



„... und wenn einer einfach nicht will?“

Zu den Grenzen professioneller Motivationsarbeit mit süchtigen Klienten



Dr. Georg Kremer

Psychologischer Psychotherapeut

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel

Therapeutische Leitung Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen



Hans Fallada, starb mit 54 Jahren 1947 in einer Berliner Nervenklinik völlig erschöpft an Herzversagen

- 1893 geboren.
- 1911 erster Psychiatrieaufenthalt nach Doppelsebstmordversuch, bei dem sein Freund stirbt und er überlebt.
- 1913 Schule ohne Abschluss beendet. Verschiedene Jobs.
- Ab 1917 alkohol- und morphinabhängig, unzählige Entzugsbehandlungen, eigentlich nie mehr länger „clean“ bzw. abstinent. Kurzzeitig bei den Guttemplern.
- 1926 – 1928 mehrere Haftaufenthalte wegen Betrugsdelikten.
- 1928 Heirat. In den 30er und beginnenden 40er Jahren große Erfolge mit seinen oft autobiographisch geprägten Romanen. Inhaltlich Kompromisse mit den Machthabern.
- 1944 Scheidung von seiner Frau.
- Heiratet 1945 eine 30 Jahre jüngere drogenabhängige Frau, die er in einer Entzugsklinik kennen gelernt hatte.



110.000 Anträgen auf suchtmmedizinische Rehabilitation



82.000 bewilligt



57.000 regulär abgeschlossen,
davon 39.500 im Bereich Alkohol (*)



1-Jahres-Katamnesedaten stat. Reha Alkohol: etwa 40% abstinent oder abstinent nach Rückfall.

Mithin **60% ohne zählbaren Erfolg**, was den Konsum anbelangt! (**)

Nach monatelanger stationärer Auseinandersetzung mit dem Konsum!!

Daten der ambulanten Reha sind um etwa 15% besser, wohl weil hier deutlich „bessere“
soziodemographische Daten vorliegen.

* DHS Jahrbuch Sucht 2012

** Missel u.a. 2011

Die WHO schätzt die Rate der Therapietreue über alle medizinischen Maßnahmen bei chronischen Erkrankungen in entwickelten Ländern auf im Mittel etwa 50%!

Bluthochdruck, Diabetes, Asthma, Depression, HIV, Tuberkulose, Rauchen, Epilepsie, Rückenbeschwerden, Übergewicht ...

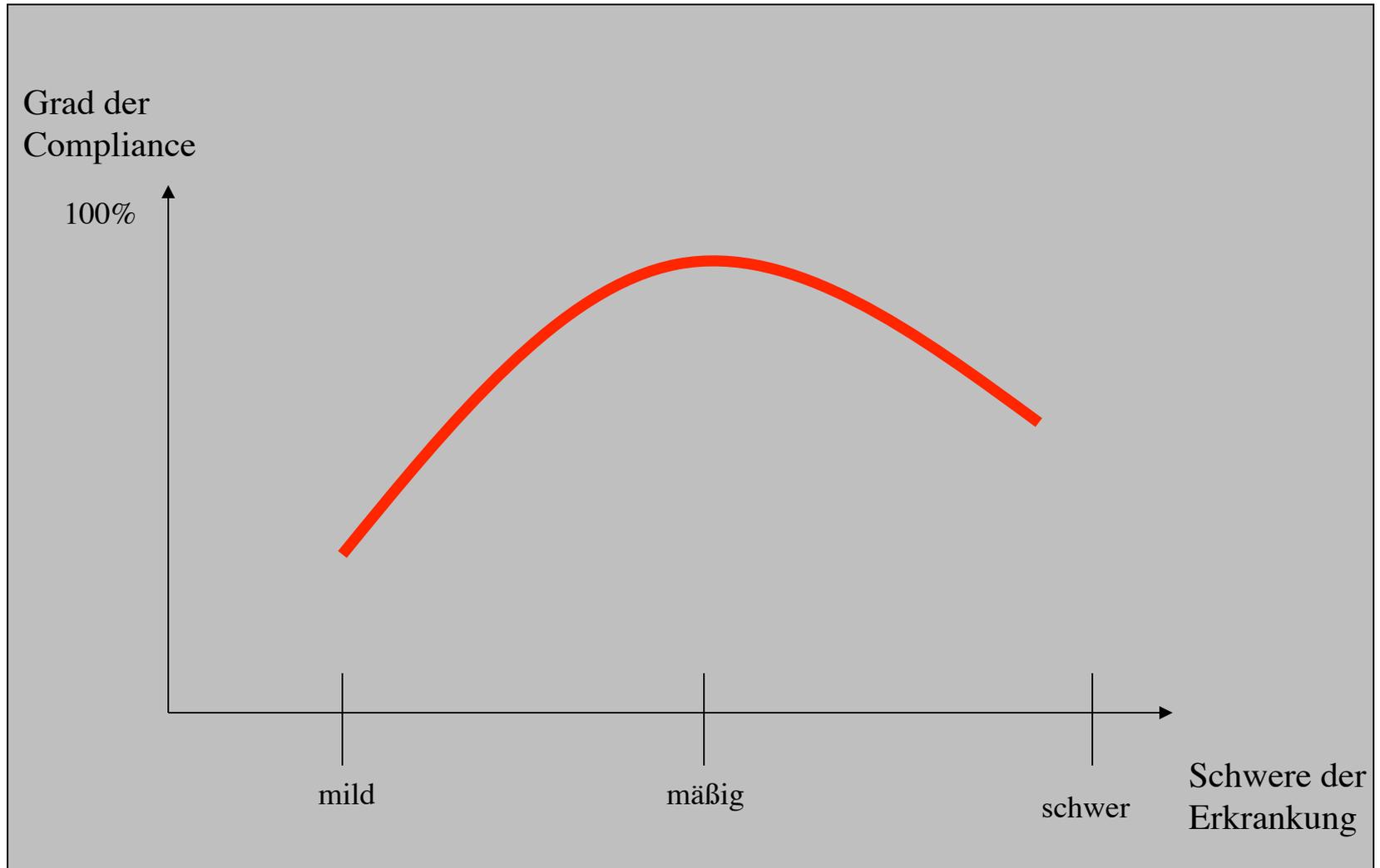
Die restlichen **50% machen was sie wollen!**

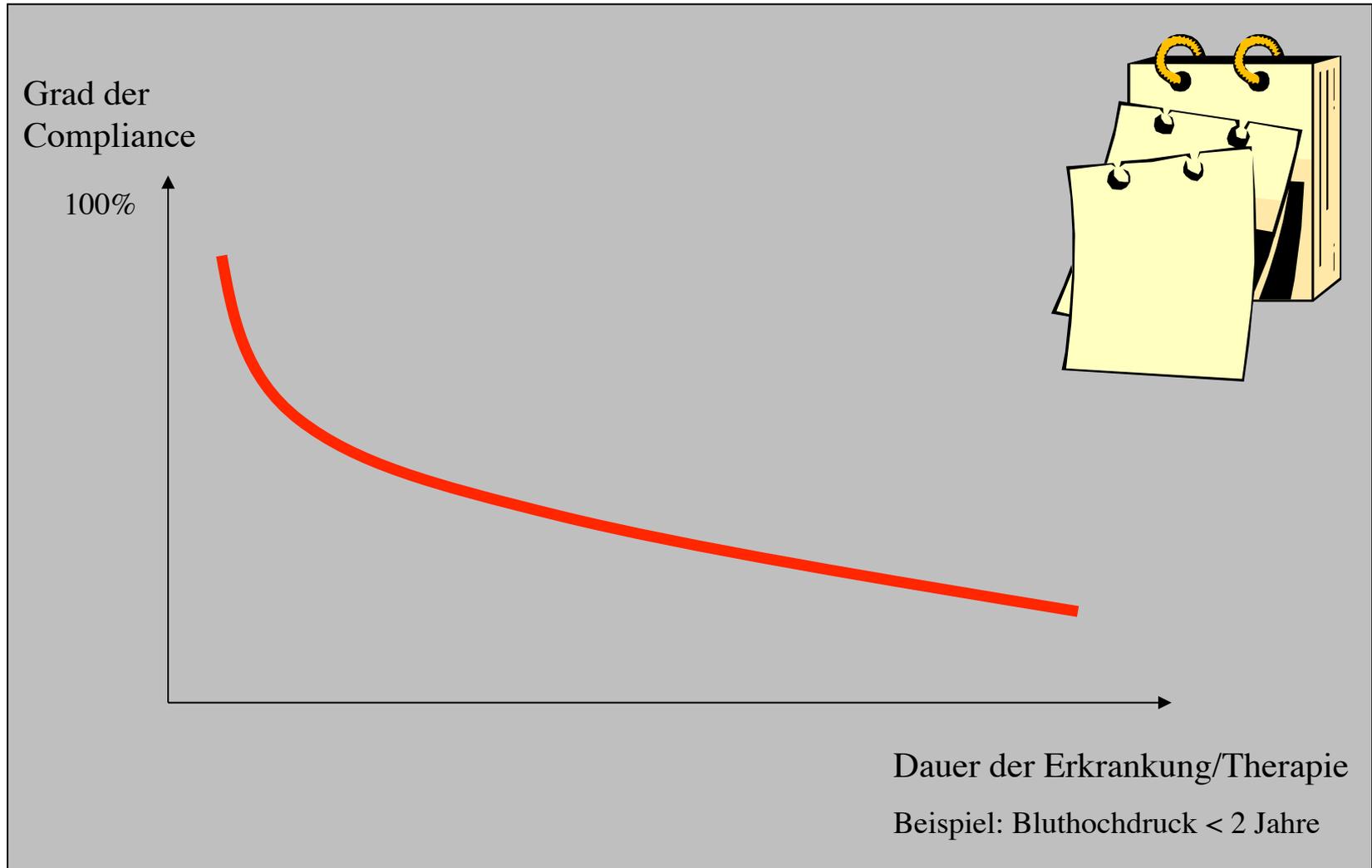


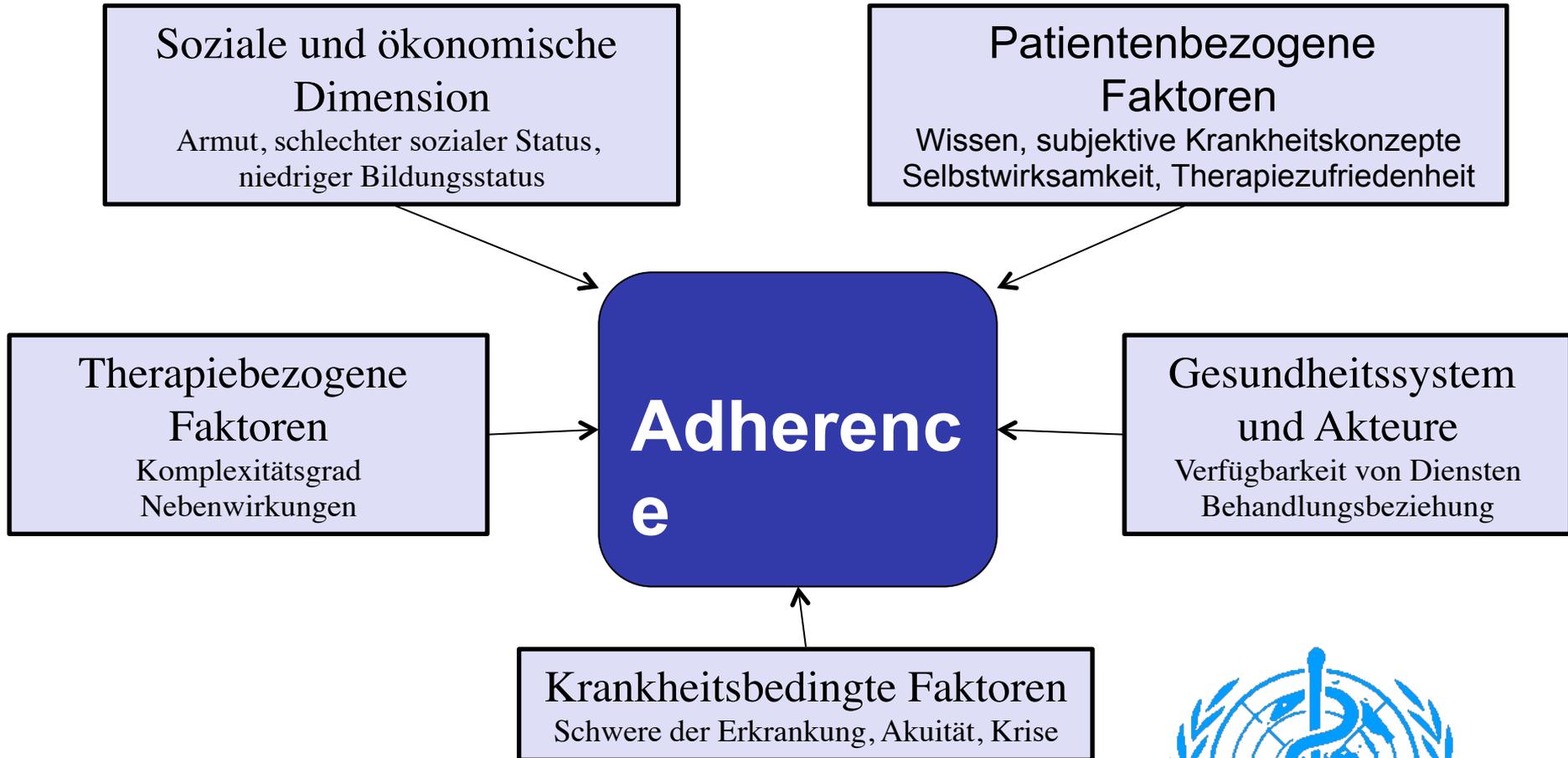
WHO 2003

Menschen, denen Medikamente verordnet wurden, nehmen häufig nur etwa die Hälfte der verschriebenen Dosis ein. (Haynes et al. 2004)

Bis zu 80% der Menschen mit Psychosen sind nicht medikamentencompliant. (Kemp et al. 1996)

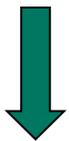






Modifikation des klassischen hippokratischen (fürsorglichen) Standesethos

Autonomer Akt der rational begründeten Entscheidung
für oder gegen eine bestimmte Therapieoption, getragen
vom klaren Bewusstsein der damit verbundenen Risiken.



Wird kritisch hinterfragt bei psychischen Störungen!

I. Voraussetzungen

1. Fähigkeit zu verstehen und zu entscheiden
2. Freiwilligkeit des Entscheidens

II. Aufklärung

1. Erläuterungen der relevanten Informationen
2. Empfehlung einer Vorgehensweise
3. Verständnis von 1 und 2

III. Einverständnis

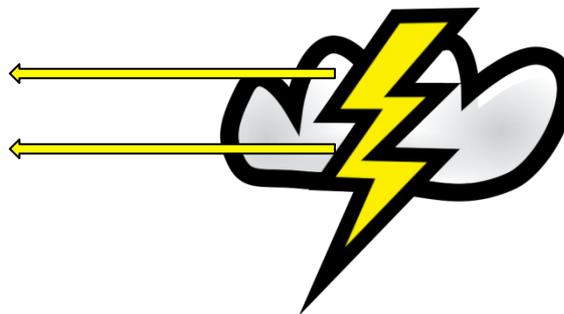
1. Entscheidung für ein bestimmtes Vorgehen
2. Erteilung eines Behandlungsauftrages

Enthält das Prinzip der Patientenautonomie als Recht, therapeutische Empfehlungen auch abzulehnen.

4 Prinzipien eines ethischen Kerns der ärztlichen Moral

(nach Beauchamp & Childress 2001)

1. Nichtschädigung
2. Autonomie
3. Fürsorge und Wohltun
4. Gerechtigkeit



Bei psychischen Störungen und ihrer Behandlung ein „Widerspruch in sich?“ (Kress 1999)

„Patientenautonomie meint also im Kontext der Psychotherapie kein endgültig gegebenes und definitiv festzustellendes Vermögen im Sinne personaler Autonomie, sondern sie bildet sich im Entwicklungsgang des Menschen allmählich heraus, sie nimmt zu und kann auch wieder zum Teil oder ganz verloren gehen.“

„... fluktuierende Freiheit eines fließenden Selbst ..“

„... Ziel einer uneingeschränkten Autonomie als leitendes Ideal im Hintergrund ...“

nach Tress & Erny 2009

- Erstmals 1985 von Deci & Ryan beschrieben
- Hintergrund mangelnde Therapietreue des Menschen (Rauchen, Hygiene, Diät, Bewegung, Medikamente nehmen, Gewohnheiten aufgeben ...)
- Ziel: Aufmerksamkeit für Erfahrungen und Motive der PatientInnen
- SDT sieht hier drei Grundbedürfnisse als wesentlich an: Autonomie, Kompetenz, Soziale Eingebundenheit
- Unterscheidet **Amotivation** (keine Motivation vorhanden), **Intrinsische Motivation** (von innen reguliert) und **Extrinsische Motivation** (von außen reguliert)
- Zwischen den Polen Intrinsischer und Extrinsischer Motivation verläuft ein Kontinuum

▪ **Autonomie**

Man identifiziert sich mit den Werten, die das veränderte Verhalten impliziert.

Profis: Informieren und gute Gründe für eine Änderung vermitteln.

Man integriert diese Wertsetzungen in andere wichtige Werte des Lebens.

Profis: Widerstände und Barrieren einer Änderung ermitteln und konstruktive Wege finden.

▪ **Kompetenz**

Man fühlt sich zuversichtlich und verfügt über Fähigkeiten.

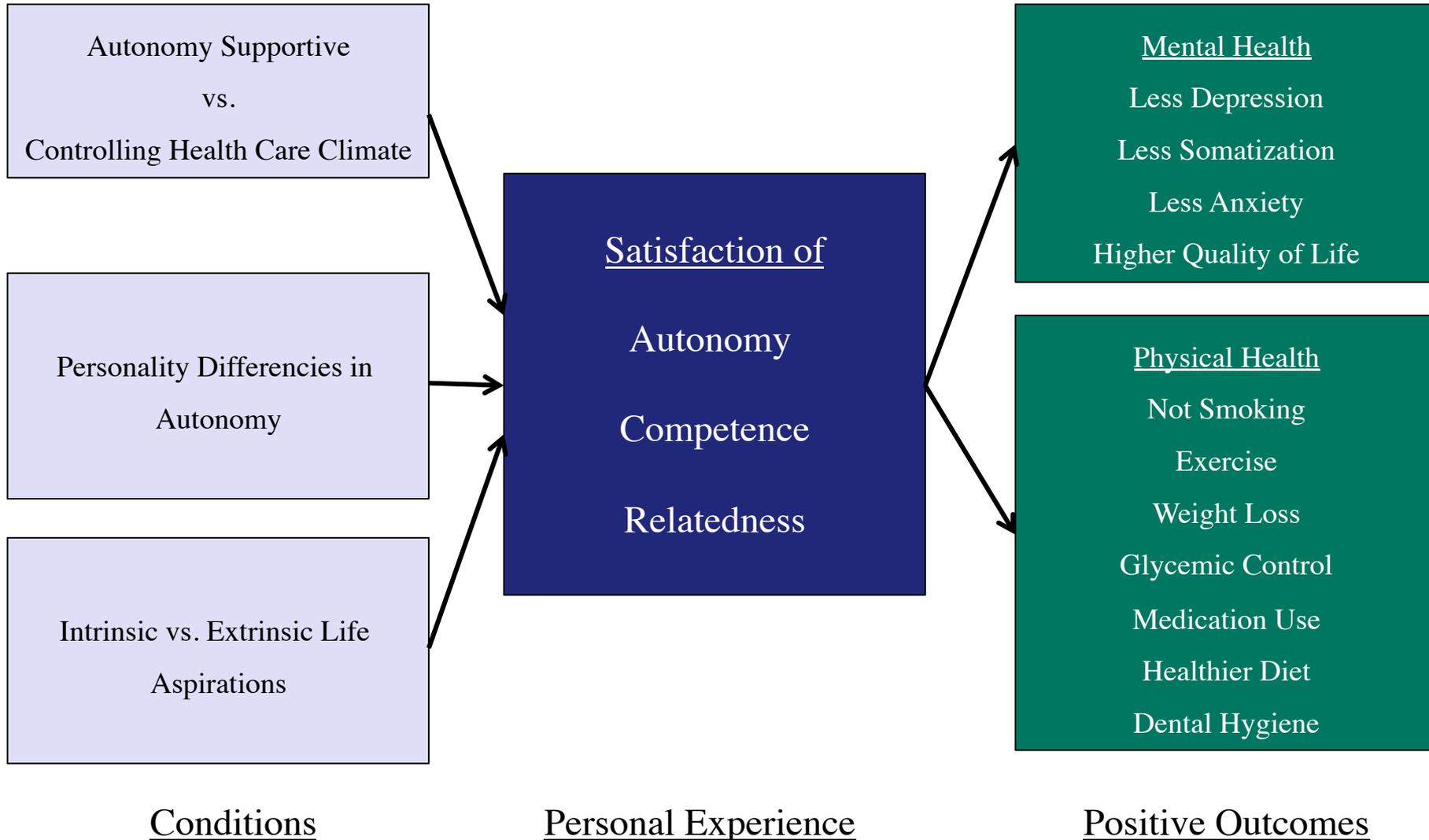
Profis: Informieren, Feedback geben, Fertigkeiten trainieren, Barrieren beseitigen helfen.

▪ **Eingebundenheit**

Man fühlt sich gesehen, respektiert, ernst genommen und unterstützt.

Profis: Bieten vertrauensvolle Arbeitsbeziehung auf Augenhöhe an.

Model of Health Behaviour Change



Mit **Empowerment** (Ermächtigung, Übertragung von Verantwortung) bezeichnet man Strategien und Maßnahmen, die den Grad an Autonomie und Selbstbestimmung im Leben von Menschen oder Gemeinschaften erhöhen sollen und es ihnen ermöglichen, ihre Interessen (wieder) eigenmächtig, selbstverantwortlich und selbstbestimmt zu vertreten.

- Partizipation als grundlegende Handlungsstrategie
- Informierte Zustimmung als Empowermentstrategie
- Grundhaltung des Menschenstärkens
- Aushandeln als Empowermentstrategie
- Ressourcenaktivierung (individuell, familiär, sozialer Kontext) > Verknüpfung

„Im Empowermentansatz werden die fürsorglichen Strukturen der professionellen Hilfsangebote kritisiert und die **Dominanz der Experten**, ihre mehr oder weniger versteckte Definitions-, Ausführungs- und Kontrollmacht in der Hilfebeziehung grundsätzlich **infrage gestellt**.“

Lenz 2009

Empowerment-Ansatz wirklich auf alle PatientInnen und jederzeit anwendbar?

Sind psychisch kranke Menschen in akuten Krisensituationen in der Lage, eigene Entscheidungen zu treffen?

↳ Regression, Abgabe von Verantwortung

- Gerade in der Arbeit mit Suchtkranken ist zu berücksichtigen, dass nicht alle Menschen zu jedem Zeitpunkt in der Lage sind, ihre Autonomie voll wahrzunehmen.
- Ziel dann: Förderung der individuell maximalen Autonomie : „Könnenskraft“, Fähigkeiten
- Gefahr: Paternalismus („Ich weiss, was gut für Dich ist!“)

Motivierende Gesprächsführung ist ein kooperativer Kommunikationsstil, der dazu dient, die individuelle Motivation und die Selbstverpflichtung zur Veränderung zu festigen.

Motivierende Gesprächsführung ist eine personenzentrierte Beratungsmethode zur Vertiefung des Problems der Ambivalenz hinsichtlich Veränderungen.

Motivierende Gesprächsführung ist ein kooperativer, zielorientierter Kommunikationsstil mit einer besonderen Aufmerksamkeit auf der Sprache der Veränderung. MI wurde entwickelt, um die individuelle Motivation und die Verbindlichkeit eines spezifischen Ziels zu stärken, indem MI die persönlichen Gründe für eine Veränderung in einer Atmosphäre der Akzeptanz und des Mitgefühls zu entlocken und zu explorieren versucht.





- **„Collaboration“** – partnerschaftliche, nicht bevormundende, gleichberechtigte, dialogische Zusammenarbeit
- **„Evocation“** – steht für eine Haltung, in der der Therapeut sich als Hebamme versteht, die dem Patienten hilft, das herauszufinden, was er selbst will bzw. was für ihn das Beste ist.
- **„Autonomy“** – der Patientin wird Selbstbestimmungsrecht eingeräumt, in allen Phasen des Veränderungsprozesses wird ihre Wahl- und Entscheidungsfreiheit respektiert, es wird kein Druck auf sie ausgeübt.



Körkel J (2012)

Relationale Autonomie

Berücksichtigt die gegenseitige Verwiesenheit von Arzt und Patient.

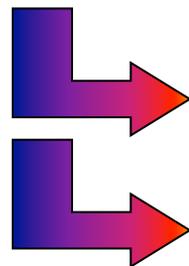
Nicht paternalistische Fürsorge \longrightarrow Möglichkeiten einer autonomen Selbstsorge

Patient trifft seine Entscheidung selbst, aber nicht einsam und allein, sondern intersubjektiv, im Dialog

 **„Shared Decision Making“**
Entwicklung eines gemeinsam getragenen Therapieziels im schrittweisen Diskurs

Behandler/
innen

Patienten/
innen



Selbstbestimmung / Autonomie

Möglichkeit oder Fähigkeit des Individuums, frei dem eigenen Willen gemäß zu handeln und die Gesetze, Normen und Regeln des Handelns selbstverantwortlich zu entwerfen.

Sigmund Freud:

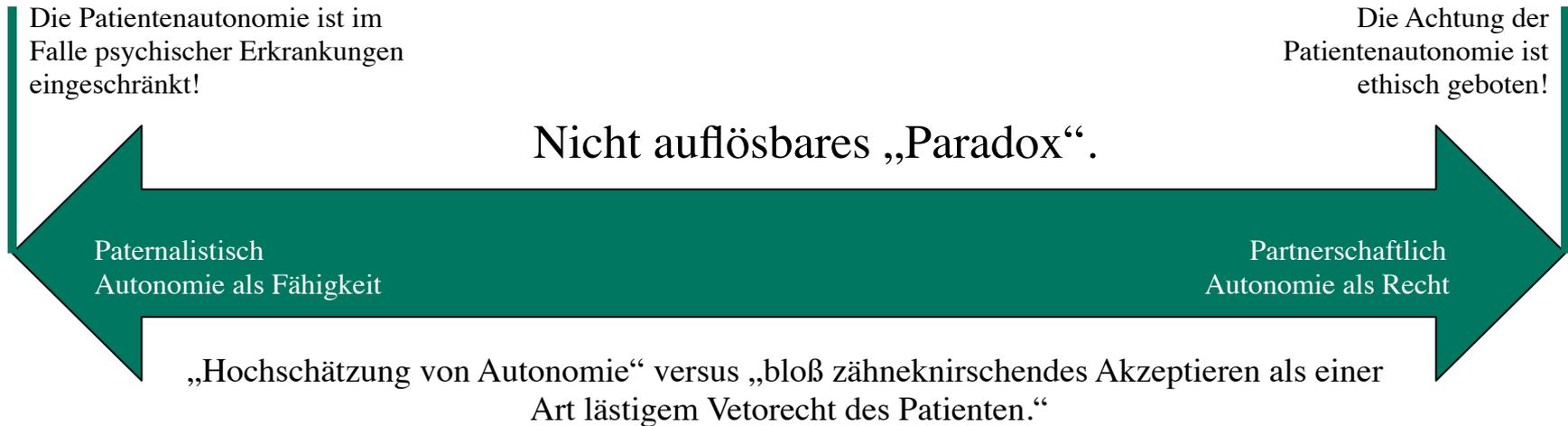
Selbsttäuschung des bürgerlichen Ichs.

Die vermeintliche Selbstbestimmung ist Resultat einer nicht gelungenen Verdrängung faktischer Fremdbestimmung.

„Das Ich ist nicht Herr im eigenen Haus!“

„Die Aufgabe des Analytikers liegt darin, als Aufklärer, als Lehrer, als Vertreter einer freieren oder überlegenen Weltauffassung ... zu wirken.“

Auf einem Kontinuum, das mal mehr ethische Aspekte, mal mehr krankheitsimmanente Aspekte reflektiert, finden sich mannigfaltige Definitionen und theoretische Konstrukte der Patientenautonomie



Die therapeutische Ich-Spaltung: Das kranke Ich und das autonome Ich.
Mit letzterem gehen wir ein Arbeitsbündnis ein

Relationale (interaktionell verstandene) Psychoanalyse: Die fluktuierende Freiheit eines fließenden Selbst. Zu Zeiten sind wir weder autonom noch das Gegenteil.

Autonomie stärken (am Beispiel einer Instruktion zur freien Assoziation)

- ➔ „Ihre Aufgabe ist es, alles das auszusprechen, was Ihnen durch den Kopf geht. Sie sollen sich keine Gedanken machen, ob es wichtig oder unwichtig ist, ob es hierher gehört oder nicht.“
- ➔ Meine Aufgabe ist es dann, diese Einfälle zu sortieren, das für die zwischen uns vereinbarte Problemstellung Wichtige auszuwählen und mit Ihnen zu bearbeiten.“

Wöller & Kruse 2003, S. 43



Im ersten Teil ja!

Der zweite Teil würde in MI lauten:

„Meine Aufgabe ist es dann, diese Einfälle zu sortieren, das aus meiner Sicht für die zwischen uns vereinbarte Problemstellung Wichtige auszuwählen und Ihnen zur Bearbeitung vorzuschlagen. Wie hört sich das für Sie an?“

Therapieziele formulieren

„P: Ich möchte mehr von mir verstehen und mein Leben besser in den Griff bekommen.

T: Wir müssen das Ziel genauer formulieren. Welchen Teil von Ihrem Leben möchten Sie vor allem besser in den Griff bekommen?

P: Am wichtigsten wäre es mir, die Beziehung zu Frauen zu verbessern.

T: Was möchten Sie in der Beziehung zu Frauen genau erreichen? Bitte schildern Sie mir, woran Sie erkennen, dass Sie einen Fortschritt gemacht haben. Weiterhin: welche Frauen meinen Sie? Denken Sie eher an partnerschaftliche Kontakte oder an den Umgang mit Frauen im Berufsleben? “

Wöller & Kruse 2003, S. 49



Voll! Auf der Suche nach dem wohlgestalteten, dem „smarten“ Ziel!

Das Problem definieren – Eigenverantwortung betonen

„Ich spüre, dass Ihnen die Thematik Ihrer Kindheit wichtig ist. Dennoch halte ich es nicht für günstig, dass wir uns im Moment mit ihr beschäftigen, weil ich befürchte, dass es Ihnen dadurch noch schlechter gehen wird als jetzt, weil Sie bisher nicht über hinreichende Möglichkeiten verfügen, sich zu schützen. Zunächst sollten wir daran arbeiten, was Sie tun können, um sich besser zu stabilisieren und besser schützen zu können. Wenn das erreicht ist, sollten Sie neu entscheiden, ob Sie sich eingehender mit Ihrer Kindheit beschäftigen wollen.“

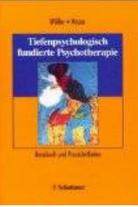
Wöller & Kruse 2003, S. 79



Nicht wirklich! Der feine Unterschied:

„Ich spüre, dass Ihnen die Thematik Ihrer Kindheit wichtig ist. Möchten Sie hören, was ich darüber denke? ...

Ich halte es nicht für günstig, dass Sie sich im Moment mit ihr beschäftigen, weil ich befürchte, dass es Ihnen dadurch noch schlechter gehen wird als jetzt, weil Sie bisher nicht über hinreichende Möglichkeiten verfügen, sich zu schützen. Meine Idee ist, dass Sie zunächst daran arbeiten, was Sie tun können, um sich besser zu stabilisieren und besser schützen zu können. Wenn das erreicht wäre, könnten Sie neu entscheiden, ob Sie sich eingehender mit Ihrer Kindheit beschäftigen wollen. Wie hört sich das für Sie an?“



Veränderungsmotivation fördern – mit der Ambivalenz arbeiten

T: „Ich bin mir nicht so sicher, ob Sie das Verhalten wirklich ändern möchten.“

P: „Natürlich möchte ich es ändern, ich finde es schrecklich.“

T: „Warum sollten Sie es ändern? Ich bin davon überzeugt, es bietet eine ganze Reihe von Vorteilen, sonst würden Sie nicht immer wieder darauf zurückgreifen.“

T: „Mir ist nicht klar, ob Sie wirklich auf Ihre vermeidende Strategie verzichten möchten. Immerhin bietet sie eine Menge Vorteile. Zumindest den Vorteil, dass Sie vor unangenehmen Gefühlen geschützt sind. Was sollte Sie veranlassen, auf diesen Schutz zu verzichten?“

P: „Ich möchte mich aber nicht mehr aus allem herausziehen. Das engt mich völlig ein im Leben.“

T: „Aber wie wollen Sie sich vor unangenehmen Gefühlen schützen?“

Wöller & Kruse 2003, S. 97/8



Nein! Widerstand fährt hoch.

„Natürlich ...“ „... aber ...“

Gefahr des Beweisführungsgesprächs. Beziehung zwischen T und P wird wichtiger als die Sache.

Fazit TfP

- Die TfP weist in ihrer Therapietheorie und ihren Praxisbeispielen viele autonomie-, somit motivationsförderliche Elemente auf.
- Durch die Definitionshoheit der gewichtigen psychoanalytischen Theorie sieht sie sich aber der Gefahr ausgesetzt – und man findet dafür zahlreiche Praxisbeispiele - dass sie dem Patienten nicht auf Augenhöhe begegnet, somit Autonomie nicht wirklich respektiert und letztlich Widerstand auf seiten des Patienten erhöht.



Autonomie spielte ursprünglich in den lerntheoretischen Konzepten keine Rolle. Per definitionem ging es um die Steuerung von Verhalten über externe Konsequenzen.

Kognitive Wende: Selbstkontrolle und Selbststeuerung!

U. Willutzki (1999): „Zusammenfassend ergibt sich für kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierte Psychotherapie damit eine Verschiebung des Bildes von einer rein äußerlichen ... Technologie ... hin zu einer eng an der Patientin und ihren Vorstellungen orientierten, umfassenden Neustrukturierung ihrer Lebenssituation, in der die Person als handelndes und verantwortungsvolles Subjekt aufgefasst wird.“



In der einschlägigen VT-Literatur finden sich aber auch andere Vorstellungen der Autonomie des Patienten.

Zum Beispiel bei Schulte (1996),
der ein Bild vom Therapeuten entwirft,
der „Autonomie gewährt“,
der letztlich besser weiß,
was für die Klienten
wünschens- und erstrebenswert ist.

Heiner Keupp (2003) nannte das „wohlwollende Patronage“ oder „fürsorgliche Belagerung“.



Ein Beispiel (Bohus 2011) aus der Behandlung von Borderline-PS

“Die Grundhaltung des DBT-Therapeuten ist am ehesten mit der eines Sport-Trainers zu vergleichen: man vereinbart ein gemeinsames Ziel ...; verständigt sich über die Methodik ...; legt das Erreichen des Ziels fest. Es liegt in seinem Aufgabenbereich, den Patienten soweit zu motivieren und bei der Stange zu halten, dass dieser die Trainingsmethoden umsetzt und das Maximum an Energie und Anstrengung aktiviert.”



Definitiv nicht!

Das klingt nach Leistungssport und Geradeaus.

Das Leben ist aber voller Breitensport, gar keinem Sport, Umwegen und gar keinen Wegen.



Ein Beispiel (Lörch 2011) aus der Behandlung von Alkoholabhängigkeit

“Patienten sind sich häufig ihrer Alkoholabhängigkeit oder deren Schweregrad nicht bewusst. Sie neigen zu Bagatellisierungen und Externalisierungen.”

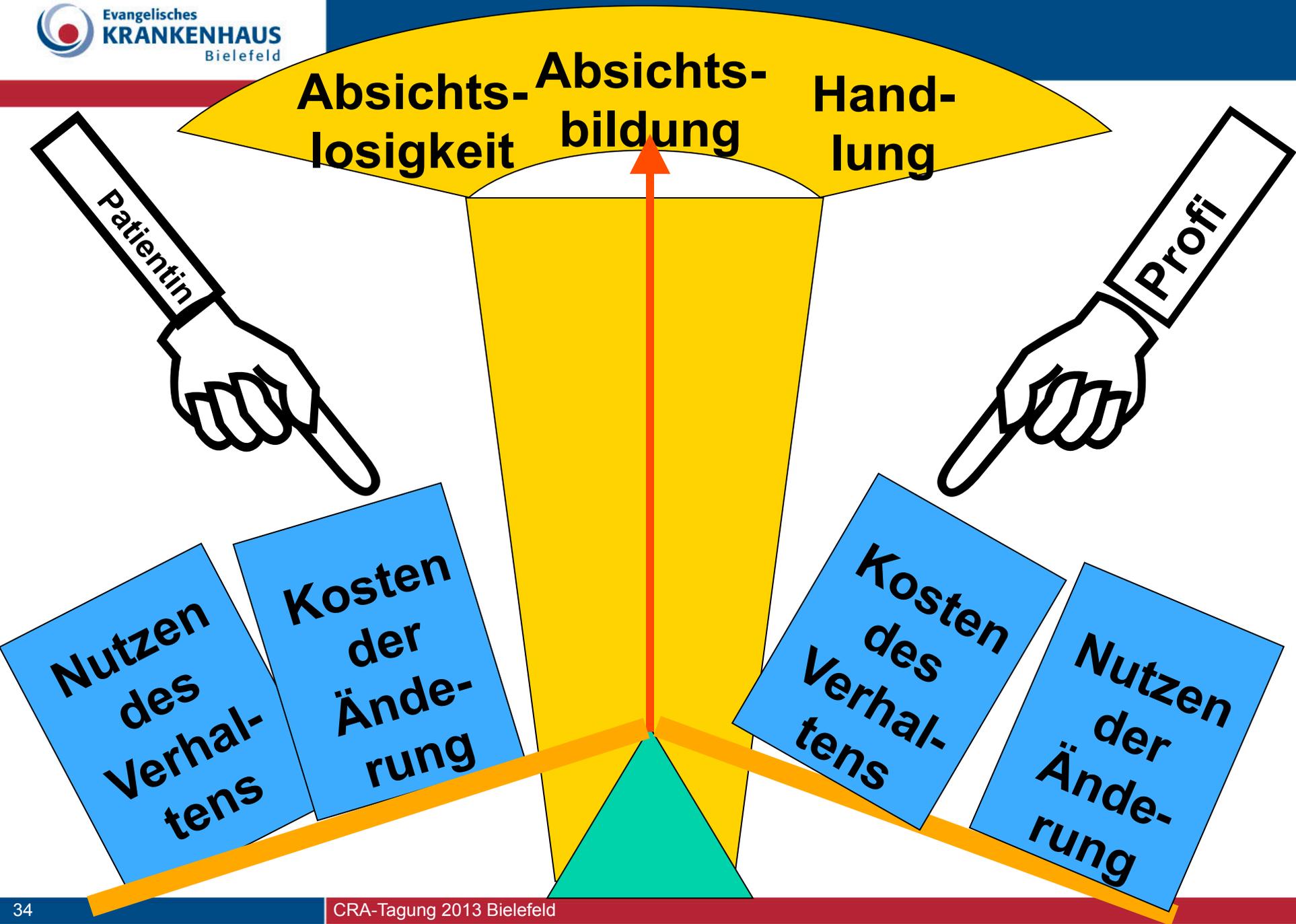
TTM-Modell: “In der ersten Phase werden mit dem Patienten individuelle Einstellungen ... erarbeitet ... angeleitet ... protokolliert ... stellt der Patient eine Selbstdiagnose ... Im nächsten Schritt wird die Auseinandersetzung ... fortgesetzt ...” usw.



Definitiv nicht!

Das klingt wieder nur Geradeaus.

Patienten in der „ersten Phase“, der Absichtslosigkeit zeichnen sich aber gerade dadurch aus, dass sie nicht mal entschieden sind, mit uns zu arbeiten!



Subjektive Vorteile des Konsums

- ...
- ...
- ...
- ...
- ...
- ...

Subjektive Nachteile des Konsums

- ...
- ...
- ...
- ...
- ...
- ...



Ein bisschen
gewichtig

Einigermaßen
gewichtig

Sehr
gewichtig

1

5

10

„Psychoedukation“

Bei der Psychoedukation geht es darum, Patienten und ihre Angehörigen über die jeweilige Krankheit und ihre Behandlung zu informieren, das Krankheitsverständnis und den selbstverantwortlichen Umgang mit der Krankheit zu fördern und sie bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen.

Edukation z. B. bei

- Somatoformen Störungen (z.B. Stress und Körper)
- Generalisierte Angststörung (z.B. Funktionen der Angst)
- Schlafstörungen (z.B. Schlaf-Wach-Rhythmik)
- Chronischem Schmerz (z.B. multifaktorielles Krankheitsmodell)
- Essstörungen (z.B. Folgeschäden, Zusammenhang von Diät und Essstörung)
- Abhängigkeitserkrankungen
- ...



„Frontalunterricht“, der sich nicht kontinuierlich individualisiert, der nicht kontinuierlich das Expertenwissen der Patienten einholt, der nicht ständig überprüft, ob und wie die Information bei der Patientin angekommen ist, läuft Gefahr, Respekt zu verlieren.

Fazit VT

- Die VT weist in ihrer Therapietheorie und ihren Praxisbeispielen viele autonomie-, somit motivationsfördernde Elemente auf.
- Auf dem Hintergrund ihrer Theoriegeschichte sowie der (empirisch eher widerlegten) Annahme einer stetig veränderungsmotivierten Patientin sieht sie sich aber der Gefahr ausgesetzt – und man findet dafür zahlreiche Praxisbeispiele - dass sie der Patientin nicht auf Augenhöhe begegnet, somit Autonomie nicht wirklich respektiert und letztlich Widerstand gegenüber einer Veränderung auf seiten des Patientin erhöht.



Fazit VT

Das augenscheinlichste Problem der VT im Spiegel von Respekt und Autonomie scheint zu sein, dass sie sich zu wenig mit der Behandlungs- und somit Veränderungsmotivation auseinandersetzt.

*„Wer in die Therapie kommt, ist motiviert.
Muss ja motiviert sein,
würde sonst nicht kommen.“*

Die Realität sieht anders aus – es gibt viele Gründe, in Therapie zu gehen und dort zu bleiben - und lehrt uns eines anderen Verständnisses von Motivation und Motivierung.



Zeitlich befristetes modular
aufgebautes zielgerichtetes
Maßnahmenpaket bestehend aus
spezifischen Unterstützungsleistungen

Arbeit

Wohnen

Partnerschaft

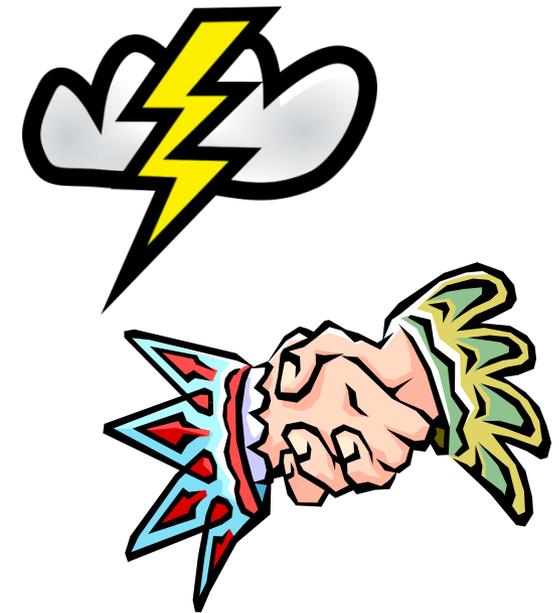
Gesundheit

Führerschein

Justiz

Freizeit

...



Motivation ist Resultat aus Wichtigkeit und Zuversicht und stetig im Wandel.

Motivieren bedeutet, stetig neu zu klären und zu helfen, den subjektiven Standpunkt, die subjektive Perspektive zu finden.

Motivation = Wichtigkeit + Zuversicht



Konsequent klären bedeutet

aber auch, zu verstehen und

zu respektieren, dass Patientinnen

und Patienten sich für den status quo und gegen eine
Änderung entscheiden.

Oder – wie Joachim Körkel es mal beschrieb –

zieloffen zu beraten.

Inhaltanalytische Betrachtungen machten deutlich, dass viele Case Manager Schwierigkeiten hatten, operationalisierbare Ziele zu formulieren und diese von Maßnahmen abzugrenzen.

Zudem wurden z.T. Ziele festgehalten, die eher diejenigen des Case Managers als des Klienten darstellten und deren Realisierung deshalb naturgemäß oft scheitern musste. Die Case Manager im Kooperationsmodell machten hier – wie Kollegen in anderen Projekten auch - die Erfahrung, dass die Definition von Zielen eine schwierige Aufgabe darstellt.

Schu 2003



Ct| v₂ „Es würde Ihrer Gesundheit langfristig dienlich sein, wenn Sie kein fettes Essen mehr zu sich nähmen, keinen Kaffee und keinen Alkohol mehr tränken, nicht mehr rauchten und keinen Sex hätten. Wie hört sich das für Sie an?“

*Information.
Abfrage der
subjektiven
Bewertung.*

Rvkgpv₂ „Ich weiß nicht so recht. Ein bisschen viel auf einmal, oder? ... Und wenn ich erstmal nur den Kaffee weg liebe?“

*Suche nach dem
wohlgestalteten Ziel.
Selbstwirksamkeit.
Zuversicht.*

„Okay. Sie sagen, Sie wollen den Kaffee weglassen. Nun, Sie haben seit 20 Jahren jeden Morgen und jeden Mittag jeweils eine Tasse Kaffee getrunken. Wie wollen Sie das jetzt anstellen. Was ist Ihre Idee?“

*Diskrepanz
rückmelden.
Eigene Idee
abfragen.*

„Tja, Sie haben recht, das wird hart! Also, morgens weiß ich nicht so recht, aber die Mittagstasse das könnte ich mal versuchen. Zumindest für die nächste Woche.“

*Das Ziel wird kleiner.
Zuversicht steigt.
Veränderungsmotivation damit
auch.*

Die beiden erarbeiten noch einen konkreten Plan für nächste Woche mittags ...

Geschmeidig mit dem Widerstand umgehen

Mann, 52 Jahre alt, alkoholabhängig, viele Entgiftungen.
Jahrelang „Platte gemacht“. Körperlich erschöpft. Freundliches
Wesen. Seit einem Jahr eigene Wohnung.
Idee: stationäre Eingliederungshilfe.

Es folgt: Motivierungsarbeit, viel
Hin und Her, zähes Ringen ...

Letztlich entscheidet sich Herr Z. gegen das A-K-H
mit den Worten:

„Ich habe verstanden, was Sie meinen, und Sie meinen es ja auch nicht
schlecht mit mir. Aber das ist seit 20 Jahren meine erste eigene Wohnung.
Und lieber sterbe ich dort ... als im Heim!“

Wir hatten verstanden, teilten ihm dies mit und konnten ihm gegenüber nur
noch unsere Sorge um sein Leben ausdrücken.



Das A-K-H in Eckardtshaus

Wenn also eine/r einfach nicht will (wie wir wollen), dann wollen wir verstehen, was seine **Motive** sind.

Dann fällt es uns leichter zu akzeptieren.

Und **Respekt** vor dem Menschen zu bewahren.



Und wenn einer immer noch nicht will?

Wichtigkeit

„Ich muss etwas ändern!“

+

Zuversicht

„Ich weiss auch schon wie!“

Starke innere Kräfte
Affektregulation
Beziehungsgestaltung

Wohlgestaltete Ziele
Selbstwirksamkeitserwartung
Regionales Angebot

**Dann halten wir Kontakt,
arbeiten an Wichtigkeit und Zuversicht
und warten auf unsere Chance**

Von 100 aktuell Alkoholabhängigen suchen max. **15** in diesem Jahr eine **suchtspezifische Hilfe** auf.

Aber: viele Alkoholabhängige ändern ihr Konsumverhalten auch ohne professionelle Hilfe!

In einer Studie von Hans-Jürgen Rumpf und Kollegen in Lübeck (2000) hatten von 100 vormals Alkoholabhängigen nur 1/3 weiterführende Hilfen in Anspruch genommen, 13% wenig Hilfe und **53% gar keine professionelle Hilfe.**

Beim Rauchen erscheinen uns solche Zahlen vertraut, aber auch beim Alkohol? Oder gar bei Drogen??

Internationale Studien belegen eindeutig, dass **unbehandelte Remissionen** bis zu 70% aller **Remissionen ausmachen** (s. Studien von Sobell et al. 2006, Dawson et al. 2005, Perkonig et al. 2009, Schutte et al. 2006 usw.).

Wenn also eine/r einfach nicht will (wie wir wollen), dann wollen wir verstehen, was seine **Motive** sind.

Dann fällt es uns leichter zu akzeptieren.

Und **Respekt** vor dem Menschen zu bewahren.

Wir haben also unter Umständen exzellent gearbeitet, ohne dass sich (zunächst) etwas verändert.

Manchmal aber führt erst diese **Beziehungserfahrung** auf seiten der Patientin, des Patienten zu einer Erhöhung der Veränderungsbereitschaft. Das ist tröstlich ...

