



Wie motiviere ich den Patienten zur Veränderung?

Bruno Müller^a, Hugo Saner^b

^a Privatpraxis, Bern, ^b Abteilung für Kardiovaskuläre Prävention und Rehabilitation, Inselspital, Bern

Quintessenz

- Die Phasen einer Verhaltensänderung wurden von Prochaska und DiClemente bereits 1983 anschaulich dargestellt.
- Nach dem Prochaska/DiClemente-Modell vollzieht sich jede Veränderung in einer Abfolge von fünf bis sieben Schritten: Präkontemplation (Absichtslosigkeit), Kontemplation (Absichtsbildung), Vorbereitung, Handlung, Aufrechterhaltung, Rückfall, im Idealfall gefolgt von erneuter Aufrechterhaltung und schliesslich Termination.
- Hauptfehler in der Motivationsarbeit ist, dass das Stadium, in dem sich der Patient befindet, oft unberücksichtigt bleibt.
- Motivation zu einer Verhaltensänderung beginnt deshalb mit der Frage: In welcher Phase der Veränderung befindet sich der Patient (Stadienzuordnung)?
- Die ärztliche Intervention muss dann dem jeweiligen Stadium angepasst werden. Sie hat zwei Prioritäten: erstens soll der Patient in seiner Verhaltensänderung vorankommen, und zweitens strebt man eine Stärkung der Selbstwirksamkeit des Patienten an.

Summary

Motivating the patient for behavioural change

- *The stages of behavioural change were described in graphic terms by Prochaska and DiClemente as long ago as 1983.*
- *According to the Prochaska/DiClemente model each change takes place in a sequence of five to seven stages: precontemplation (not considering change), contemplation (intention forming), preparation, action, maintenance, relapse, followed in the ideal case by renewed maintenance and finally termination.*
- *The chief error in the work of motivation is failure to take the stage reached by the patient into account.*
- *Hence motivation for behavioural change starts with the question: what stage of change has the patient reached (staging)?*
- *The doctor's intervention must be adapted to the particular stage. There are two priorities for this: first, the patient should move forward in changing his lifestyle, and second, the aim should be to reinforce the patient's self-efficacy.*

Einführung

Pädagogen haben im Umgang mit Auszubildenden längst erkannt, dass die Tür «immer von innen» geöffnet werden muss. Diese Erkenntnis lässt sich auch auf die Arzt-Patienten-Interaktion anwenden. Eine therapeutisch positive Veränderung kann vom Arzt angeregt, muss letztlich aber vom Patienten selbst in Gang gesetzt werden. Wir können

noch so gute Motivatoren und Türöffner sein, wenn sich der Patient von innen gegen die Tür stemmt, werden unsere Bemühungen ergebnislos bleiben, oder sich gar kontraproduktiv auswirken. Wie aber erkenne ich, was sich hinter einer Tür tut? Ob der Patient sich anschickt, die Tür von innen zu öffnen (Vorbereitung – Handlung, siehe unten) oder sich entgegenstemmt (Präkontemplation), ob er gerade den Türöffnungsmechanismus studiert (Kontemplation) oder gar deprimiert hinter der Tür liegt, weil die Tür nach langem Offenstehen unverhofft wieder zugefallen ist (Rückfall). Das im folgenden vorgestellte Verhaltensänderungsmodell von Prochaska und DiClemente erlaubt uns einen «Blick durchs Schlüsselloch» im übertragenen Sinne. Und dieser Blick befähigt uns, die Motivationsarbeit mit dem Patienten gemeinsam und dabei effizienter zu gestalten. Möge der Patient die Tür selbst von innen öffnen!

Verhaltensänderungen, Allgemeines

Im medizinischen Alltag hat die Prävention längst die Intervention abgelöst. Es sind somit weniger Therapien als vielmehr Interventionen gefragt, die darauf abzielen, Krankheiten abzuwenden oder Krankheitsverläufe günstig zu gestalten. Es sind allem voran Änderungen im Lebensstil, Umstellung der Ernährung, Vermeiden von Noxen und Ausbau der körperlichen Aktivität. Umstellungen des Lebensstils sind überaus wirksam. So konnte in frappierender Übereinstimmung in zwei von drei reinen Lifestyle-Studien [1–3] eine Senkung der Konversion von Prädiabetes zu Typ-2-Diabetes um etwas über 50% erreicht werden. Die Veränderungen wurden dabei durch aufwendige Interventionen erreicht: Gewichtsreduktion, Ernährungsumstellung, physische Konditionierung, psychosomatische Betreuung. Die wenigsten Patienten können allerdings ihren Lebensstil so ändern, wie von uns Ärzten gewünscht und in den genannten Lifestyle-Studien vorgestellt wird. Einige Patienten sind zum Anfangen nicht motivierbar, andere ändern erfolgreich ihren Lebensstil und fallen einige Zeit später wieder in die alten Muster zurück. Auf Ärzteseite entsteht angesichts von Erfolglosigkeit bisweilen Resignation und Zynismus. Dabei fällt auf, dass wir Ärzte oft unpro-

fessionell Verhaltensänderungen «verordnen» und nur wenig Ausschlaggebendes über Veränderungsprozesse wissen.

Das Modell der Verhaltensänderung nach Prochaska und DiClemente

Eine Verhaltensänderung ist ein fortlaufender Prozess, der über eine Sequenz von definierten Stadien verläuft. Diese Phasen wurden von Prochaska und DiClemente bereits 1983 anschaulich dargestellt (Abb. 1 [4]). Nach deren Modell vollzieht sich eine jede Veränderung in einer Abfolge von fünf bis sieben Schritten: Präkontemplation (Absichtslosigkeit), Kontemplation (Absichtsbildung), Vorbereitung, Handlung, Aufrechterhaltung, Rückfall, im Idealfall gefolgt von erneuter Aufrechterhaltung und schliesslich Termination (in Abb. 1 nicht dargestellt).

Es mag erstaunen, dass der Rückfall dazugehört. Wie später aber ausgeführt wird, haben der Einbezug von Scheitern und die behutsame Aufarbeitung von Rückfällen hohe Priorität in der Motivationsarbeit. Motivation zu einer Verhaltensänderung beginnt mit der Frage: In welcher Phase der Veränderung befindet sich unser Patient (Stadienzuordnung)? Die ärztliche Intervention muss dem jeweiligen Stadium, in welchem der Patient sich befindet, angepasst werden (Stage Matching).

Wir wollen uns im Folgenden den einzelnen Stadien zuwenden.

Die einzelnen Stadien

Präkontemplation – Absichtslosigkeit

Patienten befinden sich in Sprechstundensituationen sehr häufig im Stadium der Absichtslosigkeit. Sie werden quasi auf dem falschen Fuss erwischt. Das Problem ist weniger, dass sie keine Lösung sehen, sondern sie sehen erst gar nicht das Problem. So sucht der Patient den Arzt auf, um einen Check-up durchführen zu lassen. Auftrag an den Arzt: sicherstellen, dass alles im grünen Bereich liegt. Findet der Arzt dann aber Abweichungen, die eine umfassende Therapie mitsamt Lifestyle-Änderungen ratsam erscheinen lassen, so führt das zu Inkongruenz der Bewertung zwischen Arzt und Patient. Der Patient sagt sich: die Check-up-Untersuchung hat gravierende Erkrankungen ausschliessen können. Gegenüber einer Lifestyle-Änderung bleibt er möglicherweise absichtslos. Der Arzt dagegen ist in der Regel voller Absichten. Die ärztliche Intervention der ersten Wahl muss somit Absichtsbildung bezwecken: *Fänden Sie es nicht attraktiv, wenn Sie sich mehr bewegen könnten? Haben Sie sich ohne morgendlichen Raucherhusten nicht besser gefühlt?* Hauptschwierigkeit jeder Motivationsarbeit ist das Überführen eines Patienten aus der völligen Absichtslosigkeit in das Stadium der Absichtsbildung [5]. Dies kann z.B. durch Verführung, Arbeiten mit dem eigenen Vorbild oder durch Anwendung des Prinzips der sozialen Bewährtheit gelingen. Gerade das Prinzip der sozialen Bewährtheit ist überaus effizient. Klassisches Beispiel für ein solches Vorgehen: *«Auch mein Vater»* – so der Arzt – *«leidet unter Hypercholesterinämie wie Sie. Er hat sich einige Jahre gegen eine Behandlung gesträubt. Als dann aber eine Ultraschalluntersuchung der Halsschlagadern gefährliche Veränderungen aufgezeigt haben, hat er prompt seine Ernährung umgestellt, mit Nordic Walking angefangen und letztlich auch das Rauchen aufgegeben. Mit diesen Bemühungen ist es meinem Vater gelungen, seinen Cholesterinwert abzusenken. Es geht im heute deutlich besser.»*

Die häufigste Reaktion von uns Ärzten ist eine nicht phasengerechte: Wir geben Ratschläge, wie das Körpergewicht reduziert werden kann, wir versorgen den Patienten mit Dokumentationen über fettarme Ernährung usw. Ergebnis einer solchen Arzt-Patienten-Intervention ist meist Widerstand. Widerstand aber ist nicht ein Patientenmerkmal, sondern ein Feedback auf unsere Arbeit. Widerstand entsteht dann, wenn eine Intervention nicht einer Verhaltensphase angepasst ist. Es ist aber bei diesem ersten Schritt viel wichtiger, Widerstand zu vermeiden, als positive Stellungnahmen seitens des Patienten zu erreichen. Freuen wir uns doch unverhohlen mit dem Patienten über die günstigen Resultate des Checkup und ermutigen wir ihn sachte, sich dem Thema Blutfette gegenüber zu öffnen.

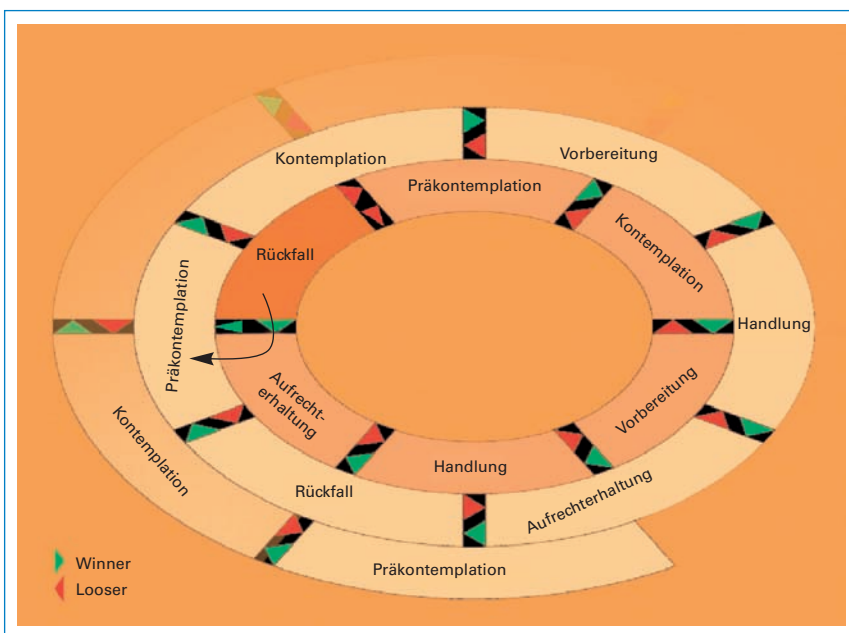


Abbildung 1

Eine Verhaltensänderung ist ein fortlaufender Prozess, der über eine Sequenz von definierten Stadien verläuft. Nach dem Modell von Prochaska und DiClemente vollzieht sich jede Veränderung in einer Abfolge von fünf bis sieben Schritten: Präkontemplation (Absichtslosigkeit), Kontemplation (Absichtsbildung), Vorbereitung, Handlung, Aufrechterhaltung, Rückfall, im Idealfall gefolgt von erneuter Aufrechterhaltung und schliesslich Termination (in der Abbildung nicht dargestellt).

Kontemplation – Absichtsbildung

«Contemplators» sind drauf und dran, ihre positive Bewertung des aktuellen Lebensstils oder des Status quo in Frage zu stellen. Sie stehen einer Verhaltensänderung optimistisch entgegen und haben ihre ursprüngliche Skepsis oder aber ihren Widerstand aufgegeben. Metaphorisch betrachtet sind «Contemplators» Menschen, die den Öffnungsmechanismus von Türen studieren, man muss sie jetzt nur noch dazu bringen, die Tür auch aufzustossen. Anders betrachtet sind es Klienten, die vor dem Schaufenster stehen bleiben, die Auslage betrachten, aber aus verschiedenen Gründen noch nicht dazu übergehen, das Verkaufsgeschäft zu betreten. Aus eigener Erfahrung wissen wir, wie fragil der interne Entscheidungsgenerator in einer solchen Phase ist. Kleinigkeiten vermögen den Klienten zu dieser oder zu jener Entscheidung bringen. Die leiseste Unsicherheit oder aber eine unbedachte Äusserung – und der Klient geht vorbei und lässt das Geschäft links liegen. In der Phase der Absichtsbildung ist Behutsamkeit angesagt, umsichtige und aufrichtige Betreuung. Worte sollten mit Bedacht gewählt werden. Ärztliche Betriebsamkeit kann sich, wie im übrigen auch im vorherigen Stadium, kontraproduktiv auswirken. Somit ist auch erklärt, weswegen der übermotivierte Arzt in der Phase der Kontemplation oft keinen grossen Erfolg erzielt. Behandlungsmotto heisst: keinen Druck aufsetzen und Geduld walten lassen. «Contemplators» sind auf dem Weg zur Vorbereitung, man darf sie jetzt nur nicht in eine andere Richtung lenken.

Vorbereitung

In diesem Stadium informieren sich Patienten über Möglichkeiten der Veränderung. Dies geschieht meist ganz konkret: Was existieren für Sportvereine an meinem (neuen) Wohnort, wie gelange ich zu Informationen über das Weight-Watchers-Programm, was kostet mich ein Nordic-Walking-Kurs, oder wie teuer ist ein Abonnement im Fitnesszentrum? Wer würde mich dabei begleiten? Patienten wägen ab, was sie sich zumuten wollen und können. In diesem Stadium ist Empathie hilfreich. Emotionale und kognitive Veränderungsprozesse werden mit- und nachempfunden, und in einem nächsten Schritt verstärkt. Besonders hilfreich ist in der Vorbereitungsphase die Haltung der Ermutigung [6]. Gelungene Ermutigung erhöht das Gefühl von Selbstachtung und stärkt das Gefühl von Selbstwirksamkeit, bekräftigt somit den Glauben an die eigenen Fähigkeiten. Ermutigende Aussagen sind beispielsweise: «Schön, dass Sie sich Zeit genommen haben, sich ein Fitnesszentrum anzuschauen», «das Rückenübungsbuch, das Sie sich besorgt haben: Das ist eine überaus überlegte, intelligente Wahl» oder: «Ich sehe, Sie haben Anstrengungen für eine Diät unternommen und sich dieses wirklich tolle Buch zur Trennkost gekauft.» Wie J. Frick in seinem

Buch «Die Kraft der Ermutigung» ausführt, sind Menschen dank fortgesetzter Ermutigung entwicklungsfähig, ohne Ermutigung dagegen oft nicht sehr veränderungsfähig [6]. Gelungene Ermutigung setzt einen positiven Kreislauf in Gang, woraus ein Gefühl von gesteigerter Selbstwirksamkeit resultieren kann.

Diese Form der Motivationsarbeit behagt uns oft am meisten. Sie ist psychologisch wenig aufreibend, dankbar, führt zu schnellen Veränderungen, und birgt eigentlich nur zwei Risiken in sich: Der Patient kann aus intrinsischen Gründen innehalten in seinen Bemühungen, was oft auf eine Ambivalenz zurückgeführt werden kann. In dieser Situation ist weitere Begleitung mit umsichtigem Abwägen von Pros und Kontras wichtig. Häufiger aber ereignet sich etwas im Leben des Patienten, was die geplante Lebensstilveränderung nunmehr in ihrer Priorität herabsetzt. Der Verlust der Arbeitsstelle, der Tod eines Partners, all dies lässt erwogene Veränderungen in den Hintergrund rücken. In einer solchen Situation sind wir gut beraten, das neue Veränderungs-Tempo zu akzeptieren und dem Patienten hilfreich zur Seite zu stehen.

Handlung

Patienten haben die Stadien «Präkontemplation», «Kontemplation» und «Vorbereitung» durchlaufen und verändern nun ihr Verhalten. Sie machen neue Erfahrungen. Diese sind vielfältig, von aufregend und erneut motivierend bis zwiespältig und negativ. Negative Erfahrungen rühren nicht selten vom sozialen Umfeld her. «*Wie, jetzt hast auch du noch angefangen, als Tollwütiger in der Gegend herumzujoggen?*» oder «*Du rauchst nicht mehr? Habe ich auch zehnmal durchlebt. Wirst schon sehen, wie das endet!*» In der Phase der Handlung sind nebst den eigenen Ressourcen, die ja erlaubt haben, erfolgreich eine Verhaltensänderung in Gang zu bringen, oft auch die Ressourcen des Umfeldes entscheidend. Ist das Umfeld der Patienten ein ermutigendes (Fremdermutigung) oder eher ein entmutigendes?

Die Phase der Handlung ist eine äusserst spannende, produktive und wechselhafte. Patienten brauchen oft weniger ärztliche Betreuung. Sie sind auf sich selbst angewiesen (Selbstermutigung) oder aber sie sind mit Interaktionen des unmittelbaren sozialen Umfeldes beschäftigt (Fremdermutigung oder -entmutigung). Noch ist nichts gewonnen, denn erst jetzt wird deutlich, was Verhaltensänderung für die betroffenen selbst sowie für deren Umgebung bedeutet!

In der Regel ist es hilfreich, in der Sprechstunde diese Erfahrungen abzufragen, empathisch anzunehmen und allenfalls durch eigenes Feedback oder durch geeignete Korrekturen einzugreifen. «*Ich könnte mir vorstellen, dass Ihr bester Freund nur deshalb so negativ auf Ihren Rauchstopp reagiert, weil er selber nicht die Kraft findet, aus der Sucht auszubrechen*», «*wahrscheinlich*

spiegelt seine Reaktion nur seine eigene Unfähigkeit und hat weniger mit Ihnen zu tun», «natürlich ist seine Haltung alles andere als ermutigend. Tadeln Sie ihn in meinem Namen dafür!»

Aufrechterhaltung

Aufrechterhaltung ähnelt in vielem der Phase «Handlung». Hauptunterschied ist die Zeitachse. Handlung wurde im Modell ursprünglich wie folgt definiert: Eine Person ändert ihr Verhalten gerade aktiv und zwar mindestens seit einem Tag und maximal seit sechs Monaten. Aufrechterhaltung zieht sich über einen längeren Zeitraum hinweg. Der Patient hat sechs Monate Handlung hinter sich. Stabilisieren der Verhaltensänderung und Vermeiden von Rückfällen ist angesagt. Die Patienten versuchen, sich selbst vor einem Rückfall zu schützen. Dabei nehmen sie gerne Hilfe an.

Von der Betreuung her ist es ausreichend, den Verhaltensprozess zu begleiten und bei Bedarf Hilfestellungen anzubieten. Das Betreuungsintervall kann dabei in aller Regel gelockert werden. Der Patient meldet sich, wenn er in kritische Phasen gerät.

Rückfall

Gelungene Veränderungen (Handlung und Aufrechterhaltung) führen vorübergehend zu Gefühlen der Euphorie, verbessern die Selbstwirksamkeit und geben Anlass zu Optimismus. Rückfälle werden im Rahmen von Veränderungen vorschnell als Misserfolge interpretiert. Sie wirken gegenteilig. Bei Rückfällen ist wichtig, dem Betroffenen aufzuzeigen, dass dies kein Misserfolg ist. Rückfälle sind inhärenter Bestandteil eines Verände-

rungsprozesses. Es ist deshalb hilfreich, bei der Aufarbeitung von Rückfällen die Abbildung 2 dem Patienten abzugeben und ihn darauf hinzuweisen, dass nur derjenige Rückfälle erleiden kann, der in seiner Veränderung weit vorgeschritten ist. So kann in Analogie dazu auch nur derjenige Konkurs mit seinem Geschäft erleiden, der überhaupt den Mut aufgebracht hat, sich an ein eigenes Geschäft zu wagen, der eine Geschäftsvision gehabt und diese Vision mit viel Energie auch umgesetzt hat. Dementsprechend gibt es unterschiedliche Wertungen von Konkursfällen. Die einen werten sie positiv. Die Chance, dass der Konkursit ein zweites Geschäft eröffnen und in Gang bringen kann, ist gegeben. Die anderen werten sie negativ, und sprechen dem Konkursiten die Potenz ab, geschäftlich Erfolg zu haben.

Positiv ist, dass es dem Patienten offensichtlich gelungen ist, mehrere Phasen einer Veränderung zu durchschreiten. Der Fokus bei der Aufarbeitung eines Rückfalls richtet sich also nicht so sehr auf die Modalitäten des Rückfalls, sondern auf die vorausgegangenen positiven Leistungen, die man zu verstärken versucht. «Und wie weiter?»

Das als Kreis formatierte Modell von Prochaska und DiClemente erweist sich dabei als sehr hilfreich: Verändern bedeutet, modellhaft die Stationen des Kreises durchlaufen, was unweigerlich dazu führt, dass man auf dem Feld «Rückfall» landet, nachdem man eine Strecke auf positiven Feldern zurückgelegt hat. Auf dem «Rückfall»-Feld angelangt, stellt sich automatisch die Frage, auf welches Feld gelangt der Patient als nächstes? Wird er zum Gewinner oder Verlierer? Der Gewinner ist der Überzeugung: Niederlagen machen mich stark. Niederlagen sind so gesehen leicht zu akzeptierende Zwischen- und Lernphasen. Der Verlierer dagegen nimmt die Niederlage zum Vorwand, den eingeleiteten Prozess abzubrechen. «Ich hab's schon immer gewusst: Ich taue nichts, die Gewichtsreduktion kann nicht gelingen. Ich hab zum vierten Mal versucht, vom Rauchen loszukommen, nun ist wieder nichts daraus geworden.» Motivationsarbeit versucht in dieser Phase, negative innere Dialoge zu identifizieren (Frick), und sie in ein positives Gespräch mit dem eigenen Selbst zu transformieren. «Jeder fällt mal auf die Schnauze, ich mach das Beste draus.»

Selbstwirksamkeit; die Erweiterung des Veränderungs-Prozess-Modells nach Prochaska und DiClemente

Bandura hat postuliert, dass die Selbstwirksamkeit (self-efficacy) der Grad ist, zu dem wir unser Selbstbild in die Tat umsetzen können. Selbstwirksamkeit spiegelt auch unsere gesamten Kompetenzen und Erfahrungen zur Lösung von Problemen. Gemäss heutiger Auffassung ist Selbstwirksamkeit nicht spezifisch trainierbar. Sie verbessert sich aber parallel zu positiven Pro-

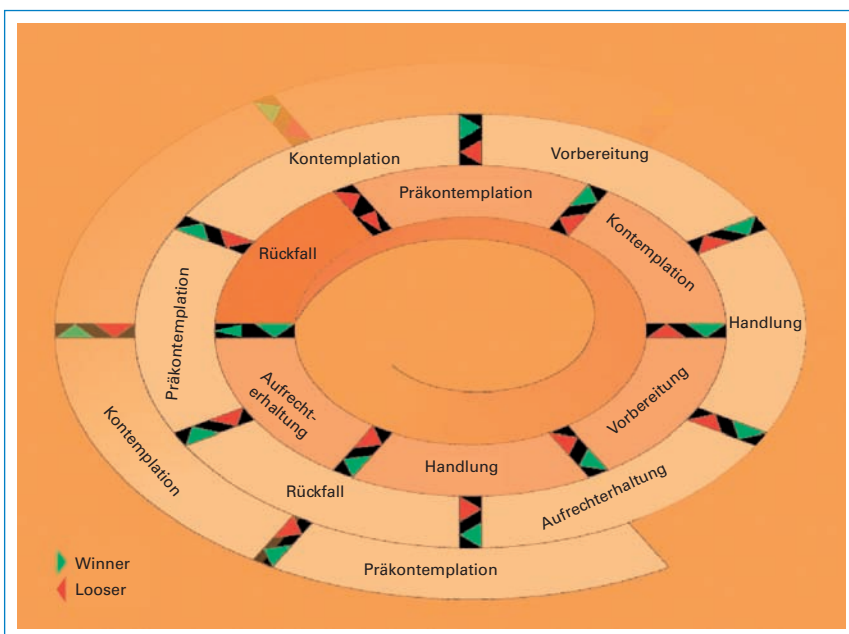



Abbildung 2

Gelungene Veränderungen (Handlung und Aufrechterhaltung) führen vorübergehend zu Gefühlen der Euphorie, verbessern die Selbstwirksamkeit und geben Anlass zu Optimismus. Rückfälle werden im Rahmen von Veränderungen als Misserfolge interpretiert. Sie wirken gegenteilig. Abbildung 2 zeigt die «negative» Dynamik von Rückfällen.

blemlösungserlebnissen. Umgekehrt führen negative Ergebnisse zu einer Schwächung der Selbstwirksamkeit. Die Kraft eines Patienten, Veränderungen anzugehen, wird quasi «ausgehöhlt». Dies ist in Abbildung 3  dargestellt. Motivationsarbeit muss somit mit hoher Priorität Patienten davor schützen, Rückfälle zu erleiden oder aber, die Rückfälle müssen aufgearbeitet werden. Andernfalls kommt es zur Abnahme der Selbstwirksamkeit, was die Chancen beträchtlich reduziert, künftig erfolgreich Veränderungen vorzunehmen.

Der Umstand, dass das Konzept der Selbstwirksamkeit bei der Adipositas-Beratung oft unberücksichtigt bleibt, mag erklären, weshalb Misserfolge in diesem Beratungssektor geradezu grassieren. Adipöse setzen sich selber oft unrealistisch hohe Ziele, die sich an Nichtadipösen, an Schönheitsidealen oder aber an den hohen Erwartungen von uns Ärzten orientieren. Die durch zu hohe Erwartung vorprogrammierten und wiederholten Rückfälle (Weight-Cycling) führen zur kritischen Abnahme der Selbstwirksamkeit. Die daraus resultierende geringe Selbstwirksamkeit ist eine mögliche Erklärung für den unerhörten Glauben an Diätatgeber in der Bunten Presse, an Heilsbringer oder obskure Diättempfeler. Lieber glaubt man an den immer neuesten Diättrend, statt auf die eigene Gewichtskontrolle zu vertrauen. Die Autorität zur Gewichtskontrolle wird nicht mehr innen (Selbstwirksamkeit), sondern aussen gesucht.

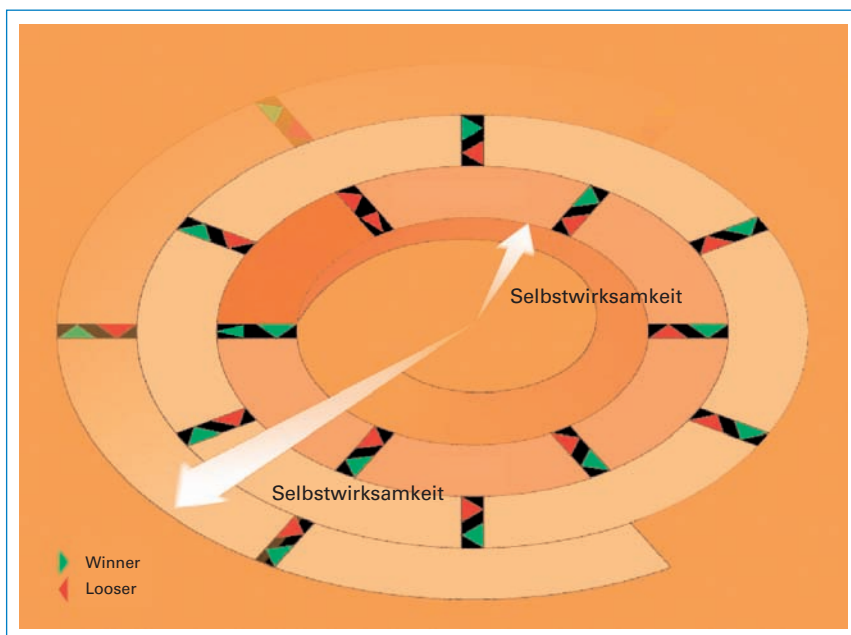


Abbildung 3

Verhältnis zwischen Selbstwirksamkeit und Gelingen bzw. Misslingen von Verhaltensänderungen. Selbstwirksamkeit spiegelt unsere gesamten Kompetenzen und Erfahrungen zur Lösung von Problemen. Selbstwirksamkeit verbessert sich parallel zu positiven Problemlösungserlebnissen. Umgekehrt führen negative Ergebnisse im Veränderungsprozess zur Schwächung der Selbstwirksamkeit.

Schlussfolgerung

Hauptfehler in der Motivationsarbeit ist, dass das gegenwärtige Stadium des Patienten meist unberücksichtigt bleibt. Oft wird ein Patient über eine konkrete Umsetzung von Veränderungen beraten, ohne zu berücksichtigen, dass er sich erst in der Phase der Absichtsbildung oder – noch gravierender – der Absichtslosigkeit befindet. Überzeugungsarbeit beginnt somit mit der Evaluation, in welcher Phase der Veränderung sich der Patient befindet. Das Veränderungs-Prozess-Modell von Prochaska und DiClemente hilft, die entsprechenden Phasen zu differenzieren. In einem nächsten Schritt erfolgt die phasengerechte Motivationsarbeit. Dabei beachten wir zwei Prioritäten: Der Patient soll in seiner Veränderung gut vorankommen und eine Stärkung der Selbstwirksamkeit soll angestrebt werden. Die Verbesserung der Selbstwirksamkeit erhöht die Chance, weitere Veränderungen anzugehen und erfolgreich zu beenden. Ein besonderes Augenmerk gilt der Rückfallphase. Rückfälle gehören zu Veränderungen. Positiv betrachtet können sie einen Patienten stärken und ihn zum Gewinner machen. Im negativen Fall führen Rückfälle in eine Negativspirale mit primärem Versagen und sekundärer Schwächung der Selbstwirksamkeit. Dies kann ein weiteres Versagen nach sich ziehen.

Die Phasen anhand von Beispielsätzen des Patienten

Absichtslosigkeit

Der Arzt zum Patienten: *Die Untersuchungen haben ergeben, dass Sie grundsätzlich gesund sind. Einzig das Cholesterin ist zu hoch und der Blutzucker in einem Grenzbereich. Da Sie unter leichtem Übergewicht leiden, wäre es ratsam, auf eine Gewichtsreduktion hinzuarbeiten. Wie stehen Sie dazu?*

Patient (verlegen grinsend): *Hab auch schon davon gehört, war aber bis anhin eher der Meinung, dass das Frauensache ist ... sich mit den Kilos zu beschäftigen, meine ich.*

Absichtsbildung

Patient: *Komisch, Sie sind jetzt – seit ich vierzig geworden bin – bereits die dritte Person, die mich auf mein Übergewicht aufmerksam macht. Was würde sich Ihrer Meinung nach ändern oder verbessern, wenn ich – sagen wir – drei Kilogramm abnehmen würde?*

Vorbereitung

Patient: *Mein leichtes Übergewicht beschäftigt mich eigentlich schon seit längerem. Erst kürzlich habe ich mich deshalb bei einem Fitness-Zentrum umgeschaut. Die hatten Tag der offenen Tür. Das ganze hat bei mir einen guten Eindruck hinterlassen.*

Handlung

Patient: *Ich bin eigentlich seit acht Monaten dabei, das Gewicht leicht zu reduzieren. Sieht man mir das nicht an? Drei Kilogramm habe ich geschafft. Meinen Sie, dass dieses Tempo ausreichend ist?*

Aufrechterhaltung

Patient: *Ich bin schon einiges leichter als vor zwei Jahren. Damals habe ich mir Nordic-Walking-Stöcke gekauft und mich an einem Kurs beteiligt. Während über zwölf Monaten habe ich mindestens einmal die Woche Nordic Walking gemacht, und eigentlich mit recht viel Spass. In dieser Zeit*

habe ich vier Kilo abgenommen. Seit sechs Monaten bin ich aber nur noch sporadisch dabei. Irgendwie droht das ganze einzuschlafen. Es ist mir überhaupt nicht klar, was da abläuft.

Rückfall

Patient: *Ach, kommen Sie mir nicht damit. Ich habe schon viele Male versucht, abzunehmen, was immer auch wieder gelungen ist. Das letzte Mal vor über einem Jahr. Mit PreCon habe ich 7 Kilo verloren, um alles wieder zuzunehmen, wie im übrigen auch bei den vorangehenden Versuchen. Für mich ist das einfach nicht zu schaffen!*

Literatur

- 1 Pan XR, Li GW, Hu YH, Wang JX, Yang WY, An ZX, et al. Effects of diet and exercise in preventing NIDDM in people with impaired glucose tolerance. The Da Qing IGT and Diabetes Study. *Diabetes Care*. 1997;20:537–44.
- 2 Tuomilehto J, Lindstrom J, Eriksson JG, Valle TT, Hamalainen H, Ilanne-Parikka P, et al.; Finnish Diabetes Prevention Study Group. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Engl J Med*. 2001;344:1343–50.
- 3 Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, Hamman RF, Lachin JM, Walker EA, Nathan DM; Diabetes Prevention Program Research Group. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med*. 2002;346:393–403.
- 4 Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviours. *Am Psychol*. 1992;47:1102–14.
- 5 Peter De Jong, Insoo Kim Berg. *Lösungen (er-)finden*. Verlag modernes lernen. Dortmund.
- 6 Frick J. *Die Kraft der Ermutigung*. Huber Verlag. 2007.

Korrespondenz:

Dr. Bruno Müller
FMH für Innere Medizin
Endokrinologie und Diabetologie
Thunstrasse 13
CH-3005 Bern
b.mueller@hin.ch