



Skript zur Veranstaltung

# Motivational Interviewing (Motivierende Gesprächsführung)



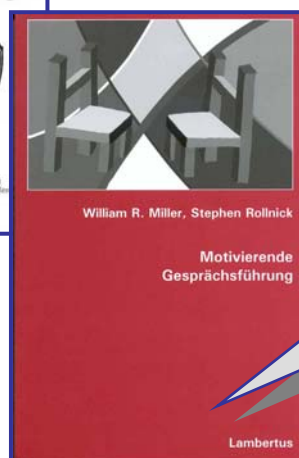
## Motivational Interviewing (Motivierende Gesprächsführung)

Motivational Interviewing (=MI) ist ein Beratungskonzept zur Förderung der Änderungsbereitschaft. MI wurde in den 1980er Jahren von William Miller und Stephen Rollnick zunächst für Menschen mit problematischem Suchtmittelkonsum entwickelt. Derzeit findet MI in der Beratung von nahezu allen gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen (Ernährung, Bewegung, Sexualverhalten, Drogenkonsum, usw.) Anwendung. Die Wirksamkeit von MI wurde in einer Vielzahl von Studien belegt.

Motivational Interviewing ist ...

„ [...] eine klientenzentrierte, direktive Methode zur Verbesserung der intrinsischen Motivation für eine Veränderung mittels der Erforschung und Auflösung von Ambivalenz“ (Miller/Rollnick 2005, 47)

Das bedeutet also, dass Motivational Interviewing (MI) einerseits eine Methode ist, die auf den Prinzipien der personenzentrierten Gesprächsführung/Gesprächspsychotherapie nach Carl Rogers basiert, sie im Gegensatz dazu aber auch direktiv ist. Direktiv kann z. B. bedeuten, konkrete Vorschläge zu machen, Fragen zu stellen und Empfehlungen auszusprechen. Das Ziel ist dabei immer die Selbstmotivation zu verbessern indem Ambivalenz erforscht und schließlich aufgelöst wird.



*Motivational Interviewing* wurde 1983 als Begriff von William R. Miller eingeführt. Seitdem wurden zahlreiche konzeptionelle und empirische Arbeiten in Zeitschriften und Sammelbänden veröffentlicht.

1991 erschien die erste Buchveröffentlichung (Guilford Press, New York), die sieben Jahre später (1999) auch in deutscher Sprache erschien (Lambertus Verlag). 2002 folgte dann die 2. völlig überarbeitete Auflage (Guilford Press, New York) und die deutsche Ausgabe 2005 (Lambertus, Freiburg/Brsg.).

### Der Spirit des Motivational Interviewing & die Prinzipien

Mit dem englischen Wort „Spirit“ ist die „Haltung“ der Berater/-innen bzw. Therapeuten/-innen gemeint. Der *SPIRIT*, der dem MI zugrunde liegt, kann durch folgende elementare Bestandteile gekennzeichnet werden:

- **Partnerschaftlichkeit:** „Es besteht eine Partnerschaft, die die Kenntnisse und Standpunkte des Klienten würdigt. Der Therapeut schafft eine Atmosphäre, die Veränderung eher fördert als erzwingt“.
- **Evokation:** „Es wird angenommen, dass Ressourcen und Motivation zur Veränderung im Klienten selbst vorhanden sind. Diese intrinsische Motivation zur Veränderung wird durch Einbeziehung der Wahrnehmungen, Ziele und Werte des Klienten verstärkt“.

● **Autonomie:** „Der Therapeut bestätigt das Recht und die Fähigkeit des Klienten auf Selbstbestimmung und fördert eine ausgewogene Entscheidungsfindung“.

Motivational Interviewing kann weiter auch durch vier allgemeine Prinzipien beschrieben werden:

1. **Empathie ausdrücken.** Akzeptanz fördert Veränderung. Geschicktes aktives Zuhören ist unabdingbar. Ambivalenz ist normal.
2. **Diskrepanzen entwickeln.** Der Klient soll die Argumente für eine Veränderung selbst liefern, nicht der Therapeut. Eine wahrgenommene Diskrepanz zwischen gegenwärtigem Verhalten und persönlich wichtigen Werten und Zielen motiviert zur Veränderung.
3. **Geschmeidiger Umgang mit Widerstand.** Nicht für die Veränderung argumentieren. Widerstand nicht direkt begegnen. Zu neuen Perspektiven einladen, nicht vorschreiben. Widerstand ist ein Signal, die Vorgehensweise zu ändern. Der Klient ist die beste Quelle für Antworten und Lösungen.
4. **Selbstwirksamkeit fördern.** Der Glaube, sich verändern zu können, ist ein wichtiger Motivator. Der Klient, nicht der Therapeut, ist für die Entscheidung zur Veränderung und deren Umsetzung verantwortlich. Der Glaube des Therapeuten an die Fähigkeit der Person, sich zu ändern, wird zur Selffulfilling Prophecy.

Vergleich „Konfrontative Verfahren vs. MI“

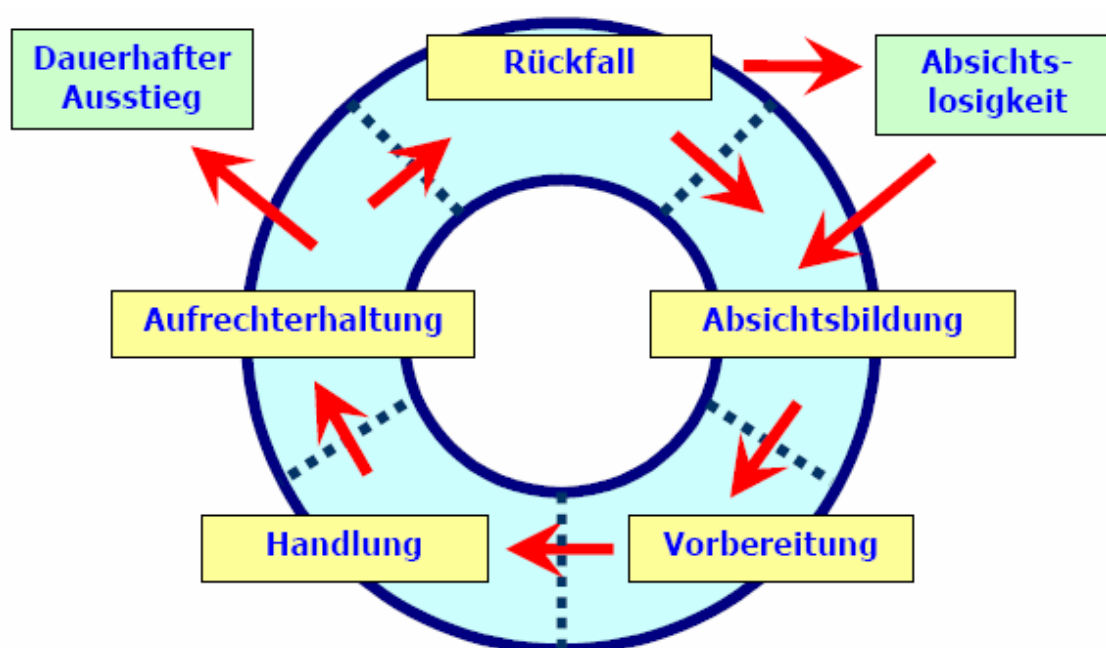
Konfrontative Verfahren	Motivierende Gesprächsführung
Besondere Betonung liegt auf der Problemeinsicht. Akzeptanz der Diagnose ist eine Voraussetzung von Veränderung.	Akzeptanz des Etiketts „Alkoholismus“ oder anderer Etikette ist zur Veränderung nicht nötig.
Betonung der pathologischen Persönlichkeit, was die Fähigkeiten zur individuellen Entscheidung und Urteilsbildung einschränkt.	Betonung der individuellen Entscheidungsfähigkeit und Verantwortung für die Planung künftigen Verhaltens.
Der Berater präsentiert Beweise, um den Klienten davon zu überzeugen, die Diagnose zu akzeptieren.	Der Berater bemüht sich um eine objektive Einschätzung des Problems, richtet sein Hauptaugenmerk aber auf die Sorgen des Klienten.
Widerstand wird als Verleugnung angesehen, der man mit Konfrontation begegnen muss.	Widerstand wird als interpersonelles Verhaltensmuster verstanden, das durch das Verhalten des Beraters beeinflusst wird.
Widerstand verlangt Beweisführung und Korrektur.	Widerstand verlangt Reflexion.
Behandlungsziele und Veränderungsstrategien werden dem Klienten vom Berater vorgegeben; der Klient wird als widerständig und entscheidungsunfähig betrachtet.	Behandlungsziele und Veränderungsstrategien werden zwischen Klient und Berater auf der Basis objektiver Daten und individueller Angemessenheit vereinbart.

## Veränderung ist ein Prozess – Das Transtheoretische Modell der Veränderung

Das Transtheoretische Modell der Veränderung nach Prochaska, Norcross und DiClemente (1997) stellt eine der zentralen theoretischen Grundlagen für eine Motivierende Kurzintervention dar.

Ausgehend von der Hypothese, dass Veränderungen von gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen wie z. B. Rauchen, Bewegung oder auch Drogenkonsum als Prozess zu begreifen sind, wurden empirische Studien durchgeführt, um festzustellen, wie diese Veränderungsprozesse ablaufen. Dabei konnten typische Stadien der Veränderung beschrieben und in einem Stadienmodell zusammengefasst werden. Diese sind: „Absichtslosigkeit“, „Absichtsbildung“, „Handlung“, „Aufrechterhaltung“ und „Rückfall“. Jedem Stadium eignen sind spezifische Motivationslagen, die im Folgenden skizziert werden.

Vereinfachte Darstellung des Transtheoretischen Modells



- **Absichtslosigkeit:** In diesem Stadium besteht kein oder kaum Interesse ein bestimmtes Verhalten in naher Zukunft zu ändern.
- **Absichtsbildung:** In diesem Stadium besteht Interesse an einer Verhaltensänderung, dieses ist jedoch noch nicht eindeutig, sondern u. U. äußerst ambivalent. Die Ambivalenz kann so stark sein, dass Menschen sehr lange in diesem Stadium verharren.
- **Vorbereitung:** In diesem Stadium treffen Menschen eine klare Entscheidung für eine Veränderung in naher Zukunft und äußern diese oder unternehmen bereits erste Schritte der Veränderung.
- **Handlung:** In diesem Stadium schließlich werden konkrete, auch von außen deutlich erkennbare, Veränderungen unternommen um ein bestimmtes Verhalten zu trainieren (min. 1 Tag). Dieses Stadium ist besonders anfällig für Rückschritte, da das neue Verhalten auf Reaktionen der Umwelt trifft.
- **Aufrechterhaltung:** In diesem Stadium ist es bereits gelungen eine Veränderung über einen längeren Zeitraum (ca. 6 Monate) aufrecht zu erhalten.

- **Rückfall:** Das geradlinige Durchlaufen der Stadien ist eher die Ausnahme als die Regel (Raucher/-innen durchlaufen den Kreis 3 – 7 Mal bis eine dauerhafte Veränderung erreicht wird). Misserfolg oder Rückschritt sollten daher nicht als Abbruch des Veränderungsprozesses gedeutet werden, sondern als dessen integraler Bestandteil.

Ein wesentliches Ziel motivierender Kurz- und Frühinterventionen ist, Veränderungsprozesse in Gang zu setzen, zu beschleunigen und zu festigen (siehe hierzu auch Seite 8).

## Ambivalenzen



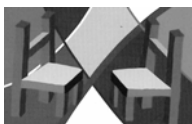
Ambivalenz (lat. *ambi* = beide, doppelt und *valere* = stark sein). Ambivalenz in diesem Zusammenhang meint Gedanken, Gefühle, Empfindungen und Verhaltensweisen, die einander widersprechen, aber gleichzeitig vorhanden sind.

„Ambivalenz ist ein natürlicher Schritt im Prozess der Veränderung. Falls jemand jedoch in der Ambivalenz stecken bleibt, können sich die Probleme intensivieren und fort dauern. [...] Deshalb kann Ambivalenz eine zentrale Herausforderung darstellen, die gelöst werden muss, bevor eine Veränderung eintreten kann“ (Miller/Rollnick 2005, 32). Insbesondere im Zusammenhang mit *substanzbezogenen Störungen* ist Ambivalenz ein zentrales Phänomen. Wir können davon ausgehen, dass sich ambivalente Menschen häufig in einem sog. „*Annäherungs – Vermeidungs – Konflikt*“ befinden, hin- und hergerissen zwischen den angenehmen und unangenehmen Folgen des Konsums (oder eines anderen Verhaltens). Miller/Rollnick führen zur Verdeutlichung dieses Konfliktes die Waage als Bild an:

Auf der einen Seite stehen die erlebten Vorteile des Konsums und die erwarteten Nachteile einer Änderung. Auf der anderen Seite stehen die erlebten Nachteile des Konsums und die erwarteten Vorteile einer Änderung.



## Empathie & Diskrepanzen



**Empathie** ist die Bereitschaft und Fähigkeit sich in die Einstellungen eines anderen Menschen einzufühlen und kann als das wesentliche Charakteristikum Motivierender Gesprächsführung angesehen werden.

Empathie meint die Gefühle, Sichtweisen und Standpunkte meines Gegenübers zu verstehen ohne sie zu bewerten, zu kritisieren oder gar ins Lächerliche zu ziehen. *Verstehen* bedeutet jedoch nicht dasselbe wie *Einverstanden sein!*

MI kennt mehrere typische Strategien empathischer Gesprächsführung (die Strategien 1 – 4 beschreibe ich im Anschluss an die Aufzählung näher).

1. Offene Fragen stellen
2. Aktiv Zuhören
3. Kompetenzen bestätigen

4. Selbstmotivierende Aussagen hervorrufen („change talk“)
5. Zusammenfassen
6. Neugier und Interesse vermitteln

### 1. Offene Fragen stellen

Insbesondere in der Anfangsphase eines Gespräches sind offene Fragen unerlässlich. Geschlossene Fragen auf die im Wesentlichen nur mit „Ja“ oder „Nein“ geantwortet werden kann, fördern eher die Asymmetrie der Beziehung und drängen den Gegenüber in eine passiv-regressive Haltung. Diese gilt es jedoch zu vermeiden. **Hinweis:** 🗎 „Frage – Antwort – Falle“ vermeiden!

### 2. Aktiv Zuhören

Aktiv Zuhören meint eine Einschätzung darüber abzugeben, was der Gesprächspartner vermutlich mitteilen wollte. Drei „Tiefen“ der Reflexion können wir dabei unterscheiden:

- Einfache Wiederholung von Teilen des Gesagten,
- Wiederholung in anderen Worten (auch: „Paraphrasieren“) und
- Reflexion der „tieferen“ Bedeutung des Gesagten (auch: „Verbalisieren emotionaler Erlebnisinhalte“)

Eine weitere Erscheinungsform des Aktiven Zuhörens ist den „Absatz weiterführen“, dies beschleunigt die Selbstexploration.

**Hinweis:** Dabei sollten wir stets 🗎 Aussagen treffen (statt Fragen stellen) und 🗎 Reflektiv denken.

### 3. Kompetenzen bestätigen

Veränderungen sind nur mit den Kompetenzen des Ratsuchenden zu erreichen. Kompetenzen bestärken bedeutet zu loben, Anerkennung und Verständnis entgegenzubringen. Dies kann sich auf aktuelle, aber auch vergangene Ereignisse beziehen. Dem Gegenüber widerzuspiegeln, dass sie/er auch in der Vergangenheit bereits schwierige Situationen gemeistert hat, kann den Glauben an die eigenen Fähigkeiten enorm steigern.

### 4. „Change Talk“

Motivierende Gesprächsführung bedeutet dem Gegenüber dabei zu helfen, persönliche Gründe für eine Verhaltensänderung zu finden. Letztlich ist es Selbstmotivation, die eine Verhaltensänderung langfristig trägt. Fremdmotivation ist häufig mit Widerstand verbunden. Es ist daher sehr wichtig, auch diese ernst zu nehmen.

Strategien, um „Change Talk“ hervorzurufen sind:

- Offene Fragen stellen,
- eine Dringlichkeitsskala einführen,
- die Exploration der Entscheidungswaage,
- Themen entwickeln,
- auch Extreme erwägen,
- Zurückblicken,
- und auch in die Zukunft blicken und nicht zuletzt
- Ziele und Werte ergründen.

**Diskrepanzen** entdecken bedeutet dazu beitragen, dass mein Gegenüber in der Selbstwahrnehmung Widersprüche oder „Dissonanzen“ aufspürt: Reibungspunkte im Lebenskonzept, im Selbstbild, im Gedankengebäude oder auch in Verhaltensweisen (oder in einzelnen Aspekten davon).

„Ohne eine gewisse Diskrepanz gibt es keine Ambivalenz. Deshalb ist für manche Personen der erste Schritt in Richtung Veränderung, dass sie erst einmal ambivalent *werden*.“ (Miller/Rollnick 2005, 44)

Diskrepanzen entdecken heißt auch, dass nicht nur mein Gegenüber Tempo, Inhalt und Richtung des Gespräches bestimmt. Diskrepanzen entdecken bedeutet u. U. ungemütliche Realitäten zu vermitteln. Diese „Konfrontation“ sollte jedoch niemals im Ton eines Vorwurfs erfolgen. Sie endet vielmehr oft mit einer Frage, z. B. „*Trinken führt dazu, dass Sie morgens nicht raus kommen. Gleichzeitig ist Ihnen Ihre Arbeit sehr wichtig. Wie passt das zusammen?*“

## Umgang mit Widerstand



„Widerstand seitens eines Patienten (ist) ein Zeichen von Dissonanz in der therapeutischen Beziehung“ (Miller/Rollnick 2005, 71).

Widerstand wird verstanden als ein Phänomen der Interaktion zwischen Klient/in und Berater/in, das immer dann entsteht, wenn die Intervention nicht dem Stadium der Veränderungsbereitschaft der/des Klient/in entspricht. Widerstand ist demnach auch beeinflussbar und zwar seitens der Berater/-innen.



Um auf Widerstand angemessen zu reagieren ist es zunächst einmal wichtig, Widerstand überhaupt zu erkennen. Miller/Rollnick beschreiben typische Prozess – Kategorien von Widerstands – Verhalten:

1. Argumentieren [*Bestreiten, Abwerten, Feindseligkeit*]
2. Unterbrechen [*Darüber reden, Unterbrechen*]
3. Negieren [*Schuldzuweisung, Ablehnen („Ja, aber“), Ausreden, Minimalisieren, Pessimismus, Zögern, Unwilligkeit sich zu ändern*]
4. Ignorieren [*Unaufmerksamkeit, Keine Antwort, Keine Response, Ablenken*]

Wenn Widerstand in der Interaktion entsteht, sollten wir unser Vorgehen ändern und „geschmeidig“ mit Widerstand umgehen indem wir

1. einfache Reflexionen geben,
2. verstärkte Reflexion (oder auch überzogene Reflexion) äußern,
3. die Ambivalenz spiegeln (doppelseitige Reflexion),
4. den Fokus verändern,
5. umformulieren,
6. zustimmen mit einer Wendung (... und ...),
7. die persönlichen Wahlfreiheit und Kontrolle betonen und
8. zur Seite treten (paradoxe Intervention).

Insbesondere in Anfangssituationen kann Widerstand entstehen. Es ist daher von großer Bedeutung gerade hier sensibel für dieses Phänomen zu sein.

Einige Strategien für den „Anfang“ sind besonders empfehlenswert:

- Offene Fragen stellen
- Aktives Zuhören
- Change – Talk hervorrufen
- Bestätigen
- Zusammenfassen

## Entscheidungen – Ziele - Lösungen

„Es gibt keine Motivation von etwas weg, sondern nur eine Motivation zu etwas hin“. Ich weiß nicht mehr, wo ich diesen Satz aufgelesen habe. Doch die Erfahrungen zeigen: er stimmt! Schon mit einem kleinen Gedankenexperiment können wir dies verdeutlichen: Denken Sie doch jetzt bitte *nicht* an den Eiffelturm in Paris! Und ... hat das funktioniert? Und wie sieht es damit aus: Denken Sie doch bitte jetzt an Ihr Auto. Welche Farbe hat es? Ist es ein Kleinwagen oder eine geräumige Limousine oder vielleicht ein Kombi? usw. Wenn es also stimmt, dass es nur eine Motivation zu etwas hin gibt, sind Ziele von zentraler Bedeutung für den Prozess der Veränderung. An unserem kleinen Gedankenexperiment ist vielleicht auch deutlich geworden, welche nicht zu unterschätzende Rolle die Sprache im Beratungsprozess spielt (kein Wunder wir sind ja „Mund-Werker“) bzw. die *Zielformulierung*. Daher möchte ich an dieser Stelle abschließend einige „Wohlgeformtheitskriterien“ erwähnen.

### Ziele sollen:

- bedeutsam,
  - realistisch,
  - kleinschrittig,
  - konkret, präzise und verhaltensbezogen sein,
  - in einer positiven, aktiven Sprache formuliert sein und
  - in den Lebenskontext passen („Ökocheck“).
- (vgl. Berg/Miller 2004)

## Literatur

- Berg, Insoo K./Miller, Scott D. (2004): Kurzzeittherapie bei Alkoholproblemen – Ein lösungsorientierter Ansatz. 5. Aufl.[1992] Heidelberg
- Keller, Stefan (Hrsg.) (1999): Motivation zur Verhaltensänderung – Das Transtheoretische Modell in Forschung und Praxis. Freiburg i. B.: Lambertus
- Miller, William R./Rollnick, Stephen (1999): Motivierende Gesprächsführung – Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen. Freiburg i. B.: Lambertus
- Miller, William R./Rollnick, Stephen (2005):** Motivierende Gesprächsführung. Freiburg i. B.: Lambertus 2. Auflage
- Prochaska, James/Norcross, John/DiClemente, Carlo (1997): Jetzt fange ich neu an – Das revolutionäre Sechs-Schritte-Programm für ein dauerhaft suchtfreies Leben. Knauer
- Wehrmann, U.: Motivierende Gesprächsführung - neue Perspektiven für eine kreative, veränderungsfördernde Gesprächskultur. In: Informationsdienst zur Suchtprävention No. 18., Kap. 3.5, Seite 111 – 118  
[Download | 10.01.2009]  
[http://www.schule-bw.de/lehrkraefte/beratung/suchtvorbeugung/informationsdienst/info18/11835Wehrmann\\_E.pdf](http://www.schule-bw.de/lehrkraefte/beratung/suchtvorbeugung/informationsdienst/info18/11835Wehrmann_E.pdf)



## Kurzintervention auf Grundlage des TTM/Motivational Interviewing

**Auffälligkeit einer/eines Jugendlichen im Zusammenhang mit Alkoholkonsum und/oder Drogenkonsum**

**Wir möchten/sollen die/den Jugendlichen darauf ansprechen.**

### Kontaktaufnahme

Feedback geben („Reporter - Haltung“)

### Änderungsbereitschaft ermitteln

Einleitend auf Auffälligkeit eingehen. **Wichtigkeit, Zuversicht und Bereitschaft** der/des Jugendlichen in Bezug auf eine Veränderung des Konsums ermitteln.

#### Absichtslosigkeit

Sie/Er denkt nicht über eine Änderung nach.

Ansatzpunkte suchen, wo die/der Jugendliche oder ihr/sein Umfeld sich über den Alkohol-/Drogenkonsum Gedanken macht. Informationen anbieten!

#### Absichtsbildung

Sie/Er denkt über eine Änderung nach ist aber noch unentschlossen.

Vorteile und Nachteile des Konsums aus Sicht der/des Jugendlichen beleuchten. Besorgnisse erfragen. Entscheidungsfindung fördern, nicht drängen!

#### Vorbereitung

Sie/Er hat sich entschieden etwas zu ändern.

Optionen zur Verhaltensänderung anbieten (Reduktions- oder Abstinenzversuch, weitergehende Hilfen). Zielplanung gemeinsam mit der/dem Jugendlichen erstellen.

#### Handlung

Sie/Er hat bereits begonnen etwas zu ändern.

Im Entschluss bekräftigen. Ziele überprüfen (Abstinenz, Reduktion, Inanspruchnahme von Hilfen). Überprüfung des Erfolges!

**Weiteres Gespräch vereinbaren (?)**