

Nervenarzt 2019 · 90:1144–1153

<https://doi.org/10.1007/s00115-019-0702-x>

Online publiziert: 2. April 2019

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2019

Jens Reimer^{1,6,7} · Jens Kuhn^{2,8} · Rita Wietfeld³ · Wolfgang Janetzky⁴ · Karolina Leopold⁵¹ Zentrum für Psychosoziale Medizin Gesundheit Nord, Bremen, Deutschland² Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Johanner Krankenhaus Oberhausen, Evangelischer Klinikverbund Niederrhein gGmbH, Oberhausen, Deutschland³ Psychotherapie, Praxis Neurologie und Psychiatrie, Witten, Deutschland⁴ Scientific Unit, Lundbeck GmbH, Hamburg, Deutschland⁵ Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Vivantes Klinikum am Urban, Berlin, Deutschland⁶ Klinikum Bremen-Ost, Bremen, Deutschland⁷ Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universität Hamburg, Hamburg, Deutschland⁸ Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Uniklinik Köln, Köln, Deutschland

„Motivational interviewing“

Eine Möglichkeit der Arzt-Patienten-Kommunikation bei Schizophrenie?

Hintergrund

Das Gespräch zwischen Arzt und Patient ist ein entscheidender Faktor für den Erfolg medizinischer Maßnahmen. Kompetenz in der Arzt-Patienten-Kommunikation hilft, ein stabiles Vertrauensverhältnis zum Patienten herzustellen, empathisch und wertschätzend auf diesen einzugehen und langfristig eine heilungsfördernde Einstellung zu stärken. In den psychiatrischen Fächern wurde insbesondere bei schwer behandelbaren Patienten, z. B. mit einer Schizophrenie, die vorherrschende asymmetrische, paternalistisch geprägte Beziehung zunächst eher zögerlich durch ein mehr partnerschaftlich geprägtes Verhältnis ersetzt. Vor allem eine Patientengruppe, die eher wenig motiviert und krankheitseinsichtig ist, gleichzeitig aber eine langfristige und kontinuierliche Therapie benötigt, stellt eine besondere Herausforderung für den Behandler dar. Eine gute Kommunikationsstrategie ist daher besonders wichtig, um den Patienten für langfristige Therapiewege (inkl. einer langfristigen Medikamenteneinnahme) zu motivieren und die oft konkreten Erwartungen an das Behandlungsergebnis von Patienten und Ärzten zu erreichen.

Dabei spielt die Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung neben der Lebens-

qualität für die Behandlungszufriedenheit der Patienten eine zentrale Rolle [1]. Hier wünschen sich viele Patienten neben guter Erreichbarkeit, Vertrauen, Einfühlbarkeit und „Kümmern“ auch eine gute Kommunikation [2]. Die meisten psychiatrischen Patienten wünschen auch Informationen über ihre Erkrankung und die Beteiligung bei medizinischen Entscheidungen. Lange spielte hier jedoch der Patient bei allen Aspekten eine rein passive Rolle. Maßgeblich war das Arzturteil, der Patient konnte seine Ängste und Erwartungen für die Behandlung nicht adäquat äußern. Neue Wege in der Arzt-Patienten-Kommunikation sind eine logische Konsequenz, aber auch Voraussetzung für die sich in den 1990er-Jahren auch in der Psychiatrie anbahnende Veränderung in der Beziehung zwischen Arzt und Patient.

Diese narrative Übersichtsarbeit gibt einen orientierenden Überblick über die zentralen Komponenten von MI, ihre Wirksamkeit insgesamt und bei Patienten mit Schizophrenie sowie Hinweise für die praktische Anwendung.

Neue Wege in der Kommunikation

Kennzeichnend für den Wandel der Arzt-Patienten-Kommunikation war das Kon-

zept des „shared decision making“ [3, 4]. Durch die gemeinsame Therapieentscheidung soll die aktive Rolle des Patienten an der praktischen Umsetzung als Teil einer therapeutischen Allianz unterstrichen werden. Eine partizipative Entscheidungsfindung und die Einbindung des Patienten fördert das Vertrauen, die Therapiemotivation und die Patientenzufriedenheit [5, 6].

Als systematische, didaktisch-psychotherapeutische Intervention kann die Psychoedukation eingesetzt werden, um das Krankheitsverständnis der Patienten und ihrer Angehörigen zu bessern und den selbstverantwortlichen Umgang mit der Erkrankung zu fördern [7]. Dies beinhaltet auch, die Patienten für eine reflektierte Wahrnehmung wieder auftretender Symptome und Medikamentenwirkungen sowie -nebenwirkungen zu sensibilisieren [7]. Hierbei ist ein patientenzentriertes Vorgehen entscheidend, um Sachinformationen mit den eigenen Erfahrungen der Patienten zu verknüpfen [8].

Eine weitere patientenzentrierte Methode ist die kognitive Verhaltenstherapie (KVT). Diese stellt die persönlichen Probleme und Ziele des Patienten in den Mittelpunkt, entwickelt gemeinsame Therapieziele von Arzt und Patient und kann

Hier steht eine Anzeige.



Tab. 1 Definitionen des „motivational interviewing“ (MI). (Mod. nach [20])

<i>Laiendefinition (Wozu eignet sich MI?)</i>	Kooperativer Gesprächsstil, mit dem wir einen Menschen in seiner eigenen Motivation zur und seinem eigenen Engagement für Veränderung stärken können
<i>Therapeutendefinition (Warum soll ich MI einsetzen?)</i>	Personenzentrierter therapeutischer Stil, der sich dafür eignet, mit dem häufigen Problem der Ambivalenz gegenüber Veränderungen umzugehen
<i>Handwerkliche Definition (Wie wirkt MI?)</i>	Kooperativer, zielorientierter Kommunikationsstil mit besonderer Aufmerksamkeit auf die Sprache der Veränderung. Dieser Stil ist daraufhin konzipiert, die persönliche Motivation für und die Selbstverpflichtung auf ein spezifisches Ziel zu stärken, indem er die Motive eines Menschen, sich zu ändern, in einer Atmosphäre von Akzeptanz und Mitgefühl herausarbeitet und erkundet

helfen, diese im Laufe der Therapie zu erreichen [8].

Das vor über 30 Jahren entstandene und kontinuierlich weiterentwickelte „motivational interviewing“ (MI; motivierende Gesprächsführung) bezeichnet einen inzwischen international und über eine Vielzahl medizinischer Indikationen in Wissenschaft und Praxis verbreiteten Ansatz der Gesprächsführung. Die weite Verbreitung dokumentiert den Bedarf einer professionellen und einfühlsamen Gesprächsführung, bei der sich Arzt und Patient auf Augenhöhe begegnen. Beim MI werden im partnerschaftlich-personenzentrierten Dialog die Änderungsmotive und Änderungsbereitschaft des Patienten aktiviert. Durch Bearbeitung und Auflösung von Ambivalenzen trägt MI zur Motivation von Patienten bei, dysfunktionales und gesundheitsbeeinträchtigendes Verhalten zu ändern [9, 10]. Nach der Anwendung im Bereich des problematischen Trinkverhaltens wurde MI in der Folge bei z. B. Drogenmissbrauch und pathologischem Spielen sowie zur Veränderung des Umganges mit anderen gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen und chronischen Erkrankungen, darunter auch bei Störungen des schizophrenen Formenkreises, eingesetzt [11–17].

Die verschiedenen verhaltenstherapeutischen Konzepte können kombiniert eingesetzt werden. So ist die Psychoedukation oft die Basis weiterer kognitiv-verhaltenstherapeutischer Maßnahmen und MI kann ein Teil der KVT sein. Je nach den Bedürfnissen eines jeden Patienten eingesetzt, können verhaltenstherapeutische Maßnahmen helfen, den Patienten für (psychopharmakologische)

Therapien zu motivieren und die Adhärenz sowie den Verlauf der Erkrankung positiv zu beeinflussen [18].

„Motivational interviewing“

Im Jahr 1983 veröffentlichte der US-amerikanische Psychologe William R. Miller die erste Publikation zum Konzept des MI als eine patientenzentrierte, direkte Methode der Gesprächsführung zur Förderung intrinsischer Veränderungsmotivation durch Erforschen und Auflösen von Ambivalenzen [19]. Die erste Anleitung zur praktischen Anwendung des MI – hier bei Patienten mit Suchtproblemen – wurde 1991 von Miller zusammen mit dem walisischen Psychologen Stephen Rollnick verfasst [9]. Seither hat MI eine kaum vorhersehbare Verbreitung gefunden, bleibt aber ein „work in progress“. Das aktuelle MI-Manual unterscheidet zwischen drei verschiedenen MI-Definitionen zunehmenden Komplexitätsgrades, die sich an unterschiedliche Adressaten richten (■ Tab. 1; [20]).

Beim MI werden im Rahmen einer spezifischen Verhaltensanalyse dem Patienten zunächst funktionale und dysfunktionale Verhaltensweisen und deren Konsequenzen bewusst gemacht. Der Therapeut achtet darauf, dass alle Argumente vom Patienten kommen und wartet offen, geduldig und neugierig auf dessen Einfälle und Äußerungen. Diese können sich als Änderungssequenzen („change talk“) und Widerstandssequenzen („resistance talk“) äußern. „Change talk“ zeigt, dass der Patient zuversichtlich ist, die Vorteile einer Änderung sieht und ernsthaft plant, sein Verhalten zu ändern. „Resistance talk“ drückt eine pessimistische

Haltung aus, er ist nicht veränderungsbereit. Ziel ist es, den Patienten dazu zu bringen, Widersprüche zwischen seinem momentanen Verhalten (z. B. Substanzmissbrauch, Medikationsnonadhärenz) und wichtigen Zielen (z. B. lang und gesund leben) zu entdecken. Er soll die Widersprüche selbst wahrnehmen und stets das Gefühl haben, sich frei für oder gegen ein Verhalten entscheiden zu können. Mit der Zeit wird er die Widersprüche als unangenehm empfinden und von sich aus motiviert sein, Änderungen herbeizuführen, um sein Verhalten seinen Ideen und Zielen anzupassen. Anschließend wird angestrebt, die Selbstverpflichtung des Patienten, die Änderungen auch umzusetzen, zu erhöhen. Außerdem werden konkrete Wege und Ziele erarbeitet, um die Veränderung zu erreichen und zu stabilisieren [21].

Prinzipien von MI

Die neueste Revision der theoretischen Grundlagen des MI umfasste die beiden bisher definierten Prozessphasen des MI – Aufbau von Motivation (Phase 1, „Warum Veränderung“) und Konsolidierung der Selbstverpflichtung (Phase 2, „Wie Veränderung“). Nach Ansicht von Miller und Rollnick berücksichtigte diese Einteilung zu wenig, dass in der Praxis ein Entscheidungsprozess eher zirkulär abläuft als linear. Außerdem schien sie unvollständig zu sein, wenn etwa Therapeuten das MI gar nicht erst anwenden konnten, weil sich die Patienten im Gespräch unbeteiligt zeigen. Für die aktualisierte Prozesseinteilung haben die Autoren daher diese feste Reihenfolge zugunsten von vier sich überlappenden Prozessen aus der Praxis aufgegeben: Beziehungsaufbau, Fokussierung, Evokation und Planung [20]. Mit dieser Vierphasen-Einteilung hat die praktische MI-Durchführung einen klareren „roten Faden“ erhalten:

- Beim *Beziehungsaufbau* („engaging“) wird eine tragfähige therapeutische Beziehung etabliert. Sie ist Voraussetzung für alle folgenden Phasen.
- Bei der *Fokussierung* („focussing“) wird eine spezifische Richtung im Gespräch über Veränderung entwickelt und weiterverfolgt. Das

Gespräch folgt einem Themenkatalog, der Themen des Patienten und (möglicherweise) des Arztes enthält, die nicht deckungsgleich sein müssen. Zum Beispiel sucht der Patient den Arzt auf und erwartet nach einem psychotischen Rückfall die Wiederherstellung seiner Alltagsfunktion. Er bringt seine Wünsche vor, z. B. keine Sedierung, keine Gewichtszunahme durch die Medikation oder einfach nur schlafen zu wollen. Gibt es Hinweise auf eine mangelnde Therapieadhärenz, wird der Arzt auch darüber nachdenken, wie man den Patienten davon überzeugen kann, die Medikation regelmäßig einzunehmen oder einer Umstellung auf Medikamente mit geringerer Applikationsfrequenz, z. B. Depotantipsychotika, zuzustimmen.

- Die *Evokation* („*evolving*“) umfasst das Herausarbeiten der Selbstmotivation zur Veränderung beim Patienten. Sie bildet den Kern der MI. Dies bedeutet, den Patienten davon zu überzeugen, die Argumente für eine Veränderung selbst zu formulieren. Diese Phase dauert häufig länger, da viele Patienten Schwierigkeiten haben, Dinge zu planen.
- Die *Planung* („*planning*“) umfasst sowohl das Entwickeln einer Selbstverpflichtung zur Veränderung als auch das Formulieren eines konkreten Handlungsplans. Hier sollten die eigenen Lösungen des Patienten herausgearbeitet und seine Entscheidungsautonomie gefördert werden. Während der Reifung des Plans wird der Patient weiterhin zum „change talk“ angeregt und darin bestärkt [9].

Diese Prozesse sind sowohl sequenziell als auch rekursiv. Wie auf einer Treppe kann sich das Gespräch bzw. die Therapie über alle Stufen hin- und zurückbewegen. So kann es situativ durchaus notwendig sein, dass z. B. innerhalb der Behandlungsphase einer Fokussierung wieder eine Phase des Beziehungsaufbaus erfolgt (▣ **Abb. 1**).

Nervenarzt 2019 · 90:1144–1153 <https://doi.org/10.1007/s00115-019-0702-x>
© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2019

J. Reimer · J. Kuhn · R. Wietfeld · W. Janetzky · K. Leopold

„Motivational interviewing“. Eine Möglichkeit der Arzt-Patienten-Kommunikation bei Schizophrenie?

Zusammenfassung

„Motivational interviewing“ (MI; motivierende Gesprächsführung) hat sich als Ansatz für einen kooperativen Gesprächsstil zur Förderung intrinsischer Veränderungsmotivation durch Erkundung und Auflösen von Ambivalenzen etabliert. Die Veränderung von Suchtverhalten wird nicht mehr durch Ausüben von Druck oder belehrenden/bekehrenden Überzeugungs- bzw. Überredungsversuchen angestrebt, sondern durch die Aktivierung vorhandener, aber „verschütteter“ oder neu gewonnener Eigenmotivation zur Veränderung. MI wird inzwischen auch zur Veränderung des Umganges bei anderen gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen und chronischen Erkrankungen, darunter auch bei Störungen des schizophrenen Formenkreises, eingesetzt. Im Vergleich zur Wirksamkeit von MI im Suchtbereich ist

die Datenlage bei schizophrenen Patienten noch unzureichend. Nach den vorliegenden Studien kann MI wichtige Aspekte der krankheitsbedingten Beeinträchtigungen, wie Medikamentenadhärenz, Häufigkeit und Schwere psychotischer Rückfälle, Hospitalisierungsdauer, das Funktionsniveau, die Krankheitseinsicht sowie die kognitive Rehabilitation positiv beeinflussen. Die praktische Umsetzung von MI erfordert eine gute Kenntnis der Methode sowie auch Veränderungen von Behandlungsprinzipien und Arbeitsabläufen.

Schlüsselwörter

Motivierende Gesprächsführung · Schizophrenie · Arzt-Patienten-Kommunikation · Kommunikationsstrategie · Medikamentenadhärenz

Motivational interviewing. A possibility for doctor-patient communication in schizophrenia?

Abstract

Motivational interviewing (MI) has become established nowadays as an approach for a cooperative style of conversation to promote intrinsic motivation for change by exploring and resolving ambivalences. The change of addictive behavior is no longer sought by exerting pressure or lecturing/converting attempts of convincing or persuasion but by activating existing but “buried” or newly acquired self-motivation to change. The MI is now also used to change the treatment of other health-related behavior and chronic diseases, including schizophrenic disorders. Compared to the efficacy of MI in the addiction area, the data situation in schizophrenic patients is still insufficient. According to the available

studies, MI can positively influence important aspects of disease-related impairments, such as medication adherence, the frequency and severity of psychotic relapses, the duration of hospitalization, the level of function, insight into the disease and cognitive rehabilitation. The practical implementation of MI requires a good knowledge of the method as well as changes in treatment principles and work processes.

Keywords

Motivational Interviewing · Schizophrenia · Doctor-patient communication · Communication strategy · Medication adherence

Der „Geist“ des MI

Für die Durchführung von MI ist seitens des Therapeuten eine spezifische Grundhaltung – „MI-spirit“ – erforderlich, mit der er dem Gesprächspartner gegenübertritt. Zur Implementation des MI als Basisintervention in therapeutischen Einrichtungen sind neben MI-Schulungen

in der Regel auch Veränderungen von Behandlungsparadigmen und Arbeitsabläufen notwendig [10, 15]:

- Kooperation: Im Vordergrund steht ein partnerschaftlicher, gleichberechtigter, nichtbevormundender Austausch zwischen Therapeut und Patient auf gleicher Augenhöhe.

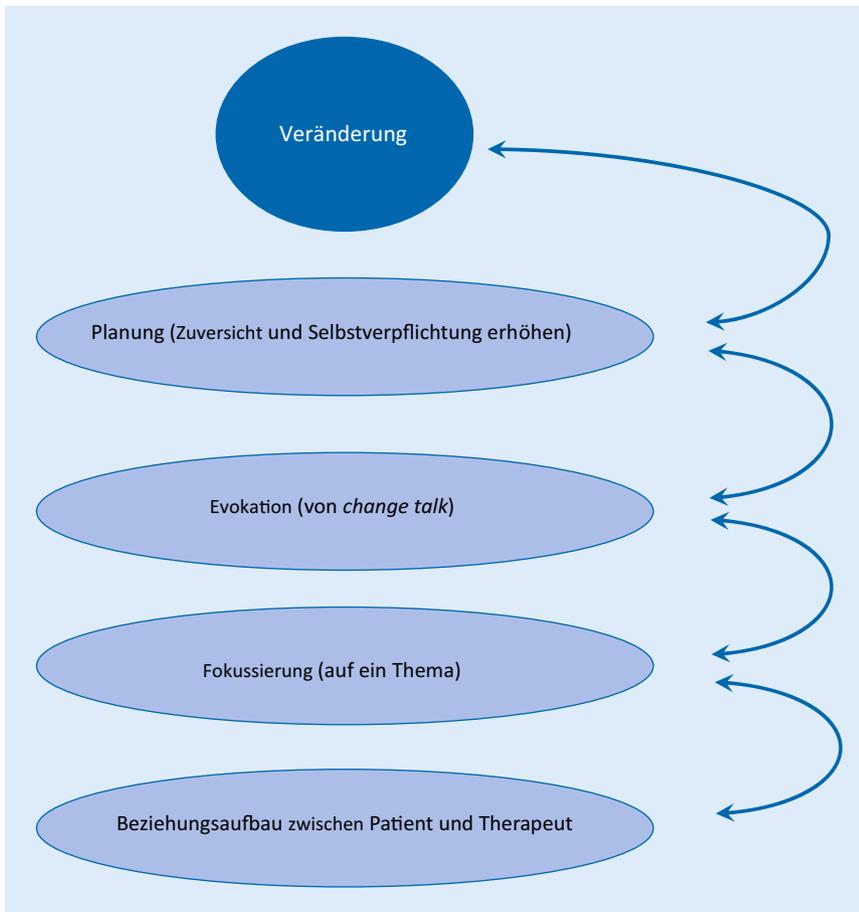


Abb. 1 ▲ Aufbau des MI-Ansatzes. MI „Motivational-interviewing“. (Mod. nach [15], mit freundlicher Genehmigung des Thieme-Verlages)

- Patientenzentrierung: Wachrufen von Motivation, Sichtweisen, Werten und Zielen des Patienten stehen im Mittelpunkt, keine Belehrungen.
- Autonomie: Anerkennung, dass der Patient zur Selbstbestimmung berechtigt und fähig ist („Anwalt in eigener Sache“). Veränderungen werden nicht erzwungen oder befohlen.

Wirksamkeit von MI bei Suchtpatienten

Für den Suchtbereich stellte MI einen Paradigmenwechsel dar. „Randomized controlled trials“ (RCTs) und Multicenterstudien haben die Wirksamkeit von MI vor allem bei Alkohol- bzw. Suchtmittelkonsum, auch speziell bei Jugendlichen bzw. jungen Erwachsenen, gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen sowie Zigarettenkonsum untersucht [15]. Insgesamt bewirkt MI größere Veränderun-

gen als der Verzicht auf eine Intervention oder eine Intervention ohne spezifischen Ansatz. Metaanalysen fanden eine Verbesserung um 10–20 % hinsichtlich verschiedenster Parameter wie beispielsweise Substanzgebrauch oder riskantes Verhalten. Außerdem stärkt MI das Therapieengagement der Patienten [22]. MI ist mindestens so effektiv wie „starke“ andere Interventionen, etwa die KVT, erfordert aber einen geringeren Zeiteinsatz [15].

MI bei schizophrenen Patienten

Ambivalenz ist ein Merkmal zahlreicher psychischer Erkrankungen. Schizophrene Patienten fühlen sich häufig zwischen ihren unterschiedlichen Affekten und Impulsen hin- und hergerissen. Die gleichzeitige Existenz konträrer Gefühle und Gedanken beschreibt Bleuler als ein auslösendes Moment einer Schizo-

phrenie: Das Wollen und das Wollen-Können sind erkrankt. Aufgaben werden nicht erfüllt, weil man ihnen affektiv gleichgültig gegenübersteht, die früher vorhandene Motivation daniederliegt, Zielvorstellungen nicht mehr ins Auge gefasst oder nicht mehr realisiert werden können. Bei der psychotischen Ambivalenz stehen die gegensätzlichen Gefühle und Strebungen weitgehend beziehungslos nebeneinander [23].

Wissenschaftliche Evidenz für die Wirksamkeit von MI bei Schizophrenie

Nach den Leitlinien verschiedener Fachgesellschaften [24–28] sollten psychosoziale Interventionen zusammen mit Familieninterventionen, anderen Reha-maßnahmen und einer antipsychotischen Pharmakotherapie durchgeführt werden. Sinnvoll ist dabei die Kombination von Elementen der KVT mit einem stufenweisen motivationellen Therapieansatz. Die deutliche Heterogenität der MI-Studien bei schizophrenen Patienten mit Doppeldiagnose, vergleichsweise geringe Patientenzahlen älterer Studien, unterschiedliche Follow-up-Dauer sowie unterschiedliche Formen komorbiden Drogenkonsums – beeinträchtigen jedoch die Evidenz für die Wirksamkeit spezifischer Interventionen bei dieser Patientengruppe [26].

Im Vergleich zur Wirksamkeit von MI im Suchtbereich ist die Datenlage bei Schizophrenie geringer und weniger konsistent. Nach den vorliegenden Studien kann MI wichtige Aspekte der krankheitsbedingten Beeinträchtigungen wie die Medikamentenadhärenz, die Häufigkeit und Schwere psychotischer Exazerbationen, die Hospitalisierungsdauer, das Funktionsniveau, die Krankheitseinsicht sowie die kognitive Rehabilitation positiv beeinflussen.

In einer einfach-blinden kontrollierten Studie wurden 114 Patienten mit Schizophrenie-Spektrum-Störungen mithilfe einer MI-basierten Adhärenztherapie als Add-on zu einer Pharmakotherapie behandelt oder erhielten die übliche Betreuung. Unmittelbar nach der Intervention und 6 Monate danach gemessen führte MI zu einer signifikant besseren Me-

dikationsadhärenz, Reduktion der Symptomschwere in der Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), besserer Krankheitseinsicht, geringeren Hospitalisationsraten und besserem Funktionsstatus (Effektstärke 0,68–0,72; [17]).

In einer randomisierten kontrollierten Proof-of-concept-Studie mit 64 Patienten mit Schizophrenie-Spektrum-Störungen und kognitiven Beeinträchtigungen verbesserte MI (2 Sitzungen) die Adhärenz zur Teilnahme an einem Kognitionsstraining und die aufgabenspezifische Motivation im Vergleich zu einer Placeboschulung. Die Autoren erwarten, dass mithilfe zusätzlicher Sitzungen das Ergebnis noch verbessert werden kann [29]. In einer weiteren Proof-of-concept-Studie erhielten 47 Patienten mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung zusätzlich zu ihrer antipsychotischen Medikation eine manualisierte Therapie, die Elemente einer verhaltensaktivierenden Therapie gegen depressive und Angstsymptome sowie Elemente des MI enthielt („motivational and behavioral activation“, MBA-Gruppe) oder eine Regelbehandlung („treatment as usual“, TAU). Im Vergleich zur TAU-Gruppe zeigte die MBA-Gruppe Verbesserungen bei verbalem Lernen und der Gedächtnisfunktion, wobei Unterschiede beim PANSS und der Brief Negative Symptom Scale (BNSS) sowie Partnerschaftsstatus als Kovariate berücksichtigt wurden [30]. Bei MI als Kurzintervention vor der Klinikentlassung stellten sich Patienten mit einer Schizophrenie oder einer Doppeldiagnose signifikant häufiger bei einem Arzt zur ambulanten Weiterbehandlung vor ($p < 0,01$; [31]).

Eine offene, auswerterverblindete Zwei-Center-Studie mit 327 Patienten mit Schizophrenie-Spektrum-Störungen mit komorbidem Substanzgebrauch verglich den Einsatz von MI in Kombination mit KVT und TAU mit dem reinen Einsatz von TAU. Diese Studie konnte jedoch keine Überlegenheit für MI gegenüber den Vergleichsinterventionen hinsichtlich Rezidive, psychotischer Symptome oder Funktionsniveau finden. Allerdings zeigte sich ein signifikanter Rückgang der Substanzmenge pro Konsumtag in der Interventionsgruppe [32]. Eine weitere pragmatische, randomi-

sierte, kontrollierte Einzelblindstudie derselben Arbeitsgruppe mit 110 Patienten fand keinen Einfluss von MI und KVT auf klinische Parameter oder den Substanzgebrauch im Vergleich zur Kontrollgruppe [33].

Die Ergebnisse einer randomisierten, kontrollierten Studie mit 114 schizophrenen nichtadhärenten Patienten nach Rückfall weisen darauf hin, dass MI bei spezifischen Subgruppen signifikant wirksam sein könnte [16]. Die Teilnehmer erhielten entweder 5 bis 8 Sitzungen MI oder eine reguläre Gesundheitsinformation („health education as usual“, HE). MI zeigte in der Gesamtgruppe im Vergleich zu HE keine signifikanten Unterschiede. Subgruppenanalysen ergaben hingegen eine signifikante Überlegenheit von MI vs. HE bei Rehospitalisierungen weiblicher Patienten (9 % vs. 63 %, $p = 0,041$), bei Nicht-Cannabis-Konsumenten (20 % vs. 53 %, $p = 0,041$), jüngeren Patienten (14 % vs. 50 %, $p = 0,012$) und Patienten mit kürzerer Krankheitsdauer (14 % vs. 42 %, $p = 0,040$). Dass Jüngere und Patienten mit einer kürzeren Krankheitsdauer von MI profitieren, bestätigen auch Ergebnisse der Studie von Chien et al. [17]. Studien mit langjährig erkrankten Patienten konnten hingegen keine Effekte aufzeigen [34]. Möglicherweise sind bestimmte schizophrene Patientengruppen für einen kombinierten MI-haltigen Therapieansatz aufgrund ihrer spezifischen Lebensbedingungen weniger zugänglich. Eine aktuelle Studie zur Medikamentenadhärenz bei Schizophrenie deutet darauf hin, dass der Erfolg von MI sich durch klar definierte Erfolgsfaktoren erklären lässt: eine vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung, die Fähigkeit des Therapeuten, die MI-Strategie auf den jeweiligen Prozess zu adaptieren, und ein explizites Gespräch über die Werte oder Ziele des Patienten in Bezug auf die Medikamenteneinhaltung [35].

Die Hauptcharakteristika der verwendeten Studien sind zur besseren Übersicht in **Tab. 2** zusammengefasst.

Grenzen des MI

„Motivational interviewing“ sollte nicht bei Patienten angewendet werden, die

Hier steht eine Anzeige.

 Springer

Tab. 2 Hauptcharakteristika der verwendeten Studien zu „motivational interviewing“ bei Patienten mit Schizophrenie-Spektrum-Störungen

Studie	Design	Diagnose	Vergleich	Anzahl (Intervention/Kontrolle)	Dauer	Outcome	Ergebnis
Chien et al. (2015) [17]	Einfach verblindet, kontrolliert	Schizophrenie-Spektrum-Störungen	AT (MI) + TAU vs. TAU	n = 114 (57/57)	Follow-up 6 M	Adhärenz Medikation, Symptomstärke, Krankheits-einsicht, Hospitalisationsrate, Funktionalität	MI ++
Fiszdon et al. (2016) [29]	Randomisiert, kontrolliert, „proof-of-concept“	Erwachsene mit Schizophrenie-Spektrum-Störungen	MI (fokussiert auf kognitive Funktion) vs. Erhebung und Feedback zu bevorzugtem Lernstil Anschließend beide Gruppen: 10 Sitzungen computergestütztes Mathematiklernprogramm	n = 64 (33/31)	Vier Wochen Zeit für Mathe-Training	Aufgabenspezifische Motivation, Adhärenz Teilnahme computergestütztes Mathematiklernprogramm	MI ++
Choi et al. (2016) [30]	Nichtrandomisiert, „proof-of-concept“, multizentrisch	Schizophrenie oder schizoaffective Störung Alter 18–60 Jahre	MBA vs. TAU	n = 47 (23/24)	Follow-up nach 10 Wochen	Verbesserung Negativsymptomatik, Verbesserung verbales Lernen und Gedächtnisfunktion	MBA ++
Swanson et al. (1999) [31]	Randomisiert, kontrolliert	Psychiatrische Störungen, z. T. komorbider Substanzgebrauch/ Abhängigkeitsstörungen	MI + TAU vs. TAU	n = 121 (64/57)	Ein ambulanter Termin nach Entlassung	Verbesserung Adhärenz ambulante Weiterbehandlung	MI ++
Barrowclough et al. (2010) [32]	Offen, auswerterverblindet, randomisiert, kontrolliert, 2 Zentren	Schizophrenie, schizoforme oder schizoaffective Störung + komorbider Substanzgebrauch/ Abhängigkeitsstörung	MI + KVT + TAU vs. TAU	n = 327 (164/163)	Follow-up 1 Jahr nach Ende der Interventionen	Primär: Tod oder Hospitalisierung Sekundär: Häufigkeit + Menge Substanzabusus, Bereitschaft zur Veränderung, Bewusstsein negativer Folgen des Missbrauchs, psychotische Symptome, rezidive Funktionalität, vorsätzliche Selbstschädigung	Primär: MI 0
Barrowclough et al. (2014) [33]	Pragmatisch, auswerterverblindet, randomisiert, kontrolliert	Nichtaffective psychotische Störung mit Cannabiskonsum/abhängigkeit Alter: 18–35 Jahre	MI + KVT + TAU (4,5 M) vs. MI + KVT + TAU (9 M) vs. TAU	n = 110 (38/37/35)	Follow-up nach 4, 5, 9, 18, 24 M	Primär: Änderung Cannabisabusus Sekundär: Symptome, Funktionalität, Rezidiv, Hospitalisierung	Primär: MI 0 Sekundär: MI 0 (Menge Cannabis pro Konsumtag: MI ++)

Tab. 2 (Fortsetzung)

Studie	Design	Diagnose	Vergleich	Anzahl (Intervention/Kontrolle)	Dauer	Outcome	Ergebnis
Barkhof et al. (2013) [16]	Randomisiert, kontrolliert, 3 Zentren	Schizophrenie oder schizoaffective Störung Alter 18–65 Jahre	MI vs. HE	n = 114 (55/59)	Follow-up nach 6 + 12 M	Primär: Medikamentenadhärenz Sekundär: Hospitalisierung, Psychopathologie, Cannabisabus	Gesamtgruppe: MI 0 Subpopulationen (Rehospitalisierung weibl. Patienten, Nicht-Cannabis-Konsumenten, niedriges Alter, kurze Krankheitsdauer): MI ++
Dobber et al. (2018) [35]	Qualitative multiple Fallstudie	Schizophrenie Alter: 21–50 Jahre	≤3–9 MI-Sitzungen	n = 14	Auswertung von 66 aufgezeichneten Sitzungen	Analyse Interaktionsprozess MI	Erfolgsfaktoren MI: Vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung Fähigkeit des Therapeuten, die MI-Strategie auf jeweiligen Prozess zu adaptieren Explizites Gespräch über Werte und Ziele des Patienten in Bezug auf Medikamentenadhärenz

AT Adhärenztherapie, KVT kognitive Verhaltenstherapie, MBA „motivational and behavioral activation“, MI „motivational interviewing“, TAU „treatment as usual“ (Regelbehandlung), FMI „family motivational interviewing“, M Monate
0 kein Unterschied, ++ signifikanter Unterschied

aufgrund ihres Gesundheitszustandes und ihrer mentalen Fähigkeiten nicht in der Lage sind, komplexe Zusammenhänge kognitiv zu erfassen und zu bewerten. Auch der Einsatz im Gruppensetting hat sich bisher noch nicht bewährt [15, 21].

Ausblick

Der Bedarf an patientengerechten Kommunikationsstrategien bei schizophrenen Patienten ist angesichts hoher Zahlen zur Rückfallhäufigkeit besonders hoch [36]. Die Leitlinien empfehlen bei Rezidiven und partieller oder Nonadhärenz neben psychoedukativen und kognitiv-verhaltenstherapeutischen Maßnahmen auch eine antipsychotische Pharmakotherapie zur Rückfallprophylaxe [26, 27, 37]. Auch im Zeitalter moderner Zweitgenerationsantipsychotika bleibt das Absetzen von Antipsychotika gegen ärztlichen Rat ein zentrales Problem in der Therapie schizophrener Erkrankungen und ist einer der wichtigsten Prädiktoren für einen Rückfall [38]. MI hat in solchen Fällen gute Unterstützungen in der Therapie gezeigt [16].

Neben der klinischen Evidenzlage legen die Entwickler von MI hohen Wert auf die korrekte Anwendung der Methode. Wichtige Fragen – u. a. zu Umfang und Zertifizierung der Ausbildung sowie der Nützlichkeit von Rollenspielen – werden in dem internationalen Motivational Interviewing Network of Trainer (MINT) diskutiert. Die Ergebnisse fließen fortwährend in die Weiterentwicklung von MI ein [20]. Neben dem Standardwerk von Miller und Rollnick steht eine umfangreiche Begleitliteratur zu MI sowie Fortbildungskurse zur Verfügung. Zusammen mit den eigenen Erfahrungen und den Berichten aus dem Kollegenkreis ergibt sich ein breites Spektrum der Anwendung von MI im klinischen Alltag. Eine Metaanalyse kontrollierter klinischer Studien zeigte, dass in praktisch allen Studien der „reine“ Ansatz des MI modifiziert wurde [39]. Die Teilnehmer waren vorwiegend Patienten mit Sucht- (Alkohol, Drogen) oder gesundheitsschädlichem Ernährungsverhalten. Häufig wurde MI mit anderen Behandlungsformen wie der KVT kombiniert. Dieses Muster von Veränderungen, meist

zugunsten eines „pragmatischeren“ MI-Designs – „MI-basiert“ – setzt sich auch in Studien mit schizophränen Patienten fort.

Die Implementierung von MI im Behandlungsalltag bietet Chancen auf einen therapeutischen Mehrerfolg bei einer Gruppe von Patienten, die eine besondere Herausforderung an die Kommunikation stellt. Auch vor dem zeitlichen und budgetären Hintergrund sowie der fachlichen Voraussetzungen sollte MI immer eine Überlegung wert sein [40]. Nach Entaktualisierung der Psychose kann MI auch im vollstationären Setting eine genesungsfördernde Wirkung entfalten. In der Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) bzw. der Tagesklinik lässt sich dieses – wie auch in allen anderen MI-Settings notwendig – mit einem festen therapeutischen Ansprechpartner jedoch einfacher realisieren. Der Geist und die Techniken des MI lassen sich auch im Praxisalltag gewinnbringend einsetzen, wenn auch nicht alle Interventionen, die in Klinik und PIA angewendet werden, umsetzbar sind. In der ambulanten fachärztlichen Versorgung erfordert MI viel Geduld und Ausdauer, die im Praxisalltag nicht immer gewährleistet werden können. MI muss, um wirksam angewendet werden zu können, mit einem festen Zeitbudget im Behandlungsablauf berücksichtigt werden. Zur interdisziplinären Zusammenarbeit bzw. Einbeziehung von Familienangehörigen kann die Schaffung weiterer Schulungsmöglichkeiten notwendig werden [41].

Die Studien zu MI bei schizophränen Patienten lassen einige Fragen offen. Daher sind weitere Daten aus randomisierten, kontrollierten Studien sowie aus längerfristigen Katamnesen notwendig [42]. Bei Suchtpatienten gelten z. B. die Förderung von „change talk“ und die verbale Selbstverpflichtung zur Umsetzung dieser Äußerungen („commitment talk“) als wichtige Vorbedingungen einer tatsächlichen Verhaltensänderung [15]. Möglicherweise lassen sich daraus auch „schizophreniegerechte“ Kommunikationsstrategien ableiten. Insbesondere bei Patienten mit Residuum nach Rückfall aufgrund von Medikamentennonadärenz könnte sich das MI als wertvolle

Gesprächsführung mit häufigeren, kurzen Interventionen eignen. So ließen sich möglicherweise die Vor- und Nachteile einer Medikamenteneinnahme sowie deren Konsequenzen und therapiespezifische Alternativen wie z. B. Depotantipsychotika herausarbeiten [37]. Weiterer Abklärung bedürfen die Befunde von Barkhoff et al., nach denen MI vor allem bei jungen Patienten sowie Patienten mit kurzer Erkrankungsdauer wirksam war [16].

Fazit für die Praxis

- Auch wenn die Daten zu MI in Bezug auf seine Wirksamkeit bei Patienten mit Schizophrenie noch keine eindeutige Schlussfolgerung zulassen, zeigen sich doch vielversprechende Ansätze und Möglichkeiten in der Behandlung der Betroffenen.
- Vor allem im Bereich der Medikamentenadhärenz bieten sich neue Wege zur Lösung der Problematik.
- Für die weitere ausführliche Beschäftigung mit der Methodik und der praktischen Umsetzung von MI sollten die einschlägige Fachliteratur sowie Fort- und Weiterbildungsangebote zu Rate gezogen werden.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Jens Reimer
Klinikum Bremen-Ost
Züricher Str. 40, 28325 Bremen, Deutschland
jens.reimer@gesundheitnord.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. J. Reimer hat Vergütungen für Vorträge und Beratung von Lundbeck und Otsuka Pharma erhalten. J. Kuhn hat von Lundbeck, Neuraxpharm, Otsuka Pharma, Schwabe sowie Servier Vortragshonorare und Reisekostenunterstützung und von DFG, BMBF, Marga und Walter Boll-Stiftung, Else Kröner Fresenius-Stiftung sowie Medtronic GmbH Forschungszuwendungen erhalten. R. Wietfeld hat Beratungshonorare von Lundbeck und Otsuka Pharma erhalten. W. Janetzky ist Mitarbeiter von Lundbeck. K. Leopold hat Vortragshonorare von AstraZeneca, BMS, Janssen-Cilag, Lilly, Lundbeck, Otsuka Pharma Pfizer und Recordati sowie Forschungszuwendungen von AstraZeneca, Janssen-Cilag und Otsuka Pharma erhalten.

Für diesen Beitrag wurden von den Autoren keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt.

Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Literatur

1. Fleischmann H (2003) Was erwarten psychisch Kranke von der Behandlung im psychiatrischen Krankenhaus? *Psychiatr Prax* 30:136–139
2. Theisel S, Schielein T, Spießl H et al (2010) Der „ideale“ Arzt aus Sicht psychiatrischer Patienten. *Psychiatr Prax* 37(6):279–284
3. Charles C, Gafni A, Whelan T (1997) Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes a least two to tango). *Soc Sci Med* 44(5):681–692
4. Heres S, Hamann J (2017) „Shared decision-making“ in der Akutpsychiatrie. *Nervenarzt* 88(9):995–1002
5. Roll SC, Knecht G, Kuhn J et al (2016) Antipsychotika-Depotbehandlung im Wandel der Zeit. *Nervenheilkunde* 35:41–49
6. Haskard Zolnerek KB, DiMatteo MR (2009) Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Med Care* 47(8):826–834
7. Hesse K, Klingberg S (2018) Psychotische Störungen: Kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlungsstrategien. *Psychother Psychosom Med Psychol* 68(11):481–494
8. Lencer R, Korn D (2015) Adhärenz in der Psychopharmakologie – Psychotherapeutische Strategien zur Adhärenzförderung. *Nervenarzt* 86(5):637–648
9. Miller WR, Rollnick S (1991) Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior. Guilford, New York (Deutsche Übersetzung: Miller WR, Rollnick S (1999) Motivierende Gesprächsführung. Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau)
10. Körkell J, Veltrup C (2003) Motivational Interviewing: Eine Übersicht. *Suchttherapie* 4(3):115–124
11. Schaefer MR, Kavookjian J (2007) The impact of motivational interviewing on adherence and symptom severity in adolescents and young adults with chronic illness: a systematic review. *Patient Educ Couns* 100(12):2190–2199
12. Lai DT, Cahill K, Qin Y et al (2010) Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006936.pub2>
13. Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T et al (2005) Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract* 55:305–312
14. Zomahoun HTV, Guénette L, Grégoire JP et al (2017) Effectiveness of motivational interviewing interventions on medication adherence in adults with chronic diseases: a systematic review and meta-analysis. *Int J Epidemiol* 46(2):589–602
15. Körkell J (2012) 30 Jahre Motivational Interviewing: Eine Übersicht und Standortbestimmung. *Suchttherapie* 13(03):108–118
16. Barkhoff E, Meijer CJ, de Sonnevile LM et al (2013) The effect of motivational interviewing on medication adherence and hospitalization rates in nonadherent patients with multi-episode schizophrenia. *Schizophrenia* 39(6):1242–1251
17. Chien WT, Mui J, Cheung EF et al (2015) Effects of motivational interviewing-based adherence therapy for schizophrenia spectrum disorders: a randomized controlled trial. *Trials* 16:270
18. Velligan DI, Weiden PJ, Sajatovic M et al (2010) Strategies for addressing adherence problems in patients with serious and persistent mental illness:

- recommendations from the expert consensus guidelines. *J Psychiatr Pract* 16(5):306–324
19. Miller WR (1983) Motivational interviewing with problem drinkers. *Behav Psychother* 11:147–172
 20. Miller WR, Rollnick S (2012) *Motivational interviewing: helping people change*, 3. Aufl. Guilford, New York (Deutsche Übersetzung: Miller WR, Rollnick S (2015) *Motivierende Gesprächsführung*: 3. Aufl. Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau)
 21. Sonnenmoser M (2009) Motivierende Gesprächsführung – Flexible Methode mit Potenzial. *Dtsch Arztebl* 12:560–562
 22. Lundahl B, Burke BL (2009) The effectiveness and applicability of motivational interviewing: A practice friendly review of four meta-analyses. *J Clin Psychol* 65(11):1232–1245
 23. Finzen A (2013) *Schizophrenie: Die Krankheit verstehen, behandeln, bewältigen*. Psychiatrie Verlag, Bonn
 24. Crockford D, Addington D (2017) Canadian schizophrenia guidelines: schizophrenia and other psychotic disorders with coexisting substance use disorders. *Can J Psychiatry* 62(9):624–634
 25. Lehman AF, Lieberman JA, Dixon LB et al (2004) Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia, second edition. *Am J Psychiatry* 161(2 Suppl):1–56
 26. Hasan A, Falkai P, Wobrock T et al (2015) World federation of societies of biological psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of schizophrenia part 3: update 2015 management of special circumstances: depression, suicidality, substance use disorders and pregnancy and lactation. *World J Biol Psychiatry* 16(3):142–170
 27. National Collaborating Centre for Mental Health (2014) *Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management: updated edition 2014*. NICE Clinical Guidelines, No. 178. National Institute for Health and Care Excellence, London (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK248060/>)
 28. Kreyenbuhl J, Buchanan RW, Dickerson FB et al (2009) The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): updated treatment recommendations. *Schizophr Bull* 36(1):94–103
 29. Fizon JM, Kurtz MM, Choi J et al (2016) Motivational interviewing to increase cognitive rehabilitation adherence in schizophrenia. *Schizophr Bull* 42(2):327–334
 30. Choi KH, Jaekal E, Lee GY et al (2016) Motivational and behavioral activation as an adjunct to psychiatric rehabilitation for mild to moderate negative symptoms in individuals with schizophrenia: a proof-of-concept pilot study. *Front Psychol* 7:1759
 31. Swanson AJ, Pantalon MV, Cohen KR (1999) Motivational interviewing and treatment adherence among psychiatric and dually diagnosed patients. *J Nerv Ment Dis* 187(10):630–635
 32. Barrowclough C, Haddock G, Wykes T et al (2010) Integrated motivational interviewing and cognitive behavioural therapy for people with psychosis and comorbid substance misuse: randomised controlled trial. *Br Med J* 341:c6325
 33. Barrowclough C, Marshall M, Gregg L et al (2014) A phase-specific psychological therapy for people with problematic cannabis use following a first episode of psychosis: a randomized controlled trial. *Psychol Med* 44(13):2749–2761
 34. Gray R, Bressington D, Ivanecka A et al (2016) Is adherence therapy an effective adjunct treatment for patients with schizophrenia spectrum disorders? A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry* 16:90
 35. Dobber J, Latour C, de Haan L et al (2018) Medication adherence in patients with schizophrenia: a qualitative study of the patient process in motivational interviewing. *BMC Psychiatry* 18(1):135
 36. Bienentreu S (2014) Motivation zur Depotmedikation bei Patienten mit Schizophrenie. *Psychopharmakotherapie* 21:112–117
 37. Hasan A, Falkai P, Wobrock T et al (2013) World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of schizophrenia, part 2: update 2012 on the long-term treatment of schizophrenia and management of antipsychotic-induced side effects. *World J Biol Psychiatry* 14:2–44
 38. Zipursky R, Menezes NM, Streiner DL (2014) Risk of symptom recurrence with medication discontinuation in first-episode psychosis: a systematic review. *Schizophr Res* 152:408–414
 39. Burke BL, Arkowitz H, Menchola M (2003) The efficacy of motivational interviewing: a meta-analysis of controlled clinical trials. *J Consult Clin Psychol* 71(5):843–861
 40. Arkowitz H, Westra HA, Miller WR et al (2010) *Motivierende Gesprächsführung bei der Behandlung psychischer Störungen*. Beltz, Weinheim
 41. Smeerdijk M, Keet R, de Haan L et al (2014) Feasibility of teaching motivational interviewing to parents of young adults with recent-onset schizophrenia and co-occurring cannabis use. *J Subst Abuse Treat* 46(3):340–345
 42. Westra HA, Aviram A, Doell FK et al (2011) Extending motivational interviewing to the treatment of major mental health problems: current directions and evidence. *Can J Psychiatry* 56(11):643–650

Hier steht eine Anzeige.

