

Zusammenfassung

Motivational Interviewing ist eng verknüpft mit dem Harm-Reduction-Ansatz. Ziel der Intervention ist die Bewältigung von Ambivalenzkonflikten in Zusammenarbeit mit dem Klienten. Entscheidend sind eine fachkompetente, empathische und zieloffene Haltung, frühzeitige Klärung der Rahmenbedingungen und ein spezifischer Gesprächsstil. Damit bietet MI eine wichtige Grundlage für effektive Frühintervention. Es ist variabel einsetzbar und basiert nicht nur auf einem Interventionsstil, sondern vor allem auf einer bestimmten therapeutischen Haltung.

Schlüsselwörter

Harm Reduction · Ambivalenzkonflikt · Frühintervention · therapeutische Haltung

Abstract

There is a close connection between MI and the harm reduction approach. The main goal is to explore and solve conflicts of ambivalence in collaboration with the client. Most important are an attitude based on empathy, competence and flexibility, early clarification of external conditions and specific skills for communication. Thus MI is a prerequisite for effective early interventions. It can be put into practice flexibly based on a certain way of communication and interaction and a specific attitude.

Key words

Harm reduction · conflicts of ambivalence · early intervention · therapeutical attitude

Konzept des Motivational Interviewing

Motivational Interviewing (MI) ist ein Beratungs- und meines Erachtens auch ein Behandlungskonzept, das zunehmend auch in Deutschland auf Interesse stößt. Was verbirgt sich hinter diesem Konzept?

MI ist eng verbunden mit dem Paradigmenwechsel in der Sucht- und Drogenhilfe [1, 2]. Die Diskussion über Harm Reduction hat entscheidend dazu beigetragen, den Konsumenten von psychoaktiven Substanzen, sei es im Rahmen von Gelegenheits-, missbräuchlichem oder abhängigem Konsum, stärker in den Mittelpunkt jeglichen Unterstützungsansatzes zu rücken und dabei die konkreten Zusammenhänge zwischen der Situation des Kon-

sumenten, seinem Lebensstil und seiner Umwelt zu berücksichtigen. Erstes Ziel ist die Sicherung des Überlebens, im Weiteren geht es darum, den Schaden für den Betroffenen und die Gesellschaft zu verringern und den Konsumenten zu unterstützen, den Lebensstil, soweit möglich, hin zu einem sinnerfülltem Lebensstil zu verändern, in dem riskanter Konsum psychotroper Substanzen nicht mehr erforderlich ist, anders ausgedrückt: „Den Patienten dort abholen, wo er steht“ [3].

Genau dort setzt MI an und umfasst folgende Aspekte, die nicht voneinander zu trennen sind:

1. die Bedeutung der therapeutischen Haltung,
2. die Bedeutung der Rahmenbedingungen und
3. die Bedeutung der Grundprinzipien und des Gesprächsstils.

Institutsangaben

Psychosomatische Klinik, Bergisch Gladbach

Korrespondenzadresse

Dr. med. Thomas Kuhlmann · Chefarzt, Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach · Schlodderdicher Weg 23 a · 51469 Bergisch Gladbach · E-mail: thkuhlmann@psk-bg.de

Bibliografie

Suchttherapie 2005; 6: 35 – 38 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
DOI 10.1055/s-2005-858014
ISSN 1439-9903

Bedeutung der therapeutischen Haltung

Jede Beratung und Behandlung ist eine Interaktion zwischen zumindest zwei Personen – also z.B. zwischen Arzt und Patient. Durch Beeinflussung der Interaktion kann entsprechend auch auf die Beratung eingewirkt werden. Beratung des Patienten ist stets Hilfe zur Selbsthilfe, erfordert also Zusammenarbeit mit ihm, anderenfalls ist nicht zu erwarten, dass er oder sie die Beratung befolgt. Ansatzpunkt jeder Hilfe zur Motivationsförderung – dem klassischen Ziel von MI – ist der Patient als Subjekt, seine Sichtweise, Lebensgefühl und -erfahrung. Motivation wird dabei nicht als statischer Zustand verstanden, sondern als Ausdruck eines dynamischen Prozesses entsprechend dem Modell der Veränderungsbereitschaft [5]. Im Kontakt mit dem Patienten muss stets herausgearbeitet und berücksichtigt werden, wie dessen Motivationslage zum jeweiligen Kernthema einzuschätzen und das Gespräch dementsprechend zu führen ist, um den Patienten dazu zu gewinnen, sich auf eben dieses Thema einzulassen. Dreh- und Angelpunkt in jedem Gespräch sind die Ambivalenzkonflikte des Patienten. Ohne Ambivalenzkonflikte ist MI weder möglich noch notwendig.

In der ersten Auflage (1991) ihres Buches haben Miller und Rollnick MI als therapeutischen Stil von anderen Interventionsstilen negativ abgegrenzt, in der zweiten Auflage (2002) haben sie folgende positive Definition aufgestellt [6]. MI ist:

- klientenzentriert,
- partiell direktiv,
- nicht nur eine Gesprächstechnik, sondern ein Kommunikationsstil (im Original: „A way of being with the patient“) und
- fokussiert auf die Förderung intrinsischer Motivation sowie auf
- das Herausarbeiten von Lösungsmöglichkeiten in Ambivalenzkonflikten.

Die therapeutische Grundhaltung kann insofern umschrieben werden als

1. Zusammenarbeit (Collaboration) statt Konfrontation,
2. Herausarbeiten (Evocation) statt Vorschreiben und
3. Respekt vor der Autonomie des Patienten statt autoritärer therapeutischer Haltung.

Bedeutung der Rahmenbedingungen

MI ist ohne Berücksichtigung der Rahmenbedingungen weder denkbar noch durchführbar. Ziel ist die Förderung intrinsischer Motivation zur Überwindung von Ambivalenzkonflikten mit und durch den Patienten selbst. Bei jeglicher Abgrenzung von anderen Interventionsstilen ist stets zu berücksichtigen, dass es um die Förderung von Motivation geht – also nicht z.B. um das Verhindern weiterer Eskalationen wie unmittelbar drohender Gewaltanwendung, akut selbstverletzendem Verhalten etc. – und dass diese Intervention konkret durchgeführt wird. Deshalb ist es notwendig, bereits im Erstkontakt die Rahmenbedingungen zu klären, also z.B.

- die Rolle des Therapeuten (Arztes, Beraters etc.),
- die Zeit, die für das Gespräch zur Verfügung steht,
- spezielle Aspekte, die z.B. mit den Möglichkeiten der Institution, der Praxis oder Beratungsstelle zu tun haben, und

- die aktive Einbeziehung des Patienten, möglichst durch eine offene Frage.

Diese Rahmenbedingungen bilden die Eckpunkte des Gesprächs, innerhalb dieser Rahmenbedingungen gibt es Spielraum, darüber hinaus jedoch nicht.

Bedeutung der Grundprinzipien und des Gesprächsstils

Die therapeutischen Grundprinzipien sind zum einen klar und eindeutig, zum anderen in der Praxis nicht immer einfach umzusetzen. MI setzt stets voraus, dass [7]

- Empathie aktiv und authentisch ausgedrückt wird als entscheidende Voraussetzung, überhaupt eine positive Arbeitsbeziehung mit den Patienten zu entwickeln,
- Widersprüche, also die genannten Ambivalenzkonflikte herausgearbeitet werden,
- der Widerstand des Patienten elastisch – also nicht konfrontativ – aufgenommen wird und von therapeutischer Seite Gegenargumente vermieden werden und
- das Gespräch dazu führt, dass seitens des Patienten die Zuversicht und das Vertrauen in die Wirksamkeit der eigenen Fähigkeiten wachsen, sein Verhalten effektiv und sinnvoll zu ändern.

Diese therapeutischen Grundprinzipien klingen banal, sie in die Praxis effektiv umzusetzen erfordert jedoch zweierlei: zum einen die oben skizzierte therapeutische Haltung: Je stabiler der empathische Kontakt zum Patienten ist, desto geringer ist die Gefahr, dass der Kontakt abreißt, auch wenn dem Therapeuten Fehler unterlaufen und zum anderen einen bestimmten Gesprächsstil, der auf vier Eckpfeilern beruht und dementsprechend mit den vier Großbuchstaben OARS umschrieben wird:

O = Open ended questions (offene Frage stellen)

A = Affirmation (Bestätigung)

R = Reflective listening (aktives Zuhören)

S = Summarizing (Zusammenfassen)

mit dem Ziel, den Patienten zu motivieren, selbst Änderungsabsicht zu äußern (change talk).

Beginnende Änderungsabsicht kommt dadurch zum Ausdruck, dass der Patient – und nicht der Therapeut – Nachteile des Status quo, Vorteile einer Verhaltensänderung sowie die eigene Absicht zur Veränderung und Zuversicht in Bezug auf die Fähigkeit zur Veränderung äußert.

Der MI-Prozess kann in zwei Phasen unterteilt werden: Die Entwicklung von Änderungsabsicht (Phase I) und die Selbstverpflichtung des Patienten, die Änderungsabsicht in praktisches Handeln umzusetzen (Phase II).

Untersuchungen des Linguisten Paul Amrhein haben bestätigt, was Ihnen aufgrund Ihrer eigenen Praxis wahrscheinlich bekannt ist [8]. Wie im angloamerikanischen Sprachraum üblich, sind diese Erkenntnisse in einigen Großbuchstaben zusammengefasst worden: DARN-C.

Phase I, also die allmähliche Entwicklung von Änderungsabsicht, drückt der Patient wie folgt aus: Er spricht über

D (Desire: Wunsch nach Veränderung), A (Ability: Fähigkeit zur Veränderung), R (Reasons: Gründe für die Veränderung), N (Needs: Not, den Status quo zu verändern).

All diesen Hinweisen ist die Entwicklung von Veränderungsabsicht zu entnehmen, nicht jedoch die konkrete Absicht zu praktischem Handeln.

Phase II zeichnet sich erst ab, wenn der Patient einen Schritt weitergeht, ausgedrückt durch C (Commitment language: Konkret ausgedrückte Selbstverpflichtung, sein Verhalten zu ändern: z.B. „Ich will, ich werde“ und nicht nur „manchmal wünsche ich mir“).

Bei all dem ist entscheidend, dass diese Aspekte vom Patienten selbst geäußert werden. Das setzt voraus, dass der Patient stets aktiv beteiligter Gesprächspartner ist. Deshalb ist es wichtig, vor dem Ansprechen und Erteilen möglicher Ratschläge stets direkt das Einverständnis oder die Erlaubnis des Patienten einzuholen, ihm durch Ratschläge eine mögliche Richtung zu eröffnen. Stets sind mehrere Möglichkeiten anzusprechen, um dem Patienten die Wahl zu lassen und ihn aufzufordern, sich aktiv für eine der Optionen zu entscheiden, denn die Auswahl trifft der Patient. Sowieso, denn er entscheidet sich für Veränderung – oder nicht. Ausgehend vom Grundkonzept des Motivational Interviewing sind in den letzten Jahren Modifikationen entwickelt worden, die sich im Wesentlichen in drei Gruppen unterteilen lassen [6]:

1. BA (Brief Advice), also einen kurzen Rat geben,
2. BCC (Behavior Change Counseling), also Beratung zur Verhaltensänderung sowie
3. MI (Motivational Interviewing in ausgeprägter Form).

Die verschiedenen Formen unterscheiden sich im Zeitrahmen, Setting, bezüglich der Ziele und auch des Stils. Ein kurzer Ratsschlag umfasst fünf bis maximal 15 Minuten, eine Beratung zur Verhaltensänderung fünf bis 30 Minuten, die ausgeprägte Form einer Motivierenden Gesprächsführung kann 30 bis 60 Minuten umfassen. Dementsprechend übernimmt der Therapeut mal einen aktiveren, mal einen weniger aktiven Part. Gemäß der Grundhaltung von MI ist der Patient stets aktiv einzubeziehen, um zu verhindern, dass der Therapeut aktiv die Richtung vorgibt und die Ambivalenzkonflikte des Patienten gegenüber dieser Richtung nicht berücksichtigt werden.

Inwiefern passen MI und Frühinterventionen zusammen?

Frühinterventionen können auf verschiedenen Ebenen durchgeführt werden. In diesem Zusammenhang stimme ich mit dem Konzept von Frühintervention überein, das Georg Kremer anlässlich der FRED-Studie (FRED = Frühintervention bei erstaufrälligen Drogenkonsumenten) beschrieben hat. Frühinterventionen sind [9]

1. konsumbezogen: Dabei handelt es sich um Frühinterventionen bei Menschen mit problematischem Konsumverhalten und keinen oder noch keinen gravierenden körperlichen, sozialen oder psychischen Folgeschäden, also Frühinterventionen im Sinne von Sekundärprävention,

2. institutionsbezogen: Dabei geht es um Frühintervention bei Menschen mit problematischem, möglicherweise schon abhängigem Konsum und bereits bestehenden körperlichen, sozialen und/oder psychischen Folgeschäden, ohne dass diese Personen bislang Kontakt zum Hilffssystem hatten. In diesem Fall handelt es sich also um Frühintervention aus dem Blickwinkel der Institution, die zu diesen Personen erstmals Kontakt bekommen, und möglicherweise Tertiärprävention und
3. lebensgeschichtlich: Hier geht es um junge Menschen mit Konsum psychoaktiver Substanzen jeglicher Art, sei es risikant, missbräuchlich oder abhängig, die über fachspezifische Angebote zu erreichen sind durch Einbeziehung jener Institutionen, zu denen diese jungen Menschen Kontakt haben: sei es in der Schule, dem Jugendzentrum, der Disco, dem Sportverein etc., also unter Umständen Primär-, aber überwiegend Sekundärprävention.

MI ermöglicht Frühinterventionen auf all diesen Ebenen, da es eine klare therapeutische Haltung zu einem bestimmten Lebensstil mit einem nicht konfrontativen und den Patienten oder Klienten stets empathisch und aktiv einbeziehenden Gesprächsstil verbindet.

Therapeutische Haltung, Setting und Ziel der Intervention sind stets zu berücksichtigen, wenn auf Basis von Motivational Interviewing eine Frühintervention angestrebt wird. Dementsprechend kann sich der Kontakt in der Praxis, der Beratungsstelle, der Ambulanz oder der Klinik unterschiedlich gestalten. Voraussetzung für eine Intervention ist zum einen die Definition des Interventionsziels. Dabei ist zu eruieren, an welchem Punkt hinsichtlich seiner Veränderungsbereitschaft der Klienten oder Patient steht. Zum anderen ist zu berücksichtigen, dass eine erfolgreiche Intervention gemäß MI darauf basiert, dass der Patienten folgende Fragen für sich mit Ja beantwortet [8 – 10]:

- „Ist es wichtig für mich?“,
- „Kann ich?“ und
- „Will ich?“.

Wenn eine der Fragen nicht mit Ja beantwortet wird, kann die Intervention kaum zum Ziel kommen. Dann sind zunächst jene Ambivalenzkonflikte zu klären, die einem Ja entgegenstehen.

Die eigene therapeutische Haltung zum Problem ist die Basis jeder Intervention [10], sei es die Notwendigkeit einer Langzeittherapie oder deren Fortsetzung, die Überwindung des Beikonsums bei Substitutionsbehandlung, der Umgang mit dem Rückfall oder die Fortsetzung des Nikotinkonsums.

Alle eigenen Erfahrungen und auch Studien verdeutlichen, dass jede Intervention über Verhaltensänderung und das gemeinsame Entwickeln möglicher Teilziele eines voraussetzen: nämlich konkrete Hilfsmöglichkeiten und Ziele. Dementsprechend ist zu überprüfen, inwiefern konkrete Hilfsmöglichkeiten vorhanden, miteinander abzustimmen und für den Patienten auch erreichbar sind. Wenn es nicht gelingt, über die Ambivalenzkonflikte und ebenso über mögliche Schritte in Richtung Überwindung dieser Konflikte konkret zu sprechen, dann bleibt das Gespräch im Nebulösen, im Unverbindlichen und wird nicht zu

einer Verhaltensänderung führen. Es geht also darum, im Gespräch einerseits konkrete Zwischenschritte und Vereinbarungen zu entwickeln und andererseits stets zu berücksichtigen, dass der Patient aktiv mit diesen Schritten einverstanden ist und sie selbst auch als sinnvoll und erstrebenswert anerkennt [4, 6, 8].

Fazit

MI ermöglicht, schwierige Themen offen anzusprechen und dabei die eigene Motivation und Sichtweise des Patienten oder Klienten stets aktiv einzubeziehen, ohne in eine konfrontative Auseinandersetzung mit dem Patienten oder Klienten zu geraten. MI bietet deshalb vielfältige Chancen, Kontakt zu den Konsumenten legaler und illegaler psychoaktiver Substanzen aufzubauen und Verhaltensänderungen zu fördern. Effektive Frühintervention erfordert konstruktiven Kontakt mit dem Patienten oder Klienten und ist nur mit ihnen, jedoch weder ohne noch gegen sie möglich. Insofern setzt effektive Frühintervention die therapeutische Haltung von MI stets voraus. Um Nachdenken über Veränderungen, also Änderungsabsicht zu initiieren, ist MI ein geeignetes Instrument und auch in modifizierter Form unter unterschiedlichen Rahmenbedingungen einsetzbar – in Praxis, Beratungsstelle, Ambulanz oder Klinik.

In welcher Form Motivational Interviewing effektiv genutzt werden kann, also in der klassischen oder einer modifizierten kürzeren Form, ist abhängig vom zu erreichenden Ziel: Bereits ein kurzer Ratschlag kann Nachdenken über den bisherigen Lebensstil anregen. Um eine Selbstverpflichtung zur Verhaltensänderung zu erreichen, bedarf es jedoch einer umfassenderen Intervention. Ein kurzer Ratschlag kann jedoch dazu führen, den bisherigen Lebensstil infrage zu stellen und sich auf weitergehende Interventionen einzulassen. Entscheidend ist, dass die Motivationsdynamik des Patienten, die Rahmenbedingungen des Gesprächs und das Ziel der Intervention aufeinander abgestimmt sind, um Motivationsförderung zu ermöglichen und Demotivierung vor-

zubeugen [11]. MI ist also variabel einsetzbar, jedoch weder Allheilmittel noch reine Gesprächstechnik, sondern vor allem Ausdruck einer therapeutischen Haltung [12].

Literatur

- ¹ Kuhlmann T. Harm Reduction. Zum Paradigmenwechsel in der Drogenarbeit. *Psychiatrische Praxis* 1996; 4: 157 – 160
- ² Kuhlmann T. Die Bedeutung von Harm Reduction in der Suchthilfe. *Sucht* 2001; 2: 131 – 136
- ³ Körkel J. Drogenabhängige im Spannungsfeld widersprüchlicher Ätiologie- und Behandlungsparadigmen. In: Rink J (Hrsg). *Zur Wirklichkeit der Abstinenzabhängigkeit. Kritische Betrachtungen zu Grundannahmen der Drogentherapie*. Geesthacht: Neuland, 1995
- ⁴ Miller WR, Rollnick S. *Motivational Interviewing: preparing people to change addictive behaviour*. New York/London: Guilford Press, 1991
- ⁵ Prochaska JO, Di Clemente CC, Norcross et al. Insearch of how people change. *American Psychologist* 1992; 37: 1102 – 1114
- ⁶ Miller WR, Rollnick S. *Motivational Interviewing: preparing people to change addictive behaviour*. 2nd Edition. New York/London: Guilford Press, 2002
- ⁷ Miller WR, Rollnick S. *Motivierende Gesprächsführung. Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen*. Freiburg: Lambertus, 1991
- ⁸ Amrhein PC, Miller WR, Yahne CE et al. Client commitment language during motivational interviewing predicts drug use outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2003; 71: 862 – 878
- ⁹ Kremer G. Früherkennung und Kurzintervention: Ein neues Heilmittel? LWL. Band 33 der Reihe „Forum Sucht“. Früherkennung bei erst-auffälligen Drogenkonsumenten (Fachtagungsdokumentation). Münster, 2002: 47 – 62
- ¹⁰ Demmel R. Motivational Interviewing. Mission impossible? Oder: Kann man Empathie lernen. In: Rumpf HJ, Hüllinghorst R (Hrsg). *Alkohol und Nikotin. Frühintervention, Akutbehandlung und politische Maßnahmen*. Schriftenreihe der DHS, Band 44. Freiburg: Lambertus, 2003: 177 – 199
- ¹¹ Körkel J, Veltrup C. Motivational Interviewing. Eine Übersicht. *Suchttherapie* 2003; 3: 15 – 24
- ¹² Kuhlmann T. Anmerkungen über den therapeutischen Umgang mit aggressivem Verhalten am Beispiel der Psychosomatischen Klinik Bergisch Gladbach. Vortrag im Rahmen der Dortmund-Hemeraner-Tage 2003