. Ergebnis dieser Synthese ist das standardisierte Harm-Reduction-Programm BASICS (Brief Alcohol Screening and Intervention for College Students). BASICS ist eine niedrigschwellige Kurzintervention (zwei Sitzungen je 50 Minuten), die weitgehend dem DCU (siehe MILLER et al., 1988) entspricht (ausführliche Darstellung in DEMMEL, in press). In einer Reihe empirischer Untersuchungen konnten die positiven Effekte des Programms nachgewiesen werden (Zusammenfassung in DIMEFF et al., 1999).

V. Individualisierung

Standardisierung schließt ein individuelles Vorgehen keinesfalls aus. Die Implementierung der beschriebenen Programme (BASICS, DCU, MET etc.) setzt einerseits die detaillierte Kenntnis der Manuale, andererseits aber auch ein hohes Maß an Flexibilität voraus, da die spezifischen Interventionen in Abhängigkeit von der Veränderungsbereitschaft der Patienten modifiziert werden müssen. Standardisierte Diagnostik und Befunderhebung (assessment) erleichtern die Durchführung einer "maßgeschneiderten" Intervention: Die sachliche und wertungsfreie Rückmeldung der Ergebnisse (feedback) kann darüber hinaus wesentlich zur Erhöhung der Veränderungsbereitschaft beitragen.

VI. Kompetenz

Standardisierung und flexible Anpassung des spezifischen Vorgehens erfordern ein hohes Maß an Kompetenz: "...training, peer support and ongoing professional development are strongly recommended" (ROLLNICK, MASON & BUTLER, 1999, p. ix). Die jeweiligen Interventionen sollten daher den Vorkenntnissen der durchführenden Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter etc. angemessen sein (siehe REID, FIELLIN & O'CONNOR, 1999, p. 1687).

VII. Evaluation

Die Implementierung der Interventionen sollte von einer fortlaufenden Prozess-Evaluation begleitet werden (Entspricht die Durchführung dem vorgesehenen Ablauf? Folgen die Therapeuten dem Manual? etc.). Die Bewertung des Erfolgs der Intervention (Outcome-Evaluation) setzt die Untersuchung einer Kontrollgruppe sowie Kenntnis des weiteren Krankheitsverlaufs (follow-up) voraus (Reduktion des Konsums? Erhöhung der Behandlungsmotivation? Verbesserung der subjektiven Befindlichkeit? etc.). Die in deutschsprachigen Arbeiten häufig ausschließlich berichteten Angaben zur Akzeptanz eines Präventions- oder Behandlungsprogramms (siehe z.B. MEYENBURG, RABES, WALTER & ROTTMANN, 1997) erlauben keine Aussagen zur Effektivität bzw. Effizienz einer Intervention (Überblick in European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 1999; siehe auch UHL, 2000).

VIII. Transparenz

Die Berücksichtigung der bislang beschriebenen Voraussetzungen fördert Offenheit gegenüber Mitarbeitern und Patienten. Transparenz schützt den Patienten – neben der Grundhaltung des Therapeuten (empathy) – vor Manipulation durch elaborierte Gesprächsführung und bewahrt seine Entscheidungsfreiheit (responsibility) (siehe ROLLNICK et al., 1999, p. 37). Offenheit gegenüber den an der Entwicklung und Implementierung einer Intervention beteiligten Mitarbeitern erhöht die Akzeptanz der Maßnahmen und somit die Wahrscheinlichkeit einer langfristigen Etablierung.

Literatur

BABOR, T.F. (1994). Avoiding the horrid and beastly sin of drunkenness: Does dissuasion make a difference? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 1127-1140.

BANDURA, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

BIEN, T.H., MILLER, W.R. & BOROUGHS, J.M. (1993). Motivational interviewing with alcohol outpatients. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 21, 347-356.

BIEN, T.H., MILLER, W.R. & TONIGAN, J.S. (1993). Brief interventions for alcohol problems: A review. *Addiction*, 88, 315-335.

BROWN, J.M. & MILLER, W.R. (1993). Impact of motivational interviewing on participation and outcome in residen-

tial alcoholism treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 7, 211-218.

DEMMELE, R. (2000). Prävention. In T. POEHLKE, I. FLENKER, A. FOLLMANN, F. RIST & G. KREMER (Eds.), *Suchtmedizinische Versorgung*. Band 1: Grundlagen der Behandlung (pp. 53-63). Berlin: Springer.

DEMMELE, R. (in press). Verhaltenstherapie. In J. FENGLER (Ed.), *Praxis der Suchtprävention*. Landsberg: ecomed

DICKENBERGER, D., GNIECH, G. & GRABITZ, H.-J. (1993). Die Theorie der psychologischen Reaktanz. In D. FREY & M. IRLE (Eds.), *Theorien der Sozialpsychologie*. Band 1: Kognitive Theorien (pp. 243-273). Bern: HUBER.

DIMEFF, L.A., BAER, J.S., KIVLAHAN, D.R. & MARLATT, G.A. (1999). Brief alcohol screening and intervention for college students (BASICS): A harm reduction approach. New York, NY: Guilford.

DONOVAN, D.M. & MARLATT, G.A. (1993). Behavioral treatment. In M. GALANTER (Ed.), *Recent developments in alcoholism*. Volume 11: Ten years of progress (pp. 397-411). New York, NY: Plenum.

DRAYCOTT, S. & DABBS, A. (1998a). Cognitive dissonance 1: An overview of the literature and its integration into theory and practice of clinical psychology. *British Journal of Clinical Psychology*, 37, 341-353.

DRAYCOTT S. & DABBS, A. (1998b). Cognitive dissonance 2: A theoretical grounding of motivational interviewing.

British Journal of Clinical Psychology, 37, 355-364.

EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION. (1999). *Evaluating the treatment of drug abuse in the European Union*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

HEATHER, N. (1998). Using brief opportunities for change in medical settings. In W.R. MILLER & N. HEATHER (Eds.), *Treating addictive behaviors* (pp. 133-147). New York, NY: Plenum.

JOHN, U., HAPKE, U., RUMPF, H.-J., HILL, A. & DILLING, H. (1996). Prävalenz und Sekundärprävention von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit in der medizinischen Versorgung. Baden-Baden: Nomos.

KADDEN, R.M. (1999). Cognitive behavior therapy. In P.J. OTT, R.E. TARTER & R.T. AMMERMAN (Eds.), *Sourcebook on substance abuse: Etiology, epidemiology, assessment, and treatment* (pp. 272-283). Boston, MA: ALLYN and BACON.

KREMER, G., WIENBERG, G., DORMANN, S., WESSEL, T. & PÖRKSEN, N. (1999). Evaluation von Kurzinterventionen bei PatientInnen mit Alkoholproblemen im Allgemeinkrankenhaus. *SUCHT - Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis*, 45, 80-88.

MARLATT, G.A. (1999). From hindsight to foresight: A commentary on Project MATCH. In J.A. TUCKER, D.M. DONOVAN & G.A. MARLATT (Eds.), *Changing addictive behavior: Bridging clinical and public health*

strategies (pp. 45-66). New York, NY: Guilford.

MEYENBURG, R., RABES, M., WALTER, R. & ROTTMANN, J. (1997). Frühhilfe bei Anzeichen für die Verfestigung von Drogenkarrieren: Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung zum Landesmodellprojekt. Hannover: Niedersächsisches Sozialministerium.

MILLER, W.R. (1996). Motivational interviewing: Research, practice, and puzzles. *Addictive Behaviors*, 21, 835-842.

MILLER, W.R., ANDREWS, N.R., WILBOURNE, P. & BENNETT, M.E. (1998). A wealth of alternatives: Effective treatments for alcohol problems. In W.R. MILLER & N. HEATHER (Eds.), *Treating addictive behaviors* (pp. 203-216). New York, NY: Plenum.

MILLER, W.R. & ROLLNICK, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York, NY: Guilford.

MILLER, W.R. & ROLLNICK, S. (1999). *Motivierende Gesprächsführung: Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

MILLER, W.R. & SANCHEZ, V.C. (1994). Motivating young adults for treatment and lifestyle change. In G.S. HOWARD & P.E. NATHAN (Eds.), *Alcohol use and misuse by young adults* (pp. 55-82). Notre Dame, IN: University of Notre Dame Press.

MILLER, W.R., SOVEREIGN, R.G. & KREGE, B. (1988). *Motivational interviewing with problem drinkers: II. The*

Drinker's Check-up as a preventive intervention. *Behavioural Psychotherapy*, 16, 251-268.

REID, M.C., FIELLIN, D.A. & O'CONNOR, P.G. (1999). Hazardous and harmful alcohol consumption in primary care. *Archives of Internal Medicine*, 159, 1681-1689.

ROLLNICK, S. & HEATHER, N. (1982). The application of Bandura's self-efficacy theory to abstinence-oriented alcoholism treatment. *Addictive Behaviors*, 7, 243-250.

ROLLNICK, S., MASON, P. & BUTLER, C. (1999). *Health behavior change: A guide for practitioners*. Edinburgh: Churchill Livingstone.

SCHOSTOK, H. (2000). Frühintervention bei Auszubildenden in einem Chemieunternehmen zwischen Arbeitgeberinteresse und Sozialer Arbeit. In W. PITTRICH, W. ROMETSCH & D. SARRAZIN (Eds.), *Projekte und Konzepte der Frühintervention*. Fachtagung, 21./22. September 1999 Heek-Nienborg (pp. 23-33). Münster: Land schaftsverband Westfalen-Lippe.

UHL, A. (2000). Evaluation. In F. STIMMER (Ed.), *Suchtlexikon* (pp. 228-234). München: Oldenbourg.

ZWEBEN, A. & FLEMING, M.F. (1999). Brief interventions for alcohol and drug problems. In J.A. TUCKER, D.M. DONOVAN & G.A. MARLATT (Eds.), *Changing addictive behavior: Bridging clinical and public health strategies* (pp. 251-282). New York, NY: Guilford.

Motivational Interviewing: Lifestyle oder Feigenblatt?

Dr. rer. nat. Ralf Demmel, Dipl.-Psych.

Westfälische Wilhelms-Universität Münster

Psychologisches Institut I

Psychologische Diagnostik und Klinische Psychologie

Fliednerstr. 21

48149 Münster

Inhalt

I. Eine Frage des Stils

II. Ethische Aspekte

III. Qualitätssicherung

Literatur

Motivational interviewing (MI) ist en vogue: Die Nachfrage nach der deutschen Übersetzung von Motivational Interviewing: Preparing people to change addictive behavior (MILLER & ROLLNICK, 1991, deutsche Übersetzung 1999; siehe auch die Rezension von DEMMEL, in press) ist groß. Das Curriculum Suchtmedizinische Grundversorgung der Bundesärztekammer (1999) sieht vor, dass die Kursteilnehmer/innen in die Grundlagen Motivierender Gesprächsführung eingeführt werden (Baustein V: 14 Stunden). Auf zahlreichen Fachtagungen und Kongressen werden MI-Workshops angeboten. Warum beobachten MI-Trainer diese Entwicklung gelegentlich mit gemischten Gefühlen?

I. Eine Frage des Stils

A word of informed consent: This approach is likely to change you. MILLER & ROLLNICK (1991, p. xi) *(Eine Äußerung, die (sach-)kundige Zustimmung ausdrückt: diese Haltung wird Dich wahrscheinlich ändern.)* Der von MILLER und ROLLNICK (1991) beschriebene Behandlungsansatz ist in vielerlei Hinsicht eine Synthese aus klientenzentrierter Gesprächspsychotherapie und kognitiv-behavioralen Verfahren: "Motivational interviewing is a directive client-centered counseling approach for initiating behavior change by helping clients to resolve ambivalence" (MILLER, 1996, p. 835). MILLER (1996, p. 837) *(Motivational interviewing ist ein direkter klientenzentrierter Beratungsansatz, um Klienten bei der Auflösung von Ambivalenzen zu helfen und dadurch Verhaltensänderungen in Gang zu setzen)* hebt hervor, dass MI weniger eine spezifische Behand-

lungsmethode (set of particular techniques), sondern vielmehr ein charakteristischer Behandlungsstil ist. Interventionen wie z.B. der drinker's check-up (MILLER, SOVEREIGN & KREGGE, 1988) zeichnen sich einerseits durch ein sowohl empirisch als auch theoretisch begründetes standardisiertes Vorgehen und andererseits durch eine empathische Grundhaltung des Therapeuten aus, deren positive Wirkung auf die Veränderungsbereitschaft des Patienten wiederum empirisch nachgewiesen werden konnte. Die Aneignung von Behandlungstechniken ist notwendige, aber keinesfalls hinreichende Bedingung der Durchführung von Interventionen, die mit den von MILLER und ROLLNICK (1991) skizzierten Prinzipien übereinstimmen. Dennoch erscheint es unangebracht, MI zum Lifestyle zu erheben oder MI-Prinzipien unreflektiert zu verallgemeinern. So ist beispielsweise die Förderung der Abstinenzzuversicht (self-efficacy) in fortgeschrittenen Stadien der Abhängigkeitsentwicklung häufig wenig sinnvoll, da zahlreiche Patienten zu unrealistisch hohen Selbstwirksamkeitserwartungen neigen (DEMMEL, RIST & OLBRIICH, in press).

II. Ethische Aspekte

There is no such thing as a purely pragmatic, value-free behavior change consultation! ROLLNICK, MASON & BUTLER (1999, p. 37) *(Eine rein pragmatische und wertfreie Konsultation zur Verhaltensänderung gibt es nicht!)* Die Diskussion ethischer Aspekte nimmt in den Arbeiten von MILLER (z.B. 1994, 1995) und ROLLNICK (siehe z.B. ROLLNICK et

al., 1999, p. 36-37) breiten Raum ein: Darf die Entscheidungsfreiheit des Patienten eingeschränkt werden? Wie können Patienten vor Manipulation geschützt werden? Stimmen die (impliziten) Werte und Ziele von Patienten und Therapeuten überein? Wie lässt sich die Beziehung zwischen Patient und Therapeut charakterisieren? Nach ROLLNICK et al. (1999) zeichnet sich eine vertrauens- und respektvolle Beziehung zwischen Patient und Therapeut u.a. durch die Vereinbarung der Behandlungsziele in gegenseitigem Einvernehmen aus (negotiation). EMANUEL und EMANUEL (1992) unterscheiden – in Abhängigkeit vom Ausmaß der dem Patienten zugestandenen Autonomie – vier Definitionen der Beziehung zwischen Patient und Arzt:

- der Arzt als "sorgender Vater" des Patienten (paternalistic model): der Arzt verordnet; geringe Beteiligung des Patienten an Entscheidungen über weiteres Vorgehen; Gesundheit bzw. Genesung haben Vorrang vor der Entscheidungsfreiheit des Patienten

- der Arzt als Experte im Dienste des Patienten (informative model): der Arzt informiert den Patienten über Krankheitsbild, Prognose, Behandlungsmöglichkeiten etc.; der Patient bewertet diese Informationen in Übereinstimmung mit seinen persönlichen Werten und entscheidet über das weitere Vorgehen

- der Arzt als Berater des Patienten (interpretive model): der Arzt informiert den Patienten (siehe informative model) und muss ihn darüber hinaus bei der Klärung seiner – möglicherweise widersprüchlichen – Werte und der Auswahl einer ihm entsprechenden Behandlung unterstützen; der

Patient entscheidet über das weitere Vorgehen

- der Arzt als "Freund" des Patienten (deliberative model): der Arzt informiert, diskutiert und empfiehlt weiteres Vorgehen; er versucht, den Patienten durch Argumente zu überzeugen

Die Offenlegung der Behandlungsziele und des Behandlungsrationalis vorausgesetzt entspricht MI einem deliberative model der Beziehung zwischen Patient und Therapeut (siehe EMANUEL & EMANUEL, 1992) – wobei der Patient jedoch nicht durch Argumente überzeugt werden sollte. Empathie und Offenheit sollen den Patienten vor Manipulation schützen: "If in any doubt about what you are doing, ask the patient. Be clear and honest" (ROLLNICK et al., 1999, p. 37). *("Falls Sie Zweifel haben an dem, was Sie tun, fragen Sie den Patienten. Seien Sie klar und ehrlich.")*

III. Qualitätssicherung

MI seems to be the flavor of the month, which worries me a bit. Quality control is just bound to break down as studies (not to mention clinical applications) proliferate.

MILLER (2000, p. 2)

(MI scheint der "Renner der Saison" zu sein, was mir etwas Sorgen macht. Die Kontrolle der Qualität droht zusammenzubrechen, wenn sich die Studien, nicht zu sprechen von den klinischen Anwendungen, vermehren.) Gegenwärtig scheinen die drei Etiketten "Kurzintervention", "Frühintervention" und "motivationale Intervention" das Rational einer Behandlung sowie das jeweilige therapeutische Vorgehen häufig eher zu verschleiern als zu

beschreiben: "More precision is needed about the actual method used, how it was thought to practitioners, and how quality control was maintained throughout the study"

(ROLLNICK et al., 1999, p. ix).

(Präzisere Angaben sind nötig: über die tatsächlich angewandte Methode, darüber, wie diese den Praktikern vermittelt wurde und darüber, wie die Kontrolle der Qualität während des Verlaufs der Studie durchgehalten wurde.)

Die Anwendung des von MILLER und ROLLNICK (1991) beschriebenen Behandlungsverfahrens setzt die Integration einer Vielzahl anspruchsvoller und komplexer therapeutischer Techniken und somit ein hohes Ausbildungsniveau voraus (siehe MILLER & ROLLNICK, 1991, p. 158): Eine fortlaufende Aus- und Weiterbildung, sowie eine begleitende Prozessevaluation (siehe UHL, 2000) der Implementierung sind unerlässlich (siehe die Website des Motivational Interviewing Network of Trainers: <http://www.motivationalinterview.org>). Die (unautorisierte) Publikation von Ausbildungsmaterialien, die lediglich der Demonstration einer missverstandenen Rezeption dienen können, fördert die Etablierung eines "motivational style" in Deutschland nicht (siehe z.B. MERCK KGaA, ohne Jahr): MI darf nicht das Feigenblatt (vorwiegend) ökonomischen Interessen dienender Behandlungsempfehlungen sein.

Literatur

Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern). (1999). Curriculum Suchtmedizinische Grundversorgung: Kursweiterbildung

(50 Stunden). Köln: Bundesärztekammer.

DEMMELE, R. (in press). [Besprechung des Buches Motivierende Gesprächsführung: Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen]. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie.

DEMMELE, R., RIST, F. & OLBRICH, R. (in press). Selbstwirksamkeitserwartungen alkoholabhängiger Patienten im ersten Jahr nach stationärer Behandlung. In Fachverband Sucht e.V. (Ed.), Rehabilitation Suchtkranker – mehr als Psychotherapie. Geestacht: Neuland.

EMANUEL, E.J. & EMANUEL, L.L. (1992). Four models of the physician-patient relationship. JAMA, 267, 2221-2226.

MERCK KGaA (Producer). (ohne Jahr). Kurzinterventionen bei Alkoholkranken durch den Hausarzt [Film]. Darmstadt: Merck KGaA.

MILLER, W.R. (1994). Motivational interviewing: III. On the ethics of motivational intervention. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 22, 111-123.

MILLER, W.R. (1995). The ethics of motivational interviewing revisited. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 23, 345-348.

MILLER, W.R. (1996). Motivational interviewing: Research, practice, and puzzles. Addictive Behaviors, 21, 835-842.

MILLER, W.R. (2000). Notes from the desert. Motivational Interviewing Newsletter: Updates, Education and Training, 7, 1-2.

MILLER, W.R. & ROLLNICK, S. (1991). Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior. New York, NY: Guilford.

MILLER, W.R. & ROLLNICK, S. (1999). Motivierende Gesprächsführung: Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

MILLER, W.R., SOVEREIGN, R.G. & KREGGE, B. (1988). Motivational interviewing with problem drinkers: II. The Drinker's Check-up as a preventive intervention. Behavioural Psychotherapy, 16, 251-268.

ROLLNICK, S., MASON, P. & BUTLER, C. (1999). Health behavior change: A guide for practitioners. Edinburgh: Churchill Livingstone.

UHL, A. (2000). Evaluation. In F. STIMMER (Ed.), Suchtlexikon (pp. 228-234). München: Oldenbourg.

Integration motivierender Kurzinterventionen und Motivierender Gesprächsführung in den Arbeitsalltag

-Gruppenarbeit I-
Angesichts einer Fülle von Eindrücken und Informationen fiel es allen Arbeitsgruppenmitgliedern zunächst schwer, sich über den Transfer in die Einrichtungen Gedanken zu machen.

Anfangsstatements einiger Gruppenmitglieder waren :

-„Alter Wein in neuen Schläuchen“

-„Konfrontation ist aber manchmal doch sehr notwendig“

-„Paradoxe Interventionen sind doch sehr effektiv - man muss natürlich sein Handwerk beherrschen“

-„Meine Patient/innen brauchen das alles nicht, sie sind motiviert. Therapieentscheidung ist da längst gefallen.“

-„War doch alles etwas kurz. Hätte manches ausführlicher sein können.“

Nach etwas aufgeregter Diskussion mehrte sich dann der Eindruck, dass doch vieles vom Gehörten auf die Praxis übertragbar ist. Folgende Punkte wurden festgehalten:

- Die fünf Prinzipien
Besonders die Vorstellung der fünf Prinzipien motivierender Gesprächsführung schien den Gruppenteilnehmern hilfreich. Eine erfolversprechende Methode, die durch die Auflistung der fünf Prinzipien gut gegliedert und anwendbar wird.

- Umgang mit Ambivalenz
Die Einheit über den Umgang mit Ambivalenz scheint eine häufige Situation der stationären Behandlungsformen aufzugreifen. Mit Eintritt in die Klinik ist längst nicht alles klar. Das Ver-

halten und die Entwicklung der Patient/innen bleibt von ambivalenten Verhaltensweisen geprägt. Diese Widersprüche sind mit wechselnden Themen bis weit in den Nachsorgebereich hinein anzutreffen. „Einerseits suche ich Arbeit, andererseits habe ich soviel Schulden, dass es kaum lohnt.“ Motivierende Gesprächsführung scheint bei der Aufdeckung und Bearbeitung dieser Ambivalenzen gut einsetzbar.

- Kontakt zwischen Klient/in und Therapeut/in / Mitarbeiter/in / Zielfindung

Dem positiven Kontakt zu den Klient/innen wird große Bedeutung beigemessen. Er dient zu Beginn der Behandlung und bei neuen Behandlungsschritten der Ergründung des Standpunktes und einer realistischen Zielfindung. Mit motivierenden Gesprächsformen kann es vermieden werden den Patient/innen Ziele überzustülpen.

- Ein wichtiger Aspekt des Seminars war die Beziehung auf die persönliche Heilungserwartung der Patient/innen. Die eigene Prognose zu ergründen und aufzugreifen scheint ebenso wichtig wie das Beziehen auf positive Erfahrungen in der Vergangenheit wie zum Beispiel Clean-Phasen und Phasen der Teilabstinenz bzw. Reduzierung des Suchtmittelkonsums.

- Als besonders hilfreich und alltagsbezogen wurde die Seminareinheit zum Umgang mit Widerständen erlebt. Jeder konnte sich durch die Praxisbeispiele an eigene Erfahrungen mit Widerstand erinnern; Widerstände umzulenken und für die weitere Behandlung positiv zu nutzen. „Neue

Sichtweise“: der Klient als kompetenter Ratgeber.

Generell wurde festgestellt, dass Klient/innen in der Praxis häufig nicht am Prozess der Diagnoseerstellung beteiligt werden. Es fehlt ihnen dann an Transparenz über Sinnhaftigkeit von therapeutischen Maßnahmen und Förderplanungen. Bemühen um Transparenz, Dokumentation und Beteiligung kann als Strategie gesehen werden, Widerstände zu minimieren.

- Als problematisch für die Einführung von motivierender Gesprächsführung wurde die mangelnde Akzeptanz von Kolleg/innen befürchtet. Überall bestand die Absicht, die jeweiligen Teams über die Fortbildungsinhalte zu informieren. Der wenig konfrontative Ansatz müsste dann jedoch auch von allen Mitarbeiter/innen mitgetragen werden. Es wurde befürchtet, dass dies nicht jedem einleuchten würde und gemeinsame Handlungsplanung in den Teams erschwert werden könnte. Ziel sollte es sein, über die „neue“ Methode erst Konsens im Team zu erzielen. Gleiche Haltungen und Interventionsformen sollten dann teamintern abgesprochen werden.

- Als positiv und von Wert für die persönliche Arbeit wurden dann zuletzt die verschiedenen Kurzinterventionsformen beschrieben. Die genaue Festlegung von Einzelschritten und Interventionen, die geplante Abfolge von Gesprächen und der Zwang zur genauen Dokumentation wurde als hilfreich für Klient/innen und Therapeuten gleichermaßen eingeschätzt. Es bestand der Wunsch nach hierfür bereits vorhandenen Manualen und Behandlungsrastern. Insbesondere die Interventionsstruktur FRAMES und

das Behandlungsmuster BASICS wurde lobend erwähnt.

Nach anfänglichen Schwierigkeiten mit der Aufgabenstellung zeigte sich, dass es zu dem erlebten Seminar noch großen Diskussionsbedarf gibt. Über die Transfermöglichkeiten in die Praxis stationärer Einrichtungen herrschte aber letztendlich eine recht positive Grundmeinung.

Norbert Beuchel-Wagner

-Gruppenarbeit II-

Die Teilnehmer/innen der Gruppe waren Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen aus den Sozialpsychiatrischen Diensten und einer ambulanten Beratungs- und Behandlungsstelle. Unterschiedliche Berufserfahrung und die divergierenden Aufgaben am Arbeitsplatz prägten die Auseinandersetzung mit dem Thema. Gleichwohl war Konsens, dass die vorgestellte Methode sowohl eine Bereicherung darstellt, als auch eine korrektive Funktion innehaben kann. Da dem oben genannten Ansatz eine akzeptierende Grundhaltung zu Grunde liegt, wird nach Einschätzung der Arbeitsgruppe das Verantwortungsbewusstsein auf beiden Seiten gestärkt. Im Sinne einer kundenorientierten Dienstleistung wird der Klient mit den individuellen Faktoren, bzw. Auffälligkeiten (Blutwerten) und deren Folgen (z. B. erhöhtes Krankheitsrisiko) konfrontiert, als auch mit dem Auftrag und der Leistung des Beraters/der Beraterin. Die Intervention wird als Anregung und Angebot verstanden, obwohl sie direktive Aspekte beinhaltet. Der Klient erhält Spiel- und Entscheidungsraum im Erstkontakt zur Entscheidungsfindung. Es wird davon ausgegangen,

dass gezielt eingesetzte Information die Motivation des Gegenübers fördern können. Sicherlich können nicht alle Klienten mit diesem Ansatz erreicht werden, der/die Berater/in hat die Aufgabe sehr individuelle Aspekte vorzugeben und einzubringen. Dazu werden aus verschiedenen Methoden Anleihen gemacht: offene Fragen, bestätigen, spiegeln, konfrontieren, Ratschläge geben etc. mit der Absicht, die Veränderungsbereitschaft des Klienten zu erhöhen.

Das strukturierte Vorgehen im Rahmen dieser Methode wurde als entlastendes Element aufgenommen, an deren Ende eine klare überprüfbare Vereinbarung zwischen Berater und Klient stehen sollte. Für beide Seiten wird damit ein Handlungsrahmen abgesteckt.

Dieses Vorgehen, dass Aspekte und Elemente aus verschiedenen Ansätzen zusammenträgt, die je nach beruflicher Erfahrung zum Teil auf einen hohen Bekanntheitskreis stießen, wurde dann eher als Korrektiv wahrgenommen, denn als neuer Handlungsansatz.

Ein wesentlicher Aspekt war der Umgang mit Widerständen auf Seiten des Klientens. Widerstand als Ambivalenz bei der Entscheidungsfindung akzeptierend aufzugreifen, wird einerseits zur Grundlage weiterer Schritte, entweder in Richtung Korrektiv der Beratung oder als Wegweiser im Sinne einer Spiegelung, dabei werden korrekte Hilfen gegeben, z. B. das Abfragen nach Veränderungsbereitschaft, Reflexion von Ambivalenzen, Betonung der Entscheidungsfreiheit usw.

Über verschiedene Strategien der Veränderung, wie

Ratschläge geben,
Sympathien zeigen,
Hindernisse entfernen,
Feedback geben,
Ziele klären

die der Motivation dienen, soll ein Weg aus dieser Ambivalenz gefunden werden, der dem Klienten einen für ihn gangbaren Weg eröffnet.

In der Arbeitsgruppe wurde mit diesem Themenkomplex eine Notwendigkeit zur Vertiefung betont, da häufig Widerstandsformen in Beratungszusammenhängen auftauchen. Hierbei ist zu betonen, dass die Mehrheit der Klienten in vorgenannten Arbeitsfeldern fremdmotiviert in der ambulanten Beratung auftauchen (Führerscheinverlust, Drohung des Arbeitsplatzverlustes, Scheitern von Partnerschaften und Ehe, Gerichtliche Auflagen).

Die oben aufgeführten Ansatzpunkte wurden in der AG durch die der Methode zugrundeliegende Struktur durch klare Handlungs- und Interventionsstrategien (die in Rollenspielen erprobt wurden) und durch die Reduktion einer hohen Anspruchshaltung der Suchtkrankenhilfe (viele finden den Ausstieg ohne professionelle Hilfe) als entlastend empfunden und führten zu einer Reflexion der eigenen Arbeitshaltung im Sinne der Effektivität möglichst viele Klienten in eine Therapie zu vermitteln. Dieser Punkt konnte leider aus Zeitmangel nicht vertieft werden, eigene Erwartungen, die von Arbeitgebern, Ärzten, anderen Institutionen oder dem sozialen Umfeld (Angehörige, Team) erschweren die Gelassenheit und Bescheidenheit, die diesem Ansatz innewohnt.

Veränderungsprozesse zu initiieren ist eine Aufgabe, die einen sehr sensiblen

Umgang mit dem Gegenüber erfordert und nachweislich weniger durch Druck erreicht werden kann. Eigenverantwortung, Entscheidungsfreiheit auf der einen Seite, Angebot und Anregung auf der anderen Seite sind wesentliche Elemente, die die Veränderungsbereitschaft erhöhen können. Ohne die suchtspezifischen Anteile zu vernachlässigen, weiß jede/r wie schwierig es ist, im eigenen Leben Veränderungen anzugehen. Die Reflexionen eigener Verhaltensweisen im Umgang mit Veränderung können als Korrektiv fungieren und zu einer angemessenen Grundhaltung im Umgang mit Menschen mit Suchtproblemen dienen, die diesem Ansatz innewohnt. Zu wenig Zeit verblieb der Gruppe auch, um eine Auseinandersetzung mit dem eigenen Stil und der Umsetzbarkeit zu erarbeiten, von daher scheint es ratsam, nach dieser Einführungsveranstaltung ein Folgeseminar zur Vertiefung der gewonnenen Einsichten anzubieten.

Elke Landeskroener