

Zeitschrift: SuchtMagazin

Band: 42 (2016)

Heft: 6

Artikel: MI 13 : Motivational Interviewing entwickelt sich weiter

Autor: Schmid, Otto / Müller, Thomas / Fehr, Stephanie

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-800377>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 22.11.2024

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

MI 3: Motivational Interviewing entwickelt sich weiter

Motivational Interviewing (MI) hat sich in den letzten 30 Jahren kontinuierlich weiterentwickelt. Anstelle einer direkten Umsetzung des Transtheoretischen Modells wird vielmehr das Paradigma der Ambivalenzorientierung vertreten. Neu werden vier Prozesse definiert, welche aufeinander aufbauen. MI anzuwenden erfordert den flexiblen, strategischen Einsatz einiger kommunikativer Kernkompetenzen, die für alle Prozesse relevant sind und die gesamte Beratung hindurch angewandt werden.

Otto Schmid

Dr. phil., Leiter Suchtcoach Institut, Mitglied «Motivational Interviewing Network of Trainers» (MINT), Bellinzonastr. 8, CH-4059 Basel, Tel. +41 (0)79 242 70 30, otto.schmid@suchtcoach.ch, www.suchtcoach.ch, www.stigmatafrei.ch

Thomas Müller

Mitarbeiter des Fachteams Staatsbeiträge und Projektmanagement und Mittler im öffentlichen Raum der Abteilung Sucht des Gesundheitsdepartements des Kantons Basel-Stadt, sowie ausgebildeter Auditor für Managementsysteme und Vorstandsmitglied des Vereins Stigmatafrei, thomas.muellerz@bs.ch

Stephanie Fehr

M. Sc., Suchttherapeutin, klinische Psychologin im Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich und Vizepräsidentin des Vereins Stigmatafrei, stephanie.fehr@puk.zh.ch

Schlagwörter: Motivierende Gesprächsführung | Transtheoretische Modell | Ambivalenz |

Was ist neu?

Die 3. Auflage von Motivational Interviewing¹ ist nun dreissig Jahre nach dem ersten Aufsatz von William Millers «Motivational interviewing with problem drinkers»² erschienen. Der damals noch junge Stephen Rollnick war begeistert von diesem Artikel und gemeinsam entwickelten sie dieses Konzept in den nächsten Jahrzehnten kontinuierlich weiter.

Das Vorgehen ist im neuen Konzept insgesamt konkreter aufgebaut und klarer begründet, über 90 Prozent des gesamten Textes wurden neu geschrieben. Massgeblich bestimmt wurde die Weiterentwicklung von drei Faktoren: den Ergebnissen psycholinguistischer Studien, der Etablierung der Codierungsanalysen von Therapiegesprächen³ und dem Austausch der im internationalen Motivational Interviewing Network of Trainers (MINT) zusammengeschlossenen TrainerInnen.⁴

In der ersten, 1991 erschienenen Ausgabe lag der Schwerpunkt noch stark auf der Beratung von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen. Bereits die zweite, 2002 erschienene Auflage unterschied sich stark von der ersten und es wurde ein breiteres Spektrum von Problemfeldern, in denen es um Veränderungen geht, beschrieben. Die dritte Auflage hat nun eine noch grössere Bandbreite von Veränderungen aufgenommen und weitere Problemfelder miteinbezogen.

Bisher wurde Motivational Interviewing (MI) in zwei Phasen (Aufbau von Veränderungsbereitschaft und Stärkung der Selbstverpflichtung) eingeteilt. Als Grundlage dazu dienten vier Prinzipien und fünf Strategien. Die Prinzipien werden neu als vier allgemeine Prozesse beschrieben, die als Grundelemente zum MI-Ansatz gehören: Beziehungsaufbau, Fokussierung, Evokation und Planung. Anhand dieser Prozesse ist die Gliederung des Konzepts aufgebaut. Dieses prozessuale Modell verdeutlicht somit die praktische Anwendung.

Die bisher beschriebenen Strategien werden neu als Kernkompetenzen definiert. Wie später dargestellt wird, handelt es sich jedoch nicht nur um rein terminologische Veränderungen, vielmehr werden die Methoden verfeinert, weiterführend definiert und praxisnah vorgestellt. So wird auch die Grundhaltung oder der sogenannte «Spirit» von Motivational Interviewing nicht nur ausführlicher beschrieben, sondern auch weiterentwickelt und durch den Aspekt des Mitgefühls als wichtiges Element der humanistischen Sichtweise ergänzt.

Weiter entfällt der Begriff Widerstand ganz. «Sustain Talk» (alle Äusserungen, mit denen die KlientInnen signalisieren, dass sie den Status quo einer Veränderung vorziehen) wird als Gegenteil von «Change Talk» (alle sprachlichen Äusserungen, die in Richtung eines bestimmten Veränderungsziels hinweisen) neu eingeführt. Change Talk und Sustain Talk verdeutlichen somit die beiden Pole der Ambivalenz. Diese beiden Seiten grenzen sich von Anzeichen für Dissonanz (früher allgemein als Widerstand bezeichnet) in der Beziehung zwischen KlientIn und TherapeutIn deutlich ab.

Neu wird der Begriff Motivational Interviewing auch nicht mehr mit «Motivierende Gesprächsführung» übersetzt (Ausnahme: im Titel). Der englische Name «Motivational Interviewing» oder abgekürzt MI findet auch in der deutschen Version Anwendung, da es in der deutschen Sprache keine geeignete Entsprechung des englischen Wortes «interviewing» gibt.

Das Transtheoretische Modell

MI wird manchmal mit dem Transtheoretischen Modell verwechselt, u.a. auch, weil die beiden Konzepte ungefähr zur

selben Zeit entwickelt wurden. MI schien auf der konzeptuellen Ebene gut zum Transtheoretischen Modell zu passen und war ein willkommenes Beispiel dafür, wie man mit KlientInnen arbeiten kann, die vergleichsweise wenig Veränderungsbereitschaft erkennen lassen.

Die Motivation einer Person sich zu ändern, wird durch eine Vielzahl von äusseren Bedingungen beeinflusst, massgeblich beteiligt daran ist der Beratungsstil, der eine Auswirkung auf die Motivation und den Therapieerfolg hat. Motivation ist in diesem Zusammenhang kein Persönlichkeitsmerkmal, sondern ein Prozessmerkmal, also ein beeinflussbarer Zustand von Veränderungsbereitschaft, der von Situation zu Situation schwankt. Eine hilfreiche Erklärung dieses Veränderungsprozesses bietet das Transtheoretische Modell.⁵ Es handelt sich um ein Konzept zur Beschreibung, Erklärung und Beeinflussung von zielgerichteten Verhaltensänderungen. Hierbei wird eine Abfolge von Stadien beschrieben, die Menschen durchlaufen, wenn sie ein problematisches Verhalten bearbeiten. Deshalb wird das Transtheoretische Modell auch als Stufenmodell der Verhaltensänderung bezeichnet (Stages of Change). Diese Stadien lassen sich sowohl auf Selbstmodifikationsprozesse als auch auf professionell begleitete Veränderungsprozesse anwenden. In diesem Modell wird unter Motivation das derzeitige Stadium der Veränderungsbereitschaft verstanden. Es handelt sich dabei um einen inneren Zustand, der von äusseren Faktoren beeinflusst wird. Gemäss dem Transtheoretischen Modell wird eine Veränderung als ein mehrstufiger Prozess in sechs verschiedenen Stadien⁶ dargestellt:

- Vorstadium des Nachdenkens/Absichtslosigkeit (Pre-contemplation)
- Stadium des Nachdenkens/Bewusstwerdung (Contemplation)
- Vorbereitungsstadium (Preparation)
- Handlungsstadium (Action)
- Durchhaltestadium/Aufrechterhaltung (Maintenance)
- Schlussstadium/Andauernde Aufrechterhaltung (Termination)

Das Transtheoretische Modell ist jedoch mehr als nur ein Modell. Aus ihm lassen sich entsprechende Interventionen ableiten. Die Annahme verschiedener Stadien einer Veränderungsbereitschaft impliziert also, dass Beratende über stadienspezifische Interventionen verfügen sollten. Das heisst, dass TherapeutInnen ihre Methoden in flexibler Weise so einsetzen sollten, dass sie der Motivation des Klienten oder der Klientin entsprechen. Somit gilt die Hypothese, dass mangelnde Behandlungsmotivation u. a. auf ungeeignete und dem jeweiligen Veränderungsstadium des Klienten oder der Klientin unangemessene Interventionen zurückzuführen sind.

Fälschlicherweise wird immer wieder erwähnt, dass sich das neue MI-Konzept vom Transtheoretischen Modell verabschiedet hat. Das ist nicht korrekt, MI bezieht sich immer wieder darauf. MI erhebt jedoch nicht den Anspruch, eine umfassende Theorie von Veränderung zu sein und die gängigen Stadien der Verhaltensänderung sind kein wesentlicher Bestandteil von Motivational Interviewing. MI und das Transtheoretische Modell sind jedoch kompatibel und komplementär.

In Bezug auf die unten beschriebenen Prozesse von MI setzt die Planung eine Bereitschaft zum Vorwärtsgang voraus, was dem Vorbereitungs- oder Handlungsstadium im Transtheoretischen Modell entspricht. Bei jedem dieser vier Prozesse gibt es eine «richtige» und eine «falsche» Zeit, um in ihn einzusteigen. Ebenfalls sieht MI in der Ambivalenz eine normale Zwischenstufe auf dem Weg zur Veränderung. Im Vergleich zur vorherigen

Stufe, auf welcher der Klient, die Klientin keine Gründe für Veränderung erkennen kann (im Transtheoretischen Modell der Verhaltensänderung als «Präkontemplation» bezeichnet), ist Ambivalenz ein Fortschritt. Auch bestehen Parallelen zwischen dem Voranschreiten des Change Talk und den einzelnen Phasen des Transtheoretischen Modells.

Was ist Motivational Interviewing heute?

Seit dem Erscheinen von MI 3 – der dritten Auflage von Motivational Interviewing – herrscht in der Fachwelt Verwirrung und Unsicherheit, welche Bereiche noch Gültigkeit haben und ob es sich bei dieser überarbeiteten Version überhaupt noch um MI handelt. Im Folgenden wird beschrieben, nach welchen therapeutischen Grundsätzen und Definitionen MI heute vorgeht. Nach wie vor ist MI ein nicht konfrontativer Ansatz zur Verbesserung der Problemerkennung und der Compliance. Insbesondere erweist es sich bei all jenen als nützlich, die bezüglich einer Verhaltensänderung ambivalent sind. Im neuen Konzept werden folgende drei Definitionen vorgeschlagen:

- *Laiendefinition:* Motivational Interviewing ist ein kooperativer Gesprächsstil, mit dem wir einen Menschen in seiner eigenen Motivation zur Veränderung und sein eigenes Engagement für eine Veränderung stärken können.
- *TherapeutInnendefinition:* Motivational Interviewing ist eine personenzentrierte therapeutische Methode, die sich dazu eignet, mit dem häufigen Problem der Ambivalenz gegenüber Veränderung umzugehen.
- *Handwerkliche Definition:* Motivational Interviewing ist ein kooperativer, zielorientierter Kommunikationsstil mit besonderer Aufmerksamkeit für die Sprache der Veränderung. Dieser Stil ist daraufhin konzipiert, die persönliche Motivation für und die Selbstverpflichtung auf ein spezifisches Ziel zu stärken, indem er die Motive eines Menschen, sich zu ändern, in einer Atmosphäre von Akzeptanz und Mitgefühl herausarbeitet und erkundet.

Der Spirit von Motivational Interviewing

Den wegweisenden Erfolg erreichte MI, indem aufgezeigt werden konnte, dass Menschen nicht «hart» konfrontiert und mit Gewalt auf ihr Problem gestossen werden müssen, sondern dass die Problemlösung eine respektvolle und offene Grundhaltung voraussetzt, welche Miller und Rollnick Spirit nennen. Diese Grundhaltung prägt Motivational Interviewing essentiell und ist durch folgende Komponenten gekennzeichnet:

- *Partnerschaftlichkeit:* MI ist etwas, das mit einem Menschen und für einen Menschen geschieht
- *Mitgefühl:* Das Wohlbefinden des Anderen wird aktiv gefördert und seine Bedürfnisse haben Priorität
- *Evokation:* Hervorrufen der Selbstmotivation zur Veränderung
- *Akzeptanz:* bedingungsfreie, positive Wertschätzung, Empathie, Unterstützung der Autonomie und Würdigung

Die vier Prozesse

In den Konzepten von MI 1 und MI 2 wurde Motivational Interviewing in 2 Phasen unterteilt:

- 1. Phase: Aufbau der intrinsischen Motivation für eine Veränderung und der Versuch, die Ambivalenz zu überwinden.
- 2. Phase: Verstärkung der Selbstverpflichtung (Commitment) zur Veränderung und die Entwicklung eines konkreten Plans, diese umzusetzen.

Neu gibt es diese starre, eingrenzende Einteilung nicht mehr. Aus der oben beschriebenen Grundhaltung resultieren vier Prozesse, auf denen die praktische Anwendung von MI aufbaut. Das bedeutet, dass diese Prozesse während des gesamten Therapieverlaufs zur Anwendung kommen, z. B. bei jeder Intervention in einem Veränderungsprozess. Jeder nachfolgende Prozess baut auf dem zuvor angestossenen Prozess auf, der als Fundament darunter dient:

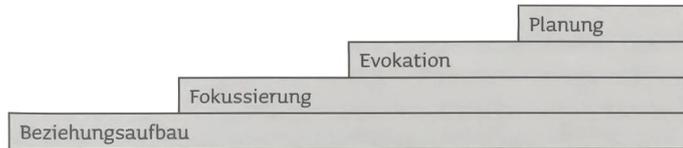


Abb. 1: **Vier Prozesse in MI.7**

- **Beziehungsaufbau:** Jede Beziehung beginnt mit der Phase der Annäherung. Beziehungsaufbau bedeutet, das zwischenmenschliche Fundament legen, und ist der Prozess, mit welchem beide Parteien eine hilfreiche Verbindung zueinander und eine Arbeitsbeziehung herstellen. Für einen gelingenden Beziehungsaufbau sind drei Komponenten nötig: Herstellung einer von gegenseitigem Vertrauen und Respekt geprägten Arbeitsbeziehung, eine Verständigung über die Behandlungsziele sowie die Kooperation bei miteinander vereinbarten Aufgaben, die auf das Erreichen der Behandlungsziele ausgerichtet sind. Der Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung ist Voraussetzung für alles Folgende.
- **Fokussierung:** Diese hilft Klarheit zu verschaffen, in welche Richtung sich die KlientInnen bewegen möchten. Der Prozess des Beziehungsaufbaus führt zur Konzentration auf einen Themenkatalog, der dadurch bestimmt wird, dass einerseits der Klient, die Klientin konkrete Anliegen anbringt, zum andern aber auch der Therapeut, die Therapeutin Themen anspricht. Fokussierung ist der Prozess, in dem eine spezifische Richtung im Gespräch über Veränderung entwickelt und weiterverfolgt wird.
- **Evokation:** Dieser Prozess umfasst das Herausarbeiten der Selbstmotivation des Klienten, der Klientin. Sie findet statt, wenn die Fokussierung auf eine bestimmte Veränderung bereits vorhanden ist. Bei der Evokation bringen wir den Betreffenden, die Betreffende dazu, die Argumente für eine Veränderung selbst zu formulieren.
- **Planung:** Der Prozess der Planung beinhaltet sowohl das Entwickeln einer Selbstverpflichtung zur Veränderung als auch das Formulieren eines konkreten Handlungsplans.

Kernkompetenzen von Motivational Interviewing

Um MI anzuwenden bedarf es den strategischen und flexiblen Einsatz spezifischer kommunikativer Kernkompetenzen, die früher Strategien genannt wurden und nun um eine zusätzliche Kompetenz (Informationen und Ratschläge anbieten) ergänzt wurden. Diese Kernkompetenzen sind für alle beschriebenen Prozesse relevant, die Anwendungsweise wird aber den jeweiligen Prozessen angepasst. Im Folgenden werden die fünf Kernkompetenzen, die dem Prozess des Beziehungsaufbaus zugeordnet sind, vorgestellt:

- **Offene Fragen stellen:** Mit offenen Fragen bezeichnen wir Fragen, die nicht mit «ja» oder «nein» bzw. durch wenige Worte beantwortet werden können, sondern die Klientin, den Klienten ermuntern, ausführlich über ihre

bzw. seine Sichtweise zu sprechen. Dabei ist es wichtig, eine Atmosphäre der Akzeptanz und des Vertrauens zu schaffen, damit der Klient, die Klientin Zeit hat zu sprechen. Der Therapeut, die Therapeutin hört vor allem aufmerksam zu und zeigt durch die Ermutigung zum Reden Interesse am Klienten, an der Klientin. Analysen von erfahrenen MI-TherapeutInnen zeigen, dass die Klientin, der Klient im besten Fall mehr als die Hälfte der Sitzungszeit spricht.

- **Würdigen (Affirmation):** Motivation kann massgeblich dadurch gefördert werden, dass erwünschte Verhaltensweisen positiv verstärkt werden. Affirmation bedeutet aber nicht einfach zu loben. Die Stärken und Bemühungen des Klienten, der Klientin sollten wahrgenommen und in angemessener Weise gewürdigt und wertgeschätzt werden.
- **Reflektierendes Zuhören:** Die zentralste, aber auch schwierigste Kernkompetenz ist das aktive oder reflektierende Zuhören. Dies bedeutet, dem Klienten, der Klientin das Gehörte in einer anderen, vertiefteren Form rückzumelden. Beim aktiven Zuhören spielt die nonverbale Kommunikation eine wesentliche Rolle. Reflektierendes Zuhören beinhaltet zudem, den gesamten Prozess bewusster zu machen, indem das Gesagte in Form einer Aussage und nicht einer Frage reflektiert wird, was sehr viel Übung voraussetzt. Gelingt es dem Therapeuten, der Therapeutin die Perspektive zu wechseln und durch sein/ihr Ohr für Zwischentöne und emotionale Hintergründe bisher noch nicht Ausgesprochenes hervorzulocken, verhilft dies dem Klienten, der Klientin zu mehr Klarheit über sich selbst und zur Einsicht in die Beweggründe seines/ihrer Verhaltens. Der Klient, die Klientin fühlt sich auf diese Weise nicht nur gehört, sondern auch wirklich verstanden.
- **Zusammenfassen:** Zusammenfassungen sind im Grunde Reflexionen, die das Gesagte des Klienten, der Klientin erneut vorlegen. Regelmässige Zusammenfassungen sind sehr hilfreich um die Ambivalenz deutlich zu machen. Sie verstärken, was gesagt wurde, zeigen, dass aufmerksam zugehört wurde und ermutigen die KlientInnen mit dem Gespräch fortzufahren. Zudem geben Zusammenfassungen der Klientin, dem Klienten die Möglichkeit, etwas zu ergänzen oder zu korrigieren. Ausführliche Zusammenfassungen können die Aufmerksamkeit der Klientin, des Klienten auf spezifische – bislang möglicherweise wenig beachtete – Aspekte eines Problems lenken und dem Gespräch eine neue Richtung geben.
- **Informationen und Ratschläge anbieten:** In MI gibt es durchaus Situationen, in denen es angebracht ist, Informationen und Ratschläge anzubieten, z.B. wenn ein Klient, eine Klientin danach fragt. Wir gehen sparsam mit Ratschlägen um und geben sie nur mit Erlaubnis. Sinn und Zweck ist es nicht nur, Ratschläge anzubringen, sondern dadurch Veränderungen zu ermöglichen.

Aus den ersten vier Kernkompetenzen resultieren die Haupt-Skills von MI, die mit dem Akronym OARS (asking Open questions, Affirmation, Reflecting, Summarizing) beschrieben werden («oars» bedeutet auf Englisch Ruder).

Ambivalenz nach wie vor das Thema Nummer 1

Ein zentrales Element aber normaler Bestandteil auf dem Weg zu einer Veränderung ist die Ambivalenz. Dies bedeutet, dass gleichzeitig vorhandene Motivationen im Konflikt miteinander



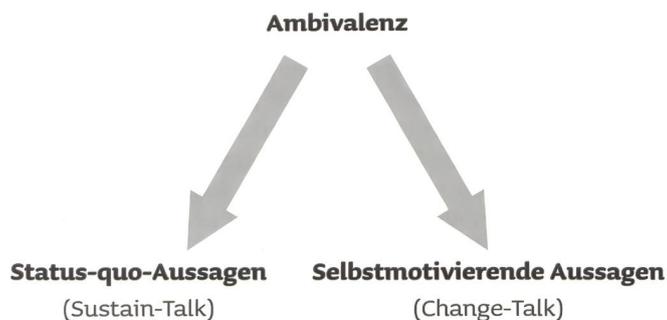


Abb. 2: **Sustain-Talk und Change-Talk als gegensätzliche Teile in der Ambivalenz.**⁸

stehen. Das Nennen von Pro-Argumenten für eine Veränderung wurde in der ersten Auflage von MI «selbstmotivierende Aussagen» (self-motivational statements) genannt. Bereits in der zweiten Auflage wurde dafür der Begriff «Change Talk» eingeführt. Damit wird jede Art von sprachlicher Äusserung der Klientin, des Klienten bezeichnet, die ein Argument für eine Veränderung aufweist. Das Ziel ist es, der Klientin, dem Klienten die Diskrepanz zwischen ihrem bzw. seinem jetzigen Verhalten und dem von ihm bzw. ihr erwünschten Zustand bewusst zu machen und ihm oder ihr Aussagen der Zuversicht zu entlocken. Auf dem Weg zu solchen Aussagen entsteht ein vorbereitender Change Talk in vier Unterformen: Wunsch, Fähigkeit, Gründe und Notwendigkeit. Die englischen Bezeichnungen dieser vier Stadien ergeben das Akronym DARN (Desire, Ability, Reason, Need). «Confidence Talk» wird im neuen Konzept als Change Talk, der insbesondere die Fähigkeit zur Veränderung anspricht, definiert.

Im Gegensatz zu Change Talk steht Sustain Talk (Status-quo-Aussagen). Gemeint sind die gegen eine Veränderung gerichtete Motivation und Argumentation des Klienten, der Klientin, die eine Seite der Ambivalenz darstellen. Im Gespräch mit einer ambivalenten Person sind in der Regel sowohl Change Talk als auch Sustain Talk zu hören. Es ist ein natürlicher Prozess, dass die Klientin, der Klient auf Argumente, die für eine Veränderung sprechen, mit Sustain Talk reagiert. Sustain Talk und Change Talk sind natürliche, nicht pathologische Prozesse der Ambivalenz.

MI wurde dafür entwickelt, die Motivation und die Selbstverpflichtung zu einer bestimmten Verhaltensänderung zu unterstützen. Es geht also darum, auf eine Entscheidung Einfluss zu nehmen, auch wenn die Entscheidung zur Verhaltensänderung letztlich immer beim Klienten, bei der Klientin bleibt. Allerdings gibt es Situationen, in welchen der/die TherapeutIn es als angemessen betrachtet, keine Impulse zu setzen, um den Klienten, die Klientin zu einer Veränderung zu bewegen. Diese Neutralität ist zwar kein neuer Ansatz und findet in vielen therapeutischen Methoden Anwendung. MI nimmt diesen Ansatz nun aber bewusst in den Evokationsprozess auf. Die Entscheidung ganz dem Klienten, der Klientin zu überlassen, wird auch «Equipoise» (Gleichgewicht) genannt. Diese beruht auf einer absichtsvollen Entscheidung, den Klienten, die Klientin nicht mittels der eigenen beruflichen Rolle und der eigenen Fertigkeiten dahingehend zu beeinflussen, dass er oder sie eine bestimmte Entscheidung trifft oder sein oder ihr Verhalten ändert. Die grundlegende Vorgehensweise bei der Therapie in neutraler Haltung besteht darin, gemeinsam mit dem Klienten, der Klientin gründlich und in einer ausgewogenen Art und Weise zu untersuchen, was für und was gegen die verfügbaren Alternativen spricht.

Dissonanz

Wie bereits erwähnt, wird der Begriff Widerstand in MI 3 nicht mehr verwendet. Dies insbesondere, da dieses Phänomen nur aufseiten der KlientInnen gesehen wurde und diesen somit

die alleinige Verantwortung und Schuld zugewiesen wurde. Wenn es sich aber zeigt, dass der Klient, die Klientin nicht nur ambivalent ist, sondern Signale auftreten, die auf eine Disharmonie in der Beziehung zwischen Therapeut, Therapeutin und Klient, Klientin hindeuten, sprechen wir von Dissonanz. Während sich also Sustain Talk auf ein Zielverhalten oder eine Verhaltensänderung bezieht, geht es bei der Dissonanz um die Beziehung zwischen dem Therapeuten, der Therapeutin und dem Klienten, der Klientin. Dissonanz ist immer Anlass zur Sorge, weil sich darin eine Störung und Spannungen des Arbeitsbündnisses zeigen. Dissonanz kann verschiedene Ursachen haben, wichtig ist es jedoch, den eigenen Anteil darin zu erkennen. Die Hauptstrategien im Umgang mit Dissonanz sind reflektierendes Zuhören, würdigen, um Entschuldigung bitten und den Fokus auf positive Aspekte verschieben (Reframing).

Diskrepanz und Zuversicht

In diesem Punkt unterscheidet sich MI von der klassischen klientInnenzentrierten Psychotherapie wesentlich. MI ist direktiv und versucht, die Ambivalenz abzubauen, indem Widersprüche aufgezeigt werden. Es gilt hier also, den Klienten, die Klientin dabei zu unterstützen, die Diskrepanz zwischen dem gegenwärtigen Verhalten und den grundsätzlichen persönlichen Zielen und Werten, die ihm oder ihr wichtig sind, wahrzunehmen. Dabei ist die Bewusstseinsförderung der negativen Konsequenzen ein wesentlicher Faktor. Veränderung stellt sich also dann ein, wenn ein Klient, eine Klientin eine bedeutsame Diskrepanz zwischen wichtigen Ziel- oder Wertvorstellungen und der gegenwärtigen Situation wahrnimmt. Doch neu ist die Erkenntnis, dass Veränderung paradoxerweise ermöglicht wird, wenn KlientInnen spüren, dass sie so akzeptiert werden, wie sie sind resp. wie sie sich verhalten. Um zuversichtlich zu sein, soll die Diskrepanz so gross sein, dass sie zur Veränderung anspornt, aber nicht so gross, dass sie den Klienten, die Klientin entmutigt. Somit wird auch die Selbstwirksamkeit gestärkt, indem der Klient, die Klientin in der Zuversicht bestärkt wird, Veränderungen erreichen zu können. Der Glaube daran, dass man etwas verändern kann, ist ein wichtiger Motivator für diese Veränderung. Umgekehrt wird der Glaube des Therapeuten, der Therapeutin, dass der Klient, die Klientin die Fähigkeit zu dieser Veränderung besitzt, zu einer sich-selbsterfüllenden Prophezeiung (self-fulfilling prophecy).⁹ Wobei zu betonen ist, dass der Klient, die Klientin selbst für die Entscheidungen zur Veränderung und deren Umsetzung verantwortlich ist.

Wissenschaftliche Evidenz

MI ist nicht in der Theorie entstanden, sondern aus der therapeutischen Erfahrung der letzten 30 Jahre heraus. Viele Studien zeigen die Wirksamkeit von MI. Mittlerweile liegen mehr als 25'000 Artikel und über 200 randomisierte Studien sowie zahlreiche Meta-Analysen vor, die sich auf MI beziehen. Es gibt auch verschiedene Studien, welche keine aussagekräftigen Effekte bei der Anwendung von MI ergaben.¹⁰ Insgesamt kann aber festgestellt werden, dass sowohl die therapeutische Beziehung als auch die Fähigkeit der TherapeutInnen, Change Talk zu initiieren, zu einer hohen Wirksamkeit von MI beiträgt. In der Diskussion zur Bedeutung spezifischer Wirkfaktoren in der Therapie zeigt sich bei MI, dass gerade die unspezifischen Wirkfaktoren (therapeutische Beziehung, Empathie) von grosser Relevanz sind. So ergab eine Meta-Analyse, dass die Effektstärke zugunsten von MI doppelt so hoch war, wenn die KlientInnen einer gesellschaftlichen Minderheit angehörten.¹¹ Möglicherweise war das empathische Zuhören für Angehörige von Minderheiten eine selten gemachte Erfahrung für sie. Ein wirksamer Bestandteil von MI besteht auch darin, ungünstige Reaktionen des Therapeuten, der Therapeutin zu reduzieren.

Wie sich zeigt, braucht es nur relativ wenige konfrontative oder lenkende Interventionen, damit ein Klient, eine Klientin in Abwehrhaltung geht und somit eine Veränderung ausbleibt.¹² In der heutigen Forschung zentral sind psycholinguistische Studien, in welchen gezeigt werden konnte, dass bestimmte Äusserungen von KlientInnen während einer Therapiesitzung (z.B. Change Talk) eine weitergehende Verhaltensveränderung ankündigen.¹³ Die Ergebnisse legen nahe, dass MI wirkungslos bleibt, solange es dem Therapeuten, der Therapeutin nicht gelingt, eine Zunahme von Change Talk zu bewirken. Ein weiteres Kriterium zur Beurteilung von MI-Effekten ist die Manualtreue. In künftigen Studien sollte diese mithilfe von zuverlässigen Kodierungssystemen (MITI – Motivational Interviewing Treatment Integrity 3) vermehrt überprüft werden.

Die Bedeutung der Veränderung für die Praxis

Die Praxis erfordert trotz den vorgegebenen Prozessen und Kernkompetenzen hohe Flexibilität. Wenn wir die Aufmerksamkeit eher auf das Manual als auf den Klienten, die Klientin richten, kann dabei keine konstruktive Beratung entstehen.

Die Grundhaltung des neuen Konzepts wurde um das Element des Mitgefühls ergänzt. Hier sind nicht persönliche Gefühlsregungen wie Sympathie oder der Prozess der Identifizierung gemeint, die für die Praxis des Mitgefühls weder notwendig noch hinreichend sind. Wir müssen nicht buchstäblich «mitleiden», um mitfühlend zu handeln. Ein Mitleiden, welches nicht mit konkretem Handeln verbunden ist, hat wenig Nutzen. Mitgefühl zeigt sich darin, dass wir das Wohlbefinden des anderen aktiv fördern und seine Bedürfnisse prioritär behandeln. Viele Beratende und TherapeutInnen machen sich oft Sorgen, dass bei Ihnen die MI-Haltung mit den Aspekten der Akzeptanz und des Mitgefühls noch nicht weit genug entwickelt ist. Es zeigt sich aber, dass sich die TherapeutInnen diese Haltung in der Praxis oft im Laufe der praktischen Erfahrung aneignen.

Wie beschrieben, wird im neuen Konzept die Reihenfolge der Phasen aufgelockert, zugunsten einer präziseren Annäherung an die vier sich überlappende Prozesse, die in der Praxis relevant sind. Dieses prozessuale Modell verdeutlicht die praktische Anwendung von MI besser, als die Phasen des vorherigen Konzeptes. So sind die Prozesse nicht nur theoretische Teilaspekte der Beratung, sondern sollen stufenweise in die Praxis umgesetzt werden. Bspw. wird in der Praxis der Prozess der Fokussierung in Bezug auf die Orientierung, in welche Richtung sich die KlientInnen verändern möchten, wichtig. Es geht hierbei nicht nur darum, dem Klienten, der Klientin überall hin zu folgen, welche Richtung er oder sie auch einschlagen mag, sondern auf das evozierte Thema zu fokussieren.

Die Anwendung bestimmter MI-Komponenten sollte also an die Bedürfnisse der KlientInnen angepasst sein. Z.B. kann Evokation unnötig sein, wenn der Klient, die Klientin bereits zu einer Veränderung entschlossen ist.

Weiter stellt sich die Frage, woran der Übergang zum Prozess der Planung erkennbar ist. Hierbei sind zwei Orientierungshilfen massgebend beteiligt. Zunächst werden eine Reihe von Anzeichen sichtbar, die in der Praxis beobachten werden und die darauf schliessen lassen, dass die Klientin, der Klient für den Planungsprozess bereit ist. An diesen Signalen kann festgestellt werden, dass nun die Motivation der Klientin, des Klienten für ein Gespräch darüber geeignet ist, wie die Veränderung konkret umgesetzt werden kann. Im Anschluss wird anhand des Instrumentes «Rekapitulation mit Schlüsselfragen» entschieden, ob zur nächsten Phase übergegangen werden soll.

An diesem Punkt gibt die Reaktion des Klienten, der Klientin Anhaltspunkte dafür, ob die Planungsphase eingeleitet oder der Evokationsprozess erweitert werden soll.

Ein weiterer Aspekt, dem sich das neue MI-Konzept annimmt, ist der Prozess der Informationsvermittlung. Aus der Praxis wird ersichtlich, dass diese Informationsvermittlung ein Prozess ist, der insbesondere mit der Beziehung zwischen KlientIn und BeraterIn zusammenhängt und sich nicht in einem Austausch von Daten erschöpft.

In MI 3 wird vom früheren Konzept des Widerstands abgerückt. Sustain-Talk wird als Gegenteil von Change-Talk definiert. Sustain-Talk zeigt nur den Zustand, der KlientInnen, den Status quo aufrecht zu erhalten und ist nicht als Anzeichen für Dissonanz in der Beziehung zwischen BeraterIn und KlientIn zu verstehen. Daraus entsteht für die praktische Anwendung von MI, dass das problematische Verhalten des Widerstands nicht alleine dem Klienten, der Klientin zugeordnet wird. Damit verstärkt sich auch die non-konfrontative Haltung in der Beratung und Therapie. Dabei wird auf den Aspekt des aktiven Zuhörens fokussiert, der den sog. Widerstand oder die Dissonanz abschwächt.

In Bezug auf das Erlernen von MI zeigt sich, dass Feedback und Coaching ausgehend von der Beobachtung der Praxis für die Beratenden und TherapeutInnen massgebend sind. ●

Literatur

- Carroll, K.M./Ball, S.A./Nich, C./Martino, S./Frankforter, T.L./Farentinos, C./Kunkel, L.E./Mikulich-Gilbertson, S.K./Morgenstern, J./Obert, J.L./Polcin, D./Snead, N./Woody, G.E. (2006): Motivational interviewing to improve treatment engagement and outcome in individuals seeking treatment for substance abuse: a multisite effectiveness study. *National Institute on Drug Abuse Clinical Trials Network. Drug and Alcohol Dependence* Feb.28; 81(3):3001-3012.
- Demmel, R. (2015): Motivierende Gesprächsführung. Vorwort zur 3. deutschen Auflage. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Hettema, J./Steel, J./Miller, W.R. (2005): Motivational interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology* 201: 91-111.
- Kemper, U. (2016): Rückfall: Vorfall, Unfall oder Notwendigkeit?. *SuchtMagazin* 42(1): 4-11.
- Miller, W.R./Rollnick, S. (2013): Motivational interviewing: helping people change. New York: The Guildford Press.
- Miller, W.R. (1993): What really drives change? *Addiction* 88(11): 1479-1480.
- Miller, W.R. (1983): Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioural Psychotherapy* 11(2): 147-172.
- Moyers, T.B./Manuel, J.K./Ernst, D. (2014): Motivational Interviewing Treatment Integrity Coding. Manual 4.2 German. Unpublished manual.
- Prochaska, J.O./DiClemente, C.C./Norcross, J.C. (1992): In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist* 47(9): 1102-1114.
- Schulte-Wefers, H. (2016): Integrated Dual Disorder Treatment (IDDT) in Den Haag. *SuchtMagazin* 42(5): 10-14.
- Smith, E.R./Mackie, D.M. (2000): The process by which one person's expectations about another became reality by eliciting behaviors that confirm the expectations: *Social Psychology*. London: Psychology Press.
- Strang, J./McCambridge, J. (2004): Can the practitioner correctly predict outcome in motivational interviewing? *Journal of Substance Abuse Treatment* 27(1): 83-88.

Endnoten

- 1 Vgl. Miller/Rollnick 2013.
- 2 Vgl. Miller 1983.
- 3 Vgl. Moyers/Manuel et al. 2014.
- 4 Vgl. Demmel 2015.
- 5 Vgl. Prochaska/DiClemente et al. 1992.
- 6 Vgl. auch folgende Beiträge im SuchtMagazin: Schulte-Wefers 2016; Kemper 2016.
- 7 Vgl. ebd.
- 8 Vgl. ebd.
- 9 Vgl. Smith/Mackie 2000.
- 10 Vgl. Carroll/Ball et al. 2006.
- 11 Vgl. Hettema/Steel et al. 2005.
- 12 Vgl. Miller et al. 1993.
- 13 Vgl. Strang/McCambridge 2004.