

Motivational Interviewing: Kommunikation auf Augenhöhe



Dr. Verena Zimmer, Dipl.-Psy.

Info: Kurz und knapp



Was ist Motivational Interviewing?

Motivational Interviewing ist ein direktives und patientenzentriertes psychotherapeutisches Verfahren (»Ich bin der Experte, Sie sind der Chef«), das den gleichberechtigten Dialog über Veränderung in den Fokus des Gesprächs rückt, um die intrinsische Motivation des Patienten zu wecken.

Worauf basiert Motivational Interviewing?

Motivational Interviewing basiert auf dem Menschenbild der humanistischen Psychologie, sozialpsychologischen Theorien der Verhaltensänderung und den Ergebnissen psycholinguistischer Untersuchungen.

Wie soll der Patient vor Manipulation geschützt werden?

Um den Patienten vor Schaden zu bewahren und einen Missbrauch des Verfahrens zu verhindern, werden »Haltung« und »Technik« miteinander verknüpft. Miller und Rollnick (2015) nennen vier unabdingbare Voraussetzungen einer verantwortungsbewussten Anwendung:

- (1) Partnerschaftlichkeit
- (2) Akzeptanz
- (3) Mitgefühl
- (4) Evokation

Wie funktioniert Motivational Interviewing?

Um die Motivation des Patienten zu wecken, initiiert der Therapeut einen so genannten »Change Talk«. Zugleich versucht der Therapeut, den so genannten »Sustain Talk« des Patienten abzumildern.

Was ist Change Talk?

Change Talk ist das laute Nachdenken über Veränderung. Psycholinguisten unterscheiden verschiedene Komponenten (DARN-C) des Change Talk:

- ▶ Ich möchte es ändern! (»Desire«)
- ▶ Ich traue es mir zu! Ich kann das! (»Ability«)
- ▶ Ich weiß auch warum! (»Reasons«)
- ▶ Ich muss es ändern! (»Need«)
- ▶ Ich werde es ändern! (»Commitment«)

Wie initiiert der Therapeut den Change Talk?

Miller und Rollnick (2015) beschreiben verschiedene Möglichkeiten, das laute Nachdenken über Veränderung zu initiieren: ein Gespräch über Werte (»Value Card Sort«), einen Rückblick auf »bessere Zeiten« (»Was war damals besser?«), einen Ausblick auf die positiven Konsequenzen einer Veränderung (»Was würde sich dadurch verbessern?«), offene Fragen nach den möglichen Motiven einer Veränderung (»Warum ist es Ihnen nicht völlig unwichtig?«) etc. (Demmel & Kemény, 2017).

Was ist Sustain Talk?

Sustain Talk erschwert eine Veränderung oder eine anstehende Entscheidung: Der Patient verharrt im Status quo und führt überwiegend Argumente (»Ja, aber ...«) an, die gegen eine Veränderung sprechen.

Wie mildert der Therapeut den Sustain Talk ab?

Miller und Rollnick (2015) beschreiben verschiedene Möglichkeiten, auf Einwände und Vorbehalte des Patienten zu reagieren. Der Therapeut sollte Reaktanz weder wecken noch verstärken. Das Vorgehen entspricht in vielerlei Hinsicht der Philosophie japanischer Kampfsportarten (»der sanfte Weg des Nachgebens«):

- ▶ **Neuinterpretation (»Reframing«).** Der Therapeut zieht aus den Schilderungen des Patienten andere Schlussfolgerungen.
- ▶ **Überzeichnende Zuspitzung (»Amplified Reflection«).** Eine pointierte – aber wohldosierte – Übertreibung des Gesagten.
- ▶ **Verschobener Brennpunkt (»Shifting Focus«).** Der Fokus des Gesprächs wird auf eine andere Facette des Themas gelenkt.
- ▶ **Zustimmende Wendung (»Agreement with a Twist«).** Eine eingeschränkte Zustimmung (»Ja ..., aber ...«), die dem Gespräch eine neue Wendung gibt.
- ▶ **Zweiseitige Zusammenfassung (»Double-sided Reflection«).** Die Zusammenfassung beleuchtet beide Seiten der Ambivalenz.

Welche Techniken muss der Therapeut beherrschen?

OARS

- ▶ Open-ended Questions
- ▶ Affirmations
- ▶ Reflective Listening Statements
- ▶ Summaries

Offene Fragen (»Open-ended Questions«). Offene Fragen schränken – im Gegensatz zu geschlossenen Fragen – das Spektrum der möglichen Antworten nicht ein:

- ▶ Was macht Ihnen zurzeit am meisten Sorgen?
- ▶ Worüber sollten wir heute (zuerst) reden?
- ▶ Was beschäftigt Sie zurzeit am meisten?

Affirmationen (»Affirmations«). Affirmationen lenken die Aufmerksamkeit des Patienten auf Stärken, Erfolge und Fortschritte. Um »plattes Lob« (»Super, dass Sie durchgehalten haben ...«) zu vermeiden und den Therapeuten zu einer Formulierung zu »zwingen«, die möglichst konkret auf das jeweilige Verhalten des Patienten abgestimmt ist, beginnt der Satz nicht mit einem »Ich« (»Ich finde das toll, dass Sie das gemacht haben ...«) – so bleibt das Verhalten des Patienten im Fokus des Gesprächs. Die Formulierungen sind oftmals Variationen eines Themas:

- ▶ Die Richtung stimmt!
- ▶ Schon viel erreicht!
- ▶ Das kann nicht jeder!
- ▶ Das kostet Überwindung!
- ▶ Das ist Ihre Stärke!

Kurze Zusammenfassungen (»Reflective Listening Statements«). Reflective Listening Statements bringen das Gehörte auf den Punkt und spiegeln (»reflective«) etwas Wesentliches wieder. Sie belegen, dass sich der Therapeut in die Lage des Patienten versetzen kann und aufmerksam zuhört (»listening«). Sie haben stets den Charakter einer kurzen Zusammenfassung und werden als Aussage formuliert (»statement«).

Beispiel

P: »Mein erster Gedanke war: Warum soll ich das überhaupt noch mal versuchen? Wozu?«

T: »... Es wäre leichter, sich noch mal aufzuraffen, wenn Sie ein Ziel hätten ...«

Lange Zusammenfassungen (»Summaries«). Lange Zusammenfassungen verknüpfen – oftmals gegen Ende oder um zu einem neuen Abschnitt überzuleiten – wesentliche Aspekte des Gesprächs:

- ▶ Darf ich noch mal zusammenfassen, was wir heute besprochen haben?
- ▶ Dann versuche ich mal, kurz und knapp das Wichtigste zusammenzufassen ...

Wie viele Fragen darf der Therapeut stellen?

Nicht zu viele! Wenn man alle Beiträge des Therapeuten berücksichtigt, sollte der Anteil der Fragen höchstens bei 50 Prozent liegen (besser aber unter 33 Prozent). Die Ergebnisse psycholinguistischer Studien legen nahe, sich an diesen Empfehlungen zu orientieren:

- ▶ Je mehr Reflective Listening Statements, desto besser.
- ▶ Je weniger Fragen, desto besser.
- ▶ Je mehr offene Fragen, desto besser.
- ▶ Nicht mehr als zwei aufeinanderfolgende Fragen stellen.
- ▶ Ausnahme: Anamnese, Diagnostik etc.

Was sind komplexe Reflexionen?

Komplexe Reflexionen (»Complex Reflections«) ergänzen, pointieren oder vertiefen das Gehörte und lenken das Gespräch oftmals in eine andere Richtung. Häufig führen sie einen Gedanken des Patienten fort oder greifen dem noch nicht Gesagten in gewisser Weise vor.

Beispiel

P: »Ich habe meinem Sohn gestern eine geknallt ... danach habe ich mich ganz elend gefühlt ...«

T: »... weil es Ihnen so wichtig ist, die Kinder nicht zu schlagen, machen Sie sich Vorwürfe ...«

Wie hoch sollte der Anteil komplexer Reflexionen sein?

Wenn man alle Reflective Listening Statements des Therapeuten zugrunde legt (Summe der Reflective Listening Statements = 100 Prozent), sollte der Anteil komplexer Reflexionen mindestens bei 40 Prozent liegen (besser noch über 50 Prozent).

Darf der Therapeut Ratschläge geben?

Wenn der Patient sie hören möchte! Der Therapeut sollte sicher sein, dass der Patient ein offenes Ohr hat. So könnte das klingen:

- ▶ Möchten Sie hören, was anderen Patienten geholfen hat?
- ▶ Darf ich einen Vorschlag machen?

Wie vermeidet der Therapeut eine Überdosis an Information?

Indem er sich auf das beschränkt, was der Patient wissen möchte oder unbedingt wissen sollte. Wenn ein Therapeut mehrere Minuten gegen einen stummen Patienten spricht, sollte er lieber zum Ende kommen:

- ▶ Wäre es hilfreich, mehr über ... zu erfahren?
- ▶ Was wissen Sie bereits über ...?
- ▶ Was möchten Sie noch wissen?

Wie einigen sich Patient und Therapeut auf einen gemeinsamen »Fahrplan«?

Der Therapeut kann das »Feld abstecken« und den Patienten darum bitten, eine Reihenfolge vorzuschlagen oder etwas zu ergänzen (»Agenda Mapping«). Der Therapeut ergänzt Themen, über die er sprechen möchte:

- ▶ Ich würde gerne auch ein paar Themen vorschlagen ... aber zunächst würde ich gerne wissen, was Ihnen unter den Nägeln brennt ...

Wie vermeidet man Monologe?

Wenn sich (offene) Fragen und Reflective Listening Statements abwechseln, kommt der Therapeut mehr oder weniger automatisch in den »richtigen« Rhythmus (»elicit – provide – elicit – provide ...«), vermeidet die »Frage-Antwort-Falle« und erhöht den Redeanteil des Patienten.

DON'Ts

Manchmal ...

- (1) ... argumentiere ich herum (obwohl ich weiß, dass es nichts bringt).
- (2) ... bin ich vielleicht doch etwas unfreundlich.
- (3) ... bitte ich nicht um Erlaubnis und lege einfach los.
- (4) ... doziere ich und halte Vorträge.
- (5) ... dränge ich den Patienten viel zu früh zu etwas.
- (6) ... führe ich während des Gesprächs lange Monologe.
- (7) ... gebe ich ungefragt gute Ratschläge.
- (8) ... interpretiere ich zu viel in etwas hinein.
- (9) ... lasse ich den Patienten im Unklaren über meine Ziele und Absichten.
- (10) ... lasse ich mich auf fruchtlose Diskussionen ein.
- (11) ... mache ich dem Patienten ein schlechtes Gewissen.
- (12) ... mache ich dem Patienten Vorhaltungen und ermahne ihn.
- (13) ... meine ich, dass der Patient unbedingt selbst auf etwas kommen müsste.
- (14) ... muss ich das letzte Wort haben.
- (15) ... packe ich den Patienten in eine Schublade (und lasse ihn nicht mehr raus).
- (16) ... rede ich um den heißen Brei.
- (17) ... rede ich zu viel und kann mich nicht mehr bremsen.
- (18) ... sage ich etwas ohne zu wissen, ob der Patient es überhaupt hören möchte.
- (19) ... sage ich etwas, das den Patienten wahrscheinlich kränkt.
- (20) ... schwinge ich die Moralkeule.
- (21) ... spiele ich Sherlock Holmes und will den Patienten überführen.
- (22) ... stelle ich zu viele Fragen.
- (23) ... verliere ich während des Gesprächs die Richtung.
- (24) ... verordne ich dem Patienten etwas.
- (25) ... verzettele ich mich während des Gesprächs.
- (26) ... wechsle ich unvermittelt das Thema.
- (27) ... will ich den Patienten mit guten Argumenten überzeugen.
- (28) ... will ich einfach recht haben und schlauer sein als der Patient.
- (29) ... will ich während des Gesprächs etwas erzwingen.
- (30) ... würge ich den Patienten ab und falle ihm ins Wort.

Beispiele Change talk (DARN-C)

D Desire – Wunsch

Ich will das ändern ...

- Ich will damit aufhören ...
- Ich will so nicht mehr weitermachen ...
- Ich will, dass alles wieder so wird wie früher ...
- Ich hätte gerne eine bessere Arbeitsstelle ...
- Ich hoffe, nächstes Jahr sind meine Noten besser ...

A Ability – Fähigkeit

Ich traue mir das auch zu ...

- Ich habe das ja schon mal geschafft ... das wird wohl gehen ...
- Das ist machbar ... einmal in der Woche ist ja keine große Sache ...
- Wenn ich mich mit einer Freundin verabrede, wird es leichter ...
- Jetzt weiß ich, dass ich das schaffen kann ...
- Meine Familie unterstützt mich ... das schaffe ich ...

R Reason – Gründe

Ich weiß, warum ich das ändern sollte ...

- Wahrscheinlich hätte ich dann mehr Energie ...
- ... sonst hat unsere Ehe wahrscheinlich keine Zukunft ...
- Ich will nicht, dass andere Leute mich anlotzen ...
- Mit Drogen habe ich keine Familie mehr ...
- Vielleicht könnte ich dann auch besser schlafen ...

N Need – Bedürfnis/Notwendigkeit

Ich muss das ändern ...

- Ich muss damit aufhören ...
- Es ist jetzt Zeit, dass ich ...
- So kann ich nicht weitermachen ...
- Es muss etwas passieren ...
- Mir bleibt nichts anderes übrig, als zu ...

C Commitment – Selbstverpflichtung

Ich werde es ändern ...

- Ich bin bereit, zu ...
- Ich bin so weit, dass ich ...
- Ich habe mir Laufschuhe gekauft, damit ich Sport machen kann ...
- Für nächste Woche habe ich einen Termin gemacht ...
- Ich habe die Bewerbung abgeschickt ...

Literatur

- Audrain-McGovern, J., Stevens, S., Murray, P. J., Kinsman, S., Zuckoff, A., Pletcher, J., Moss, D., et al. (2011). The efficacy of motivational interviewing versus brief advice for adolescent smoking behavior change. *Pediatrics*, *128*(1): e101 – 111.
- Brummelman, E., Nelemans, S. A., Thomaes, S., & Orobio de Castro, B. (2017). When parents' praise inflates, children's self-esteem deflates. *Child development*, *88*(6), 1799 – 1809.
- Chiapetta, L., Stark, S., Mahmoud, K. F., Bahnsen, K. R., & Mitchell, A. R. (2018). Motivational interviewing to increase outpatient attendance for adolescent psychiatric patients. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 1 – 5.
- Cushing, C. C., Jensen, C. D., Miller, M. B., & Leffingwell, T. R. (2014). Meta-analysis of motivational interviewing for adolescent health behavior: efficacy beyond substance use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *82*(6), 1212 – 1218.
- Dean, S., Britt, E., Bell, E., Stanley, J., & Collings, S. (2016). Motivational interviewing to enhance adolescent mental health treatment engagement: a randomized clinical trial. *Psychological Medicine*, *46*(9), 1961 – 1969.
- Demmel, R. (2017). *Poster Motivational Interviewing*. Weinheim: Beltz.
- Demmel, R., & Kemény, G. (2017). *Motivational Interviewing: Arbeitshilfen für Therapie und Beratung. Mit einem Geleitwort von Stephen Rollnick*. Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Gunderson, E. A., Sorhagen, N. S., Gripshover, S. J., Dweck, C. S., Goldin-Meadow, S., & Levine, S. C. (2018). Parent praise to toddlers predicts fourth grade academic achievement via children's incremental mindsets. *Developmental Psychology*, *54*(3), 397 – 409.
- Henderlong, J., & Lepper, M. R. (2002). The effects of praise on children's intrinsic motivation: a review and synthesis. *Psychological Bulletin*, *128*(5), 774 – 795.
- Jensen, C. D., Cushing, C. C., Aylward, B. S., Craig, J. T., Sorell, D. M., & Steele, R. G. (2011). Effectiveness of motivational interviewing interventions for adolescent substance use behavior change: a Meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *79*(4), 433 – 440.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2015). *Motivierende Gesprächsführung*. Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Naar-King, S., & Suarez, M. (2012). *Motivierende Gesprächsführung mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen*. Weinheim: Beltz.
- Rollnick, S., Kaplan, S. G., & Rutschman, R. (2016). *Motivational interviewing in schools*. New York: The Guildford Press.
- Walpole, B., Dettmer, E., Morrongiello, B. A., McCrindle, B. W., & Hamilton, J. (2013). Motivational interviewing to enhance self-efficacy and promote weight loss in overweight and obese adolescents: a randomized controlled trial. *Journal of Pediatric Psychology*, *38*(9), 944 – 953.