

# Handout.

Arbeiten mit Alkohol- und  
Cannabiskonsumierenden  
Jugendlichen im  
Spannungsfeld zwischen  
Freiwilligkeit und "Zwang"

## **HALT-FACHTAG**

### **Gefährlicher Cocktail!? Mischkonsum bei Jugendlichen**

Rebecca Wilhelm - Zentrum für Jugendberatung & Suchthilfe Hochtaunuskreis

# TABLE OF CONTENTS

1

## **TRANSTHEORETISCHES MODELL DER VERHALTENSÄNDERUNG**

Prochaska/Di Clemente



2

## **RUBIKON MODELL**

(Heckhausen/Gollwitzer)



3

## **WENN-DANN-METHODE**

(Gollwitzer)



4

## **VERÄNDERUNGSSTADIEN-SKALA (VSS)**

(Heidenreich/Hoyer/Fecht)

# Das transtheoretische Modell der Verhaltensänderung

Das transtheoretische Modell der Verhaltensänderung zentriert die Bereitschaft zur Veränderung des Gesundheitsverhaltens. Es operationalisiert den Ablauf durch fünf Stufen, die im Folgenden erörtert werden (Prochaska/Velicer 1997: 38). Zur Veranschaulichung dieser dient Abbildung 1: „Das transtheoretische Modell der Verhaltensänderung“.

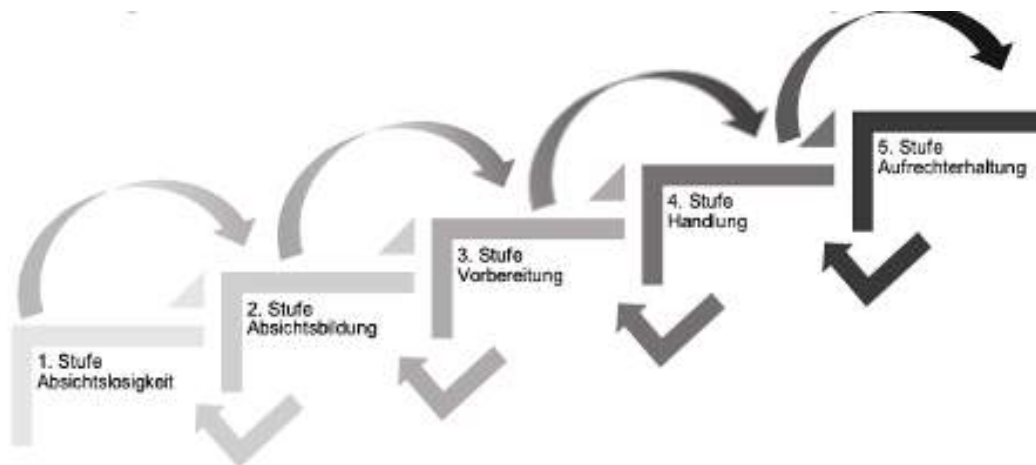
Die erste Stufe ist die der Absichtslosigkeit. Eine Änderung des aktuellen Verhaltens ist in absehbarer Zeit nicht geplant. Individuen in dieser Stufe charakterisieren sich durch Vermeidungsverhalten (Prochaska/Velicer 1997: 39). Individuen in dieser Stufe haben kaum oder keine Information bezüglich des möglicherweise problematischen Verhaltens oder sind durch erfolglose Versuche der Verhaltensänderung demoralisiert (Prochaska/Velicer 1997: 39). Laut Prochaska und Velicer (1997: 39) sind Personen, die dieser Stufe zuzuordnen sind, noch nicht bereit, an üblichen Programmen zur Gesundheitsförderung teilzunehmen, da die Programme nicht auf die Personengruppe zugeschnitten sind.

Die zweite Stufe ist die der Absichtsbildung. Individuen sind dieser Stufe zuzuordnen, wenn sie eine Verhaltensänderung in absehbarer Zeit anstreben. Auf dieser Stufe sind die Vorteile eines transferierten Verhaltens und das eigene, möglicherweise problematische Verhalten bewusst. Dennoch steht das Abwägen von Kosten und Nutzen der Verhaltensänderung noch im Weg (Prochaska/Velicer 1997: 39).

Darauf folgt die Vorbereitungsstufe. Diese ist als Übergang in die Handlungsstufe zu verstehen und beläuft sich auf die Dauer von ungefähr einem Monat. Detaillierte Schritte für die Umsetzung sind geplant. Teilnehmer:innen sind bereit, an einem Kurs zur gesundheitlichen Bildung zu partizipieren. Individuen in dieser Stufe charakterisieren sich durch ihre Offenheit gegenüber Angeboten, die ihr Zielverhalten beinhalten, wie etwa der Kauf eines Selbsthilfebuchs (Prochaska/Velicer 1997: 39).

Die vierte Stufe ist die der Handlung. Charakterisierend für die Handlungsstufe ist die Sichtbarkeit von Verhaltensänderungen. Ein Kriterium des erwünschten Verhaltens muss innerhalb der vergangenen sechs Monate umgesetzt worden sein (Prochaska/Velicer 1997: 39). Die letzte Stufe ist die der Aufrechterhaltung. Hier wird von den Individuen versucht, das förderliche Verhalten aufrechtzuerhalten und einen Rückfall in den Stufen zu vermeiden. Charakterisierend für Individuen in dieser Stufe ist das Selbstbewusstsein, die eigene Verhaltensänderung aufrechterhalten zu können und eine geringere Rückfallgefahr zu haben (Prochaska/Velicer 1997: 39).

Abbildung 1: Das transtheoretische Modell der Verhaltensänderung



Quelle: eigene Abbildung nach Prochaska/Velicer (1997: 39)

Der Durchlauf der Stufen durch den Prozess der Veränderungen findet durch bewusste und unterbewusste Handlungen des Individuums statt. Veränderungsprozesse bieten wichtige Anhaltspunkte für Interventionsprogramme, da die Prozesse der jeweiligen Stufen wie unabhängige Variablen zu verstehen sind, die ein Individuum anwenden muss, um die nächste Stufe zu erreichen.

Ein Prozess ist die Bildung des (Problem-)Bewusstseins (Original: Consciousness-Raising). Er beinhaltet die Steigerung des Bewusstseins über Ursachen, Konsequenzen und Lösungen für ein bestimmtes, möglicherweise problematisches Verhalten. Zu Interventionen, die die Bewusstseinsbildung erhöhen, gehören Feedback oder Konfrontation (Prochaska/Velicer 1997: 39).

Ein weiterer Prozess ist das „Dramatic Relief“, was als ein emotionales Erleben zu verstehen ist, durch beispielweise Rollenspiele oder Trauerarbeit (Prochaska/Velicer 1997:39 f.).

Die Selbsteinschätzung (Original: Self-Reevaluation) kombiniert kognitive und affektive Einschätzungen des eigenen Selbstbilds mit und ohne möglicherweise problematischem Verhalten. Interventionen können die Reflektion von Werten oder förderliche Vorbilder sein (Prochaska/Velicer 1997: 40).

Eine Neubewertung der Umwelt (Original: Environmental Reevaluation) kombiniert ebenfalls affektive und kognitive Einschätzungen über die Auswirkungen des Vorhandenseins oder Nichtvorhandenseins problematischer Verhaltensweisen auf das persönliche soziale Umfeld.

Hierunter fällt beispielweise die Vorbildfunktion des Individuums. Ein Training der Empathie oder das Sehen eines Dokumentarfilms könnte beispielweise zu einer Neubewertung führen. In diesem Prozess gibt es keine konkrete Handlungsanweisung. Interventionsmöglichkeiten des Prozesses sind Interventionen, die eine Neubewertung der Umwelt anstreben oder durch die Bildung des eigenen Bewusstseins, eines emotionalen Erlebens oder durch eine Selbstbeurteilung helfen, diesen Prozess zu ermöglichen (Prochaska/Velicer 1997: 40).

Der Prozess der „Self-Liberation“ betrifft den Glauben, sich selbst ändern zu können, sowie die Verpflichtung und das Engagement, nach diesem Glauben zu handeln. Neujahresvorsätze oder öffentliche Aussagen bezüglich der Verhaltensänderung können diese Willenskraft positiv beeinflussen. Die Motivationsforschung hat gezeigt, dass Individuen mit mehreren Wahlmöglichkeiten bezüglich der Verhaltensänderung ein größeres Commitment aufweisen als Personen mit nur einer Wahlmöglichkeit. Der Prozess erfordert demnach eine Erhöhung der Möglichkeiten oder Alternativen, insbesondere für benachteiligte Menschen (Prochaska/Velicer 1997: 40).

Gegenkonditionierung (Original: Counterconditioning) ist der Prozess des Erlernens von förderlichen Verhaltensweisen, die nicht förderliche Verhaltensweisen ersetzen können. Ein konkretes Beispiel wäre das Erlernen von Entspannungstechniken, um Stress entgegenzuwirken. Ein Nikotinersatz-Präparat kann Zigaretten ersetzen. Selbstbehauptung kann einem Gruppenzwang entgegenwirken (Prochaska/Velicer 1997: 40).

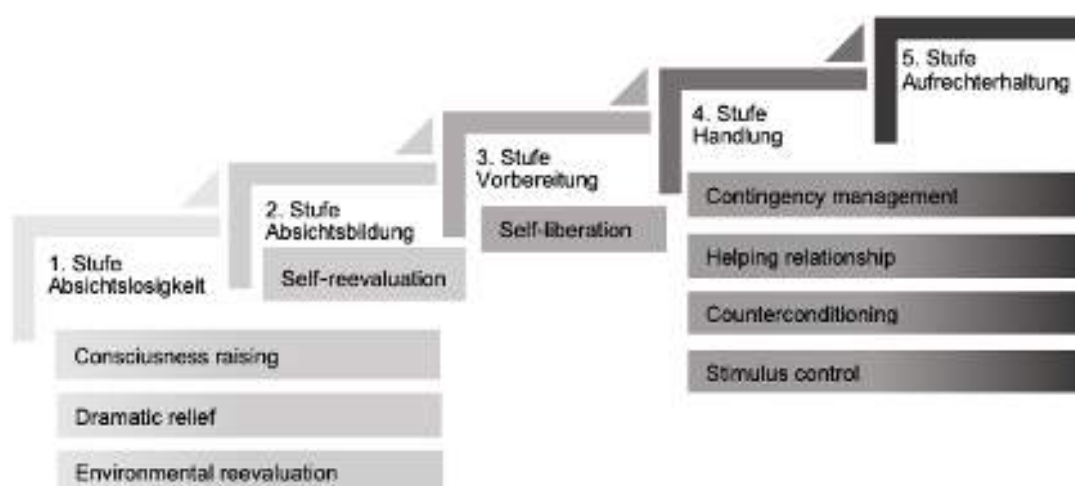
Im Prozess der „Stimulus-Control“ sollen Anreize für nichtförderliche Gewohnheiten entfernt und Alternativen für förderliche Verhaltensweisen geschaffen werden. Dazu können eine Umgestaltung der Umgebung, die Vermeidung oder Selbsthilfegruppen dienlich sein (Prochaska/Velicer 1997: 40).

Der Prozess des „Contingency-Managements“ beinhaltet Konsequenzen für Schritte in eine bestimmte Richtung. Der Einsatz von Bestrafung könnte eine Konsequenz sein. Jedoch ist Belohnung ein besserer Motivator für eine Verhaltensänderung. Positive Selbstaussagen, einen Vertrag mit sich selbst oder anderen Personen bezüglich des Verhaltens aufzulegen und das Erhalten von Anerkennung sind Faktoren, die die Wahrscheinlichkeit der Wiederholung des förderlichen Verhaltens erhöhen (Prochaska/Velicer 1997: 40).

Unterstützende Beziehungen (Original: Helping Relationships) stellen durch Fürsorge, Vertrauen, Akzeptanz und die konkrete Unterstützung beim Vorhaben der Verhaltensänderung einen unterstützenden Prozess beim Etablieren förderlicher Verhaltensweisen dar. Therapeuten und Berater könnten beispielsweise in unterstützenden Beziehungen auftreten (Prochaska/Velicer 1997: 40).

Zur Einordnung der vorgestellten Prozesse in die fünf Stufen des transaktionalen Modells der Verhaltensänderung dient Abbildung 2.

Abbildung 2: Einordnung der Veränderungsprozesse in das transtheoretische Modell der Verhaltensänderung



Quelle: eigene Darstellung nach Prochaska und Velicer (1997: 43)

**Das transtheoretische  
Modell der  
Verhaltensänderung  
auf YouTube**



Auf dem Ausdruck der Präsentationsfolien finden Sie außerdem die Stufen noch einmal kurz und übersichtlich zusammengefasst.

## **Hilfreiche Prinzipien und Prozesse der Veränderung**

Wenn wir über Motivation reden, kommen wir nicht an motivationaler Gesprächsführung (MI) vorbei. MI bietet sich vor allem in den ersten beiden Stufen des Transtheoretischen Modell der Verhaltensänderung an.

Weiterhin ist es wichtig, dass keine praktischen Veränderungsschritte eingeleitet werden, wenn der Klient noch kein Problembewusstsein hat.

Um von der Stufe der Absichtsbildung in ein Handlungsstadium zu gelangen, ist es wichtig, dass die Argumente gegen die Veränderung abnehmen.

Die Vorteile der Veränderung müssen gegenüber den Nachteilen überwiegen, damit Klienten bereit sind zu handeln.

Die Vorteile der Veränderung müssen doppelt so stark ansteigen, wie Nachteile abnehmen. Es sollte daher im Motivationsprozess mehr Wert auf den Nutzen einer Veränderung, als auf die Nachteile gelegt werden.

# Das Rubikon Modell

Das Rubikon-Modell der Handlungsmotivation wurde 1987 von den deutschen Psychologen Heinz Heckhausen und Peter Gollwitzer entwickelt. Es befasst sich mit vier zentralen Fragen der Motivation:

1. Wie werden Ziele ausgewählt?
2. Wie wird die Erreichung der Ziele geplant?
3. Wie wird gehandelt, um das Ziel zu erreichen?
4. Wie wird die Handlung im Nachhinein bewertet?

Der Name "Rubikon" ist eine Hommage an eine historische Begebenheit. Julius Cäsar überschritt im Jahr 49 v. Chr. den Fluss Rubikon, was damals als Kriegserklärung gegen die römische Republik galt. Mit den Worten "Alea iacta est" ("Der Würfel ist gefallen") akzeptierte er, dass es kein Zurück mehr gab. Das Modell zielt darauf ab, zu erklären, warum Menschen handeln, wie sie handeln und was sie zu bestimmten Handlungen motiviert.

Das Rubikon-Modell unterteilt menschliches Handeln in vier aufeinanderfolgende Phasen:

1. Abwägephase
2. Planungsphase
3. Handlungsphase
4. Bewertungsphase

Nach der Abwägephase, in der alle Handlungsoptionen abgewogen werden, wird der Entschluss gefasst, eine Handlung auszuführen. Dieser Moment des Überschreitens des metaphorischen Flusses Rubikon markiert den Beginn der Planungsphase. Ab diesem Punkt gibt es laut dem Rubikon-Modell kein Zurück mehr - die Handlung ist motiviert und wird in Angriff genommen (Achtziger/Gollwitzer 2006).

Ein beispielhaftes Szenario wäre das folgende:

1. Abwägephase: Die Person erkennt, dass ihre Cannabisabhängigkeit negative Auswirkungen auf ihr Leben hat. Sie beginnt, die Vor- und Nachteile einer Abstinenz abzuwägen, einschließlich der Verbesserung der Gesundheit und der Beziehungen, aber auch der Herausforderungen des Entzugs.
2. Planungsphase: Nachdem die Entscheidung für die Abstinenz getroffen wurde, beginnt die Person mit der Planung. Sie sucht nach Unterstützung, etwa durch Therapie oder Selbsthilfegruppen, und plant Strategien zur Bewältigung von Verlangen und Rückfällen.
3. Handlungsphase: Die Person setzt ihren Plan in die Tat um. Sie beginnt mit der Therapie, besucht Selbsthilfegruppen und wendet die erlernten Strategien an, um das Verlangen zu bewältigen und Rückfälle zu vermeiden.
4. Bewertungsphase: Nach einer gewissen Zeit der Abstinenz bewertet die Person ihre Fortschritte. Sie reflektiert, ob die Abstinenz ihr geholfen hat, ihre Ziele zu erreichen, und ob die angewandten Strategien effektiv waren.

Bitte beachten Sie, dass dies nur ein hypothetisches Beispiel ist und nicht die Komplexität und Vielfalt von Suchterfahrungen vollständig widerspiegelt.

**Hier gibt es die  
Erklärung im  
Videoformat**



## **Wenn-Dann Pläne: eine effektive Planungsstrategie aus der Motivationspsychologie**

Die Zielsetzung wird in der wissenschaftlichen Psychologie, im Coaching und in Alltagstheorien als effektive Strategie zur Realisierung von Wünschen und Anforderungen angesehen. Dennoch scheitern viele Menschen bei der Umsetzung ihrer Ziele, sei es eine Gewichtsabnahme, eine Ernährungsumstellung oder das Einhalten von Grenzen. Die moderne Motivationspsychologie bietet hierzu Erklärungen, indem sie zwischen dem Prozess der Zielsetzung und der Zielverwirklichung unterscheidet. Während die Zielsetzung eine intrinsische Motivation und ein inneres Engagement erfordert, ist die Zielverwirklichung von Selbstregulationsprozessen abhängig. Diese Prozesse sind notwendig, um die vielfältigen Herausforderungen zu bewältigen, die zwischen der Zielsetzung und ihrer Verwirklichung auftreten können (Faule-Koivisto/Gollwitzer 2011).

Eine effektive Strategie zur Bewältigung dieser Herausforderungen sind die von Gollwitzer entwickelten "Wenn-Dann Pläne". Diese Pläne verknüpfen Zielintentionen mit spezifischen Handlungen, die in bestimmten Situationen ausgeführt werden sollen. Sie delegieren die Kontrolle des Handelns an die Umwelt und führen zu einer automatischen Auslösung des zielgerichteten Verhaltens, sobald die spezifizierte Situation eintritt. Die Wirksamkeit von Wenn-Dann Plänen als Selbstregulationsstrategie ist empirisch belegt. Studien zeigen, dass Ziele, die mit Wenn-Dann Plänen ausgestattet sind, eine höhere Erfolgsrate aufweisen als Ziele ohne solche Pläne (Faule-Koivisto/Gollwitzer 2011).

Diese Erkenntnisse unterstreichen die Bedeutung von Selbstregulationsstrategien in der modernen Motivationspsychologie und bieten wertvolle Einblicke für die Praxis des Coachings, der Beratung und der persönlichen Zielverwirklichung (Faule-Koivisto/Gollwitzer 2011).

Die Wirksamkeit von Wenn-Dann Plänen beruht hauptsächlich auf zwei psychologischen Prozessen: der chronischen Aktivierung der spezifizierten Situation und der automatischen Initiierung des geplanten zielfördernden Verhaltens. Die Formulierung eines Wenn-Dann Plans beinhaltet die bewusste Auswahl einer bestimmten zukünftigen Situation oder eines bestimmten Reizes, was zu einer hohen Aktivierung der mentalen Repräsentation dieser Situation führt. Diese hohe Aktivierung erhöht die kognitive Zugänglichkeit der spezifizierten Situation, beeinflusst die Wahrnehmungs-, Aufmerksamkeits- und Gedächtnisfunktionen und führt dazu, dass die Situation schneller als günstige Gelegenheit zur Durchführung zielfördernden Verhaltens wahrgenommen wird (Faule-Koivisto/Gollwitzer 2011).

Der zweite Prozess ist die Automatisierung der im Plan vorgenommenen Handlung. Das Formulieren eines Wenn-Dann Plans ist ein bewusster Willensakt, der die Kontrolle des Verhaltens strategisch von der handelnden Person an die Umwelt überträgt. Dies bedeutet, dass das Verhalten nicht mehr von den inneren Zuständen der handelnden Person, sondern von der spezifizierten Situation abhängt. Sobald diese Situation eintritt, wird das Verhalten automatisch ausgelöst. Diese Annahme impliziert, dass Wenn-Dann Pläne bei Eintreffen der spezifizierten Situation sofort, effizient und ohne bewusstes Wollen umgesetzt werden. Ein Handelnder, der einen solchen Plan formuliert hat, muss also nicht bewusst und unter Aufwendung kognitiver Ressourcen dafür sorgen, dass das geplante zielfördernde Verhalten bei Eintreten der spezifizierten Situation tatsächlich umgesetzt wird (Faule-Koivisto/Gollwitzer 2011).

Die Forschung hat gezeigt, dass die Automatisierung der Handlungsinitiierung durch Wenn-Dann-Pläne effizient und ohne bewusstes Wollen erfolgt, sobald die im Plan spezifizierte Situation eintritt. Dies wurde sogar bei Patienten mit Frontallappenschädigung beobachtet, die normalerweise Probleme mit der bewussten Kontrolle von Handlungen haben. Diese Patienten konnten jedoch zielfördernde Verhaltensweisen schneller initiieren, wenn sie Wenn-Dann-Pläne nutzten, was darauf hindeutet, dass diese Pläne automatisch die Kontrolle des Verhaltens übernehmen, ohne dass eine bewusste, kognitive Ressourcen verbrauchende Kontrolle erforderlich ist.

Die automatische Handlungsinitiierung durch Wenn-Dann-Pläne ist vergleichbar mit der Automatisierung von Verhalten bei Gewohnheitshandlungen. Beide führen dazu, dass ein mit einer bestimmten Situation oder einem bestimmten Reiz verbundenes Verhalten automatisch ausgeführt wird, sobald diese Situation eintritt bzw. der entsprechende Reiz auftritt. Der Unterschied besteht jedoch darin, dass für die Etablierung von Wenn-Dann-Plänen nur ein einziger Willensakt erforderlich ist, bei dem eine enge Verbindung zwischen einer bestimmten Situation bzw. einem bestimmten Reiz und einem zielfördernden Verhalten bewusst hergestellt wird. Im Gegensatz dazu erfordert die Etablierung einer Gewohnheit viele konsistente Wiederholungen einer bestimmten Verhaltensweise in derselben Situation. Daher wird das Fassen eines Wenn-Dann-Plans auch als "sofortige Gewohnheitsbildung" bezeichnet (Faule-Koivisto/Gollwitzer 2011).

## **Wenn-Dann Pläne: eine effektive Planungsstrategie aus der Motivationspsychologie**

**WOOPmyLife hat die Wenn-Dann Pläne und das mentale Kontrastieren in "WOOP" adaptiert. Auf der Website finden Sie mehr Infos sowie das zugehörige Manual zum Download**



# **Veränderungsstadien-Skala (VSS)**

## **Themenbereich**

Stadien der Veränderung

## **Skalen-Titel**

Veränderungsstadien-Skala (VSS)

## **Kurzbeschreibung**

Die VSS stellt die deutsche Übersetzung der "University of Rhode Island Change Assessment Scale" (URICA) dar und dient der dimensionalen Erfassung der Veränderungsmotivation im Sinne der "Stadien der Veränderung" von Prochaska, DiClemente und Norcross (1992). Mittels jeweils acht Items werden die Subskalen "Precontemplation", "Contemplation", "Action" und "Maintenance" erfasst. Die Bearbeitung des Fragebogens dauert ungefähr 10 Minuten, die Auswertung etwa 5 Minuten. Der Fragebogen ist für unterschiedliche Abhängigkeitserkrankungen einsetzbar, wobei für die deutsche Übersetzung eine hinreichende psychometrische Absicherung bisher für Alkoholabhängige (in stationärer Entwöhnungsbehandlung) und für Heroinabhängige in verschiedenen Behandlungssettings vorliegt.

## **Instrument**

Die Veränderungsstadien-Skala besteht aus insgesamt 32 Items, die im Anschluß an die Präsentation der Instruktion bearbeitet werden. Die Antworten beziehen sich auf ein durch den Probanden selbst festzulegendes Problem (z. B. eine Abhängigkeit von psychotropen Substanzen) und die aktuelle Behandlung (z. B. stationäre Entwöhnungsbehandlung bei Alkoholabhängigkeit). Die Items werden mittels der Abstufungen "überhaupt nicht zutreffend", "kaum zutreffend", "ziemlich zutreffend", "stark zutreffend" und "sehr stark zutreffend" eingeschätzt.

## Theorie

Die amerikanische Originalversion der Veränderungsstadienskala ("University of Rhode Island Change Assessment Scale", URICA) wurde im Rahmen von Forschungen zum „transtheoretischen Modell“ von Prochaska (1979; Prochaska et al., 1992) entwickelt (McConaughy et al., 1983, 1989). Das "transtheoretische Modell" strebt die modellhafte Abbildung von Veränderungen unterschiedlichster Problemverhaltensweisen an und wurde häufig auf Abhängigkeitserkrankungen angewandt (Davidson, 1991). In diesem Modell werden Veränderungen stadienbezogen konzipiert:

Im Stadium der „Precontemplation“ (fehlende Problembewußtheit) liegt keine oder nur eine geringe Veränderungsmotivation vor. Das in Frage stehende Problem wird nicht als solches registriert und verarbeitet, problembezogene Informationen werden aktiv verdrängt. „Contemplation“ (Nachdenklichkeit) beinhaltet die Wahrnehmung des Problems sowie die aktive gedankliche Auseinandersetzung damit, ohne daß es zu konkreten Verhaltensänderungen kommt. „Action“ (Handlung) bedeutet aktive Verhaltensänderung auf der Basis einer Entscheidung für eine bestimmte Vorgehensweise. „Maintenance“ (Aufrechterhaltung) bezieht sich auf die andauernde Stabilisierung einer bereits erfolgten Verhaltensänderung mit dem Ziel, Rückfälle zu verhindern. In unterschiedlichen Publikationen der Arbeitsgruppe um Prochaska und DiClemente wurden noch weitere Abläufe beschrieben wie z.B. die zwischen „Contemplation“ und „Action“ lokalisierte „Preparation“ (Vorbereitung), deren Schwerpunkt die Integration von Absicht und darauf aufbauendem problembewältigenden Verhalten darstellt (z.B. DiClemente, 1993; Prochaska et al., 1992).

Obwohl die Veränderungsmotivation im Sinne des transtheoretischen Modells als Abfolge diskreter Stadien konzipiert ist, wurden zur empirischen Erfassung auch dimensionale psychometrische Instrumente wie das vorliegende entwickelt. Dies trägt der Tatsache Rechnung, daß bei einer einfachen kategorialen Zuordnung einzelner Patienten zu den Stadien der Veränderung keine hinreichende Differenzierungsfähigkeit z. B. in einer stationären Entwöhnungsbehandlung besteht (sämtliche Patienten müßten als "Action" eingeschätzt werden).

Die weitaus meisten Studien zum Modell der "Stadien der Veränderung" im Abhängigkeitsbereich liegen derzeit für Nikotinabhängigkeit vor (z. B. Prochaska et al., 1992). Darüberhinaus liegen jedoch auch Arbeiten zu Alkoholabhängigkeit (z. B. DiClemente & Hughes, 1990; Willoughby & Edens, 1996), Abhängigkeit von illegalen Drogen (z. B. Abellanas & McLellan, 1993; Carney & Kivlahan, 1995; El-Bassel, Schilling, Ivanoff, Chen, Hanson & Bidassie, 1998) sowie zur Methadonsubstitution bei Opiatabhängigkeit (Belding, Iguchi & Lamb, 1996; Belding, Iguchi & Lamb, 1997) vor.

## Testkonstruktion

### Instrumententwicklung

Die URICA ("University of Rhode Island Change Assessment Scale", McConnaughy et al., 1983) ist ein dimensionales Fragebogeninstrument zur Erfassung der Veränderungsmotivation auf der Basis des Modells von Prochaska et al. (1992). Die Skalenkonstruktion erfolgte zunächst an einer Stichprobe ambulanter Psychotherapiepatienten (McConnaughy et al., 1983). Ausgangspunkt war ein Pool von 165 Items, der durch Expertenratings zunächst auf 125 Items und dann mittels einer Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation auf 32 Items reduziert wurde. Jeweils acht Items wurden den intern konsistenten und moderat interkorrelierten Subskalen Precontemplation, Contemplation, Action und Maintenance zugeordnet. In den meisten publizierten Arbeiten aus dem angloamerikanischen Raum wurde der Versuch unternommen, auf der Basis der Subskalenwerte mittels Clusteranalysen typische „Veränderungsprofile“ zu identifizieren. Ziel dieser Vorgehensweise ist es, die dimensionalen Subskalenwerte wieder in diskrete Einheiten zu transformieren, die eine hinreichende Ähnlichkeit mit den postulierten Stadien aufweisen.

Tabelle 1: Subskalen und Itembeispiel der VSS

Bezeichnung	Beispielitem
Precontemplation	Ich vermute, ich habe Schwächen, aber es gibt nichts, was ich wirklich verändern müßte (Item 13)
Contemplation	Ich habe ein Problem, und ich denke wirklich, daß ich daran arbeiten sollte (Item 15)
Action	Auch wenn es mir nicht immer gelingt, mich zu verändern, so arbeite ich doch zumindest an meinem Problem (Item 17)
Maintenance	Vielleicht brauche ich jetzt einen Schubs, um die Veränderungen aufrechtzuerhalten, die ich schon gemacht habe (Item 22)

Die Übersetzung der URICA erfolgte mit Zustimmung durch Dr. Prochaska am Institut für Psychologie der Universität Frankfurt. Die Übersetzung wurde von zwei wissenschaftlich und klinisch qualifizierten Kollegen im Hinblick auf Verständlichkeit überprüft. Im Anschluß daran wurden die Items von einem "native speaker" rückübersetzt und nicht übereinstimmende Items wurden überarbeitet.

## Stichprobe

Der vorliegenden Analyse liegt eine Stichprobe von N = 165 alkoholabhängigen Patienten am Beginn einer stationären Entwöhnungsbehandlung zugrunde. Das Durchschnittsalter betrug 43,8 Jahre (Range: 24 bis 70 Jahre), 65 % der Stichprobe waren Männer. 50 % der Patienten waren zum Zeitpunkt der Untersuchung verheiratet oder lebten in einer festen Partnerschaft, je ca. 25 % waren ledig oder geschieden. Die Hälfte der Patienten verfügte über einen Hauptschulabschluß, jeweils ein Viertel über Mittlere Reife und Abitur. Die durchschnittliche Dauer der Alkoholabhängigkeit betrug 10 Jahre.

## Itemkennwerte

Tabelle 2 zeigt die Itemkennwerte der VSS. Wie in sämtlichen vorliegenden Studien mit der amerikanischen Originalversion an verschiedenen Gruppen (z. B. McConaughy, 1983; DiClemente & Hughes, 1990) zeigt sich, daß die "Schwierigkeit" der Items der Subskala "Precontemplation" (M = 2,0) deutlich höher liegt als diejenige der Subskalen "Contemplation" (M = 4,0), "Action" (M = 4,0) und „Maintenance“ (M = 3,4). Insbesondere für die Subskalen "Contemplation" und "Action" finden sich kaum Items mit hohem Schwierigkeitsgrad, was aus testtheoretischer Sicht als eher kritisch zu bewerten ist. Die Trennschärfen der Einzelitems liegen mit wenigen Ausnahmen im akzeptablen bis sehr guten Bereich.

Tabelle 2 Itemkennwerte der VSS

Subskala	Item	M	SD	Schwierigkeit	Trennschärfe
Precontemplation					
	1	2,5	1,2	0,5	0,48
	5	1,8	1,2	0,36	0,66
	11	1,4	1,0	0,28	0,49
	13	2,2	1,3	0,44	0,74
	23	2,6	1,2	0,52	0,53
	26	1,4	0,8	0,28	0,49
	29	1,9	1,2	0,38	0,67
	31	2,6	1,2	0,52	0,42
Contemplation					
	2	3,8	1,0	0,76	0,43
	4	4,4	0,9	0,88	0,53
	8	3,8	1,1	0,76	0,59
	12	4,2	0,9	0,84	0,55
	15	3,8	1,2	0,76	0,59
	19	3,7	1,0	0,74	0,49
	21	4,1	1,0	0,82	0,61
	24	3,9	1,1	0,78	0,49
Action					
	3	4,2	0,8	0,84	0,59
	7	4,3	0,8	0,86	0,58
	10	3,8	1,0	0,76	0,59
	14	3,8	1,0	0,76	0,76
	17	3,9	0,8	0,78	0,67
	20	3,9	1,0	0,78	0,63
	25	4,1	0,9	0,82	0,76
	30	4,1	0,9	0,82	0,79
Maintenance					
	6	3,2	1,3	0,64	0,68
	9	3,1	1,2	0,62	0,62
	16	3,2	1,4	0,64	0,78
	18	3,7	1,1	0,74	0,36
	22	3,2	1,3	0,64	0,69
	27	4,0	1,2	0,8	0,46
	28	3,2	1,1	0,64	0,57
	32	3,4	1,1	0,68	0,48

## Dimensionalität

Der Fragebogen besteht aus den vier Subskalen "Precontemplation", "Contemplation", "Action" und "Maintenance". In einer Hauptkomponentenanalyse mit anschließender Varimax-Rotation konnte die Faktorenstruktur weitgehend bestätigt werden.

Link zur Tabelle: Faktorenanalyse der Veränderungsstadien-Skala

Die Subskalen sind (vgl. Tab. 3) im Gegensatz zur Annahme unterschiedlicher stadienbezogener Abläufe teilweise hoch interkorreliert. Dies gilt insbesondere für "Contemplation" und "Action" mit  $r = .62$ .

Tabelle 3: Interkorrelationen der Subskalen

	Precontemplat.	Contemplation	Action
Contemplation	-.10		
Action	-.20	.62	
Maintenance	.28	.33	.33

## Gütekriterien

### Reliabilität

Die Subskalen der amerikanischen Originalskala URICA zeigten in sämtlichen bisher publizierten Studien an verschiedenen Stichproben innere Konsistenzen über .70 (Abellanas & McLellan, 1993; Carney & Kivlahan, 1995; DiClemente & Hughes, 1990; El-Bassel et al., 1998; McConaughy et al., 1983, 1989; Willoughby & Edens, 1996) sowie Retest-Reliabilitäten in vergleichbarer Höhe (Abellanas & McLellan, 1993).

Die inneren Konsistenzen der vier Subskalen der VSS sind in Tab. 3 angegeben. Die innere Konsistenz der Subskalen "Contemplation" und "Action" kann demnach als gut gelten, während die Subskalen "Precontemplation" und "Maintenance" hinsichtlich ihrer inneren Konsistenz nicht in befriedigender Höhe liegen.

Tabelle 4: Innere Konsistenz der Subskalen

Subskala	a
Precontemplation	.69
Contemplation	.89
Action	.87
Maintenance	.71

Validität

Faktorielle Validität

Die faktorielle Struktur der amerikanischen Originalskala konnte an mehreren unterschiedlichen Stichproben repliziert werden, darunter ambulante Psychotherapiepatienten (McConaughy et al., 1983, 1989), ambulante Patienten mit Alkoholproblemen (DiClemente und Hughes, 1990), drogenmißbrauchende inhaftierte Frauen (El-Bassel et al., 1995) und stationäre Alkoholpatienten (Willoughby & Edens, 1996).

Für die Veränderungsstadien-Skala wurde ebenfalls eine Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation durchgeführt, wobei analog zur Originalversion vier Faktoren berücksichtigt wurden. Zwischen den Faktoren und den theoretisch zu erwartenden Skalen bestehen enge Zusammenhänge: auf Faktor 1 laden sieben Action-Items, auf Faktor 2 fünf Maintenance-Items, auf Faktor 3 fünf Contemplation-Items und auf Faktor 4 sechs Precontemplation-Items. Die anderen Items laden unsystematisch auf den anderen Faktoren.

Tabelle 5: Faktorladungsmatrix (PCA mit Varimax-Rotation)

Item	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Faktor 4
1	.10	-.01	-.16	.36
2	.57	-.09	-.09	-.08
3	.45	.10	.29	-.06
4	.27	-.09	.40	-.31
5	-.13	.09	.02	.54
6	-.02	.61	.14	.01
7	.39	.10	.26	-.30
8	.11	.02	.54	-.07
9	.10	.68	-.04	-.11
10	.49	-.06	.11	-.20
11	-.12	-.05	-.07	.44
12	.11	.03	.48	-.15
13	-.16	.04	-.02	.67
14	.73	.09	.14	.02
15	.06	.11	.58	-.12
16	.17	.77	.04	.18
17	.52	.16	.32	-.07
18	.13	.05	.22	.31
19	.05	-.13	.36	.14
20	.37	.33	.39	-.12
21	.27	.20	.44	.12
22	.04	.68	.14	.13
23	-.01	.56	-.04	.28
24	.26	.21	.31	.40
25	.68	.10	.37	.03
26	-.11	.15	-.08	.38
27	.22	.17	.36	.08
28	.06	.37	.17	.21
29	-.03	.31	-.02	.52
30	.76	.11	.11	-.14
31	-.15	.04	.03	.25
32	.01	.25	.33	-.01

Die nach der Anderson-Rubin-Methode geschätzten Faktorwerte weisen deutliche Zusammenhänge mit je einer der aufgrund der amerikanischen Originalversion gebildeten Skalen auf.

## Konstruktvalidität

Folgende Hinweise auf die Konstruktvalidität der Originalversion liegen vor:

Im Rahmen einer Studie zur medikamentösen Behandlung von Angststörungen konnten Beitman et al. (1994) sowie Wilson et al. (1997) zeigen, daß sich der Behandlungserfolg durch die URICA vorhersagen ließ. Analog zu diesem Ergebnis konnte der "drinking outcome" dreier Behandlungsgruppen bei Alkoholabhängigkeit im „Project Match“ (Project MATCH Research Group, 1997) vorhergesagt werden. Bei methadonsubstituierten Opiatabhängigen erlauben die Subskalenwerte der URICA die Vorhersage der konsumierten Drogenmenge (Belding, Iguchi & Lamb, 1997). Keine der Subskalen weist Korrelationen mit der "Marlowe-Crowne Social Desirability Scale" auf (Hodgins, 1996).

In Untersuchungen mit der deutschen Version zeigten sich bei Alkoholabhängigen (Heidenreich, 2000), Drogenabhängigen in stationärer Entwöhnung oder im Massregelvollzug (Gütlich, Heidenreich & Hoyer, 1998) und bei Drogenpatienten in stationärer Entwöhnung und methadonsubstituierten Patienten (Daten aus der Studie von Gottschalk & Hoyer, 1997) weitgehend erwartungskonforme Zusammenhänge mit den Skalen der Therapiemotivations-Itemsammlung (THERMIS) von Veith (1997). Insbesondere korrelieren Stadien MIT Therapiemotivation (ab Contemplation) positiv mit Zuversicht, Precontemplation - bei Patienten mit Drogenabhängigkeit - hingegen negativ. Die Korrelationen mit Leidensdruck ergeben ein ähnliches, aber weniger konsistentes Bild. Insgesamt belegen die dargestellten Zusammenhänge neben Gemeinsamkeiten der Korrelationsmuster auch Unterschiede in Abhängigkeit von der untersuchten Stichprobe.

Tabelle 6: Korrelationen der URICA mit der Therapiemotivations-Itemsammlung

Gütlich (n= 32)	Leidensdruck	Zuversicht
Precontemplation	-.25	-.56**
Contemplation	.32	.74**
Action	-.02	.52**
Maintenance	.54*	.49**

Heidenreich (n= 165)	Leidensdruck	Zuversicht
Precontemplation	.08	.03
Contemplation	.17*	.25**
Action	-.01	.28**
Maintenance	.02	.13

Gottschalk	Leidensdruck	Zuversicht
Precontemplation	.17 (n=113)	-.38** (n=111)
Contemplation	.20* (n=111)	.52** (n=111)
Action	.07 (n=114)	.53** (n=112)
Maintenance	.45** (n=114)	.14 (n=112)

Während die Verwendung der Subskalen-Werte als kontinuierliche Prädiktoren angesichts der vorliegenden Ergebnisse gerechtfertigt erscheint, ergeben sich u. E. Schwierigkeiten mit der durch die amerikanischen Autoren vorgeschlagenen Bildung von "Veränderungsprofilen" auf der Basis von Clusteranalysen der z-transformierten Subskalen-Werte: bereits eine Durchsicht der einschlägigen Arbeiten belegt große Diskrepanzen in der clusteranalytischen Methodik und der Anzahl der gefundenen Cluster, die zwischen neun (McConaughy et al., 1983) und lediglich zwei (Willoughby & Edens, 1996) liegen. Clusteranalysen auf der Basis der vorliegenden Stichprobe erbrachten keine konsistenten Ergebnisse.

Einen interessanten Überblick zu psychometrischen Eigenschaften der englischsprachigen URICA im Vergleich zu anderen Instrumenten zur Erfassung der Veränderungsmotivation bei Abhängigkeit geben Carey, Purnine, Maisto und Carey (1999).

Eine ökonomischere Version der Veränderungsstadien-Skala (VSS-K) auf der Basis des vorliegenden Itempools mit insgesamt lediglich 16 Items wurde von Fecht et al. (1998) entwickelt und vorgestellt.

## **Auswertungshinweise**

Die Antworten werden wie folgt bewertet: Auf der fünfstufigen Ratingskala entspricht die Antwort "überhaupt nicht" einem Wert von 1, die Antwort "sehr stark" entspricht einem Wert von 5. Pro Fragebogen werden die Werte für jede Subskala separat addiert. Itemzuordnung: Precontemplation: Items 1, 5, 11, 13, 23, 26, 29, 31; Contemplation: Items 2, 4, 8, 12, 15, 19, 21, 24; Action: Items 3, 7, 10, 14, 17, 20, 25, 30; Maintenance: Items 6, 9, 16, 18, 22, 27, 28, 32.

## Literatur zum Instrument

- Abellanas, L., & McLellan, T. (1993). 'Stage of change' by drug problem in concurrent opioid, cocaine, and cigarette users. *Journal of Psychoactive Drugs*, 25, 307-313.
- Beitman, B. D., Beck, N. C., Deuser, W. E., Carter, C. S., Davidson, J. R. & Maddock, R. J. (1994). Patient stage of change predicts outcome in a panic disorder medication trial. *Anxiety*, 1, 64-69.
- Belding, M. A., Iguchi, M. Y. & Lamb, R. J. (1996). Stages of change in methadone maintenance: Assessing the convergent validity of two measures. *Psychology of Addictive Behaviors*, 10, 157-166.
- Belding, M. A., Iguchi, M. Y. & Lamb, R. J. (1997). Stages and processes of change as predictors of drug use among methadone maintenance patients. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 5, 65-73.
- Carey, K. B., Purnine, D. M., Maisto, S. A. & Carey, M. P. (1999). Assessing readiness to change substance abuse: A critical review of instruments. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 245-266.
- Carney, M. M. & Kivlahan, D. R. (1995). Motivational subtypes among veterans seeking substance abuse treatment: Profiles based on stages of change. *Psychology of Addictive Behaviors*, 9, 135-142.
- Davidson, S. (1991). Facilitating change in problem drinkers. In S. Davidson, S. Rollnick & I. MacEwan (Eds.). *Counseling Problem Drinkers* (pp. 3-20). London: Tavistock.
- DiClemente, C. C. (1993). Changing addictive behaviors: A process perspective. *Current Directions in Psychological Science*, 2, 101-106.
- DiClemente, C. C., & Hughes, S. O. (1990). Stages of change profiles in outpatient alcoholism treatment. *Journal of Substance Abuse*, 2, 217-235.
- El-Bassel, N., Schilling, R. F., Ivanoff, A., Chen, D. R., Hanson, M. & Bidassie, B. (1998). Stages of change profiles among incarcerated drug-using women. *Addictive Behaviors*, 23, 389-394.
- Fecht, J., Heidenreich, T., Hoyer, J., Lauterbach, W. & Schneider, R. (1998). Veränderungsstadien bei stationärer Alkoholentwöhnungsbehandlung: Probleme der Diagnostik. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 30, 403-419.
- Gottschalk, F. & Hoyer, J. (1997). Methadonsubstitution und abstinente Drogentherapie - ein Vergleich motivationaler Parameter. In G. Richardt & G. Krampen & H. Zayer (Hrsg.), *Beiträge zur Angewandten Psychologie* (S. 719-721). Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.

## Literatur zum Instrument

Gütlich, V., Heidenreich, T. & Hoyer, J. (1998). Stadien der Veränderung und Therapiemotivation unter justiziellem Zwang. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 30, 421-432.

Heidenreich, T. & Hoyer, J. (1998). Stadien der Veränderung in der Psychotherapie: Modelle, Perspektiven, Kritik. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 30, 381-402.

Hodgins, D. C. (1996). Stage of change assessments: agreement among self-report scales, algorithms and therapist judgement. Poster presented at Addictions '96. Treatment across the addictions. Hilton Head Island, South Carolina, USA Sept. 27-29, 1996.

McConaughy, E. A., DiClemente, C. C., Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1989). Stages of change in psychotherapy: A follow-up report. *Psychotherapy*, 26, 494-503.

McConaughy, E. A., Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1983). Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. *Psychotherapy*, 20, 368-375.

Prochaska, J. O. (1979). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis*. Homewood, IL: Dorsey Press.

Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1002-1114.

Project MATCH Research Group (1997). Matching alcoholism treatment to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*, 58, 7-29.

Veith, A. (1997). *Therapiemotivation als Variable im therapeutischen Prozeß*. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Willoughby, F. W. & Edens, J. F. (1996). Construct validity and predictive utility of the stages of change scale for alcoholics. *Journal of Substance Abuse*, 8, 275-291.

Wilson, M., Bell-Dolan, D. & Beitman, B. (1997). Application of the stages of change scale in a clinical drug trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 395-408.

### Zitierung:

Heidenreich, T., Hoyer, J. & Fecht, J. (2001). Veränderungsstadien-Skala. In: F. Rist, H. Kufner, A. Glöckner-Rist & P. Schmidt (Hrsg.). *Elektronisches Handbuch für Erhebungsinstrumente im Suchtbereich*. Version 1.00. Mannheim: ZUMA e. V.

## Literatur zum Handout

Heckhausen, H.; Gollwitzer, P. M. (1987): Thought contents and cognitive functioning in motivational versus volitional states of mind. *Motivation and Emotion*. 11, 101-120.

Achtziger, A.; Gollwitzer, P. M. (2006): Volition und Motivation im Handlungsverlauf. In J. Heckhausen & H. Heckhausen (Hrsg.), *Motivation und Handeln*. 227-302. Heidelberg: Springer.

Prochaska, J. O.; Velicer, W. F. (1997): The Transtheoretical Model of Health Behavior Change. *American Journal of Health Promotion* 12(1): 38-48.

Zobrist, P.; Klug, W. (2013): *Motivierte Klienten trotz Zwangskontext*. München: Ernst Reinhardt

Heidenreich, T., Hoyer, J. & Fecht, J. (2001). Veränderungsstadien-Skala. In: F. Rist, H. Kufner, A. Glöckner-Rist & P. Schmidt (Hrsg.). *Elektronisches Handbuch für Erhebungsinstrumente im Suchtbereich*. Version 1.00. Mannheim: ZUMA e. V.

Heidenreich, T. (2000). *Intrapsychische Konflikte und Therapiemotivation in der Behandlung der Substanzabhängigkeit*. Regensburg: Roderer.

Faude-Koivisto, T.; Gollwitzer, P. (2011): Wenn-Dann Pläne: eine effektive Planungsstrategie aus der Motivationspsychologie. In: Birgmeier, Bernd (Hg.): *Coachingwissen. Denn sie wissen nicht, was sie tun?*

VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden 2009 S. 207-225

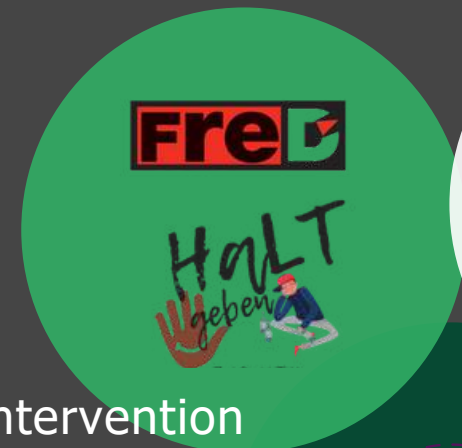
Workshop

# Arbeit mit Alkohol- und Cannabiskonsumierenden Jugendlichen im Spannungsfeld zwischen Freiwilligkeit und "Zwang"

HaLT Fachtag

# Rebecca Wilhelm

Gesundheitsförderung B. Sc.  
Gesundheitspsychologie M. Sc. i. A.



Frühintervention



Suchtberatung



stellv.  
Einrichtungsleitung

Theoretischer  
Input

Fallbeispiel



Zugangswege

Methodik

Vorstellung

# Agenda

**Durch diese Stellen finden Vermittlungen in die Hilfeinrichtungen statt:**

- Beratungsstellen
- Betrieb, Schule, Arbeitgeber
- Einrichtungen der Jugendhilfe
- Betreutes Wohnen
- Jugendamt
- Keine, Selbstmelder
- Polizei, Justiz
- Soziales Umfeld
- stationäre Suchthilfeeinrichtung
- Arzt, medizinische Einrichtung



# Workshop



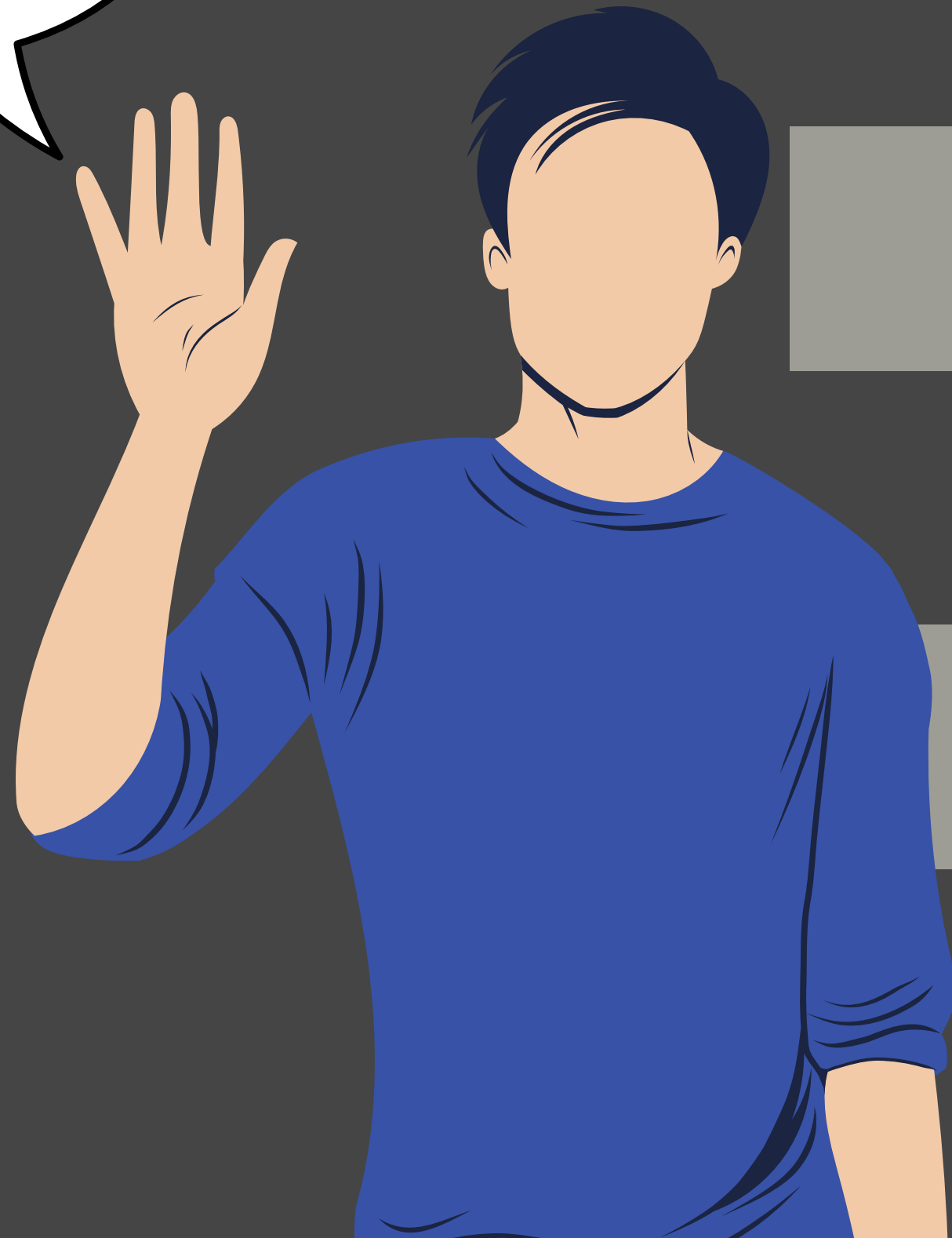
Vermittelt durch:	Alkohol	Cannabis	Kokain Stimulanzien	Opioide Sedativa	Medien- nutzung	Glücksspiel	Sonstiges	keine Angabe	Summe gesamt	Summe ohne k.A.
Ambulante Suchthilfe / Beratungsstellen	54	40	16	38	3	3	4	18	176	158
Betrieb, Schule, Arbeitgeber	21	34	6	2	4	2	3	17	89	72
Einrichtungen der Jugendhilfe	17	47	3	1	1	0	1	9	79	70
Betreutes Wohnen	17	42	13	25	0	2	0	15	114	99
Jugendamt	34	58	16	6	0	0	3	30	147	117
Keine, Selbstmelder	642	504	319	484	27	76	16	705	2773	2068
Polizei, Justiz	68	467	40	24	1	0	4	46	650	604
Soziales Umfeld	84	139	46	24	15	6	4	86	404	318
Stationäre Suchthilfeeinrichtung	108	47	54	51	2	1	5	33	301	268
Arzt, medizinische Einrichtung	95	50	21	131	3	2	1	39	342	303
Sonstiges	85	30	23	35	2	0	2	43	220	177
Keine Angabe zur Vermittlung	15	16	7	33	2	0	1	80	154	74
	<b>1240</b>	<b>1474</b>	<b>564</b>	<b>854</b>	<b>60</b>	<b>92</b>	<b>44</b>	<b>1121</b>	<b>5449</b>	<b>4328</b>

# Workshop



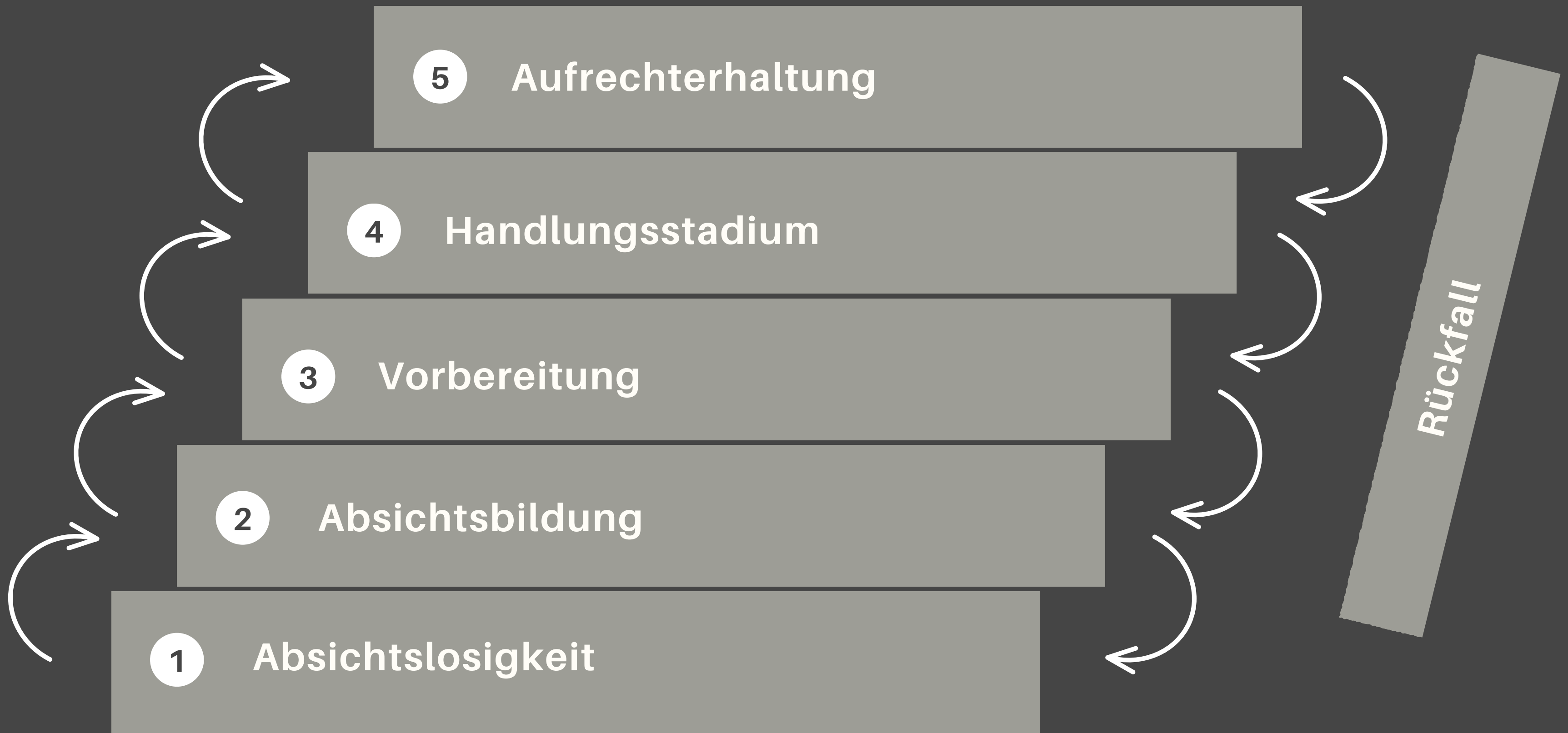
Altersgruppen	Alkohol	Cannabis	Kokain Stimulanzien	Opioide Sedativa	Medien- nutzung	Glücksspiel	Sonstiges	keine Angabe	Summe gesamt	Summe ohne k.A.	Anteil Cannabis
unter 16 Jahre	8	94	4	3	10	1	3	42	165	123	76,4%
16-17 Jahre	34	216	7	9	5	4	6	48	329	281	76,9%
18-21 Jahre	61	396	25	21	5	5	7	71	591	520	76,2%
22-26 Jahre	75	306	84	60	14	16	8	61	624	563	54,4%
27-34 Jahre	168	198	128	118	17	36	7	66	738	672	29,5%
35-44 Jahre	251	120	191	275	4	16	5	91	953	862	13,9%
45-54 Jahre	265	39	60	251	3	8	4	99	729	630	6,2%
55-64 Jahre	219	10	18	91	1	10	0	56	405	349	2,9%
alter als 64 Jahre	64	0	3	11	0	4	0	12	94	82	0,0%
keine Altersangabe	24	4	4	6	1	0	1	6	46	---	
	<b>1169</b>	<b>1383</b>	<b>524</b>	<b>845</b>	<b>60</b>	<b>100</b>	<b>41</b>	<b>552</b>	<b>4674</b>	<b>4082</b>	<b>33,8%</b>

Hi, ich  
bin Jan!



Beratungsmotivation

Veränderungsmotivation



PSYCHOLOGISCHE-BERATUNG-IM-NETZ.DE



Das transtheoretische Modell

---

oder

wie wir unsere Verhaltensgewohnheiten ändern



# 1 Absichtslosigkeit

Ja, Ja der Alkohol. ...  
andere trinken mehr als  
ich

Ich war schon in der  
Suchtberatung, aber die  
konnten mir auch nicht  
helfen

An meinem Verhalten  
kann ich sowieso nichts  
ändern

## 2 Absichtsbildung

Meine Lebensgefährtin  
würde sich trennen,  
wenn ich in eine  
stationäre Therapie gehe

Ich würde ja eine  
stationäre Therapie  
machen, aber mein  
Hund...

Ich würde ja was  
machen, aber ich weiß  
nicht wie

### 3 Vorbereitung

mir wird ganz schlecht,  
wenn ich daran denke

Wie sieht so eine  
Therapie genau aus?

Was muss ich machen,  
um eine Therapie  
wahrzunehmen?

*Wir müssen einschätzen, auf welcher Stufe sich der Klient gerade befindet und ihn dabei unterstützen, von der einen Stufe in die nächste zu gelangen. Dafür benötigen wir stufengerechte Interventionen.*



Einblick in: Motivierte Klienten  
trotz Zwangskontext.  
Tools für die Soziale Arbeit  
(Klug/Zobrist)

**Modul A -  
Orientierung**

**Modul B - Klärung des  
Veränderungsthemas**

**Modul C - Stärkung  
der Veränderungs-  
bereitschaft**

**Modul D -  
Zielentwicklung  
und Planung**

**Modul E -  
Monitoring**



**1 Absichtslosigkeit**

**2 Absichtsbildung**

**3 Vorbereitung**

**4 Handlungsstadium**

**5 Aufrechterhaltung**

## Modul A

### Fragebogen VSS

Der Fragebogen darf durch den Klienten erst ausgefüllt werden, wenn das zentrale Veränderungsthema identifiziert wurde. Die Fragen beziehen sich immer auf ein konkretes Thema.

Der Fragebogen dient der Fachkraft als weiteren Hinweis zur Einschätzung der Motivation.

Die Punkte der vier Subskalen (Absichtslosigkeit, Absichtsbildung, Vorbereitung/Handlung und Aufrechterhaltung) werden gezählt. Die, mit der höchsten Punktzahl, charakterisiert das Veränderungsstadium

		überhaupt nicht zu- treffend	ein wenig zutreffend	ziemlich zutreffend	stark zu- treffend	sehr stark zutreffend
1.	Ich habe persönlich keine Probleme, die verändert werden müssten.	0	1	2	3	4
2.	Ich denke, ich bin jetzt so weit, dass ich mich in einigen Bereichen verbessern könnte.	0	1	2	3	4
3.	Ich bin dabei, etwas gegen die Probleme zu tun, die mich belastet haben.	0	1	2	3	4
4.	Es könnte sich lohnen, an meinem Problem zu arbeiten.	0	1	2	3	4
5.	Ich bin kein Problemfall; deshalb macht es keinen Sinn für mich, dass ich hier bin.	0	1	2	3	4
6.	Ich mache mir Sorgen, ich könnte wieder in ein Problem geraten, das ich schon verändert habe, deshalb suche ich hier Hilfe.	0	1	2	3	4
7.	Endlich tue ich etwas gegen mein Problem.	0	1	2	3	4
8.	Ich habe schon daran gedacht, etwas an mir zu verändern.	0	1	2	3	4
9.	Ich habe mit Erfolg an meinem Problem gearbeitet, aber ich weiß nicht, ob ich alleine weiterhin durchhalten kann.	0	1	2	3	4
10.	Manchmal ist mein Problem schwierig, aber ich arbeite daran.	0	1	2	3	4
11.	Hier zusein ist eine ziemliche Zeitverschwendung für mich, weil das Problem nichts mit mir zu tun hat.	0	1	2	3	4

# Was mache ich mit dem Wissen?



# Was mache ich mit dem Wissen?

Im Schulkontext anwenden



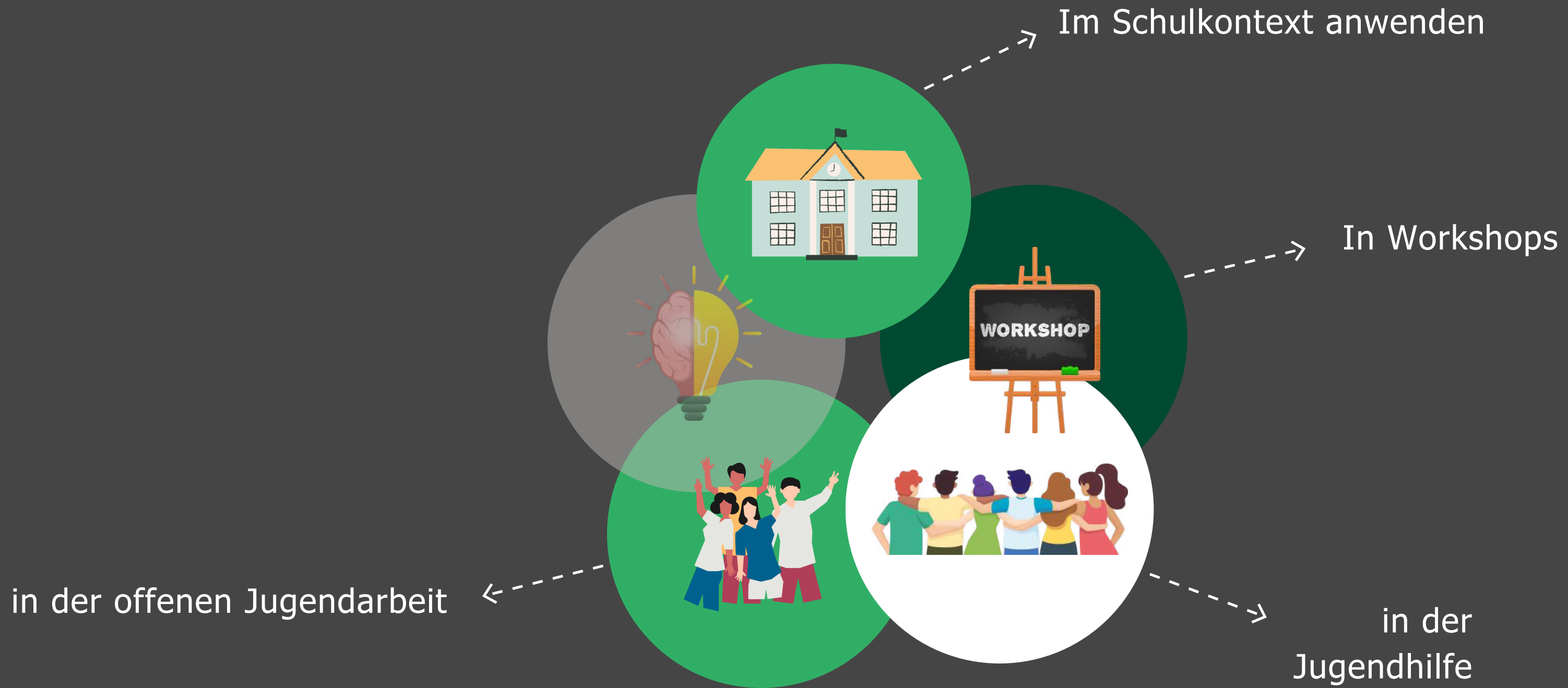
# Was mache ich mit dem Wissen?



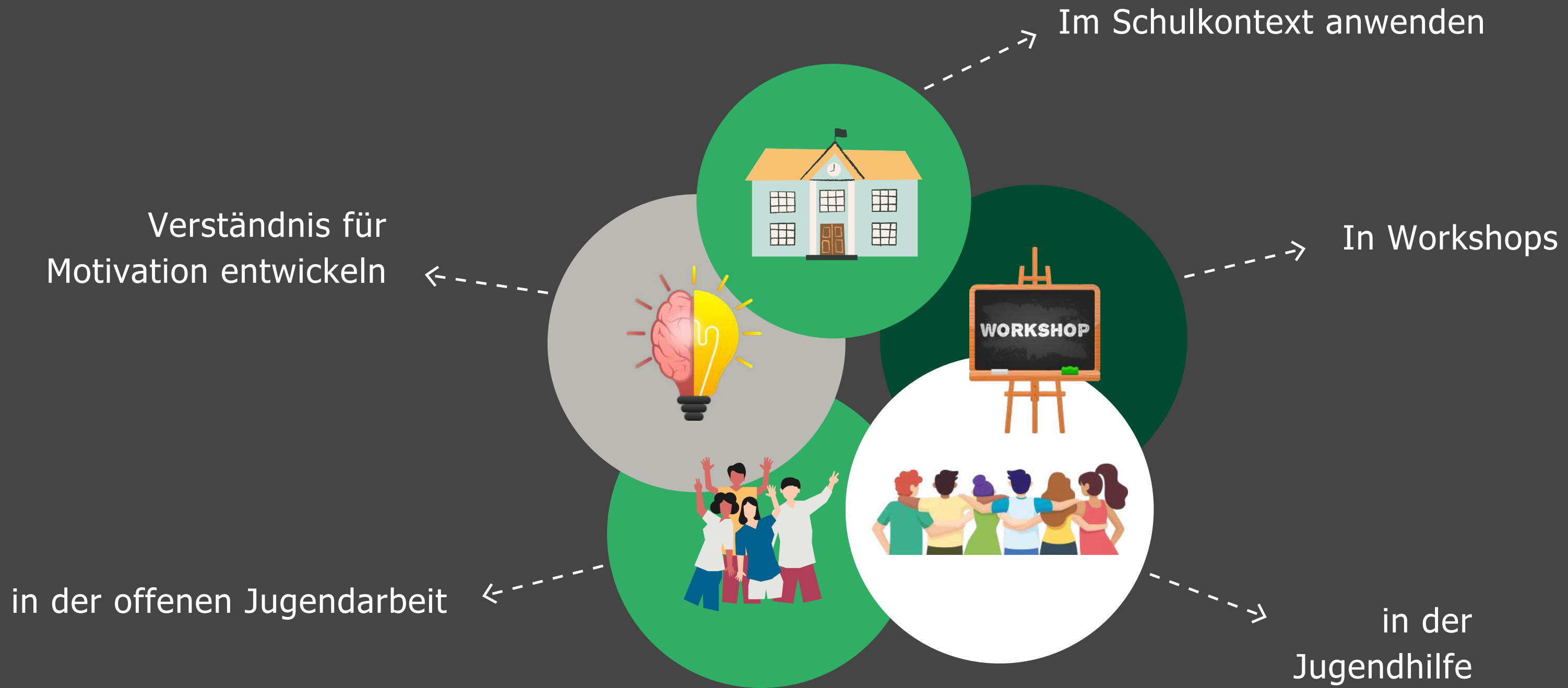
# Was mache ich mit dem Wissen?



# Was mache ich mit dem Wissen?



# Was mache ich mit dem Wissen?



# Anwendung in der Praxis



## **Austausch in Kleingruppen**

10 Minuten Zeit zum Austauschen

3 Minuten präsentieren pro Gruppe.

Danach folgt eine kurze Abschlussrunde.

Workshop

# Gibt es Fragen



## ANSPRECHPARTNERIN

Rebecca Wilhelm  
Rebecca.Wilhelm@jj-ev.de

Linda Uhl  
Linda.Uhl@jj-ev.de



# FALLBEISPIEL 1

Gruppe konsumierender  
Jugendlicher  
im Jugendzentrum

Absichtslosigkeit

Schade, dass ihr nicht  
mehr mitkocht,  
ihr fehlt was ist  
denn los?

individuelle Motive  
für Konsum finden

Ansprechen auf  
körperliche Anzeichen  
z.B. rote Augen  
Hast Du Hunger  
erzählt die Gruppe

Einzel ansprechen

Nüchternen Moment  
abpassen

→ persönl. Gespräch

Beziehungsarbeit  
stärken

BONDING

Was glaubst du,  
was die anderen jetzt  
denken, oder fühlen

Invitation

Zieloffene

Suchtarbeit  
- Akzeptanz -

Weg von

Abstinenzorientierung

# FALLBEISPIEL 2

## Schülerin oft bekifft im Unterricht

Absichtsbildung

Dynamik  
beachten

Hinterstände für  
Konsumverhalten:  
- Überforderung  
- Selbstwahrnehmung

INFOMATERIAL zum  
Konsum TEILEN  
Motivieren nicht aufzugeben

mögl. Gespräch mit  
Fachkraft

Reflexion

Motivation zum  
Aufhören:  
↳ Schulabschluss  
↳ Verheiratung  
↳ Lebensziele

Setting  
anpassen

Nach Gründen fragen:  
Warum konsumierst  
du?

# FALLBEISPIEL 3

## Workshop zum Thema Cannabis

Absichtslosigkeit

### Vertrauen

- ohne Lehrkraft
- ext. Ort
- Eis brechen (Lebendige Statistik)

regional  
online  
Entscheidungszugang

### Realität schaffen

- pro & contra
- Wieso, Warum, Weshalb
- Gefahren / Risiken
- neutral Wissen schaffen

### Mengruppen / ohne Lehrkraft

- Folge nach Zufriedenheit mit Konsum / Folge nach Zukunftsvision / alle Befinden / Ressourcen

gemeinsames Erleben von Risiken / pädagog. Spiele: Ressourcen, Selbstwert -> wie sehe ich mich? / weiterführende Angebote