

1

Motivierende Gesprächsführung lernen, anwenden und vertiefen

Hal Arkowitz • William R. Miller

Seit der ersten Beschreibung der motivierenden Gesprächsführung (Miller, 1983) im klinischen Kontext schossen Forschung und Anwendungen wie Pilze aus dem Boden. Nachdem die motivierende Gesprächsführung zunächst im Bereich problematischen Trinkverhaltens angewandt worden war, wurde sie in der Folgezeit bei einer Vielfalt anderer Probleme eingesetzt, darunter Drogenmissbrauch, pathologisches Spielen, Essstörungen, Angststörungen, gesundheitsrelevante Verhaltensweisen und Umgang mit chronischen Krankheiten. In diesem Kapitel geben wir einen Überblick über die motivierende Gesprächsführung, ihren Einsatz in der klinischen Praxis, Wirkungsweise und Therapieerfolg und wie Kliniker sie erlernen können. (Motivierende Gesprächsführung wird im Original als »Motivational Interviewing« bezeichnet und im Folgenden häufig mit »MI« abgekürzt.)

1.1 Motivation in der klinischen Praxis und in der Forschung

Jahrzehntlang spielte das Motivationskonzept in der Forschung zum Lernen eine bedeutende Rolle (z. B. Cofer & Apley, 1964; Sorrentino & Higgins, 1996), aber es hatte erstaunlicherweise nur einen geringen Einfluss auf den Bereich der Psychotherapie. Vor mehr als zwei Jahrzehnten gab Miller (1985) einen Überblick über die Forschung, in der Motivationsvariablen und Interventionen mit dem Zustand bei Behandlungsbeginn, mit der Compliance (Motivation der Klienten zur Mitarbeit) und mit dem Therapieergebnis in Beziehung gesetzt wurden. In seinem Überblick wurde die Bedeutung der Motivationsvariablen bei der Behandlung hervorgehoben und damit die weitere Entwicklung der motivierenden Gesprächsführung vorweggenommen (Miller & Rollnick, 1991, 2002).

Das Motivationskonzept erweist sich als besonders nützlich, wenn die Klienten festgefahren zu sein scheinen. In den meisten traditionellen psychotherapeutischen Ansätzen ist man der Auffassung, dass es sich, wenn man nicht mehr weiter weiß, um einen Widerstand gegen Veränderung handelt. Der Begriff »Widerstand« hat jedoch einen abschätzigen Beiklang, der willentliche (wenn auch oft unbewusste) Halsstarrigkeit beinhaltet. Zudem gibt es in jeder psychotherapeutischen Schule eine andere Auffassung darüber, was den Widerstand ausmacht und wie man damit umgeht. Wenn man den Begriff »Motivation« verwendet, ist das nicht nur respektvoller, sondern führt die Therapeuten zu einem besseren Verständnis der Veränderungsmotivation der Klienten und wie sich Veränderung fördern lässt (Engle & Arkowitz, 2006). Die motivierende Gesprächsführung arbeitet mit der Annahme,

dass viele Klienten, die in eine Behandlung kommen, eine ambivalente Einstellung gegenüber Veränderung haben und dass ihre Motivation im Verlauf der Therapie Höhen und Tiefen durchläuft. Daher sollten sich Therapeuten auf solche Schwankungen einstellen und sie eher in ihre Arbeit einbeziehen, als gegen sie anzuarbeiten. Ein zentrales Ziel der motivierenden Gesprächsführung besteht darin, die intrinsische Motivation gegenüber Veränderung zu verbessern. Die intrinsische Motivation entsteht eher aus persönlichen Zielen und Wertvorstellungen als aus solchen äußeren Einflüssen wie den Versuchen anderer, den Betroffenen von der Veränderung zu überzeugen, ihn dazu zu überreden oder sie zu erzwingen. Tatsächlich kann äußerer Druck in Richtung Veränderung bewirken, dass der Wunsch nach Veränderung paradoxerweise *abnimmt*. Brehm und Brehm (1981) vertreten die Auffassung, dass ein aversiver Zustand der Reaktanz aufkommt, wenn sich Menschen in ihrer persönlichen Freiheit subjektiv bedroht fühlen. Eine Art und Weise, wie dieser aversive Zustand abgebaut werden kann, besteht darin, dass man sich, wenn man zu einer Veränderung verleitet werden soll, genau umgekehrt verhält und sich gerade nicht verändert. Eine solche Reaktanz tritt mit geringerer Wahrscheinlichkeit auf, wenn sich der Therapeut eher unterstützend als direktiv verhält (Miller, Benefield & Tonigan, 1993; Patterson & Chamberlin, 1994) – und dadurch wird die Veränderung wahrscheinlicher.

Die Bedeutung der intrinsischen Motivation wurde in einer Studie von Lepper, Greene und Nisbett (1973) hervorgehoben. Die Forscher beobachteten Kinder im Klassenzimmer, um herauszufinden, mit welchen Aktivitäten sie sich von selbst, also ohne eine offensichtliche äußere Veranlassung bzw. Anreize beschäftigten. Sie unterstellten, dass diese Aktivitäten intrinsisch motiviert waren. In einem zweiten Abschnitt der Studie lobten die Versuchsleiter jedes einzelne Kind dafür, dass es sich mit dieser Aktivität beschäftigte. Im Gegensatz zu der herkömmlichen Vorhersage, dass diese Verhaltensweisen durch eine solche Verstärkung häufiger werden sollten, fanden die Forscher heraus, dass die bevorzugten Verhaltensweisen *abnahmen*, wenn sie gelobt wurden. Ihre Interpretation lautete, dass äußeres Lob die intrinsische Motivation zunichte mache. Das Lob könnte bei den Kindern den Eindruck erweckt haben, dass sie das Verhalten gezeigt hätten, um den Erwachsenen zufriedenzustellen und nicht sich selbst. Dies wiederum könnte ihr Interesse daran, das Verhalten zu zeigen, gemindert haben. Außerdem zeigten Studien, dass Veränderungen, die man auf sich selbst zurückführt, mit größerer Wahrscheinlichkeit von Dauer sind (vgl. Davison, Tsujimoto & Glaros, 1973; Davison & Valins, 1969) als diejenigen, die man auf äußere Einflüsse zurückführt (z. B. auf den Therapeuten oder ein Medikament).

Stufen des Veränderungsprozesses. Es gibt eine gewisse Ähnlichkeit zwischen der MI und dem transtheoretischen Modell von Prochaska und seinen Mitarbeitern (z. B. Prochaska & Norcross, 2004), obwohl beides unabhängig voneinander entwickelt wurde. In beiden Modellen wird angenommen, dass Menschen eine Veränderung mit unterschiedlichen Bereitschaftsniveaus in Angriff nehmen. Das transtheoretische Modell legt nahe, dass unterschiedliche Phasen der Veränderung mit

unterschiedlichen Niveaus der Bereitschaft zur Veränderung verbunden sind. Die Autoren schlagen fünf Phasen vor, die die Menschen durchlaufen (s. auch Tab 10.1 in Abschn. 10.3.1 zur ausführlichen Darstellung):

- ▶ Präkontemplation
- ▶ Kontemplation
- ▶ Vorbereitung
- ▶ Handlung
- ▶ Erhaltung

Man muss sich das als ein Oszillieren vorstellen und weniger als ein reibungsloses Durchlaufen dieser Phasen. Beispielsweise können Menschen in der Handlungsphase für eine gewisse Zeit zur Kontemplation zurückkehren und sich von dort weiter auf die Präkontemplation zurückziehen oder sich wieder auf die Handlung zu bewegen. Das Modell beschreibt bestimmte Veränderungsprozesse, die am häufigsten in jeder einzelnen Veränderungsphase auftreten. So kommt es z. B. gewöhnlich in den Phasen der Präkontemplation oder der Kontemplation zu einer Bewusstseinsweiterung, während das Kontingenzmanagement häufiger in den späteren Phasen der Handlung und der Erhaltung genutzt wird. Prochaska und Prochaska (1991) legen nahe, dass das Durchlaufen der Phasen behindert wird und die Person Widerstand zu zeigen oder sich nicht an die Abmachungen zu halten scheint, wenn Prozesse und Phasen schlecht zusammenpassen (z. B. beim Kontingenzmanagement in der Phase der Präkontemplation).

Sowohl bei der motivierenden Gesprächsführung als auch im transtheoretischen Modell, wo Ambivalenz charakteristisch für die Phase der Kontemplation ist, wird dieser Zustand als etwas Normales angesehen. Menschen, für die die Argumente gegen Veränderung mehr Gewicht haben als die Argumente dafür, machen den Eindruck, als wären sie relativ unmotiviert, sich zu verändern. Wenn die Argumente für die Veränderung ein größeres Gewicht haben als die dagegen, wird die Person stärker motiviert sein, sich zu verändern. Wenn man die Problemstellung weniger im Sinne von Widerstand, sondern eher im Sinne von Ambivalenz auffasst, dann führt dies dazu, dass man alle Aspekte der Ambivalenz und ihrer dynamischen Beziehung zueinander untersucht. Die Gründe dafür, sich nicht zu verändern, werden als stichhaltig angesehen und in der Veränderungsgleichung berücksichtigt. Die motivierende Gesprächsführung verfolgt von ihrem Ansatz her das Ziel, die Motivation dadurch zu verbessern, dass sie die Ambivalenz in Richtung Veränderung auflöst.

1.2 Was ist motivierende Gesprächsführung?

Miller und Rollnick definierten motivierende Gesprächsführung als »eine klientenzentrierte direktive Methode zur Verbesserung der intrinsischen Motivation für eine Veränderung mittels der Erforschung und Auflösung der Ambivalenz« (2009, S. 47). Sie hat starke Wurzeln in der klientenzentrierten Therapie nach Carl Rogers (1951, 1959). Denn auch dieser Therapieansatz betont, dass man den inneren Bezugsrah-

men und die momentanen Sorgen des Klienten verstehen muss, und er hebt die Diskrepanzen zwischen Verhaltensweisen und Wertvorstellungen hervor. Sowohl bei der motivierenden Gesprächsführung als auch bei der klientenzentrierten Therapie schafft der Therapeut die Bedingungen für Wachstum und Veränderung, indem er die Grundhaltung eines angemessenen einfühlsamen Verstehens (Empathie) und einer nicht an Bedingungen gebundenen positiven Wertschätzung im Gespräch einsetzt.

Man kann sich die motivierende Gesprächsführung als eine klientenzentrierte Therapie mit einer überraschenden Wendung vorstellen. Im Unterschied zur klientenzentrierten Therapie verfolgt die motivierende Gesprächsführung bestimmte Ziele: die Ambivalenz gegenüber Veränderung zu verringern und die intrinsische Motivation, sich zu ändern, zu verbessern. In diesem Sinn ist die motivierende Gesprächsführung sowohl klientenzentriert als auch direktiv. Der Therapeut schafft bei der motivierenden Gesprächsführung eine Atmosphäre, in der der Klient stärker als der Therapeut zum Verfechter der Veränderung, aber auch zur Haupttriebkraft der Veränderung wird.

Die Grundhaltung der motivierenden Gesprächsführung, die sich durch Partnerschaftlichkeit, Hervorrufen oder »Evozieren« des Veränderungspotenzials und Autonomie charakterisieren lässt, ist zentral für diese Therapieform. Ohne sie könnte man ihre Methoden nutzen, doch handelte es sich nicht um eine motivierende Gesprächsführung. Abgesehen davon ist die motivierende Gesprächsführung durch spezielle Prinzipien (Empathie ausdrücken, Diskrepanzen entwickeln, Widerstand umlenken und Selbstwirksamkeit fördern) und Methoden bestimmt. Die wichtigste Methode ist dabei, ein Gespräch über Veränderung, den sogenannten »Change-Talk«, und Selbstverpflichtung (»Commitment-Talk«) auszulösen und diese änderungsbezogenen Aussagen jeweils zu verstärken. Ziel ist es, die Ambivalenz des Klienten aufzulösen, Veränderungsmotivation zu erhöhen und Verhaltensänderung zu fördern.

In ihrem Überblick über die Forschung zu den Ergebnissen der motivierenden Gesprächsführung machen Burke, Arkowitz und Menchola (2003) die eher überraschende Beobachtung, dass zurzeit bei keiner der Studien in der Literatur ein »reiner« Ansatz der motivierenden Gesprächsführung verfolgt wurde. Praktisch alle veröffentlichten Studien hatten den grundlegenden Ansatz in bestimmter Weise verändert. Viele kombinierten die motivierende Gesprächsführung mit anderen Behandlungsformen wie der kognitiven Verhaltenstherapie. Bei der verbreitetsten Adaptierung wurde dem Klienten (der gewöhnlich ein Alkohol- oder Drogenproblem hatte) eine Rückmeldung gegeben, die auf den individuellen Ergebnissen standardisierter Erhebungsinstrumente (Miller, Sovereign & Krege, 1988) beruhte, einer Kombination, die man heute als »Motivational Enhancement Therapy« (Motivationsverbesserungstherapie; Miller, Zweben, DiClemente & Rychtarik, 1992) bezeichnet. Diese Rückmeldung, bei der es darum geht, wie schwer die Symptome sind, wenn man sie mit der Norm vergleicht, wird im Stil einer motivierenden Gesprächsführung gegeben. Eine solche Rückmeldung ist kein integraler Bestandteil

der motivierenden Gesprächsführung (obwohl sie sehr hilfreich sein könnte) – man weiß daher noch weniger über die Wirkungen der motivierenden Gesprächsführung für sich allein gesehen, wenn keine Rückmeldung erfolgt.

1.2.1 Prinzipien und Strategien

Miller und Rollnik (2002) beschrieben vier grundlegende Prinzipien der motivierenden Gesprächsführung sowie spezifische klinische Strategien, die sich daraus ableiten lassen.

Prinzip 1: Empathie ausdrücken. Ein empathischer Therapeut strebt an, die Welt aus dem Blickwinkel des Klienten zu erleben, ohne ein Urteil oder Kritik daran. Wenn er das macht, ergeben die Gedanken des Klienten, seine Gefühle und Handlungen weitaus stärker einen Sinn. So arbeitete einer von uns (Hal Arkowitz) mit einem Mann, der eine unkontrollierte lebensbedrohliche Hypertonie hatte. Dieser Mann war Anfang 50 und sich durchaus bewusst, dass er ein hohes Risiko für einen Schlaganfall oder einen Herzinfarkt hatte. Dennoch nahm er seine Medikamente nicht regelmäßig und befolgte auch die Empfehlungen seines Arztes zur Ernährung und zu körperlichen Aktivitäten nicht. Für seinen Arzt und seine Familie, die seinen Zustand von einem äußeren Bezugsrahmen aus sahen, ergaben seine Handlungen keinen Sinn, und sie versuchten, ihn davon zu überzeugen, dass er gesundheitsbewusster leben sollte. Wenn man die Handlungen jedoch aus der Perspektive des Klienten sah, wurden sie verständlicher. Der Klient berichtete, dass seine Arbeit »okay«, seine Familie »okay« und sein Leben »okay« waren. Diese Aussagen wurden in einer stimmlichen Tonlage gesprochen, in der eindeutig keine Begeisterung und Energie zum Ausdruck kam. Wenn er jedoch über seine Lieblingsgerichte redete (kein einziges davon war gesund für ihn), wurde er lebhaft. Wenn er diese Nahrungsmittel aß, dann bot ihm das den Genuss und die Lebensfreude, an der es ihm in anderen Bereichen mangelte. Als sich der Therapeut danach erkundigte, warum er seine Medikamente nicht regelmäßig einnahm, beschrieb der Klient sofort seine alten Eltern: Sie analysierten jeden Bissen, den sie in den Mund steckten, und zählten jeden Tag sorgfältig ihre Pillen – so wollten sie sichergehen, dass sie sie auch korrekt nahmen. Der Klient sagte: »Ein solches Leben möchte ich nicht führen; ich gehe lieber aus und habe eine gute Zeit, als so zu leben wie sie.« Aus diesem Blickwinkel gesehen ergab sein Verhalten durchaus einen Sinn.

Zu einfühlsamem Verständnis gehört eine nichturteilende Einstellung, bei der der Therapeut versucht, die Welt aus dem Blickwinkel des Klienten zu sehen. Das heißt nicht, dass der Therapeut die Verhaltensweisen für gut befindet. Aber es bedeutet auch nicht, dass der Therapeut die Entscheidungen des Klienten ablehnt oder ihnen gegenüber kritisch eingestellt ist. Vielmehr geht es darum, dass die Verhaltensweisen nachvollziehbarer werden, wenn man sie aus der Perspektive des Klienten versteht.

Prinzip 2: Diskrepanzen entwickeln. Motivation ist eine Funktion der Diskrepanz zwischen den momentanen Verhaltensweisen und den Wertvorstellungen des Klienten-

ten. Wenn man sich dieser Diskrepanzen bewusst ist, lässt sich die Motivation für Veränderung verbessern. Nehmen wir beispielsweise einen drogenabhängigen Menschen, für den es ein hoher Wert ist, seine Elternrolle zu erfüllen. Er wird ein Unbehagen empfinden, wenn er sich der Diskrepanz zwischen Drogenmissbrauch und seiner Selbstverpflichtung zu einer guten Elternrolle bewusst wird. Durch dieses Unbehagen kann die Veränderungsmotivation verbessert werden. Um dies zu erreichen, spricht der Therapeut mit dem Klienten über die Diskrepanzen zwischen Verhaltensweisen und Wertvorstellungen. Bei der motivierenden Gesprächsführung lenkt der Therapeut seine Aufmerksamkeit in besonderem Maß auf die Argumente des Klienten zugunsten von Veränderung und setzt sie zu seinen Argumenten gegen eine Veränderung in Beziehung. Als Weg aus der Ambivalenz heraus entlockt der Therapeut dem Klienten dessen eigenen Argumente für eine Veränderung und erkundet sie.

Prinzip 3: Widerstand umlenken. Bei der motivierenden Gesprächsführung wird der Widerstand gegen Veränderung als normaler und erwarteter Bestandteil des Veränderungsprozesses und als wertvolle Informationsquelle über das Erleben des Klienten und nicht so sehr als Hindernis angesehen, das man überwinden muss. Ambivalenz sagt etwas über die Hoffnungen, Wünsche und Befürchtungen aus. Die Klienten erkennen vielleicht, welche Vorteile es hat, wenn sie sich verändern, und gleichzeitig kommen ihnen auch beunruhigende Gedanken hinsichtlich dieser Veränderung. Dazu gehören die Furcht vor Misserfolg, die Furcht vor Anforderungen und Verantwortlichkeiten, von denen die Klienten meinen, dass sie auf sie zukommen werden, wenn sie sich wirklich ändern, oder die Ahnung, dass die Veränderung sie mit Unbekanntem und Unvorhersagbarem konfrontiert.

In der motivierenden Gesprächsführung strebt der Therapeut danach, beide Seiten der Ambivalenz aus der Perspektive des Klienten zu verstehen und zu respektieren. Wenn Argumente gegen Veränderung aufkommen, wird ihnen mit Empathie und Akzeptanz begegnet. Für die Klientinnen und Klienten kann es eine tiefgehende Erfahrung sein, über die *Vorteile* zu sprechen, die damit verbunden sind, dass man das Problem hat, und herauszufinden, dass der Therapeut zuhört und mitfühlend reagiert, ohne zum Verfechter der Veränderung zu werden. Die Umlenkung des Widerstands entschärft ihn eher, als dass sie ihn verstärkt.

Prinzip 4: Selbstwirksamkeit fördern. In der motivierenden Gesprächsführung unterstützt der Therapeut die Selbstwirksamkeit des Klienten, also den Glauben daran, dass er die erforderlichen Handlungen ausführen kann und ihm die Veränderung gelingt. Wenn sich die Menschen erst einmal dafür entschieden haben, die erwünschten Veränderungen vorzunehmen, haben sie oft durchaus bereits das Wissen und die Ressourcen dazu.

1.2.2 Grundlegende Fertigkeiten

Miller und Rollnick (2002) beschrieben eine Reihe grundlegender Fertigkeiten, die mit den oben beschriebenen Prinzipien im Einklang stehen. Sie haben die motivie-

rende Gesprächsführung in zwei Phasen eingeteilt. In der ersten ist der Klient ambivalent gegenüber der Veränderung, und die Motivation reicht möglicherweise nicht aus, um die Veränderung zu erreichen. Entsprechend besteht in dieser Phase das Ziel darin, die Ambivalenz aufzulösen und eine intrinsische Motivation zur Veränderung aufzubauen. Die zweite Phase beginnt damit, dass der Klient Anzeichen einer Bereitschaft zur Veränderung zeigt und sich eine Zukunft vorstellt, zu der auch die erwünschten Veränderungen gehören. In dieser Phase wechselt der Fokus dahin, die Selbstverpflichtung in Richtung Veränderung zu festigen und dem Klienten zu helfen, dass er einen Veränderungsplan entwickelt und umsetzt.

Mehrere der Fertigkeiten zur motivierenden Gesprächsführung gehen unmittelbar auf Rogers' klientenzentrierte Therapie zurück, zu der Folgendes gehört: offene Fragen stellen, reflektierend zuhören, bestätigen und zusammenfassen. Eine Therapiemethode jedoch – Change-Talk hervorrufen – ist von der Absicht her direktiv und spezifisch für die motivierende Gesprächsführung.

Offene Fragen stellen. Bei der motivierenden Gesprächsführung sollte der Klient den größten Teil des Gesprächs bestreiten, und offene Fragen werden dazu verwendet, dieses Ziel zu erreichen. Durch den Einsatz selektiver offener Fragen und Reflexionen fokussiert der Therapeut den Klienten auf diejenigen Bereiche, die ihm für die Arbeit an Ambivalenz und Veränderung wichtig erscheinen.

Reflektierend zuhören. Reflektierend oder aktiv zuzuhören ist die Fertigkeit, die bei der motivierenden Gesprächsführung wahrscheinlich am wichtigsten ist. Miller und Rollnick vertraten die Auffassung, dass »der Hauptpunkt einer Therapeuten-Response, im Sinne des aktiven Zuhörens, eine Einschätzung der *Bedeutung* dessen ist, was der Gesprächspartner gesagt hat« (2009, S. 104). Menschen bringen nicht immer klar zum Ausdruck, was sie meinen. Aus Furcht, Sorgen, Mangel an Bewusstheit für das, was sie meinen, oder schlicht aus Unfähigkeit, die richtigen Worte zu finden, um das Erlebte zu übermitteln, verbalisieren sie möglicherweise nicht die eigentliche Bedeutung. Reflektierendes Zuhören hilft ihnen, Bedeutungen zu verbalisieren und sie deutlicher zum Ausdruck zu bringen. Tabelle 1.1 zeigt unterschiedliche Niveaus der Reflektiertheit.

Viele Therapeuten lernen zu einem frühen Zeitpunkt ihrer Ausbildung in grundlegenden Techniken der Gesprächsführung, reflektierend zuzuhören. Man kann daher leicht unterschätzen, wie schwierig es ist, in kunstgerechter Weise empathisch zu reflektieren. In qualitativ hochwertiger Weise reflektierend zuzuhören, ist eine wesentliche Fertigkeit für die motivierende Gesprächsführung, um die Motivation für eine Veränderung zu verbessern und die Selbstverpflichtung des Klienten in dieser Richtung zu festigen. Die Äußerungen des Therapeuten bestehen zum größten Teil aus reflektierenden Einschätzungen der *Bedeutung* dessen, was der Klient gesagt hat. Unsere Erfahrung bei der Ausbildung von Anfängern in der motivierenden Gesprächsführung, aber auch von erfahrenen Praktikern ist die folgende: Am Anfang ist es schwierig für sie, sich hauptsächlich auf das empathische Reflektieren zu verlassen, ohne sich gleichzeitig auf eine Weise zu verhalten, die dem Klienten einen äußeren Bezugsrahmen aufzwingt.

Tabelle 1.1 Reflexionsniveaus bei der motivierenden Gesprächsführung

Aussage des Klienten »Obwohl nichts passiert ist, fühlte ich mich in letzter Zeit immer depressiver«		
	Definition	Antwortbeispiel
Wiederholen	Wiederholen eines Elements dessen, was der Sprecher gesagt hat	»Sie waren in letzter Zeit depressiver.«
Umformulieren	Nahe an dem bleiben, was der Sprecher gesagt hat, mit einigen Umformulierungen und Synonymen	»Ihre Traurigkeit wird also schlimmer, und Sie wissen nicht warum.«
Paraphrasieren	Erschließen oder Einschätzen der Bedeutung dessen, was der Sprecher gesagt hat, und dies wiederum reflektieren	»Sie würden gerne in der Lage sein, zu verstehen, warum sich ihre Stimmung in dieser Weise verändert.«
Gefühl reflektieren	Betonung der emotionalen Dimension durch Gefühlsaussagen und Metaphern	»Es ist unheimlich, wenn man nicht in der Lage ist, die eigenen depressiven Gefühle zu verstehen.«

Bestätigen. Um den Klienten während des Veränderungsprozesses zu ermutigen und zu unterstützen, bestätigt ihn der Therapeut in Form von Aussagen, in denen Anerkennung oder Verständnis zum Ausdruck kommt. Einige einfache Beispiele für Bestätigungen sind: »Es erfordert schon Mut, so etwas zu machen« oder »Das ist wirklich eine gute Idee«.

Zusammenfassen. Zusammenfassungen spielen über alle Sitzungen der motivierenden Gesprächsführung hinweg eine wichtige Rolle. Sie zeigen nicht nur, dass der Therapeut zugehört hat, sondern sie bilden auch den roten Faden im Arbeitsmaterial und können dazu beitragen, dass bestimmte Punkte hervorgehoben werden. Zusammenfassungen werden vor allem dazu genutzt, »Change-Talk« (die eigenen Aussagen des Klienten zur Veränderungsmotivation) zusammenzutragen und zu verstärken.

Change-Talk hervorrufen. Wenn die vier oben erörterten Methoden auch grundlegend für die motivierende Gesprächsführung sind, so eröffnen sie dem Klienten nicht notwendigerweise einen Weg, wie er aus seiner Ambivalenz herauskommt. Wenn man immer wieder fragt, reflektiert, bestätigt und zusammenfasst, könnte man sich schlicht im Kreis drehen. Bei der fünften Methode, dem Hervorrufen

oder Fördern des Change-Talks, ruft der Therapeut mit Absicht Change-Talk hervor, ohne zum Verfechter der Veränderung zu werden. Change-Talk besteht aus Aussagen, die sich auf folgende Inhalte beziehen: den Wunsch, die wahrgenommene Fähigkeit, das Bedürfnis, die Bereitschaft, die Gründe oder die Selbstverpflichtung, sich zu ändern. Amrhein, Miller, Yahne, Palmer und Fulcher (2003) fanden heraus, dass Aussagen, in denen über die Selbstverpflichtung, sich zu ändern, nachgedacht wird, bei Drogenkonsum die besten Prädiktoren für ein positives Therapieergebnis sind. Der Therapeut stellt offene Fragen, um Change-Talk hervorzurufen, erkundet und reflektiert das, was der Klient anbietet, und liefert Zusammenfassungen, in denen die änderungsbezogenen Aspekte zusammengetragen werden.

1.2.3 Phase 1: Arbeit mit der Ambivalenz

Alle oben erwähnten Strategien werden dazu genutzt, mit der Ambivalenz zu arbeiten. Nach beiden Seiten hin offene Reflexionen können dazu verwendet werden, das Dilemma des Klienten hervorzuheben, wie etwa: »Ein Teil von Ihnen hat also das Gefühl, dass Sie die Beziehung beenden wollen, und ein anderer Teil fühlt sich unsicher, ob dies das ist, was Sie tun sollten.« Regelmäßige Zusammenfassungen sind hilfreich, um Change-Talk zusammenzutragen und zu verstärken.

Wenn der Therapeut meint, dass der Klient vielleicht kurz davor ist, die Ambivalenz aufzulösen (und zu Phase 2 überzugehen), könnte er eine offene Frage verwenden wie etwa: »Was werden Sie Ihrer Meinung nach an diesem Punkt machen?« Der Klient könnte mit einer gewissen Offenheit reagieren oder signalisieren, dass er nicht weiß, ob er schon bereit ist, irgendetwas zu tun. Im letzten Fall kehrt der Therapeut zu Phase 1 zurück, bis es angemessen ist, die Motivation des Klienten wieder zu überprüfen.

1.2.4 Phase 2: Selbstverpflichtung und Handlung

Bestandteil dieser Phase ist, einen Veränderungsplan zu entwickeln und die Selbstverpflichtung des Klienten darauf zu verstärken. Miller und Rollnick gehen näher auf die Anzeichen dafür ein, dass der Klient bereit ist, in Phase 2 einzutreten. Dazu gehören:

- ▶ abnehmender Widerstand gegen Veränderung
- ▶ weniger Diskussionen über das Problem und ein Gefühl, dass der Klient auf den nächsten Schritt wartet
- ▶ ein Gefühl der Lösung, in dem der Klient entspannter und weniger vom Problem belastet zu sein scheint
- ▶ zunehmend Change-Talk
- ▶ zunehmend Fragen zur Veränderung

- ▶ mehr Phantasien über eine Zukunft, zu der die Veränderungen gehören
- ▶ zwischen den Sitzungen Experimentieren mit möglichen Veränderungshandlungen.

Dazu sollten wir noch die Anmerkung machen, dass die Menschen oft im Ausmaß ihrer Motivation und Ambivalenz schwanken. Wie Mahoney (1991) nahelegte, lässt sich Veränderung am besten als oszillierender Prozess beschreiben.

Außerdem ist Veränderung nur selten eindimensional. Die meisten Menschen, die einen Therapeuten aufsuchen, haben mehr als ein Problem oder gewichten Veränderungen auf mehreren Ebenen. Beispielsweise gehen Depressionen oft mit Beziehungsproblemen und Substanzmissbrauch einher. Es gibt in diesen unterschiedlichen Problembereichen möglicherweise unterschiedliche Ausprägungen der Motivation für Veränderung. Zudem unterscheiden Arkowitz und Burke (s. Kap. 6) und Zuckoff, Swartz und Grote (s. Kap. 5) zwischen zwei Arten der Motivation: einer Motivation für die Veränderung des Problems insgesamt (z. B. Angst) und einer Motivation, Handlungen auszuführen, die erforderlich sind, um die Veränderung zu erreichen (z. B. Konfrontation mit dem Problem). Eine Person, die hochmotiviert ist, ihr Leiden zu verringern, ist möglicherweise dennoch nicht bereit, eine spezielle Strategie zu verfolgen, um diese Verringerung zu erreichen. Es kann eine Ambivalenz gegenüber einer der Motivationen oder gegenüber beiden geben.

Es entspricht dem Stil der motivierenden Gesprächsführung, dass der Klient zu einem Veränderungsplan ermutigt wird, der stärker auf ihn selbst zurückgeht als auf den Therapeuten. Der Therapeut fordert ihn vielleicht dazu auf, über eine Veränderung nachzudenken, etwa durch Fragen wie »Was können Sie Ihrer Meinung nach machen, dass dies geschieht?«. Manchmal können Klienten motiviert sein, sich zu verändern, aber sie wissen möglicherweise nicht, was sie tun müssen, um die Veränderung zu erreichen (z. B. damit Panikattacken seltener auftreten). In solchen Augenblicken ist das Expertenwissen des Therapeuten ein nützlicher und notwendiger Bestandteil der Therapie. Das Problem besteht nicht darin, ob Ratschläge und Empfehlungen erteilt werden, sondern *wie* und *wann* sie angeboten werden. Bei der motivierenden Gesprächsführung werden diese Informationen von einem Therapeuten gegeben, der die Rolle eines Wegweisers oder Veränderungsberaters einnimmt. Ein Wegweiser entscheidet nicht darüber, wann oder wohin Sie gehen sollen, sondern hilft Ihnen stattdessen, dorthin zu gelangen, wohin Sie gehen wollen. Wenn der Klient es wünscht, kann der Therapeut Vorschläge unterbreiten, wie es weitergehen soll. Aber er macht das vorsichtig und mit der Einstellung, dass der Klient zwischen denjenigen Möglichkeiten auswählt, die zu diesem Zeitpunkt am angemessensten sind. Einem Klienten beispielsweise, der bereit zu sein scheint, sich zu verändern, der aber nicht weiß, wie er das bewerkstelligen soll, könnte ein Therapeut Folgendes sagen: »Ich habe da ein paar Ideen zu möglichen Vorgehensweisen, die bei anderen Menschen mit einem ähnlichen Problem hilfreich waren. Wären Sie daran interessiert, etwas darüber zu hören?« Auf diese Weise zeigt der Therapeut Respekt vor der Fähigkeit des Klienten, sich das auszuwählen, was für ihn am besten ist. Zugleich ist er aber bereit, Informationen zu liefern, die zu einer Veränderung führen.

1.2.5 Varianten in der klinischen Praxis

Eigenständige Behandlungsform. Die motivierende Gesprächsführung kann wie andere therapeutische Verfahren auch als »eigenständige« Behandlungsform genutzt werden. Selbst ein isolierter Einsatz der motivierenden Gesprächsführung über einen kurzen Zeitraum (ein bis vier Sitzungen), kann zu einer bedeutsamen Veränderung führen (Hettema, Miller & Steele, 2005). Bei einer großen Therapievergleichsstudie zur Alkoholabhängigkeit beispielsweise (Project Match Research Group, 1997) nahmen Klienten entweder an vier Sitzungen einer Therapie zur Motivationsverbesserung oder an zwölf Sitzungen einer kognitiven Verhaltenstherapie oder an Zwölf-Schritte-Programmen (Anonyme Alkoholiker) teil. Wenn man den Therapieerfolg während eines Zeitraums von einem Jahr nach der Behandlung auf Maße wie den Prozentsatz der »abstinenten Tage« und die Anzahl der alkoholischen Getränke pro »nicht abstinentem Tag« bezog, waren die Gruppen miteinander vergleichbar.

Weil sich die motivierende Gesprächsführung speziell auf die Motivation konzentriert, hat sie auch das Potenzial, als Katalysator für andere therapeutische Ansätze zu dienen. Und sie wurde tatsächlich mit anderen Therapien zusammen eingesetzt: als Vorbehandlung, als ergänzendes Verfahren oder als Kombination mit anderen Therapien.

Vorbehandlung. Die motivierende Gesprächsführung wurde mit Erfolg als Vorbehandlung genutzt, um die Motivation in der anschließenden Behandlung zu verbessern. Bei Metaanalysen zur motivierenden Gesprächsführung fand man höhere Effektgrößen (Burke et al., 2003) und längerfristige Ergebnisse für die motivierende Gesprächsführung als Vorbehandlung, als wenn sie als eigenständige Therapie zum Einsatz kam. Connors, Walitzer und Dermen (2002) fanden zudem heraus, dass die motivierende Gesprächsführung als Vorbehandlung bei Alkoholismus wirksamer war als eine Vorbehandlung mit Rolleninduktion, wie sie ursprünglich von Jerome Frank (1974) und seinen Mitarbeitern entwickelt wurde. Bei der Rolleninduktion bespricht derjenige, der das Gespräch führt, mit dem Klienten den Grundgedanken hinter der Therapie sowie die Erwartungen des Klienten und des Therapeuten in Bezug auf den Therapieprozess. Bei einer Vorbehandlung mithilfe der motivierenden Gesprächsführung verbesserten sich auch die Therapieergebnisse bei direktiven Therapieprogrammen mit stationären (Brown & Miller, 1993) und ambulanten Patienten (Bien, Miller & Boroughs, 1993). Es kann sein, dass bei bestimmten Menschen ein direktives Programm von Nutzen ist, weil sie weniger Widerstand gegen Veränderung zeigen.

Integration in andere Therapieverfahren. Arkowitz und Westra (2005) beschäftigten sich mit einer weiteren Anwendung der motivierenden Gesprächsführung in der klinischen Praxis. Dabei geht es darum, im Verlauf einer anderen Behandlung zur motivierenden Gesprächsführung zu wechseln, um die aufkommende Ambivalenz und den Widerstand besser angehen zu können. Die motivierende Gesprächsführung kann in eine andere Therapie dadurch integriert werden, dass der Therapeut

diese Behandlungsform zu einem beliebigen Zeitpunkt während der Sitzungen einsetzt, wenn er auf eine geringe Motivation oder auf Ambivalenz stößt. Zudem kann er für eine Reihe von Sitzungen, die sich speziell auf die Arbeit an der Ambivalenz konzentrieren, zur Vorgehensweise der motivierenden Gesprächsführung wechseln (dabei wird dem Klienten oft mitgeteilt, dass dies jetzt gemacht wird). Weil hier der Druck in Richtung Veränderung wegfällt, könnte bei den Betroffenen der Kopf dafür frei werden, die Faktoren zu erkunden, die die Veränderung behindern. In der COMBINE-Studie, die an mehreren großen Kliniken gleichzeitig durchgeführt wurde, wurde eine Kombination aus kognitiver Verhaltenstherapie und der motivierenden Gesprächsführung in der klinischen Praxis (Miller, 2004) bei Alkoholabhängigkeit überprüft. Dabei fand man heraus, dass diese Kombination wirksamer war als eine Placebo-Behandlung und sich mit einer Pharmakotherapie unter Einsatz von Naltrexon als vergleichbar erwies (im Kontext eines medizinischen Monitorings; Anton et al., 2006).

1.2.6 Beziehung zu anderen Psychotherapieverfahren

Wie zuvor erörtert ist die motivierende Gesprächsführung eher eine Umgangsweise mit Klienten, als dass es sich um eine weitere therapeutische »Schule« handelt. Doch besteht das Ziel wie auch bei anderen Arten von Psychotherapie darin, eine therapeutische Veränderung voranzutreiben. In diesem Abschnitt werden wir die motivierende Gesprächsführung mit anderen Psychotherapien vergleichen und darauf eingehen, auf welche Weise diese Behandlungsform in Verbindung mit den anderen Therapieverfahren eingesetzt werden kann.

Wenngleich die motivierende Gesprächsführung stark in der klientenzentrierten Therapie nach Rogers verwurzelt ist, weist sie auch Ähnlichkeiten mit anderen therapeutischen Ansätzen auf. Sowohl die motivierende Gesprächsführung als auch psychoanalytische Therapieansätze sehen Ambivalenz und Widerstand als etwas an, was bedeutsame Informationen liefert, die produktiv in der Therapie genutzt werden können. Sie unterscheiden sich jedoch deutlich darin, welche Arten von Informationen sie für wichtig halten und wie sie mit Ambivalenz umgehen. In psychoanalytischen Theorien stellt man sich Ambivalenz in der Regel als einen Konflikt zwischen Teilen der Persönlichkeit vor, gewöhnlich als einen unbewussten Konflikt. Nach der psychodynamischen Auffassung liefert Ambivalenz Informationen über verdrängte Konflikte, die aus der Vergangenheit zurückbehalten werden, aber auch über Bedrohungen für ein stabiles Selbstbild, krankmachende Überzeugungen, Furcht vor Veränderung und über den sekundären Krankheitsgewinn. Im Gegensatz dazu ist die motivierende Gesprächsführung stark im Hier und Jetzt verankert, ohne vorgefasste Meinungen darüber, warum Widerstand und Ambivalenz auftreten. Widerstand und Ambivalenz werden nicht als pathologisch angesehen. Für die motivierende Gesprächsführung ist es wichtig, zu verstehen, was aus der Perspektive des Klienten für oder gegen eine Veränderung spricht.

In der kognitiven Verhaltenstherapie nehmen Widerstand und Ambivalenz keinen besonderen Stellenwert ein. Dennoch haben sich einige Verhaltenstherapeuten (z. B. Patterson & Forgatch, 1985) und kognitive Verhaltenstherapeuten (z. B. Leahy, 2002) mit Widerstand beschäftigt. Die Verhaltenstherapie, die ein Vorläufer der kognitiven Verhaltenstherapie war, führte Widerstand auf eine unangemessene Konzeptualisierung der Bedingungen, die die Verhaltensweisen steuern, durch den Therapeuten zurück. Kognitive Therapeuten (z. B. Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979) sahen Widerstand als etwas, was Informationen über das verzerrte Denken und die Überzeugungen eines Klienten liefert. Wenn z. B. ein depressiver Klient in der kognitiven Therapie seine Hausaufgaben nicht macht, suchen die kognitiven Therapeuten nach den Überzeugungen und Schemata, die vielleicht einen derartigen Widerstand hervorrufen, wie beispielsweise eine pessimistische Einstellung gegenüber Veränderung.

Im Gegensatz zur motivierenden Gesprächsführung ist die kognitive Verhaltenstherapie ein ziemlich didaktischer Ansatz. Hier wird betont, dass dem Klienten neue Verhaltensweisen und Methoden beigebracht werden müssen, um dysfunktionale Überzeugungen zu korrigieren. Die Verwendung des Begriffs »Hausaufgaben« in der kognitiven Verhaltenstherapie wirft ein bezeichnendes Licht auf die Rolle des Therapeuten, der im Rahmen der Veränderungsinitiative eher als Lehrer gesehen wird. Der kognitive Verhaltenstherapeut wird als Experte betrachtet, der dem Klienten die Richtung weisen kann, in die es gehen muss, um eine Veränderung zu fördern. Im Unterschied dazu geht es bei der motivierenden Gesprächsführung stärker um eine Partnerschaft auf Augenhöhe als um eine Experten-Patienten-Beziehung.

Die motivierende Gesprächsführung hat das Potenzial, die Wirksamkeit der kognitiven Verhaltenstherapie und anderer Therapien zu verbessern. So haben Arkowitz (2002), Engle und Arkowitz (2006) sowie Miller (1988) erörtert, wie die kognitive Verhaltenstherapie mit der für die motivierende Gesprächsführung kennzeichnenden Grundhaltung durchgeführt werden kann. Strategien sowohl der kognitiven Verhaltenstherapie als auch der psychoanalytischen Therapieverfahren (wie etwa die Strukturierung der Aktivitäten zwischen den Sitzungen bei der ersten Therapieform und das Anbieten von Deutungen bei der letzteren) können eher im Kontext einer Beziehung verfolgt werden, die stärker im Einklang mit der motivierenden Gesprächsführung steht als bei einer Vorgehensweise, die stärker auf Expertenwissen zurückgreift. Potenziell kann man mithilfe der Vorgehensweise der motivierenden Gesprächsführung Widerstand und Abwehrhaltung abbauen und die Klienten zu internen Attributionen in Richtung auf Veränderung ermutigen. Unter dem Strich hat die motivierende Gesprächsführung das Potenzial, die Ergebnisse anderer Therapien zu verbessern.

1.3 Wie wirksam ist die motivierende Gesprächsführung?

Wie gut wirkt die motivierende Gesprächsführung, wobei und für wen? Über drei Jahrzehnte hinweg hat sich eine ganze Fülle von Forschungsbefunden ergeben, aufgrund derer man diese Fragen beantworten kann. Wir fassen diese Veröffentlichun-

gen in drei Abschnitten zusammen: (1) die Wirksamkeit der motivierenden Gesprächsführung in klinischen Studien, (2) die relative Wirksamkeit der motivierenden Gesprächsführung, wenn man sie mit anderen Ansätzen vergleicht, und (3) Studien zur klinischen Effektivität – also wie gut sich die Vorgehensweise im allgemeinen Gesundheitssystem außerhalb der kontrollierten Bedingungen klinischer Forschung erweist. Die englischsprachige Internetseite zur motivierenden Gesprächsführung enthält eine Bibliographie dieser Publikationen, die immer wieder vervollständigt wird (www.motivationalinterview.org).

1.3.1 Studien zur Wirksamkeit

Viele sehen randomisierte klinische Studien als die Methode der Wahl an, um die Wirksamkeit einer Behandlungsform zu belegen. Die Teilnehmer an solchen Versuchsreihen sind damit einverstanden, zufällig einer Gruppe zugewiesen zu werden, die die betreffende Behandlung bekommt oder nicht. Die Personen in der Vergleichsgruppe erhalten möglicherweise keine Behandlung, eine der herkömmlichen Behandlungen oder eine andere Art von Behandlung. Zu dem Zeitpunkt, als dieses Kapitel fertig gestellt wurde, waren mehr als 100 klinische Versuchsstudien zur motivierenden Gesprächsführung veröffentlicht. Es kamen eine Reihe von Überblicksartikeln hinzu, in denen die Forschungsbefunde zusammengefasst wurden (Britt, Hudson & Blampied, 2004; Burke et al., 2003; Dunn, Deroo & Rivara, 2001; Hettema et al., 2005; Moyer, Finney, Swearingen & Vergun, 2002; Rubak, Sandbaek, Lauritzen & Christensen, 2005).

Aus diesen Veröffentlichungen können mehrere allgemeine Schlussfolgerungen gezogen werden. Es gibt deutliche Hinweise darauf, dass die motivierende Gesprächsführung so wirken kann, dass sie eine Veränderung auslöst. Eine ganze Reihe von Studien zeigt, dass es bei Menschen, die mithilfe der motivierenden Gesprächsführung behandelt wurden, zu einer signifikant größeren Verhaltensänderung kommt als bei denjenigen, die keine solche Behandlung bekamen. Gleichzeitig ist klar, dass die motivierende Gesprächsführung nicht immer wirkt; und ihre Wirksamkeit war je nach Studie, Ort, Berater und Klienten unterschiedlich. In den folgenden Abschnitten werden wir uns mit möglichen Ursachen dafür beschäftigen, warum diese Therapieform in einigen Kontexten wirksam ist und in anderen nicht.

Der Einfluss der motivierenden Gesprächsführung kann je nach Problem, das angegangen werden soll, unterschiedlich sein. In Abbildung 1.1 sind auf der Grundlage der aktuellen Forschung (Hettema et al., 2005) die durchschnittlichen Effektgrößen der motivierenden Gesprächsführung bei unterschiedlichen Problemen nach kürzeren Zeitabständen (bis zu drei Monaten) und zusammen mit allen Nachsorgeuntersuchungen (bis zu zwölf Monaten und länger) dargestellt. Im Allgemeinen werden mithilfe der Nachsorgeuntersuchung signifikante Effektgrößen erzielt, die nach statistischen Kriterien als geringer (0,3) bis mittlerer (0,5) Effekt bezeichnet würden, obwohl auch einige starke Effekte ($\geq 0,7$) vorkamen. Die meisten der Wir-

kungen sind innerhalb der ersten Monate nach der Behandlung am größten und nehmen gewöhnlich im Laufe der Zeit ab. Normalerweise geht dies nicht darauf zurück, dass der Effekt der motivierenden Gesprächsführung zurückgeht, sondern darauf, dass die Vergleichsgruppen aufholen und mit der Zeit eine stärkere Veränderung aufweisen (dies stimmt mit den Ergebnissen aus anderen Psychotherapiestudien überein). Eine interessante Ausnahme ist in dieser Hinsicht, dass die motivierende Gesprächsführung, wenn sie zu einer anderen Behandlungsmethode hinzukommt, weiterhin einen beträchtlichen Effekt (0,6) hat, der auch über die Zeit hinweg bestehen bleibt (Hetteema et al., 2005). Die motivierende Gesprächsführung und andere Behandlungsmethoden scheinen einen Synergieeffekt aufzuweisen, d. h. die eine Behandlung verstärkt die andere in ihrer Wirkung.

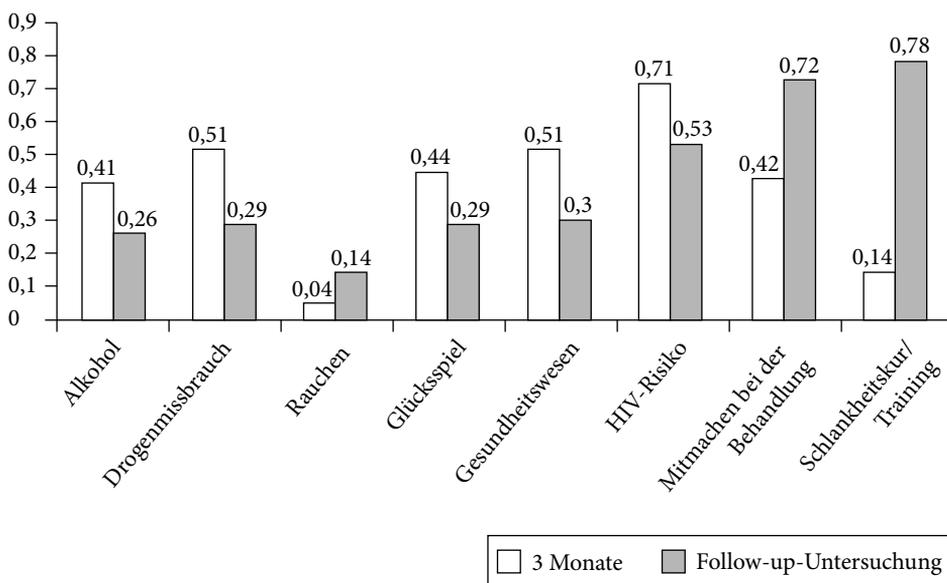


Abbildung 1.1 Durchschnittliche Effektgröße (*d*) der motivierenden Gesprächsführung

1.3.2 Relative Wirksamkeit

Was geschieht, wenn man die motivierende Gesprächsführung direkt mit anderen Behandlungsmethoden vergleicht? Hier kommt dann diese Therapieform nicht zu einer anderen Vorgehensweise hinzu, sondern die Klienten werden stattdessen zufällig einer Gruppe zugewiesen, die entweder eine motivierende Gesprächsführung oder eine andere Behandlung bekommt. Über mehrere Studien hinweg zeigte sich, dass es bei Menschen, die mithilfe einer motivierenden Gesprächsführung behandelt werden, zu einer stärkeren Veränderung kommt als bei denjenigen, die mit pädagogischen, didaktischen und persuasiven Interventionen konfrontiert werden. Wenn man die motivierende Gesprächsführung mit anderen aktiven Behandlungsansätzen

vergleicht (z. B. kognitive Verhaltenstherapie) sind die Ergebnisse der verschiedenen Verfahren in der Regel ähnlich, wobei die motivierende Gesprächsführung ihre Wirkung nach einer geringeren Anzahl von Sitzungen erreicht (Hodgins, Currie & el-Guebaly, 2001; Marijuana Treatment Project Research Group, 2004; Project MATCH Research Group, 1997).

1.3.3 Klinische Wirksamkeit

Die meisten, jedoch nicht alle veröffentlichten Studien (Miller, Yahne & Tonigan, 2003) zeigen Folgendes: Unter den hochgradig kontrollierten Bedingungen einer randomisierten klinischen Vergleichsstudie weist die motivierende Gesprächsführung signifikant positive Effekte in Bezug auf eine Verhaltensänderung auf. Dies ist keine Garantie für Effektivität, wenn die motivierende Gesprächsführung von Klinikern eingesetzt wird, die unter normalen Bedingungen einer psychotherapeutischen Praxis mit unterschiedlichen Klientengruppen arbeiten. Dennoch sind mehrere Aspekte der Literatur zu klinischen Vergleichsstudien in dieser Hinsicht ermutigend (Hettema et al., 2005). Die motivierende Gesprächsführung hat sich bei einer breiten Vielfalt von Störungen, Stichproben, Anbietern und Staaten als wirksam erwiesen. Dabei zeigten US-amerikanische Studien zur motivierenden Gesprächsführung bei ethnischen Minderheiten im Schnitt erheblich größere Effekte als Untersuchungen mit vorwiegend weißen angloamerikanischen Stichproben. Diese Therapieform bietet daher möglicherweise Vorteile bei der interkulturellen Beratung, was daran liegen könnte, dass sich der Therapeut darauf konzentriert, den einzigartigen Kontext und die besondere Sichtweise des Klienten zu verstehen. Außerdem zeigten sich bei Studien, in denen Kliniker eine motivierende Gesprächsführung gemäß dem Handbuch durchführten, geringere Effekte, als man bei denjenigen beobachtete, die sich nicht nur im Rahmen der eingeschränkten Richtlinien eines Handbuchs bewegten (Hettema et al., 2005). Dies steht im Einklang damit, dass eher der Gesamtansatz oder die Grundhaltung der motivierenden Gesprächsführung betont wurden als die speziellen Techniken; und die Gefahr bei Handbüchern besteht in Folgendem: Die Flexibilität des Therapeuten nimmt in einer Weise ab, dass die effektive Anwendung der Methode nicht mehr gewährleistet ist. Auf jeden Fall deuten die Befunde über mehrere Vergleichsstudien hinweg darauf hin, dass die motivierende Gesprächsführung bei einer Vielfalt von Gruppen und Problemen eingesetzt werden kann und dass eine Vorgehensweise strikt nach den Regeln eines Handbuchs und eine enge Kontrolle dessen, ob sich der Therapeut daran hält, nicht unbedingt erforderlich ist.

Im Rahmen des landesweiten Clinical Trials Network werden gerade mehrere große Studien zur motivierenden Gesprächsführung für die Behandlung von Drogenmissbrauch durchgeführt, die vom National Institute on Drug Abuse initiiert und koordiniert werden. Diese Vergleichsstudien werden im Rahmen von Behandlungsprogrammen in normalen psychotherapeutischen Kliniken durchgeführt, wobei die Behandlung in den Studien durch das reguläre klinische Personal mit ge-

wöhnlichen Klienten erfolgt. Bei der ersten dieser Studien, die abgeschlossen wurde (Carroll et al., 2006), evaluierte man den Einfluss eines einzelnen 20 Minuten dauernden Abschnitts der motivierenden Gesprächsführung, zu dem es beim normalen Erstgespräch im Behandlungsprogramm kommt. Im Einklang mit vorherigen Studien (Hettema et al., 2005) nahmen Klienten, die bei der motivierenden Gesprächsführung mitmachten, im Vergleich zu denjenigen, die das normale Verfahren bei der Aufnahme in eine Klinik durchliefen, signifikant häufiger an den späteren Behandlungssitzungen teil. In weiteren Studien wurde der statistisch bedeutsame klinische Nutzen der motivierenden Gesprächsführung bei Problemen wie Alkoholmissbrauch (Senft, Polen, Freeborn & Hollis, 1997), Drogenmissbrauch (Marijuana Treatment Project Research Group, 2004), Bluthochdruck (Woollard et al., 1995) und zur Gesundheitsförderung (Resnicow et al., 2001; Thevos, Quick & Yanduli, 2000) nachgewiesen.

1.4 Wie wirkt motivierende Gesprächsführung?

Wenn sich die Effektivität einer Therapie je nach Anbieter und Programm unterscheidet, deutet dies auf die Notwendigkeit hin, die kritischen Elemente zu verstehen, die zu den Effekten beitragen. Eine Komponente der motivierenden Gesprächsführung, die von ihren Urvätern (Miller & Rollnick, 2002) als zentral für ihre Wirksamkeit angesehen wurde, ist die Therapeutenvariable des *angemessenen einführenden Verstehens* (Rogers, 1959; Truax & Carkhuff, 1967). Manchmal wird sie so missverstanden, als habe man ähnliche Lebenserfahrungen gemacht. Einführendes Verstehen bezieht sich aber auf eine erlernbare Fertigkeit eines Klinikers, die dem Klienten eigenen Erlebnisweisen zu identifizieren und diese zu reflektieren. In der Forschung, die der Einführung der motivierenden Gesprächsführung voranging, zeigte sich, dass die interpersonelle Fähigkeit des Therapeuten in diesem Bereich mit einer anschließenden Veränderung beim Klienten zusammenhängt (Miller, Taylor & West, 1980; Truax & Carkhuff, 1967; Valle, 1981).

So, wie das angemessene einführende Verstehen, die Empathie, bei der motivierenden Gesprächsführung praktiziert wird, vermischt es sich mit anderen interpersonellen Fertigkeiten und bildet eine Grundhaltung, die durch globale Einstufungen der Interaktionen zwischen Kliniker und Klient erfasst wird (Baer et al., 2004; Miller & Mount, 2001). Aufgrund der Einstufungen der Kliniker, die Beobachter auf dieser globalen Skala vornehmen, lassen sich sowohl mehr positive Reaktionen beim Klienten während einer Sitzung der motivierenden Gesprächsführung (Moyers, Miller & Hendrickson, 2005) als auch bessere Therapieergebnisse beim Klienten vorhersagen (Miller, Taylor & West, 1980). Somit scheint es ein interpersonelles Merkmal einer Beziehung zu geben, das etwas zur Effektivität dieser Therapieform beiträgt. Es ist durch Partnerschaftlichkeit gekennzeichnet und dadurch, dass die Autonomie des Klienten respektiert wird sowie seine eigene Klugheit und seine eigenen Ressourcen mobilisiert werden (Rollnick & Miller, 1995).

Wir hoffen, zu zeigen, dass die motivierende Gesprächsführung ihr Versprechen hält, den Erfolg sowohl der Psychotherapie als auch der medikamentösen Therapie der Depression zu verbessern.

6.2 Grundprinzip des Einsatzes der MI bei der Depressionsbehandlung

Es gibt mehrere Gründe, die für einen potenziellen Nutzen des Einsatzes der motivierenden Gesprächsführung bei allen Störungen, aber speziell bei einer Depression sprechen. Einerseits kann die motivierende Gesprächsführung in andere Behandlungen integriert oder mit ihnen kombiniert werden. Das führt dazu, dass der Klient eher in der Therapie bleibt und sich besser an die Regeln hält, wodurch der Therapieerfolg größer ist. Andererseits gibt es noch mehrere spezielle Gründe, die wir im Folgenden erörtern werden.

MI passt zu den Symptomen der Depression. Vermindertes Interesse und weniger Freude an den meisten oder allen üblichen Aktivitäten sind ein zentrales Symptom der Depression und können leicht auch als geringe Motivation interpretiert werden. Burns und Nolen-Hoeksma (1991) fanden heraus, dass sich aufgrund der Motivation die Besserung einer Depression signifikant vorhersagen lässt – Motivation wurde dabei gemessen anhand der »Bereitschaft«, (1) aktiv an einer kognitiven Verhaltenstherapie teilzunehmen, (2) die eigenen Probleme zu explorieren, (3) Veränderungen anzugehen und (4) Nachteile in Kauf zu nehmen, um eine Besserung zu erreichen. Wenn sich die motivierende Gesprächsführung vor allem auf die Verbesserung der Motivation konzentriert, so passt dies daher vielleicht gut zum Motivationsdefizit, das depressive Menschen aufweisen.

Depressive Klienten werden von Therapeuten häufig für »therapieresistent« gehalten. Sowohl Miller und Rollnick (2002) als auch Engle und Arkowitz (2006) haben den Widerstand gegen die Therapie begrifflich als »Ambivalenz« neu gefasst. Die meisten Kliniker, die mit depressiven Klienten arbeiten, sind sich bewusst, wie oft eine solche Ambivalenz aufkommt, z. B. in Sätzen, die mit »Ja, aber ... « beginnen. Mehr als die meisten anderen Ansätze beschäftigt sich die motivierende Gesprächsführung speziell mit der Ambivalenz, die bei einer Depression so häufig vorkommt.

Schließlich sind Reizbarkeit und Ärger bei etwa 25 % der depressiven Klienten vorhanden (Pasquini, Picardi, Biondi, Gaetano & Morisini, 2004). In der Project MATCH Research Group (1997, 1998) fand man heraus, dass das Auftreten von Ärger eine Variable ist, mit der sich der Therapieerfolg bei der motivierenden Gesprächsführung gegen Alkoholismus signifikant vorhersagen ließ. Vor diesem Hintergrund ist es wahrscheinlich, dass MI möglicherweise besonders wirksam bei Menschen ist, deren Depression mit Ärger einhergeht.

MI kann depressiven Menschen dabei helfen, ihr Aktivitätsniveau zu erhöhen. Zunehmende körperliche und soziale Aktivitäten können die depressiven Symptome

verringern (z. B. Burns & Spangler, 2000; Lewinsohn, 1974). Therapeuten aus unterschiedlichen Therapieschulen schlagen depressiven Klienten daher oft vor, ihr Aktivitätsniveau hochzuschrauben – allerdings kann die Art und Weise, wie diese Empfehlungen gegeben werden, einen signifikanten Einfluss darauf haben, ob die Klienten sie befolgen oder nicht. Man konnte nachweisen, dass ein unterstützender therapeutischer Stil, wie er für die motivierende Gesprächsführung charakteristisch ist, weniger Widerstand hervorruft als ein direktiverer Stil (Miller, Benefield & Tonigan, 1993; Patterson & Chamberlain, 1994). Infolge dessen werden therapeutische Empfehlungen, die im Stil der motivierenden Gesprächsführung vorgetragen werden, eher ausgeführt.

Eine therapeutische Beziehung, die durch Empathie gekennzeichnet ist, lindert die Depression. Die empirischen Befunde stützen die These, dass eine therapeutische Beziehung, die von Empathie gekennzeichnet ist, in einer Therapie ein wirkungsvolles Mittel zur Veränderung ist (Bohart, Elliot, Greenberg & Watson, 2002). Lambert und Barley (2002) kommen zu dem Schluss, dass die Variablen, die etwas mit der therapeutischen Beziehung (einschließlich der Empathie) zu tun haben, höher mit dem Therapieerfolg korreliert waren als die jeweiligen Therapietechniken. Sie schlossen daraus auch, dass die Therapeuten, die sich wärmer und empathischer, verständnisvoller, akzeptierender und unterstützender zeigten, effektiver waren als die Therapeuten, die in Bezug auf diese Variablen niedriger eingestuft wurden. Burns und Nolen-Hoeksma (1992) fanden heraus, dass bei Klienten, die in einer kognitiven Verhaltenstherapie waren, die therapeutische Empathie eine substanzielle Kausalwirkung auf die Heilung der Depression hatte. Diese Studien legen nahe, dass die motivierende Gesprächsführung mit ihrer starken Betonung der empathischen therapeutischen Beziehung das Potenzial hat, den Therapieerfolg bei einer Depression zu verbessern.

6.3 Anwendung der MI bei der Depressionsbehandlung

Bei Studien zu Störungen mit Substanzmissbrauch kam heraus, dass wenige Sitzungen einer motivierenden Gesprächsführung als Vorbehandlung den Therapieerfolg der anschließenden Therapie verbessern; das traf auch auf direktivere Therapien zu (Connors, Walitzer & Dermen, 2002; s. auch die Metaanalysen von Burke et al., 2003; Hettema et al., 2005). Der Einsatz der motivierenden Gesprächsführung als Vorbehandlung wird eingehender erörtert in Arkowitz und Westra (2004) sowie in Kapitel 2 und Kapitel 5. Diese Einsatzform der motivierenden Gesprächsführung ist vielversprechend für die Behandlung der Depression und anderer Störungen, muss jedoch noch genauer wissenschaftlich untersucht werden. Unsere Arbeit konzentrierte sich auf die motivierende Gesprächsführung als Behandlungsrahmen für die gesamte Therapie.

Miller (1983) merkte an, dass die motivierende Gesprächsführung ursprünglich nicht als eigenständige Therapie gedacht war, sondern in Verbindung mit anderen Therapien eingesetzt werden sollte. Im Einklang mit dieser Position betrachten wir

die motivierende Gesprächsführung als *integrierenden Bezugsrahmen*, in den nahezu jede Therapiemethode oder -theorie einbezogen werden kann. Bei der integrativen Anwendung der motivierenden Gesprächsführung mit depressiven Klienten ist es jedoch unserer Meinung nach notwendig, sich mit verschiedenen Fragestellungen zu beschäftigen, die im Folgenden genauer erörtert werden.

6.3.1 Die heilende Beziehung

Wir haben Folgendes beobachtet: Die therapeutische Beziehung, wie sie von Carl Rogers (1951) beschrieben und von der motivierenden Gesprächsführung gefördert wurde, kann in einigen Fällen *sowohl* eine notwendige *als auch* eine hinreichende Bedingung für den Therapieerfolg bei einer Depression sein. Nach Rogers ist die therapeutische Beziehung sowohl eine notwendige als auch eine hinreichende Bedingung für Veränderung. Er argumentierte, dass eine bestimmte Art von therapeutischer Beziehung, bei der bestimmte Bedingungen gegeben sind, erforderlich ist, um eine Veränderung zu erreichen. Die drei entscheidenden Bedingungen sind die folgenden:

- ▶ Echtheit des Therapeuten,
- ▶ Empathie (auch: einführendes Verstehen) und
- ▶ unbedingte positive Wertschätzung oder unbedingtes positives Akzeptieren.

Diese Einstellungen sind von zentraler Bedeutung auch für die motivierende Gesprächsführung und werden an verschiedenen Stellen als Bestandteil der »Grundhaltung der motivierenden Gesprächsführung« oder als »Stil der motivierenden Gesprächsführung« bezeichnet. Die sehr enge Verbindung zwischen Rogers' Bedingungen für eine Veränderung und der Grundhaltung der motivierenden Gesprächsführung kann man unterschiedlich sehen. Miller und Rollnick (2009, S. 47) merken Folgendes dazu an:

»An erster Stelle ist die motivierende Gesprächsführung klienten- und personenzentriert, sowohl in ihrem Fokus auf die Sorgen und Ansichten eines Individuums als auch in unserer Anlehnung an die Arbeit von Carl Rogers und seinen Kollegen. In diesem Sinne ist motivierende Gesprächsführung eine Weiterentwicklung des klientenzentrierten Therapieansatzes, den Rogers entwickelt hat.«

Die motivierende Gesprächsführung unterscheidet sich jedoch von Rogers' Ansatz darin, dass sie betont, wie wichtig es ist, die intrinsische Motivation zu verbessern, die Ambivalenz gegenüber der Veränderung aufzulösen und durch entsprechende Reaktionen den Change-Talk zunehmen zu lassen. Miller und Rollnick (2009) sehen die Grundhaltung oder den Stil der motivierenden Gesprächsführung als wesentlich dafür an, dass man eine Veränderung erreicht. Sie weisen darauf hin, dass die Methoden der motivierenden Gesprächsführung, die dazu eingesetzt werden, dieses Ziel zu erreichen, ohne eine solche Haltung einen Großteil ihrer Wirksamkeit verlieren würden.

Unsere Auffassung wird weiterhin durch den Inhalt eines wichtigen Kodierungssystems gestützt, das in der Forschung zur motivierenden Gesprächsführung verwendet wurden (z. B. Moyers, Miller & Hendrickson, 2005). Dabei geht es um Einstufungen der spezifischen Schlüsselkompetenzen von Therapeuten bei der Durchführung der motivierenden Gesprächsführung. Es handelt sich um Akzeptanz, Empathie, Echtheit, Wärme und Gleichberechtigung. Obwohl es einige Unterschiede zwischen der Auffassung von Miller und Rollnick und der von Rogers gibt, was die Bedeutung dieser Bedingungen angeht, ist die Überschneidung unverkennbar.

Für Rogers' klientenzentrierte Therapie, die auf denselben oder ähnlichen Bedingungen aufbaut wie die motivierende Gesprächsführung, konnte man die Wirksamkeit nachweisen (s. z. B. Elliot et al., 2004; Goldman, Greenberg & Angus, 2006). Auf diese und andere Studien werden wir im Abschnitt 6.7 noch im Einzelnen eingehen.

Die von Rogers formulierten Bedingungen der Veränderung und die Wirksamkeit der klientenzentrierten Therapie ähneln dem zentralen Stellenwert, der der Grundhaltung bei der motivierenden Gesprächsführung zukommt. Angesichts dessen ist es möglich, dass sich die Veränderung zumindest bei manchen Klienten durch diese Haltung erklären lässt. Eine geringe oder keine Rolle beim Veränderungsprozess spielen dagegen spezielle Methoden der motivierenden Gesprächsführung. Sie zielen lediglich darauf ab, die Motivation zur Veränderung und zu Change-Talk zu verbessern und die Ambivalenz aufzulösen.

Viele Klienten kommen mit einem geringen Selbstwertgefühl und geringer Selbstakzeptanz als zentralem Bestandteil ihrer Probleme in die Therapie. Dies trifft insbesondere auf depressive Klienten zu. Indem der Therapeut dem depressiven Klienten gegenüber unbedingte positive Wertschätzung, Echtheit und Empathie zeigt, kann der Klient allmählich diese Einstellungen internalisieren. Dadurch wirkt man den depressiven Einstellungen entgegen, die in der Regel durch eine begrenzte positive Wertschätzung und einen Mangel an Empathie gekennzeichnet sind.

In der Forschung konnte man die Frage noch nicht klären, welche relativen Anteile am Veränderungsprozess die Grundhaltung der motivierenden Gesprächsführung, das Auflösen der Ambivalenz und die Verbesserung der Motivation jeweils einnehmen. Solche wissenschaftlichen Untersuchungen würden zur Klärung der Frage beitragen, wie die motivierende Gesprächsführung wirkt und was von den Überlegungen zu halten ist, die wir in diesem Abschnitt vorgestellt haben. In einer Studie von Amrhein, Miller, Yahne, Palmer und Fulcher (2003) konnte gezeigt werden, dass sich aufgrund von verbalen Aussagen, die von einer Selbstverpflichtung zur Veränderung geprägt sind, ein Therapieerfolg vorhersagen lässt. Doch es bleibt immer noch eine offene Frage, welcher Aspekt oder welche Aspekte der motivierenden Gesprächsführung erforderlich sind, um eine solche Verbesserung zu erreichen.