

Motivierende Gesprächsführung als Instrument der Prävention

Übersicht

- Etwas Geschichte und eine Definition
- Motivationales Verständnis von Veränderung
- Grundhaltung der Motivierenden Gesprächsführung
- Techniken der Motivierenden Gesprächsführung
- Empirische Evidenz

*Viele Menschen halten es für angebracht, anderen
offen Ratschläge zu erteilen über etwas, was nicht
bereitwillig akzeptiert wird und als Thema schwer
anzuschneiden ist, und geben auf, wenn die Ratschläge
nicht angenommen werden. Das nutzt niemandem, weil
andere so nur der Scham und dem Gesichtsverlust
ausgesetzt werden.
Solche Ratschläge beruhigen lediglich den Geist des
Ratgebers.*

Aus dem Hagakure.

Abgrenzung

Geschichte

- In dieser Vorlesung wird es um die Motivierende Gesprächsführung nach Miller & Rollnick gehen
- Motivierende Gesprächsführung nach Miller & Rollnick wird im Folgenden nach der ursprünglichen Bezeichnung Motivational Interviewing, MI bezeichnet
- Eine große Anzahl von Praktikern bezeichnen ihre Art der Gesprächsführung als Motivierende Gesprächsführung, ohne damit MI zu praktizieren
- Eine große Anzahl von Praktikern verwenden „motivierende Maßnahmen“, um bei ihren Patienten Verhaltensänderungen zu initiieren. Diese sind z.T. nicht kompatibel mit MI

Entwicklung

Geschichte

- Die Entwicklung erfolgte nicht theoriegeleitet
- Ist in der klientenzentrierten Gesprächsführung nach Carl Rogers verwurzelt
- Basiert auf impliziten Prinzipien der klinischen Arbeit
- Prinzipien von MI wurden formuliert, ohne dass empirische Stützung der Konzepte vorlag

Theoretische Konzepte mit logischem Bezug

Geschichte

- Rogers Konzeption der „kritischen Bedingungen für Veränderungen“
- Theorie der kognitiven Dissonanz nach Festinger
- Theorie der Selbstwahrnehmung von Bem
- Transtheoretisches Modell der Verhaltensänderung von Prochaska & DiClemente

Was ist es denn nun?

Definition

- MI ist „eine klientenzentrierte, direktive Methode zur Verbesserung der intrinsischen Motivation für eine Veränderung mittels der Erforschung und Auflösung von Ambivalenz“ (Miller & Rollnick, 2004, S.47)

Und was heißt das?

● Klientenzentriert

- ‡ Empathie, Akzeptanz, Kongruenz

● Direktiv

- ‡ Therapeut entwickelt Diskrepanzen, zeigt Ambivalenz auf, gibt Themen für das Gespräch vor

● Methode der Gesprächsführung

- ‡ Keine Kiste aus der man bestimmte Tricks zieht, um andere zu manipulieren

● Intrinsisch

- ‡ Motivation zur Verhaltensänderung liegt im Patienten vor. Diese wird geweckt. Äußere Motivatoren gehören trotz Wirksamkeit nicht zu MI

● Ambivalenz

- ‡ Motivation speist sich aus der Diskrepanz und arbeitet mit der Ambivalenz zur Veränderung, setzt Motivation nicht voraus

Motivationales Verständnis

Motivationales
Verständnis

● Veränderung:

- # ist ein natürlicher Vorgang
- # nach Interventionen spiegelt diesen natürlichen Vorgang
- # kann von außen angestoßen werden
- # wird meist schnell initiiert
- # hängt von Therapeutenverhalten ab
- # wird durch einen empathischen Therapiestil erleichtert
- # wird durch Zuversicht sich zu ändern und durch Zutrauen von Veränderung erleichtert
- # lässt sich dadurch vorhersagen, wie Patienten über eine Veränderung sprechen, dies wiederum kann von Therapeuten beeinflusst werden

Spirit

Grund-
haltung

- Partnerschaftlichkeit
 - ⌘ Kenntnisse und Standpunkte der Patienten werden gewürdigt. Patienten als „Experten für ihr Problem“
- Evokation
 - ⌘ Wunsch und Fähigkeit zur Veränderung liegen bei Patienten vor. Motivation durch Einbeziehung der Wahrnehmung, Ziele und Werte der Klienten verstärken
- Autonomie
 - ⌘ Recht und Fähigkeit der Patienten auf Selbstbestimmung sowie ausgewogene Entscheidungsfindungen bestätigen und fördern

Basisprinzipien I

Grund-
haltung

- Empathie ausdrücken
 - Akzeptanz fördert Veränderung
 - Geschicktes aktives Zuhören ist unabdingbar
 - Ambivalenz ist normal
- Diskrepanzen entwickeln
 - Patienten liefern Argumente für Veränderung selbst
 - Wahrgenommene Diskrepanz zwischen Verhalten, Werten und Zielen motiviert zu Veränderung
- Widerstand umlenken
- Selbstwirksamkeit fördern

Basisprinzipien II

Grund-
haltung

- **Widerstand umlenken**
 - ⌘ Nicht für eine Veränderung argumentieren
 - ⌘ Widerstand nicht direkt begegnen („psychologisches Judo“)
 - ⌘ Neue Perspektiven einladen, nicht vorschreiben
 - ⌘ Widerstand als Signal, das eigene Vorgehen zu ändern
 - ⌘ Patienten sind beste Quelle für Antworten und Lösungen
- **Selbstwirksamkeit fördern**
 - ⌘ Glaube daran, sich Verändern zu können ist wichtiger Motivator
 - ⌘ Klienten sind für Entscheidung und Umsetzung der Veränderungen verantwortlich
 - ⌘ Glaube des Therapeuten an die Fähigkeit zur Veränderung der Klienten wird zur selbsterfüllenden Prophezeiung

Strategien für die Gesprächsgestaltung I

Techniken

- Rahmenbedingungen abstecken

- # Wie viel Zeit steht zur Verfügung
- # Erklären Sie Ihre Rolle und Ihre Ziele
- # Beschreiben der Patientenrolle
- # Details, denen Sie sich werden widmen müssen
- # Offene Frage

- Beispiel:

„Wir haben jetzt etwa 15 Minuten Zeit, in denen ich gern mit Ihnen über Ihre Laborwerte sprechen möchte. Ich werde Ihnen kurz die Befunde erläutern und würde mich dann mit Ihnen gemeinsam über unser weiteres Vorgehen abstimmen. Bei den Laborwerten werden wir uns detaillierter Ihren Leberwerten widmen müssen. Was wissen Sie über die Laborwerte, die wir bei Ihnen erhoben haben?“

Strategien für die Gesprächsgestaltung II

Techniken

- Die Agenda aufstellen

- ✦ Wichtige Frage zu Beginn des Gesprächs: „Worüber werden wir uns unterhalten?“
- ✦ Manchmal sind trotz augenscheinlicher Klarheit andere Themen wichtiger.
- ✦ Bestehen Zweifel über das Thema, lohnt es, sich kurz darüber zu verständigen.

- Beispiel für den Einstieg in eine Beratung bei Diabetes:

„Wir haben festgestellt, dass Sie an einem Diabetes leiden und wir wollten uns jetzt über das weitere Vorgehen unterhalten. Es könnte um die Überwachung Ihres Blutzuckerspiegels gehen, aber auch um Bewegung, Ernährung oder Medikamente. Was ist Ihnen davon am wichtigsten? Aber vielleicht, gibt es ja etwas ganz anderes, über das Sie sprechen möchten. Worüber möchten Sie sich gern zuerst unterhalten?“

Zentrale Gesprächstechniken I

Techniken

- Offene Fragen stellen
 - Offene Fragen beginnen mit „Wer“, „Wie“, „Was“ (Sesamstraße)
 - Daumenregel, nicht mehr als drei Fragen nacheinander, besser
 - Kombination von 2-4 Reflektionen oder Paraphrasen und 1 Frage hat sich in einer Studie als günstigste Konstellation herausgestellt
- Aktives Zuhören
 - Verbale (ja, gut), paraverbale (hmm, aha) und nonverbale Verstärker (lächeln, nicken) wenn Patienten Motivation, Diskrepanz oder Ambivalenz erkennen lassen
 - Paraphrasieren
 - Reflektieren (Verbalisieren emotionaler Erlebnisinhalte)

Zentrale Gesprächstechniken II

Techniken

- Bestätigen
 - ⌘ Anerkennung (Validierung)
 - ⌘ Komplimente
 - ⌘ Verständnis vermittelnde Aussagen
- Zusammenfassen
 - ⌘ sammelnd - fasst Inhalte zusammen
 - ⌘ verbindend - Verknüpfung von gerade gesagtem mit früher geäußerten Inhalten
 - ⌘ Überleitend – Abschluss eines Themas und Wechsel zu einem neuen

Zentrale Gesprächstechniken III

Techniken

- Selbstmotivierende Äußerungen (Change Talk) erkennen und bestätigen
 - ✦ Erkennen der Nachteile des status quo – „Vielleicht ist das wirklich nicht das beste.“
 - ✦ Erkennen der Vorteile einer Veränderung – „Ich würde mich wohler fühlen und Geld sparen würde es auch.“
 - ✦ Zuversicht bzgl. einer Veränderung – „Ich glaube, wenn ich mir das vornehme, kann ich das schaffen.“
 - ✦ Veränderungsabsicht – „Ich weiß auch nicht genau, was ich tun soll, aber so soll es auch nicht bleiben.“

Zentrale Gesprächstechniken IV

Techniken

- Selbstmotivierende Äußerungen (Change Talk) hervorrufen
 - ⌘ Offene Fragen stellen
 - ⌘ Motivations- und Dringlichkeitsskala
 - ⌘ Entscheidungswaage – „Auf der einen Seite (genannte Vorteile aufzählen), andererseits (genannte Nachteile aufzählen). Wie machen Sie jetzt weiter?“
 - ⌘ Themen entwickeln – „Sie würden sich also wohler fühlen. Inwiefern?“
 - ⌘ Extreme erwägen – „Wenn Sie weitermachen wie bisher, was könnte das schlimmste sein, das geschieht?“ „Wenn sie das jetzt ändern, was wäre das beste, das geschieht?“
 - ⌘ Zurückblicken – Wie war das, als Sie angefangen haben zu rauchen?
 - ⌘ In die Zukunft blicken – „Wie hätten Sie gern, dass Ihr Leben in zehn Jahren aussieht?“
 - ⌘ Werte und Ziele ergründen

Meta-Analyse

Empirische
Evidenz

- Zusammenfassung von Effekten verschiedener Randomisierter Kontrollierter Studien (Effektgrößen: 0,2 klein, 0,5 mittel, 0,8 großer Effekt)
- Auswahl von Studien guter methodischer Qualität
- Größere Bandbreite bzgl. Setting, Patienten, Zielverhalten etc.
- Durch Replikation größere Sicherheit bzgl. evidenzbasierte Wirksamkeit
- Mindestanforderung für eine Evidenzgrad Ia-Beurteilung der Wirksamkeit einer Therapie „Mindestens eine Meta-Analyse auf der Basis methodisch hochwertiger RCTs“
- Hettema, Steele & Miller (2005). A Meta-Analysis of Research on Motivational Interviewing Treatment Effectiveness (MARMITE). **Annual Review of Clinical Psychology** (Vol.1).
<http://www.motivationalinterview.org/>

Einschlusskriterien

- Empirische
Evidenz
- Mindestens eine MI-Bedingung
 - Mindestens eine Ergebnismessung nach der Intervention
 - Mindestens eine Kontroll- oder Vergleichsbedingung
 - Festgelegte Prozeduren zur Schaffung äquivalenter Gruppen vor der Intervention

Überprüfte Bereiche

Empirische Evidenz	● Alkohol	31 Studien
	● Drogenmissbrauch	14 Studien
	● Rauchen	6 Studien
	● HIV-Riskantes Verhalten	5 Studien
	● Compliance	5 Studien
	● Trinkwasseraufbereitung	4 Studien
	● Diät und Bewegung	4 Studien
	● Spiel, Essstörungen, Beziehungen jeweils eine Studie	
	● Insgesamt 72 Studien	

Effekte

Mittlere kombinierte Effektgröße je nach Problembereich

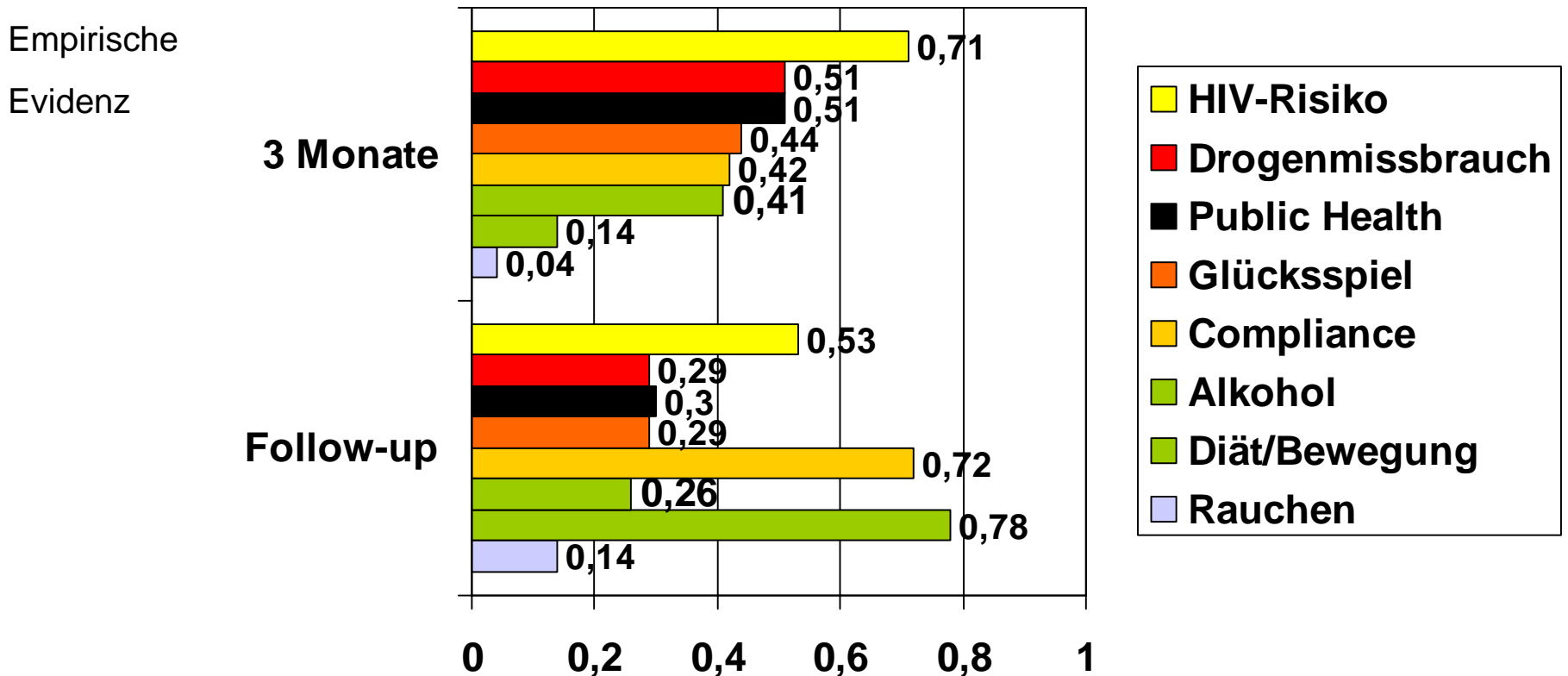


Abbildung entnommen aus: Hettema, Steele & Miller (2005). A Meta-Analysis of Research on Motivational Interviewing Treatment Effectiveness (MARMITE). *Annual Review of Clinical Psychology* (Vol.1).

Schlussfolgerungen

Empirische
Evidenz

- MI erhöht
 - ✦ die Aufrechterhaltung von Behandlungen
 - ✦ die Befolgung von Behandlungen
 - ✦ die von Behandlern wahrgenommene Motivation
- Effekte von MI treten relativ früh in der Behandlung ein
 - ✦ In einigen Bereichen (Ernährung / Bewegung) sind „Schläfereffekte“ beobachtbar
- Effekte zwischen MI und Vergleichsgruppen verringern sich nach 12 Monaten
 - ✦ Ist eine Beobachtung, auch bei anderen Interventionsmethoden
- Effekte von MI variieren stark zwischen Behandlern und Settings

Take home messages

- Empirische Evidenz
- Nicht alles was Motivierende Gesprächsführung ist MI
 - MI ist eine definierte und empirisch überprüfte Intervention
 - MI kann man lernen
 - „Spirit“ von MI ist wichtiger als Anwendung der Techniken

Literaturempfehlungen:

Miller & Rollnick (2004). *Motivierende Gesprächsführung 2. Aufl.* Freiburg, Lambertus.

Rollnick, Mason & Butler (1999) *Health Behavior Change*. Edinburgh, Churchill Livingstone.

Miller, Butler & Rollnick (2007). *Motivational Interviewing in Health Care: Helping Patients Change Behavior*. New York, Guilford.