

Änderungsmotivation bei Konsumproblemen und Soziale Arbeit?

Literatur:

- Kruse, G., Körkel, J., Schmalz, U. (2000): Alkoholabhängigkeit erkennen und behandeln – mit literarischen Beispielen. Psychiatrie-Verlag
- Keller, S. (Hrsg.)(1999): Motivation zur Verhaltensänderung. Das Transtheoretische Modell in Forschung und Praxis. Freiburg: Lambertus.
- Prochaska, J.O., Di Clemente, C.C., Norcross, J.C. (1992): In search of how people change: applications to addictive behaviours. In. Z. American Psychologist 47, pp 1102-1114
- Miller, W., Rollnick, S. (1999): Motivationale Gesprächsführung. Freiburg

Die Mühen von Änderung

- den Akteuren ist Zusammenhang zwischen Handeln und sich ergebenden Problemen oft nicht klar,
- Das Ändern von Gewohnheiten und Lebensrhythmen ist ambivalent = bringt nicht nur Vorteile, sondern auch Nachteile,
- Änderungen oft angstbesetzt = „Was ich habe, weiß ich! Was ich bekomme, weiß ich nicht/ist nicht klar/sicher/...!“

Die Mühen von Änderung

Hilfe und Unterstützung nicht nur, wenn jemand schon über eine Änderungsmotivation verfügt!



Grundaufgaben Sozialer Arbeit (in allen Bereichen) = Fördern von Motivation zu Änderungen von problematischen Lebensbezügen

Individuelles

Physische u.
Psychische
Leistungsfähigkeit

Ziele

Emotionen

Sinnhaftigkeit

Werte/
Normen

Bedürfnisse

Motivation:

- Antriebe, Handlungsimpulse
- Gibt dem Handeln Ziel und Energie
- Setzt sich aus verschiedenen Motiven zusammen

Soziales

Ressourcen

Anforderungen

Bedingungen
für
Umsetzung

Soziale
Positionen

Erwartungen

Fähigkeiten

Kenntnisse

Veränderungsmotivation

- Hat unterschiedliche Quellen,
- Entsteht über verschiedene Phasen,
- In einem längeren Prozess,
- Der nicht unbedingt geradlinig und stetig ist.

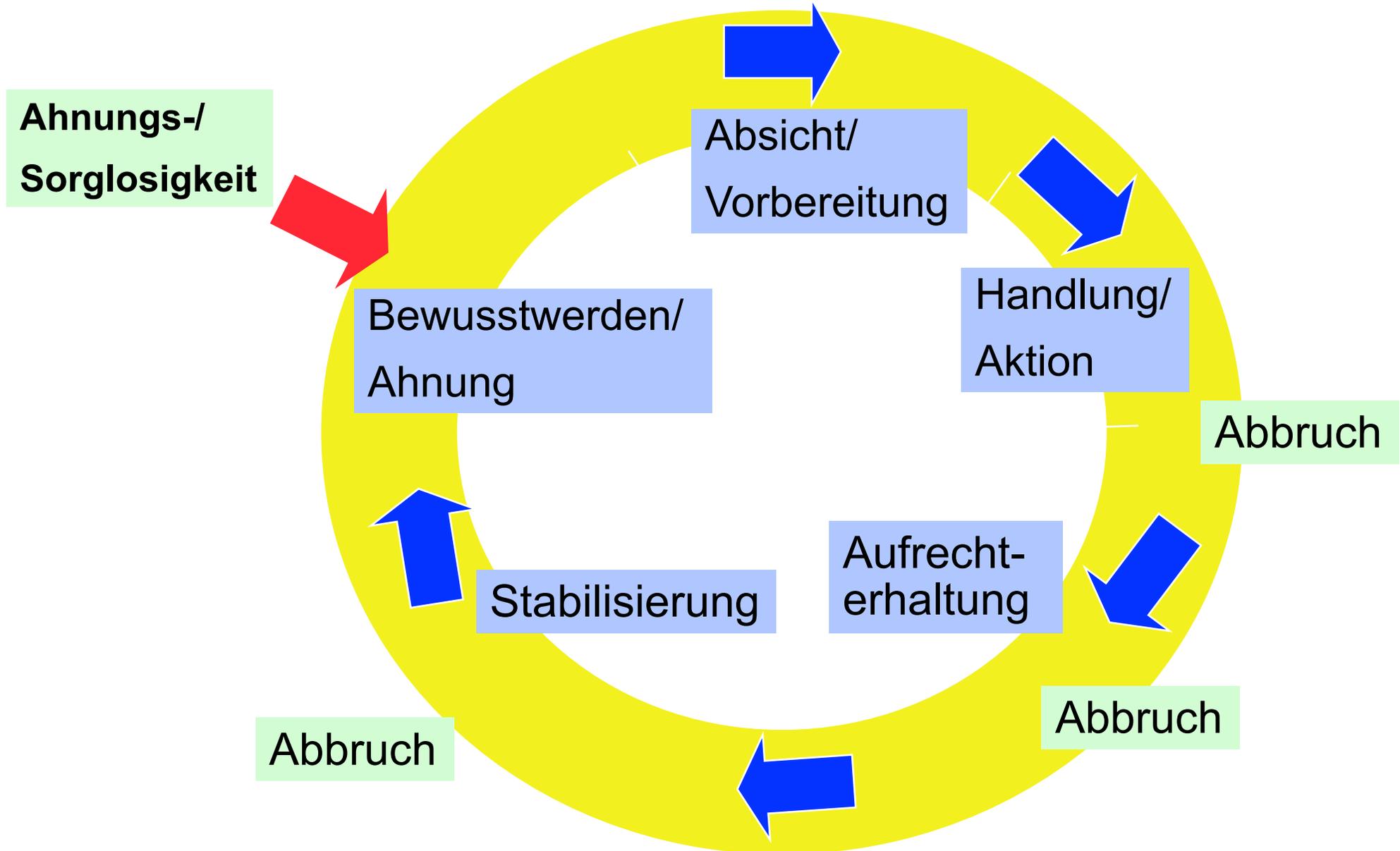
Veränderungsmotivation und Soziale Arbeit

Soziale Arbeit

- Kann in jeder Phase Impulse und Unterstützung geben.
- Wirksamkeit hängt davon ab, ob sie angemessen +
- passend zu den Besonderheiten der jeweiligen Phase ist.



Stufenbezogene Beratung und Intervention



Entwicklung von **Änderungsabsicht**

(nach Prochaska, DiClemente)

- **Sorglosigkeit**
- **Bewusstwerden**
- **Vorbereitung**
- **Handlung**
- **Aufrechterhaltung**
- **Stabilisierung**
- **Abbruch**

1.1. Stufe = Sorglosigkeit



Was tun?

Stufe „Sorglosigkeit“ = Merkmale

„Ich habe kein Problem, warum sollte ich etwas ändern?“

- Fehlender Änderungsmotivation mangels relevanter Informationen,
- Informationen/Rückmeldungen zu Problemverhalten werden ausgeblendet, abgestritten oder ignoriert,
- Bisher kaum ungünstige Konsequenzen (z. B. durch Schutzverhalten Angehöriger),
- Resignation nach erfolglosen Änderungsversuchen.

- **Stufe „Sorglosigkeit“ = Merkmale**

Nur das,
was der Einzelne an sich selbst
als nicht gesund/änderungsbedürftig
begreift,
ist einer Behandlung zugänglich.

Stufe „Sorglosigkeit“: Voraussetzung für Intervention

- ➔ Screening-Verfahren (z. B. Interview-, Selbst- u. Fremdbeurteilungsverfahren)

Niemand lässt sich gern damit konfrontieren, dass er zu viel Alkohol trinkt (Stigma „Säufer“)!!



Es eignen sich Selbstanalysebogen, mit denen sich selbst einen Überblick über das Problem verschafft werden kann!

- ➔ Interventionsmöglichkeiten

Methoden, um übermäßigen Alkoholkonsum zu problematisieren, ohne zu starke Abwehrhaltungen zu provozieren.

Frühintervention: Screening

„Cage-Fragen“ = Siebtest in Form einer Selbstbeurteilung:

- Haben Sie jemals das Gefühl gehabt, Sie sollten weniger trinken?
- Haben Sie sich jemals darüber geärgert, wenn man Sie wegen Ihres Trinkens kritisierte?
- Haben Sie jemals Schuldgefühle wegen Ihres Trinkens gehabt?
- Haben Sie jemals morgens getrunken, um Ihre Nerven zu beruhigen oder um einen Durchhänger (z.B. starken Kater) zu lindern?



Bereits das Bejahen einer Frage rechtfertigt den Verdacht von Alkoholproblemen!?

1. Stufe „Sorglosigkeit“ = Kognitiver Ansatz

- Kontakt und positives Klima aufbauen,
- Problem erfassen durch Sammeln von Hinweisen auf problematischen Konsum,
- Konsum zum geeigneten Zeitpunkt ansprechen,
- Vermitteln relevanter Informationen,
- Zusammenhänge sichtbar machen,
- Für Aspekte sensibilisieren, die am Konsum problematisch sind,
- Schutz durch andere (z. B. Angehörige) darstellen + davon abraten,
- Resignation bei Auswertung nicht gelungener Schritte auffangen z. B. durch Darstellen, was gelungen ist.

„Fettnäpfe“ der Arbeit

- **„Frage-Antwort-Falle“** = autoritärer Gesprächsstil (Klient ist auf Ja-/Nein-Antworten beschränkt).
- **„Konfrontation-Verleugnungs-Falle“** = Problemverhalten des Klient überführen = dieser blockiert Bloßstellung („Ich kenne Menschen, die trinken viel mehr als ich“).
- **„Experten-Falle“** = Helfer wird im Gesprächsverlauf immer aktiver, Klient immer zurückhaltender.
- **„Etikettierungs-Falle“** = je mehr versucht wird, dem Klienten eine Diagnose aufzuoktroyieren, je heftiger wird diese zurückgewiesen.
- **„Fokussierungsfalle“** = Helfer möchte nur über Alkoholprobleme sprechen, dem Klienten sind andere Probleme wichtiger.

2. Stufe der Veränderung

=

„Das Bewusstwerden“

Stufe „Bewusstwerden“ = Merkmale

„Möglich, dass ich ein Problem habe, vielleicht ändere daran irgendwann einmal etwas?“



- Bewusste Auseinandersetzung mit dem Risikoverhalten, ohne Veränderungen anzustreben.
- Es kann sich nicht zum Handeln entschlossen werden = große Ambivalenz.

Stufe: „Bewusstwerden“

Klient:

Leben in der Ambivalenz: „Weitermachen oder Aufhören?“



Sozialarbeiter:

Hilfe und Unterstützung durch neue Sichtweisen!

Stufe „Bewusstwerden“ = Kognitiver Ansatz

- Ängste und Befürchtungen bewusst machen,
- Ressourcen für eine gelingende Veränderung aufzeigen/Selbstwirksamkeitsgefühl stärken,
- Hilfe beim Abwägen positiver und negativer Konsequenzen,
- Änderungsentscheidung durch emotionales Bestärken fördern,
- Diagnoseergebnisse vermitteln,
- Empfehlungen geben,
- Bereitschaft zur Auseinandersetzung durch positive Rückmeldung unterstützen.

Stufe „Bewusstwerden“: Bilanz ziehen

1. Was sind die Vorteile, wenn ich mein Trinken ändere?

- ...
- ...

2. Was sind die Nachteile, wenn ich mein Trinken NICHT ändere?

- ...
- ...

3. Was sind die Vorteile, wenn ich mein Trinken NICHT ändere?

- ...
- ...

4. Was sind die Nachteile, wenn ich mein Trinken ändere?

- ...
- ...

1 + 2 sollte größer sein als 3 + 4

3. Stufe der Veränderung

=

Vorbereitung

Stufe „Vorbereitung“: Merkmale

„Jetzt reicht es – ich muss wirklich etwas unternehmen!“

- Hochmotiviert, mit der Änderung des problematischen Verhaltens zu beginnen = Aktion wird bereits begonnen.
- Feste Absicht, in nächster Zeit erste Veränderungsschritte zu gehen/werden schon vorbereitet.
- Es liegen konkrete Handlungspläne vor + Informationen + Unterstützungen wurden gesammelt.

Stufe „Vorbereitung“ = Emotionaler Ansatz

- Positive Rückmeldung auf gefassten Entschluss,
- Änderungsentscheidung durch emotionales Bestärken fördern,
- Selbstwirksamkeitsgefühl stärken.

4. Stufe der Veränderung

=

„Handlung“

4. Stufe „Handlung“ = Merkmale

„Gar nicht so einfach, die Ziele/ Veränderungen vorzunehmen/hinzubekommen!“

- Aktive Versuche, problematisches Verhalten abzubauen/ notwendige Veränderungen im eigenen Erleben + im Umfeld herbeizuführen,
- Hohes Maß an Entschlossenheit und Engagement,
- Von außen beobachtbare Handlungen,
- Gestellte Ziele werden mehrere Tage erreicht.

Stufe „Handlung“: Aktionaler Ansatz

- Helfen, Veränderungsziele zu entwickeln.
- Helfen, Verhaltensalternativen zu erarbeiten.
- Techniken und Bewältigungsstrategien vermitteln.
- Persönliche, familiäre u. gesellschaftliche Ressourcen einbeziehen helfen.

5. Stufe der Veränderung

=

„Aufrechterhaltung“

Stufe „ Aufrechterhaltung“ = Merkmale

„Das ist es : Schon mehr so lange nicht mehr problematisch konsumiert!“

- Ziel wird mehr als sechs Monate stabil beibehalten,
- Erreichtes wird durch Strategien aktiv gefestigt und durch Ausbau der Herangehensweisen konsolidiert,
- Aktive Maßnahmen zur Rückfallprophylaxe.

Stufe „ Aufrechterhaltung“: Verstärkung

- Kontinuität sichern (regelmäßige Kurzkontakte zur Kontrolle des Änderungsplans, ggf. dessen Korrektur),
- Weitere Unterstützung in der Änderungskompetenz,
- Weiterführende Hilfen erschließen,
- Rückfallprävention,
- Rückfallmanagement.

6. Stufe der Veränderung

=

„Stabilisierung“

Stufe „ Stabilisierung“: Merkmale

„Bin wohl drüber weg und hab es geschafft!“

- Absolute Zuversicht, dass das Ziel beibehalten wird,
- Es gibt keine ernsthaften Versuchungssituationen mehr,
- Es besteht keine Rückfallgefahr mehr.

6. Stufe „ Stabilisierung“: Was tun als Helfer?

- Sich freuen, dass es wieder jemanden gelungen ist, problematisches Verhalten abzustellen.
- Den Erfolg als Verdienst des Klienten würdigen.

Änderungsstadien und Unterstützungsmöglichkeiten

Ahnung/vormotivational	→	Kognitiver Ansatz
Problembewusstsein	→	Kognitiver Ansatz
Absicht/Vorbereitendes Stadium	→	Emotionaler Ansatz
Aktion/Handeln	→	Aktionaler Ansatz
Aufrechterhaltung	→	Verstärkung
Beendigung		
Abbruch	→	Emotionale und aktionale Bewältigung

7. Stufe der Veränderung

=

„Rückfall“

Abhängigkeit = „Chronisch rezidive Erkrankung“

70-90 %, die ernsthaft ihre Abhängigkeit überwinden wollen, haben Rückfälle.



Rückfälle sind:

- Hochwahrscheinlich,
- Treten frühzeitig nach Behandlungsende ein,
- Sind in ihrem Verlauf sehr vielgestaltig.

Abhängigkeit = „Chronisch rezidive Erkrankung“

Unterscheiden in:

- Ausrutscher (erstmaliger Wiederkonsum),
- Rückfälle mit rascher Verschlechterung in vielen Lebensbereichen.

Abhängigkeit: „Chronisch rezidive Erkrankung“

Rückfall:

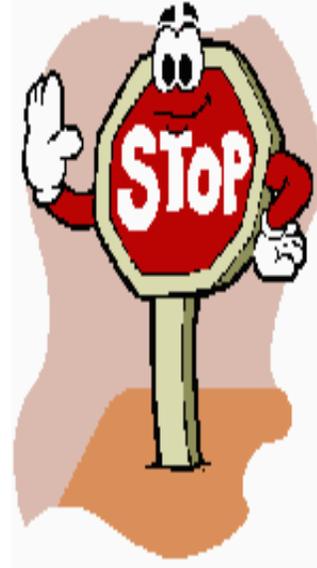
- ↪ Gehört dazu = ist nicht Ausnahme, sondern Regel,
- ↪ Nicht gewünschter, aber normaler Teil des Herauswachsens aus der Abhängigkeit,
- ↪ Birgt viele Risiken (Not- u. Todesfälle, Infektionen, Suizide),
- ↪ Kann für das soziale Nahfeld (Freunde, Angehörige) mit vielen Problemen und Leid verbunden sein (z. B. Gewalt, die vom Rückfälligen ausgeht).



Weder bagatellisieren, noch dramatisieren!

Der Mythos: „Weinbrandbohne = sofortiger Absturz“

Ausrutscher (erstmaliger Wiederkonsum) gehen nicht abrupt/als biologisch-chemisches Naturgesetz in einen dauerhaften Rückfall über = kein Reflex einer defizitären Biochemie (bis heute weit verbreiteter Mythos!).

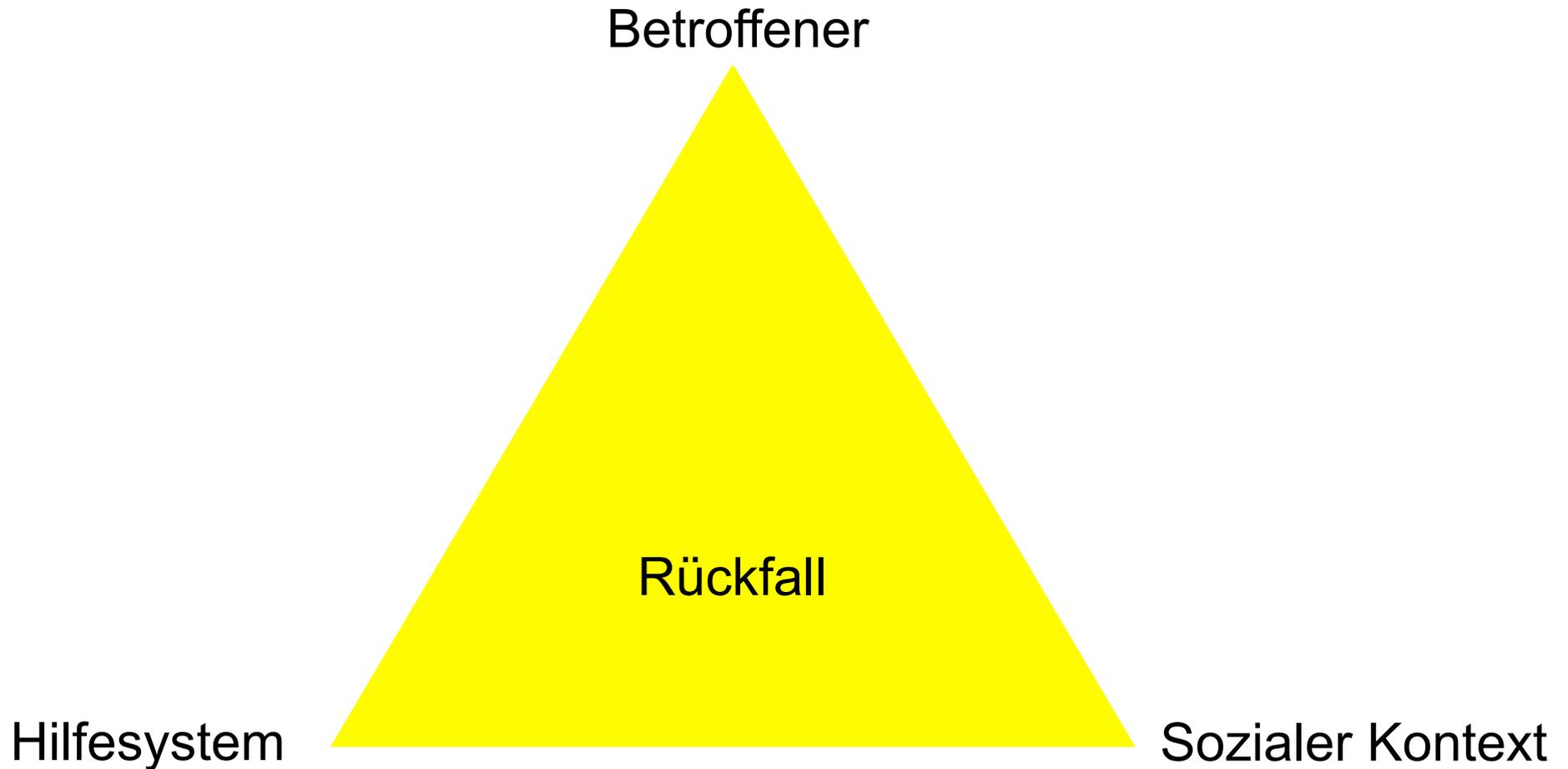


Entscheidend: Wie wird ein Ausrutscher verarbeitet = Klärung von kognitiven u. emotionalen **Rückfall-Anheizern** und wie diese ausgebremst werden können.



Handlungsmöglichkeiten für Soziale Arbeit

Einflussfaktoren auf Rückfälle?



Rückfallgefährdung: Einflüsse der Persönlichkeit

- Sich selbst für unfähig halten, den Konsum nach einem Ausrutscher wieder beenden zu können: „Ich bin süchtig und kann nichts dafür!“
- Sich selbst als willensschwach sehen: „Mir fehlt einfach die Kraft!“
- Sich innerlich aufgeben: „Das schaffe ich nie!“
- Sich gedanklich selbst abschreiben: „Da kann ich mich gleich plattmachen!“
- Sich mit Selbstvorwürfe deaktivieren: „Das kann ich nie wieder gut machen!“
- Unüberwindbare Schamgefühle entwickeln: „Ich will vor Scham im Erdboden versinken!“

Rückfallgefährdung: Einflussfaktoren des Umfeldes

- Zwischenmenschliche Spannungen und Konflikte,
- Einsamkeit, Isolation oder schlechte soziale Integration,
- Fehlen eines sozialen Netzwerks,
- Trinkfreudige (Arbeits-)Umgebung,
- Zusammensein mit Konsumenten/Aufforderungen zum Konsum,
- Dazugehörigkeits-Gefühl beim Zusammensein mit anderen,
- Desolate soziale Situation (Wohnungs- u. Arbeitslosigkeit, Schulden)

Rückfallgefährdung: Einflussfaktoren des Hilfesystems

- Fehlplatzierung (Kurz- vs. Langzeittherapie, Therapiemethoden),
- Fehlende Vorbereitung auf einen Rückfall,
- Rückfallmythen (z. B. "Der erste Schluck führt zum totalen Absturz"),
- Hohe Zugangsschwellen für Wiederbehandlungen,
- Generelle disziplinarische Entlassung nach stationärem Rückfall.

Neue Ansätze für Umgang mit einem Rückfall

- Kontraproduktiven Mythos auflösen: „Nach Wiederkonsum automatischer Absturz“!
- Konkrete Hilfen für den Umgang mit Ausrutschern,
- Aktiv-Werden des Betroffenen erleichtern durch niedrigschwelligen Zugang zum Hilfesystem (z. B. erneute Hilfe möglichen, ambulant vor stationär),
- Patientengerechte Information über Rückfall und Rückfallvorbeugung,
- Förderung sozialer Bindungen (Freundeskreise, Anschluss an Freizeitgruppen),
- Sensibilität der Sozialpartnern in Bezug auf Drogenkonsum (z. B. offene und verdeckte Konsumzwänge),
- Stabilisierung von Partnerschaft und Familie,
- Unterstützung bei der sozialen Integration durch klassische Soziale Arbeit.

Konzept „lebenslange Abhängigkeit“: Das Abstinenz-Verletzungs-Syndrom

- Mehr soziale Situationen (Nahrungsmittel, Medikamente) als Risiko/als bedrückend definiert + keine differenzierte Auseinandersetzung mit Risikosituationen,
- Verminderte kognitive Wachsamkeit (Umstiegsprozesse),
- Steigert Gefühl lebenslang Nicht-Kontrollieren-Können,
- Erlernen/Erproben alternativer Verhaltensweisen vernachlässigt = wenig effiziente Bewältigungsstrategien für bestimmte Situationen,
- Negatives Denken und Vermeidung vs. positives Denken u. alternative Aktivitäten = belastende Emotionen,
- Zwang auch für das soziale Umfeld,
- Äußere Gründe für das Trinken abgewertet,
- Zuschreibung alleiniger Verantwortung fördert „moralische“ Verarbeitung = Rückfall ist „moralischer Zusammenbruch, _

Verhinderung von Rückfällen: Strategien

Erarbeiten von Kontrollmöglichkeiten nach Eintritt eines Rückfalls durch:

- Analyse zurückliegender Rückfallverläufe,
- Einsatz von Checklisten zur Identifikation persönlicher Rückfallrisiken,
- Vermittlung verschiedener Möglichkeiten, einen Ausrutscher zu beenden (z. B. „Ausrutscher-Vertrag“),
- Spezielle Hilfsangebote zur Rückfallprävention (z. B. Training, Akupunktur, medikamentöse Behandlung),
- Konfrontation mit Rückfallauslösern + Vermittlung der Erfahrung, in Versuchssituationen widerstehen zu können,
- Einbeziehen des Rückfallthemas in Paar- und Familienarbeit sowie Erarbeiten eines Notfallplans auch für das soziale Bezugssystem.

Umbewerten von Rückfällen

Rückfälle stellen z. T. notwendige Entwicklungsschritte durch eigene Lehren/Erfahrungen dar:

- Konfrontation mit den Grenzen eigener Kontrollfähigkeit,
- Sich das Ausmaß eigener Abhängigkeit eingestehen,
- Aufmerksamkeit auf notwendige weitere Veränderungen im persönlichen Leben über die Abstinenz hinaus lenken,
- Für einige ist Rückfall eine Lebensform, um Abstand zu einem trostlosen Leben zu bekommen = Alternative zum Suizid!
- Trotz Rückfall können Verbesserungen im Allgemeinbefinden eintreten!

Rückfälle Umdenken

- Nicht persönliches Versagen mit der Auflage, von vorn zu beginnen, sondern vorübergehendes Unterbrechen der Abstinenz mit oder ohne negative Konsequenzen,
- Entängstigung der Klienten durch Reduktion des Abstinenzverletzungseffektes: Entkrampfung des Behandlungsklimas und Erleichterung der Bearbeitung des Rückfalls
- Dem Rückfall den Makel des Scheiterns nehmen.