

# Motivierende Gesprächsführung

Dr. med. Dipl. Psych. Raoul Bitar

„Alcohol and illicit drug use account for 5.4% of the world's annual disease burden, with tobacco responsible for 3.7%“  
WHO ATLAS 2010

2010

Risk factor	Mean rank (95% UI)	% change (95% UI)
1 High blood pressure	1.1 (1-2)	27% (19 to 34)
2 Smoking (including SHS)	1.9 (1-2)	3% (-5 to 11)
3 Household air pollution	4.6 (3-7)	-37% (-44 to -29)
4 Low fruit	5.0 (4-8)	29% (25 to 34)
5 Alcohol use	5.1 (3-7)	32% (17 to 47)
6 High body-mass index	6.1 (4-8)	82% (71 to 95)
7 High fasting plasma glucose	6.6 (5-8)	58% (43 to 73)
8 Childhood underweight	8.5 (6-11)	-61% (-66 to -55)
9 Ambient PM pollution	8.7 (7-11)	-7% (-13 to -1)
10 Physical inactivity	10.0 (8-12)	0% (0 to 0)
11 High sodium	11.2 (8-15)	33% (27 to 39)
12 Low nuts and seeds	12.9 (11-17)	27% (18 to 32)
13 Iron deficiency	13.5 (11-17)	-7% (-11 to -4)
14 Suboptimal breastfeeding	13.8 (10-18)	-57% (-63 to -51)
15 High total cholesterol	15.2 (12-17)	3% (-13 to 19)
16 Low whole grains	15.3 (13-17)	39% (32 to 45)
17 Low vegetables	15.8 (12-19)	22% (16 to 28)
18 Low omega-3	18.7 (17-23)	30% (21 to 35)
19 Drug use	20.2 (18-23)	57% (42 to 72)
20 Occupational injury	20.4 (18-23)	12% (-22 to 58)
21 Occupational low back pain	21.2 (18-25)	22% (11 to 35)
22 High processed meat	22.1 (17-32)	22% (2 to 44)
23 Intimate partner violence	23.8 (20-28)	0% (0 to 0)
24 Low fibre	24.5 (19-32)	23% (13 to 33)
25 Lead	25.5 (23-29)	160% (143 to 176)
26 Sanitation		
29 Vitamin A deficiency		
31 Zinc deficiency		
34 Unimproved water		

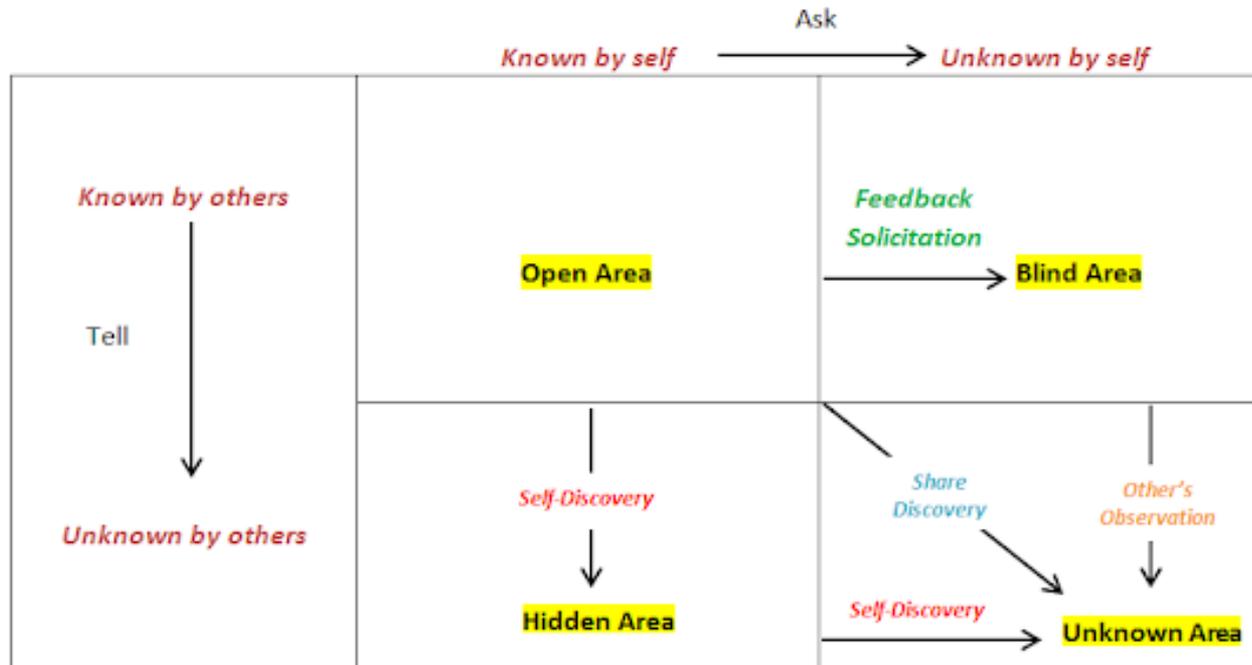
— Ascending order in rank  
---- Descending order in rank

## Global Burden of Disease Study 2010

Wichtigste Risikofaktoren für die weltweite Krankheitslast

Lim et al., 2012  
The Lancet

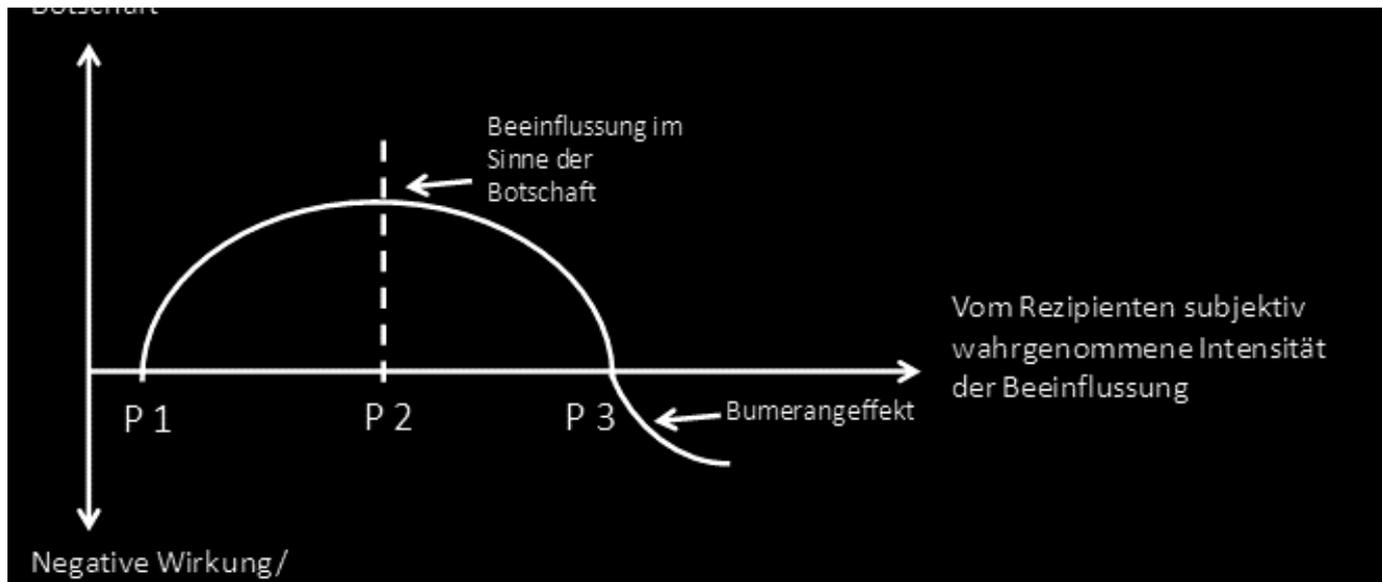




## Selbstwahrnehmungstheorie (Daryl Bem, 1972)

## Johari Fenster (Joseph Luft und Harrington Ingham, 1955)

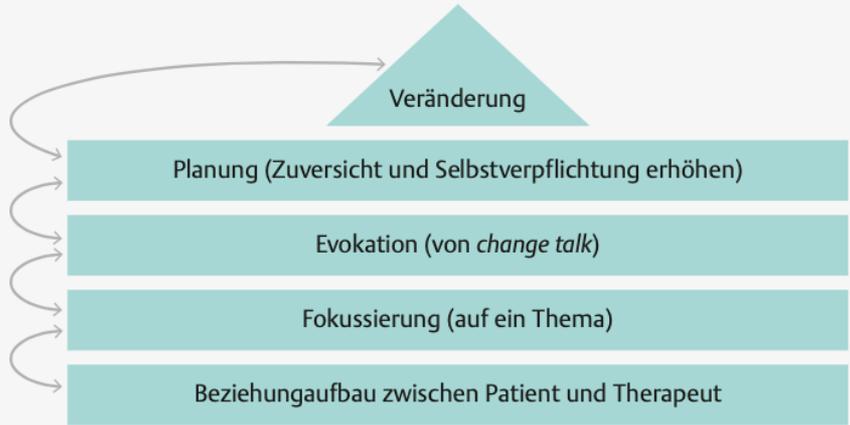
# Reaktanz (Brehm, 1966)



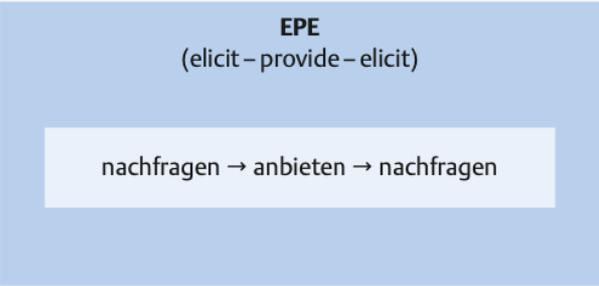
- Ambivalenz ist das mit Abstand grösste Hindernis auf dem Weg zu Veränderung
- Argumente für und wider Veränderung sind in der ambivalenten Person schon vorhanden
  - Change Talk vs Sustain Talk
- Wenn wir für eine Veränderung argumentieren und die Person dagegen, erreichen wir genau das Gegenteil des Gewünschten

# MI – Definition

- Personenzentrierte, direktive aber non-konfrontative Methode zur Verbesserung der intrinsischen Motivation für eine Veränderung mittels der Erforschung und Überwindung der Ambivalenz
  - Personenzentriert = Sichtweise und Erleben des Patienten sind entscheidend
  - Non-konfrontativ = keine aggressive oder abwertende Konfrontation
  - Direktiv = zielgerichtetes Vorgehen



MI-Kerntechniken



MI-spirit



## MI-spirit

**Partnerschaftlichkeit**  
(Gespräch auf Augenhöhe)

**Evokation**  
(sich für alle Sichtweisen  
interessieren)

**Mitgefühl**  
(Patientenbedürfnissen  
Priorität einräumen)

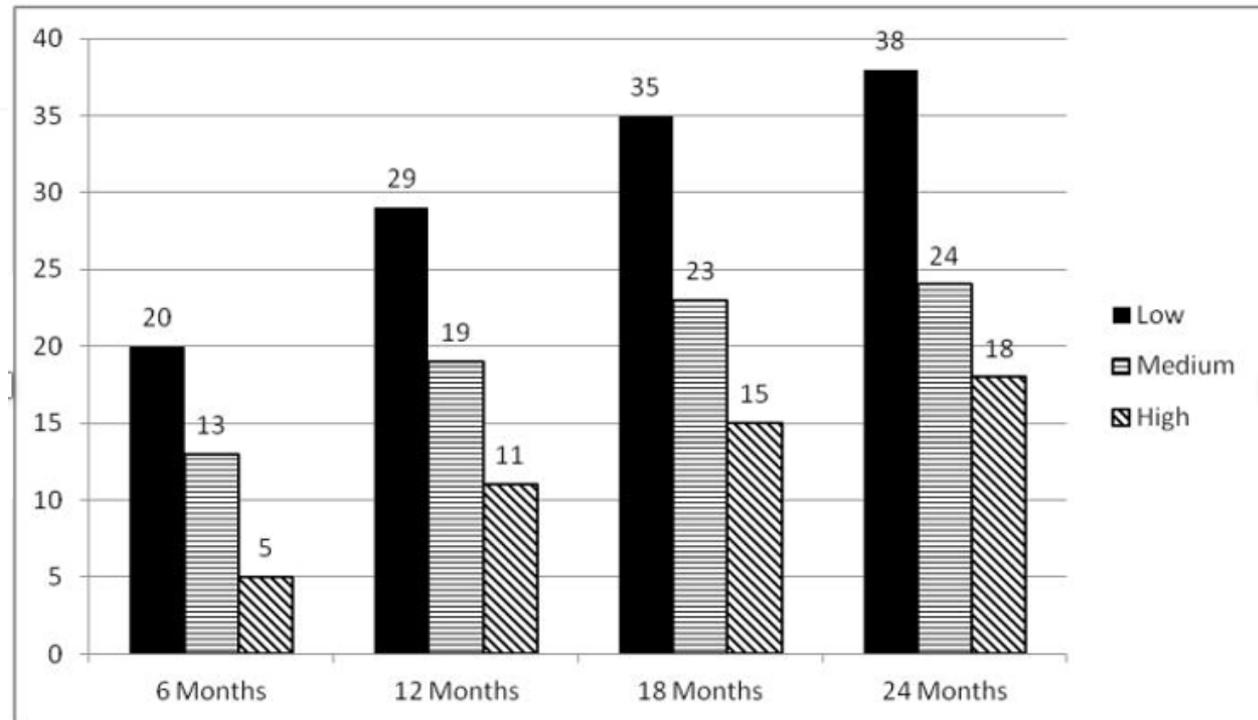


Journal of Studies on Alcohol, Vol. 42, No. 9, 1981

## Interpersonal Functioning of Alcoholism Counselors and Treatment Outcome

Stephen K. Valle, Sc.D.<sup>1</sup>

Relapse Rates at 6, 12, 18, and 24 Months



## MI-Kerntechniken

### OARS

*(open questions, affirming, reflecting, summarizing)*

offene Fragen

Würdigungen

Reflektionen

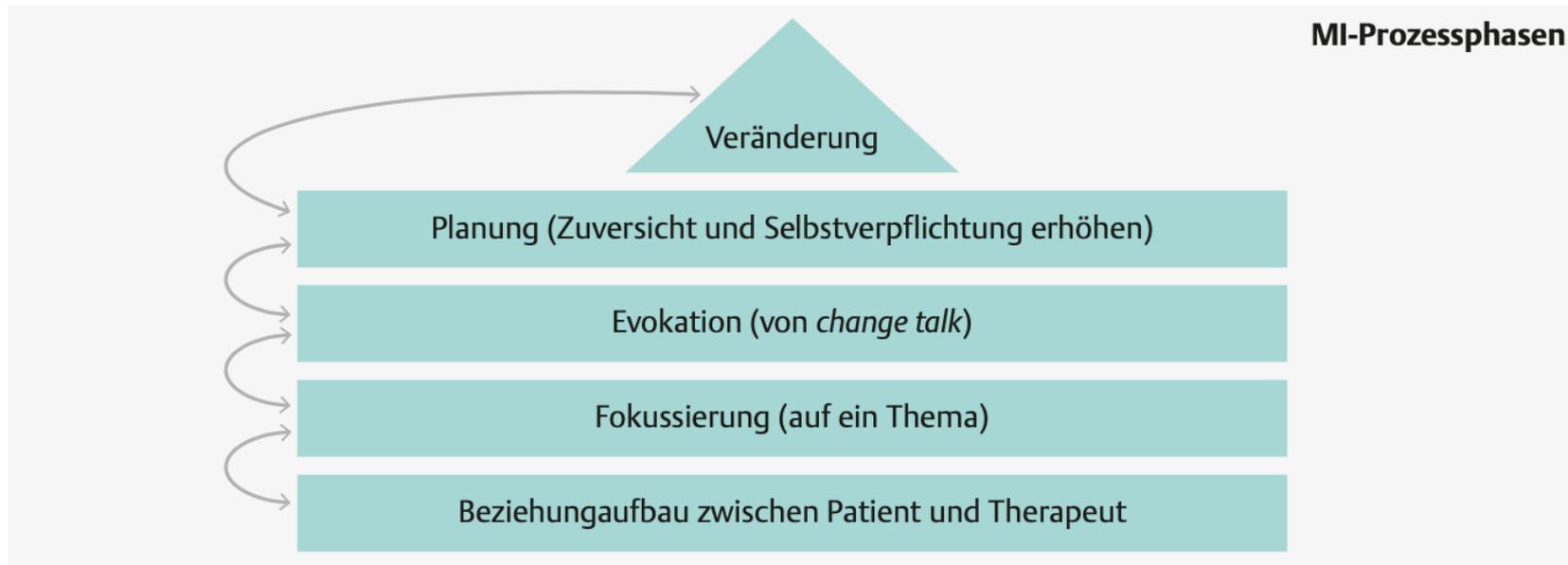
Zusammenfassungen

### EPE

*(elicit – provide – elicit)*

nachfragen → anbieten → nachfragen





- Eine gute Patientenbeziehung (insbesondere die vom Patienten wahrgenommene Qualität) steht im direkten Zusammenhang mit dem Erfolg der Therapie
- Die Grundhaltung im MI ist hilfreich beim Beziehungsaufbau
- Im MI sind die Kerntechniken OARS und die nützliche Techniken um eine gute Beziehung aufzubauen
- Beziehungskredit aufbauen ist notwendig um Widersprüche benennen zu können
- Ziel: Vermeidung von Reaktanz

# Fokussierung (auf ein Thema)

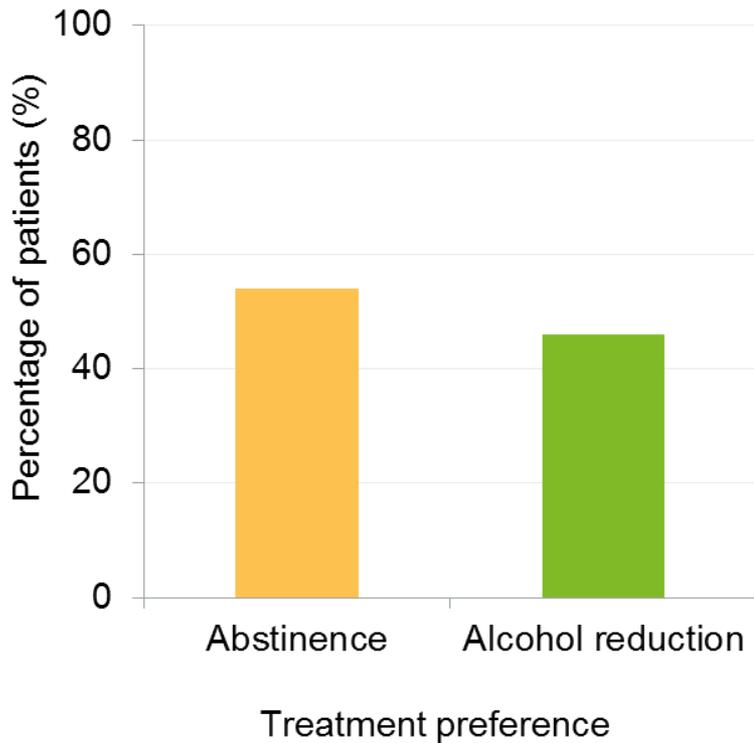
- Fokussieren gehört zu den Aufgaben des Therapeuten
  - Szenario 1: Fokus ist klar
  - Szenario 2: Es gibt mehrere Foki
  - Szenario 3: Der Fokus ist unklar
- } OARS
- Agenda
    - Ausgangspunkt: der Patient
    - Ausgangspunkt: das Setting
    - Ausgangspunkt: Fachkompetenz des Therapeuten

# Therapieziele bei Substanzstörungen – Historische Perspektive

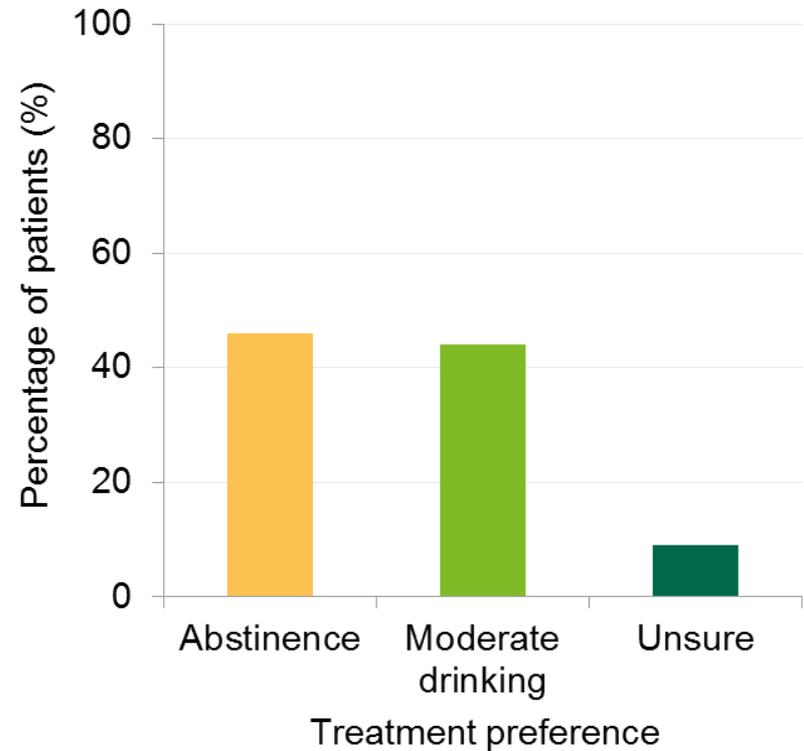


# Therapieziele aus Patientenperspektive

UK survey of patients with alcohol problems (n=742)

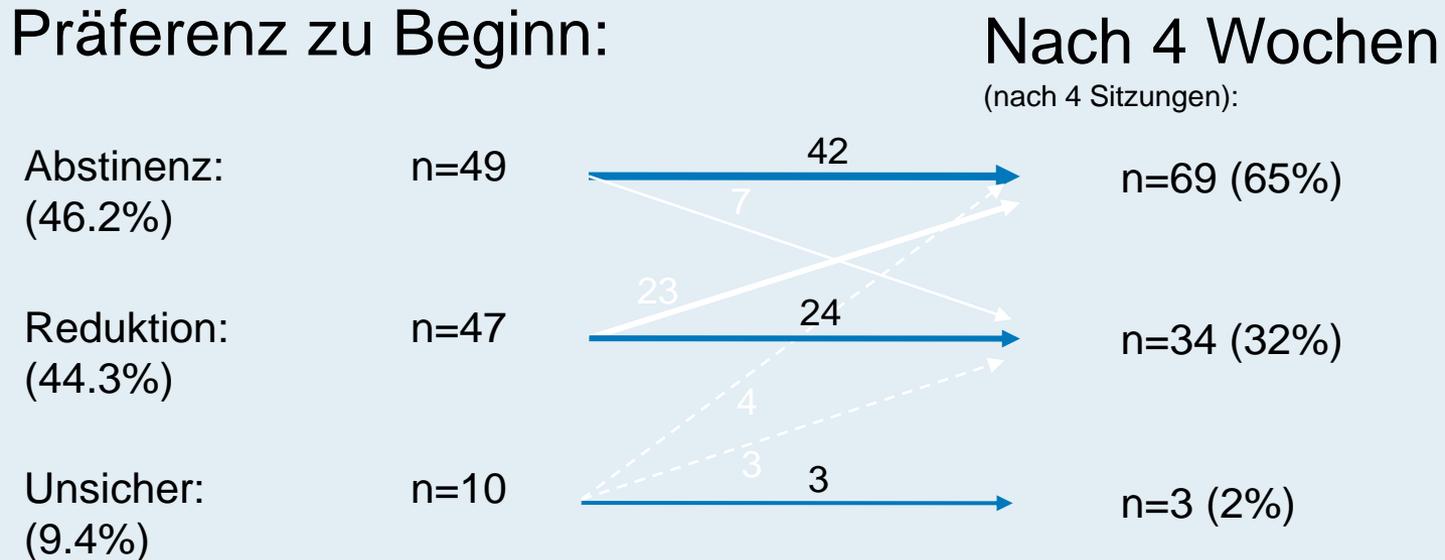


Canadian study of patients with chronic alcoholism (n=106)



Heather et al. Alcohol Alcohol 2010;45(2):128–135; Hodgins et al. Addict Behav 1997;22(2):247–255

# Therapieziele aus Patientenperspektive

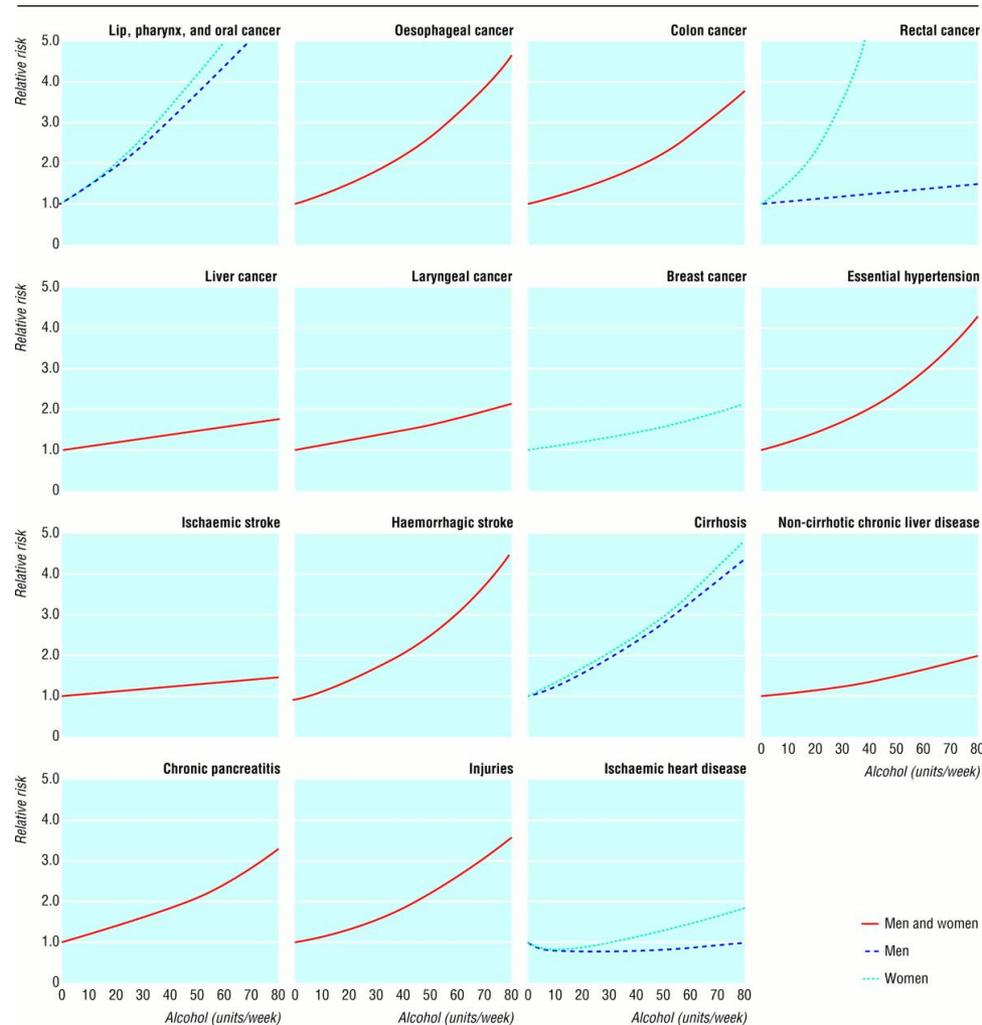


49%

14%

49% der Patienten mit einem Reduktionsziel wechselten zu einem Abstinenzziel innerhalb der 4 Wochen

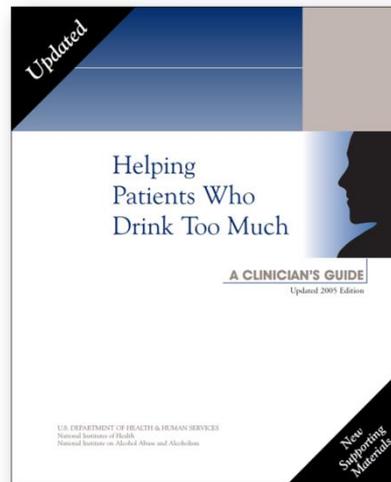
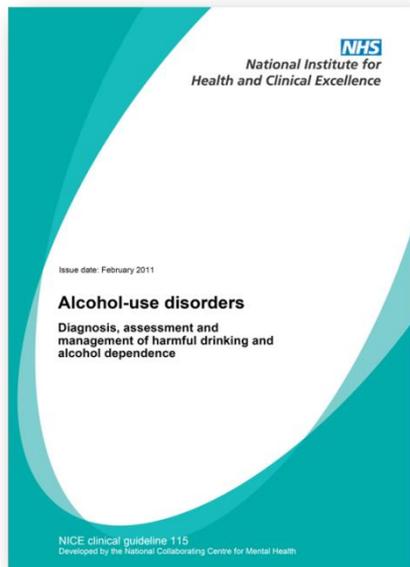
# Cause specific relative risks by alcohol consumption.



Ian R White et al. BMJ 2002;325:191



# Therapieziele: aktuelle Guidelines



## European Medicines Agency (EMA)

- “In case an alcohol-dependent patient is not able or willing to become abstinent immediately, a clinically significantly reduced alcohol intake with subsequent harm reduction is also a valid, although only intermediate, treatment goal, since it is recognised that there is a clear medical need in these patients as well”

## US National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA)

- “...it's best to determine individual goals with each patient. Some patients may not be willing to endorse abstinence as a goal, especially at first. If a patient with alcohol dependence agrees to reduce drinking substantially, it's best to engage him or her in that goal while continuing to note that abstinence remains the optimal outcome”

## National Institute for Health and Care Excellence (NICE)

- “...For all people who misuse alcohol, offer interventions to promote abstinence or moderate drinking as appropriate”
- “...For harmful drinking or mild dependence, without significant comorbidity, and if there is adequate social support, consider a moderate level of drinking as the goal of treatment”

EMA. Guideline on the development of medicinal products, 2010; NIAAA. Helping patients who drink too much, 2007; NIAAA. Rethinking Drinking, 2010; NICE Clinical guideline 115, 2011

## S3-Leitlinie “Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen”

AWMF-Register Nr. 076-001

2013). Vor diesem Hintergrund kam die international stark beachtete englische Therapieleitlinie (NICE 2011) zu dem Schluss, auch die Reduktion der Trinkmengen als zumindest intermediäres Therapieziel für Alkoholabhängige anzuerkennen, ein Standpunkt den auch die European Medicines Agency vertritt (EMA 2011). Nach intensiver Diskussion schloss sich die Konsensusgruppe der S3-Leitlinie „Alkohol“ einstimmig diesem Vorschlag an. Wir hoffen, dass die damit verbundene Senkung der Eingangsschwellen deutlich mehr Menschen in eine Beratung und Behandlung führt als bisher. Könnte die Inanspruchnahme von psycho- und pharmakotherapeutischen Angeboten von bisher 10% auf 40% der Betroffenen erhöht werden, ließen sich nach einer aktuellen Modellrechnung pro Jahr rund 2000 Menschenleben in Deutschland retten (Rehm et al. 2014).

# Evokation (von Change Talk)

- Heraushören:
  - Change Talk: jede Äusserung zugunsten der Veränderung
  - Sustain Talk: jede Äusserung zugunsten des Status quo
  
- Evokation: Change Talk
- Vermeidung: Evokation von Sustain Talk
  
  
- Im Verlauf des Gespräches zunahme Change Talk

# Evokationsmethoden



- offene Fragen stellen, die zum Change Talk anregen = O (DARN) + ARS
- W-Scala
- Extreme erfragen
- Rückschau/Vorschau
- Ziele und Wertvorstellungen erkunden

↑  
Wunsch, Fähigkeit,  
Grund, Notwendigkeit

# From in-session behaviors to drinking outcomes: A causal chain for motivational interviewing

Theresa B. Moyers, Tim Martin, Jon M. Houck, Paulette J. Christopher, and J. Scott Tonigan  
Center on Alcoholism, Substance Abuse and Addictions, University of New Mexico

Multilevel model of the effects of change talk on drinks per week; mediation path b

Fixed effect	Coeff	SE	Event rate ratio	95% CI	t ratio
Intercept of DW					
READI	-0.434	0.009	0.648	0.637, 0.659	-50.188
CT	-0.024	0.001	0.976	0.995, 0.977	-34.548
Linear slope of DW					
READI	0.050	0.008	1.051	1.034, 1.068	5.987
CT	0.005	0.001	1.005	1.003, 1.006	6.616
Quadratic slope of DW					
READI	0.054	0.003	1.055	1.048, 1.062	15.373
CT	0.004	0.000	1.004	1.003, 1.004	13.871

Multilevel model of the effects of MICO on drinks per week; mediation path c

Fixed effect	Coeff	SE	Event rate ratio	95% CI	t ratio
Intercept of DW					
READI	-0.48	0.09	0.62	0.61, 0.63	-57.84
MICO	-0.00	0.00	0.99	0.99, 1.00	-8.59
Linear slope of DW					
READI	0.06	0.01	1.06	1.04, 1.08	7.21
MICO	-0.00	0.01	1.00	1.00, 1.00	-0.74^
Quadratic slope of DW					
READI	0.06	0.00	1.06	1.05, 1.07	18.49
MICO	0.00	0.00	1.00	1.00, 1.00	2.87

Regressions of client speech on therapist behaviors; mediation path a

Variable	B	SE B	95% CI	$\beta$	t
Change talk					
MICO	0.30	0.06	0.19, 0.42	0.47	5.33***
MIIN	-0.20	0.19	-0.57, 0.18	-0.09	-1.02
Counter-change talk					
MICO	0.10	0.03	0.03, 0.17	0.27	2.99**
MIIN	0.29	0.11	0.07, 0.52	0.23	2.57**

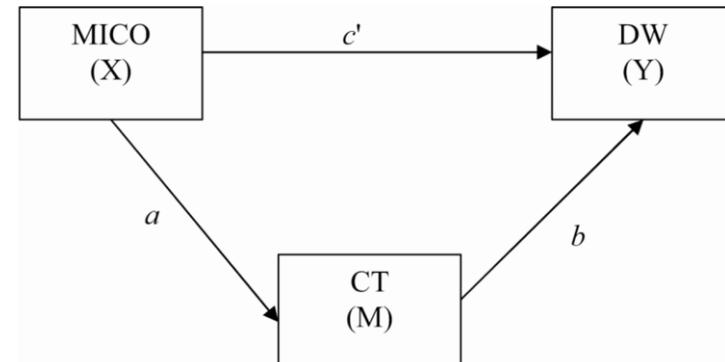


Figure 1. Mediation model of MI-consistent behaviors (MICO), change talk (CT), and Drinks per week (DW).

- Wenn ausreichend Veränderungsmotivation evoziert wurde
- Zuversicht und Selbstverpflichtung erhöhen mittels Kerntechniken
- Möglichst konkreten Plan erstellen
  - Fokussierung auch beim planen
  - Mögliche Hürden als Therapeut mitbedenken



*The proper question is not, “Why isn’t this person motivated” but rather “For what is this person motivated.”*

—Miller and Rollnick (2002)