

Theoretischer Hintergrund

- 2.1 Riskanter Alkoholkonsum bei Jugendlichen – 5**
 - 2.1.1 Konsum und Verbreitung – 5
 - 2.1.2 Minderjährige mit akuter Alkoholintoxikation – 5
- 2.2 Risiken und Folgen – 7**
- 2.3 Konsummotive und Wirkerwartungen – 8**
- 2.4 Modelle jugendlichen Alkoholkonsums – 9**
 - 2.4.1 Motivational Model of Alcohol Use – 10
 - 2.4.2 Social Reaction Model of Adolescent Health Risk – 12
 - 2.4.3 Das duale Prozessmodell jugendlichen Risikoverhaltens – 13
- 2.5 Risiko- und Schutzfaktoren für eine spätere Schädigung durch Alkoholkonsum – 14**
- 2.6 Erkennen riskanten Alkoholkonsums – 15**
- 2.7 Wirksamkeit von Motivierenden Kurzinterventionen – 17**
- 2.8 Motivierende Gesprächsführung nach Miller und Rollnick – 18**
 - 2.8.1 Die therapeutische Grundhaltung im MI – 20
 - 2.8.2 Das 4-Prozesse-Modell der motivierenden Gesprächsführung – 21
 - 2.8.3 OARS – 23
 - 2.8.4 Umgang mit Sustain Talk und Dissonanz in der Berater-Klient-Beziehung – 24
 - 2.8.5 Umgang mit Jugendlichen ohne Ambivalenz – 26
- 2.9 Das transtheoretische Modell der Veränderung nach Prochaska und DiClemente – 28**

- 2.10 Phasen der Veränderungsbereitschaft und therapeutisches Verhalten – 30
- 2.11 Die Komponenten der motivierenden Kurzintervention nach Spirito et al. (2004) – 30
- 2.12 Abgrenzungen der motivierenden Gesprächsführung zu anderen therapeutischen Ansätzen – 30

Im folgenden Kapitel werden relevante Hintergrundinformationen zu Alkoholkonsum im Jugendalter vorgestellt sowie die theoretischen Annahmen und die Konzeptualisierung des Motivational Interviewing dargelegt.

2.1 Riskanter Alkoholkonsum bei Jugendlichen

2.1.1 Konsum und Verbreitung

Der bundesweite Trend des regelmäßigen Alkoholkonsums der 12- bis 25-jährigen Jugendlichen ist seit den 1970er Jahren tendenziell rückläufig (Orth u. Töppich, 2015). Auch unter den minderjährigen 12- bis 17-Jährigen sinkt der Anteil der Jugendlichen, die regelmäßig, d. h. mindestens einmal pro Woche, Alkohol konsumieren, seit Beginn der Datenerhebung durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Jahr 1979 tendenziell (ebd.; ■ Abb. 2.1).

Das Einstiegsalter für den ersten Alkoholkonsum und das Alter des ersten Alkoholrausches sind bundesweit seit dem Jahr 2004 bis zum Jahr 2014 um knapp 7 Monate gestiegen. Trotzdem existiert aber ein stabiler Prozentsatz an Jugendlichen, die episodisch exzessiv konsumieren (Orth u. Töppich, 2015). Unter episodisch exzessivem Konsum wird häufig das sog. Binge Drinking, d. h. der Konsum von 5 (4 für Mädchen) oder mehr Standardgläsern Alkohols bei einer Trinkgelegenheit, verstanden (Herring et al., 2008).

➤ **Als Rauschtrinken wird der Konsum von 5 alkoholischen Standardgetränken bei einer Trinkgelegenheit für Männer und 4 alkoholischen Standardgetränken für Frauen bezeichnet.**

Die Zahl der Jugendlichen bis zum Alter von 20 Jahren, die in Deutschland aufgrund einer akuten Alkoholintoxikation (AAI) stationär behandelt wurden, ist von 9.500 im Jahr 2000 auf 22.250 im Jahr 2014 gestiegen, was einer Steigerung um 136% entspricht (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2016; ■ Abb. 2.2). Steigende Prävalenzraten von Jugendlichen, die aufgrund einer akuten Alkoholintoxikation (Diagnose F10.0, ICD 10) notfallmedizinisch behandelt werden müssen, wurden in den letzten Jahren aus verschiedenen europäischen Ländern berichtet (Healey et al., 2014; Fandler et al., 2008; Caflisch et al., 2013; Van Hoof et al., 2010; Bitunjac et al., 2009; Loukova, 2011; Kuzelová et al., 2009).

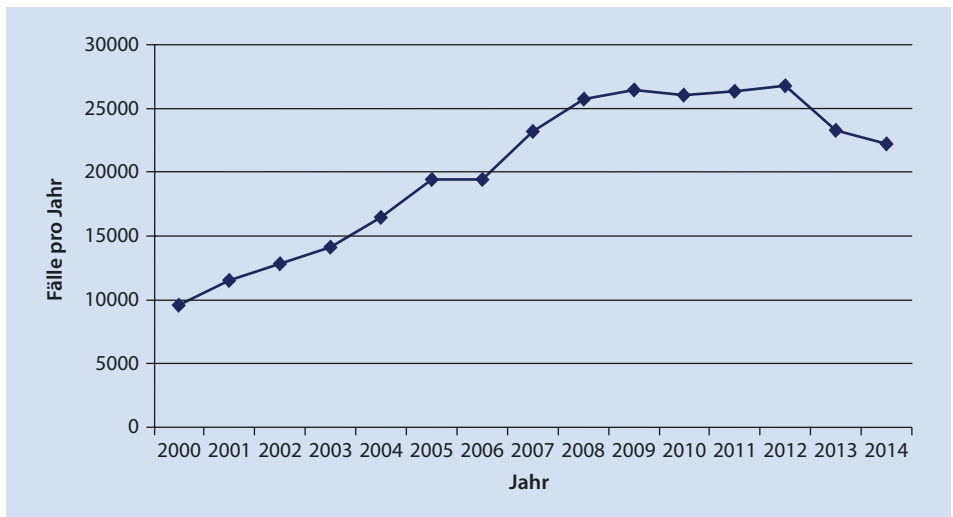
➤ **Die Zahl der unter 20-Jährigen mit akuter Alkoholintoxikation ist seit dem Jahr 2000 von ca. 9.500 auf ca. 22.000 Fälle jährlich gestiegen.**

2.1.2 Minderjährige mit akuter Alkoholintoxikation

Es ist wahrscheinlich, dass dieser Anstieg der Behandlungszahlen zum Teil auch auf eine Sensibilisierung in der Bevölkerung zurückzuführen ist, die sich darin ausdrückt, dass schon bei weniger stark intoxikierten Jugendlichen ein Krankenwagen angefordert wird. Eine Studie dazu von Wurdak et al. (2013) fand, dass in einer Gemeinde mit besonders hohen stationären Behandlungszahlen für Minderjährige mit AAI die durchschnittliche Blutalkoholkonzentration der behandelten Jugendlichen geringer und die Bereitschaft der Bevölkerung einen Krankenwagen anzufordern höher war als in einer Vergleichsgemeinde mit niedrigeren Behandlungszahlen. Dennoch ist zu beachten, dass unter den Minderjährigen, die aufgrund einer Alkoholintoxikation



■ **Abb. 2.1** Anteile der 12- bis 17-Jährigen, die mindestens einmal pro Woche Alkohol konsumieren bundesweit (Orth u. Töppich, 2015)



■ **Abb. 2.2** Entwicklung der Anzahl stationär aufgenommener unter 20-Jähriger mit Diagnose „Alkoholintoxikation“ in Krankenhäusern bundesweit (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2016)

notfallmedizinisch behandelt werden müssen, im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ein höherer Anteil von Kindern und Jugendlichen zu beobachten ist, der riskant Substanzen konsumiert und weiteren Entwicklungsgefährdungen ausgesetzt ist. So wurden z.B. unter Kindern und Jugendlichen mit einer AAI höhere Prävalenzen von Alkoholmissbrauch, Alkoholabhängigkeit, Binge Drinking, Tabakkonsum und dem Konsum illegaler Substanzen beobachtet als in der Allgemeinbevölkerung (Groß et al., 2016a). In der HaLT-Hamburg-Stichprobe wurde ein sehr hoher Anteil (63,6%) an Kindern und Jugendlichen beobachtet, die ein positives Screeningergebnis

für riskanten Alkoholkonsum erhielten (Wartberg et al., im Druck). Eine Studie in Bayern fand, dass Minderjährige mit AAI zwar seltener tranken als Jugendliche in der Allgemeinbevölkerung (2,8 vs. 5,0 Tage in den letzten 30 Tagen), dafür jedoch größere Mengen konsumierten, wenn sie tranken (36,4 g vs. 22,3 g Reinalkohol pro Trinktag; Kraus et al., 2013). Trinkmusteranalysen zeigten, dass 21,5% der Minderjährigen mit AAI als habituell riskant Alkohol konsumierend und 16,5% als habituell hoch riskant konsumierend eingestuft werden können (Diestelkamp et al., 2015).

Darüber hinaus wurde festgestellt, dass auch die psychosoziale Belastung in dieser Zielgruppe höher ist als in der Allgemeinbevölkerung. Jugendliche, die mit einer AAI notfallmedizinisch behandelt wurden, weisen ein 6-fach erhöhtes Risiko auf, von einer schweren Entwicklungsgefährdung betroffen zu sein, wie z.B. familiäre Gewalt, Schulprobleme, Delinquenz und Gewalttäterschaft wie -opferschaft (Kuttler et al., 2016). Im Alter von Mitte zwanzig weisen junge Erwachsene, die als Minderjährige mit einer AAI im Krankenhaus behandelt wurden, deutlich höhere Prävalenz einer schweren alkoholbezogenen Störung auf (8% vs. 1% in einer Vergleichsstichprobe ohne AAI), sie konsumieren häufiger illegale Substanzen (20% vs. 10%) und berichten häufiger über delinquentes Verhalten (50% vs. 35%; Groß et al., 2016b).

➤ **Eine Alkoholintoxikation eines Minderjährigen bedeutet nicht zwingend, dass dieser gewohnheitsmäßig riskant Alkohol konsumiert und psychosozial stark belastet ist. Der Anteil der gefährdeten Jugendlichen in dieser Zielgruppe ist jedoch höher als in vergleichbaren Altersgruppen in der Allgemeinbevölkerung.**

2.2 Risiken und Folgen

Der Konsum von Alkohol stellt einen der drei bedeutendsten Risikofaktoren dar, die zu der globalen Krankheitsbelastung beitragen (Lim et al., 2012). Für Kinder und Jugendliche mit episodisch exzessivem Alkoholkonsum¹ stellen insbesondere die unmittelbaren und mittelfristigen Folgen riskanten Alkoholkonsums eine große Gefährdung dar (Stolle et al., 2009). Jugendliche, die riskante Mengen Alkohol konsumieren, haben ein erhöhtes Risiko Gewalthandlungen zu erfahren, sowohl als Täter als auch als Opfer (Swahn et al., 2004). Neben psychischen Folgen wie Traumatisierungen sind Verletzungen und Konflikte mit der Polizei eine häufige Folge alkoholisierter Gewalt. Im alkoholisierten Zustand kommt es vermehrt auch zu anderen Risikoverhaltensweisen, wie z.B. alkoholisiertem Autofahren (Sindelar et al., 2004). In Verbindung mit depressiven Störungen und kritische Lebensereignisse erhöht episodisch exzessives Trinken darüber hinaus das Risiko für Suizidversuche bei Jugendlichen (Windle et al., 1992). Verlieren Jugendliche aufgrund des exzessiven Alkoholkonsums das Bewusstsein, kann es durch Unterkühlung oder Aspiration von Erbrochenem zu schwerwiegenden somatischen Komplikationen kommen. Besonders für Mädchen stellen darüber hinaus ungewollte und/oder ungeschützte sexuelle Kontakte im alkoholisierten Zustand eine Gefährdung dar, die zu ungewollten Schwangerschaften und Geschlechtskrankheiten bis hin zu Traumatisierungen durch Vergewaltigungserlebnisse führen können (Champion et al., 2004). Mädchen, die Rauschtrinken praktizieren, haben ein 3-fach erhöhtes Risiko, Opfer ungewollter sexueller Handlungen zu werden (Champion et al., 2004). Früher und häufiger episodisch exzessiver Alkoholkonsum steht im Zusammenhang mit einem

1 Die Begriffe „episodisch exzessiver Alkoholkonsum“, „Rauschtrinken“ und „Binge Drinking“ werden hier synonym verwendet. Auf die unscharfen Begrifflichkeiten weisen z. B. Herring et al. (2008) hin.

2

■ Tab. 2.1 Funktionen des Substanzkonsums nach Silbereisen und Reese (2001)	
Entwicklungsaufgaben	Funktionen des Substanzkonsums
• Wissen, wer man ist und was man will (Selbstkonzept und Identität)	• Ausdruck persönlichen Stils • Suche nach grenzüberschreitenden, bewusstseinsweiternden Erfahrungen und Erlebnissen
• Aufbau von Freundschaften; Aufnahme intimer Beziehungen	• Erleichterung des Zugangs zu Peergruppen • Exzessiv ritualisiertes Verhalten • Kontaktaufnahme zu gegengeschlechtlichen Peers
• Ablösung von den Eltern	• Unabhängigkeit von den Eltern demonstrieren • Bewusste Verletzung der elterlichen Kontrolle
• Übernahme von Verhaltensweisen Erwachsener	• Demonstration, Vorwegnahme des Erwachsenseins
• Lebensgestaltung, -planung	• Teilhabe an subkulturellem Lebensstil • Spaß haben und genießen
• Eigenes Wertesystem	• Gewollte Normverletzung • Ausdruck sozialen Protests
• Entwicklungsprobleme	• Ersatzziel verwehrter normativer Entwicklungsziele • Stress- und Gefühlsbewältigung (Notfallreaktion)

erhöhten Risiko für die spätere Entwicklung einer substanzbezogenen Störung (Viner u. Taylor, 2007). Das Risiko für die Entwicklung einer alkoholbezogene Störung (schädlicher Gebrauch bzw. Abhängigkeitssyndrom) steigt mit einem jüngeren Einstiegsalter in häufigen exzessiven Alkoholkonsum (Stolle et al., 2009). Auch das Risiko für den Konsum weiterer (illegaler) psychotrope Substanzen steigt.

➤ **Trotz des generell abnehmenden Trends des Alkoholkonsums unter Minderjährigen gibt es Kinder und Jugendliche, die exzessiv konsumieren und dadurch einer Vielzahl von akuten, mittel- und langfristigen Gefährdungen und Beeinträchtigungen ausgesetzt sind.**

2.3 Konsummotive und Wirkerwartungen

Die Motive für exzessiven Alkoholkonsum bei Jugendlichen sind vielfältig. Alkoholkonsum und exzessiver Konsum können nach Silbereisen und Reese (2001) auch Funktionen in der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben in der Adoleszenz einnehmen. So kann episodisches Rauschtrinken Ausdruck sozialen Protests sein und eine gewollte Normverletzung darstellen. Es kann die Funktion der Individuation von den Eltern erfüllen, oder der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Peergroup Ausdruck verleihen (■ Tab. 2.1).

Exzessiver Alkoholkonsum kann aber auch Folge von Unerfahrenheit und Unwissenheit sein oder als Coping Strategie für Stress, Ängste oder andere emotionale Probleme dienen. Nicht zuletzt ist die enthemmende Wirkung von Alkohol oft ein Konsummotiv, da z.B. die Kontaktaufnahme und die Initiierung romantischer Beziehungen erleichtert ist. Diese sozialen Motive werden von Jugendlichen am häufigsten als Grund für den Konsum von Alkohol genannt, deutlich häufiger als die Verstärkung positiven Affektes („drinking to enhance“; Cooper et al., 1995) oder die Vermeidung negativen Affektes („drinking to cope“; Cooper et al., 1995; Kuntsche et al., 2005).

■ **Tab. 2.2** Alkoholwirkerwartungen 15- bis 16-Jähriger in ausgewählten deutschen Bundesländern (Angaben in Prozent). (Hibell et al., 2012)

	Gesamt	Jungen	Mädchen
Habe viel Spaß	76	77	75
Empfinde mich kontaktfreudiger	65	64	66
Fühle mich entspannt	55	63	49
Fühle mich glücklich	55	57	53
Vergesse meine Probleme	48	49	47
Gefährde meine Gesundheit	37	36	38
Tue Dinge, die ich später bereue	25	25	25
Bekomme einen Kater	28	27	28
Kann nicht aufhören zu trinken	12	11	12
Probleme mit der Polizei	10	13	7
Fühle mich krank	11	11	11

➤ **Alkoholkonsum im Jugendalter kann Funktionen bei der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben erfüllen, z. B. im Hinblick auf Identitätsentwicklung und Peergruppenzugehörigkeit.**

Während Konsummotive die Gründe für den Konsum widerspiegeln, d. h. die Absicht, ein bestimmtes erwünschtes Ergebnis herbeizuführen (Cox u. Klinger, 1988), spiegeln Wirkerwartungen persönliche Überzeugungen in Bezug auf positive oder negative (d. h. beabsichtigte und unbeabsichtigte) Effekte des Konsums wider (Kuntsche et al., 2005). Alkoholwirkerwartungen beeinflussen das Einstiegsalter in den Alkoholkonsum (Jester et al., 2015), den Konsum selbst und die Wirksamkeit von Alkoholinterventionen (Black et al., 2012).

In einer repräsentativen Befragung unter Schülerinnen und Schülern in Deutschland im Alter von 15 bis 16 Jahren gaben zwei Drittel der Jugendlichen „Spaß haben“ als die am häufigsten erwartete Wirkung von Alkoholkonsum an (Hibell et al., 2012; ■ Tab. 2.2). Nur ca. ein Drittel der Jugendlichen erwarteten durch Alkoholkonsum ihre Gesundheit zu gefährden, lediglich ein Viertel der Befragten gab an, Bedenken zu haben, dass sie unter Alkoholeinfluss Dinge tun könnten, die sie später bereuen könnten.

➤ **Die Mehrheit der Jugendlichen konsumiert Alkohol aus sozialen Motiven und hat eine gering ausgeprägte Wahrnehmung potenzieller negativer Folgen des Konsums.**

2.4 Modelle jugendlichen Alkoholkonsums

Der Konsum von Alkohol erfüllt im Jugendalter deutlich andere Funktionen als im Erwachsenenalter und ist in der präventiven Arbeit stets vor diesem jugendspezifischen Hintergrund zu verstehen. Alkoholkonsum im Jugendalter wird daher vielfach als Risikoverhalten konzeptionalisiert (Jessor et al., 1987, 1991; Wiers et al., 2007, 2010; Gibbons et al., 2003); im

Gegensatz dazu verstehen Missbrauchs- und Abhängigkeitsmodelle des Erwachsenenalters (s. West, 2013, für eine Übersicht) Alkoholmissbrauch häufig als dysfunktionale Copingstrategie (z. B. Orford, 2001).

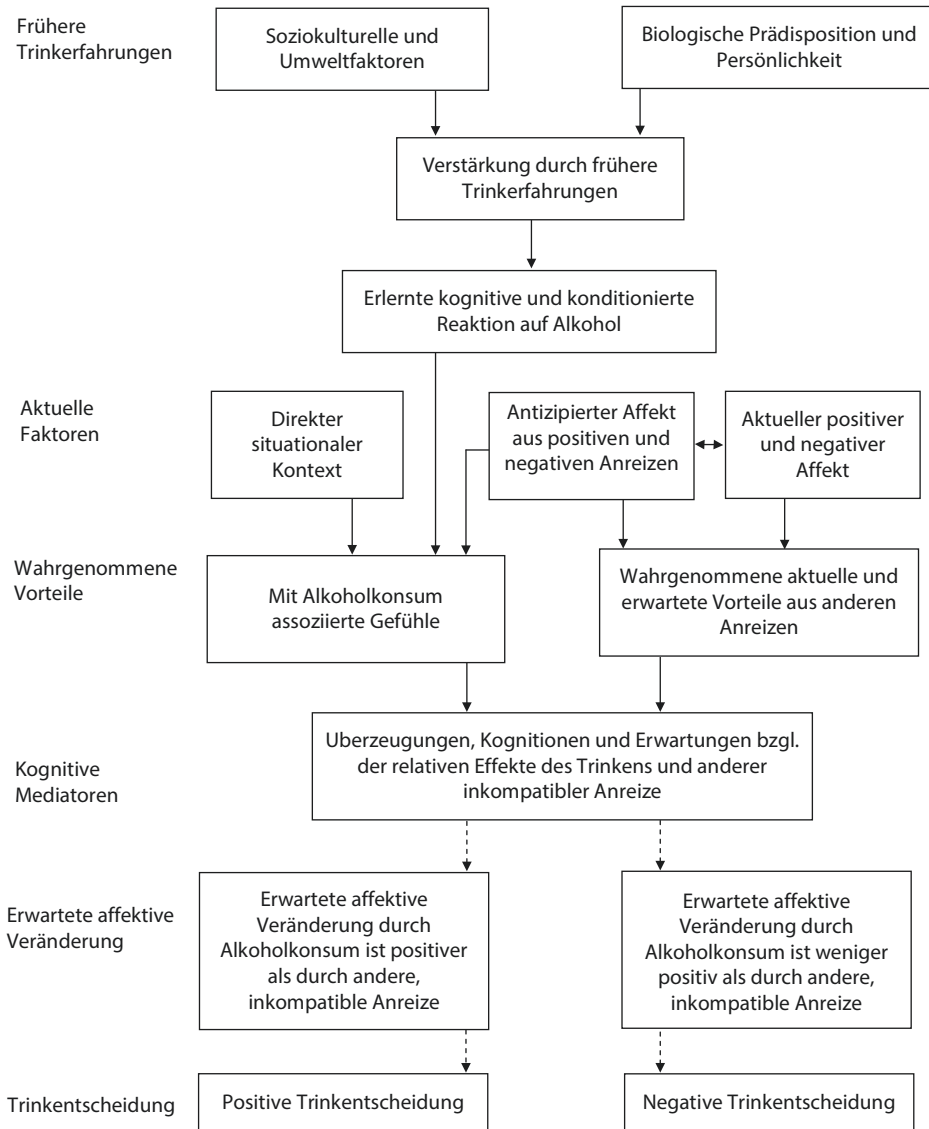
Im Folgenden werden drei Modelle mit direktem Anwendungsbezug zur Entstehung und Aufrechterhaltung jugendlichen Alkoholkonsums vorgestellt, die unterschiedliche relevante Schwerpunkte setzen.

1. das *Motivational Model of Alcohol Use* (Cox u. Klinger, 1988, 2004, 2011) mit besonderem Fokus auf der Rolle der Motivation,
2. das *Social Reaction Model of Adolescent Health Risk* (Gibbons et al., 2003), welches einen besonderen Fokus auf die jugendspezifische soziale Einbettung des Alkoholkonsums legt und damit auf die Bedeutung des Konsums für die Identitätsentwicklung als zentraler Entwicklungsaufgabe im Jugendalter,
3. das *Dual Process Model of Adolescent Risk Taking* (Wiers et al., 2007, 2010), welches die Dialektik von reflektierten, kontrollierten und Automatische impulsive Prozesse in der Entstehung und Aufrechterhaltung riskanten Alkoholkonsums im Jugendalter hervorhebt.

2.4.1 Motivational Model of Alcohol Use

Dieses biopsychosoziale Modell (Cox u. Klinger 1988, 2004, 2011) wurde nicht speziell für jugendlichen Alkoholkonsum aufgestellt, bietet jedoch einen sehr guten Überblick über Einflussfaktoren und motivationale Prozesse, die in die Entscheidung, Alkohol zu trinken oder darauf zu verzichten, einfließen. In Übereinstimmung mit neueren Dual-Process-Modellen (s. Wiers et al., 2007, 2010), nimmt auch dieses Modell an, dass sowohl bewusste als auch unbewusste Faktoren die Trinkentscheidung beeinflussen. Hierbei wirken vorangegangene Erfahrungen mit Alkoholkonsum wie auch aktuelle Trinkumstände auf die wahrgenommenen Vorteile einer positiven Trinkentscheidung aus. Unter vorangegangenen Erfahrungen werden Persönlichkeitsmerkmale, biologische Prädispositionen wie auch soziokulturelle und Umweltfaktoren verstanden. Je nach Ausprägung dieser einzelnen Faktoren ist der Alkoholkonsum durch vorangegangene Erfahrungen in verschiedenem Maße verstärkt worden und beeinflusst damit erlernte kognitive und konditionierte Reaktionen auf den Konsum von Alkohol. Zentral ist diesem Modell zufolge der Belohnungswert („incentive value“) des Alkoholkonsums, der abhängig ist von der erwarteten Reduktion negativer Affekte bzw. der Verstärkung positiver Affekte oder beidem. Bei Jugendlichen ist die Verstärkung positiver Affekte, wie in ► Abschn. 2.3 beschrieben, als Trinkmotiv deutlich häufiger zu erwarten als bei Erwachsenen. Ein weiteres zentrales Element des Modells ist der Vergleich des erwarteten affektiven Nutzens des Alkoholkonsums mit dem affektiven Nutzen alternativer Belohnungsquellen. Eine Abwägung dieser erwarteten Folgen des Verhaltens führt dann, beeinflusst von kognitiven Variablen, wie z.B. Werten und Überzeugungen, dem Modell zufolge zu der Entscheidung zu trinken oder nicht zu trinken (■ Abb. 2.3). Dieses Modell veranschaulicht, wie eine Motivation zum Alkoholkonsum oder zum Verzicht auf Konsum entstehen kann und bietet daher eine Grundlage für die Ableitung einer Interventionsstrategie. Insbesondere werden in diesem Modell die Bedeutung von Wirkerwartungen und alternativen Belohnungsquellen hervorgehoben, zwei Elementen, die vielversprechende Ansätze für Interventionen bieten.

Damit gehört dieses Modell zu den weit verbreiteten Erwartung-mal-Wert-Theorien, zu denen auch die einflussreichen Theorien zum Gesundheitsverhalten Theory of Reasoned Action (Fishbein u. Ajzen, 1975) und deren Erweiterung in der Theory of Planned Behavior (Ajzen, 1985; 1991) gehören. Diese Modelle nehmen grundsätzlich an, dass eine Verhaltensabsicht stets



■ **Abb. 2.3** Das Motivational Model of Alcohol Use. (Cox u. Klinger, 2011, mit freundlicher Genehmigung von John Wiley & Sons)

dem entsprechenden Verhalten vorangeht. Eine Verhaltensabsicht ist das Resultat eines Abwägungsprozesses, in den Einstellungen bezüglich des Verhaltens und die erwarteten Folgen eines Verhaltens einfließen, wie auch wahrgenommene subjektive und gesellschaftliche Normen bezüglich dieses Verhaltens. Wenn solche Verhaltenspläne mit entsprechenden Möglichkeiten zur Ausübung des Verhaltens und mit Ressourcen zur Umsetzung zusammenkommen, können Verhaltensziele erreicht werden. Die Theory of Planned Behavior wurde vielfach in ihrem Nutzen zur Vorhersage von Gesundheitsverhalten getestet und hat einen hohen prädiktiven Wert (Armitage u. Conner, 2001). Dennoch weist das Modell insbesondere bei der Vorhersage von impulsiven und

irrationalen Verhaltensweisen, wie z.B. jugendlichem Risikoverhalten, Schwächen auf. Gibbons et al. (2003) entwickelten daher auf der Basis der Theory of Planned Behavior ein Modell zur Vorhersage jugendlichen Risikoverhaltens.

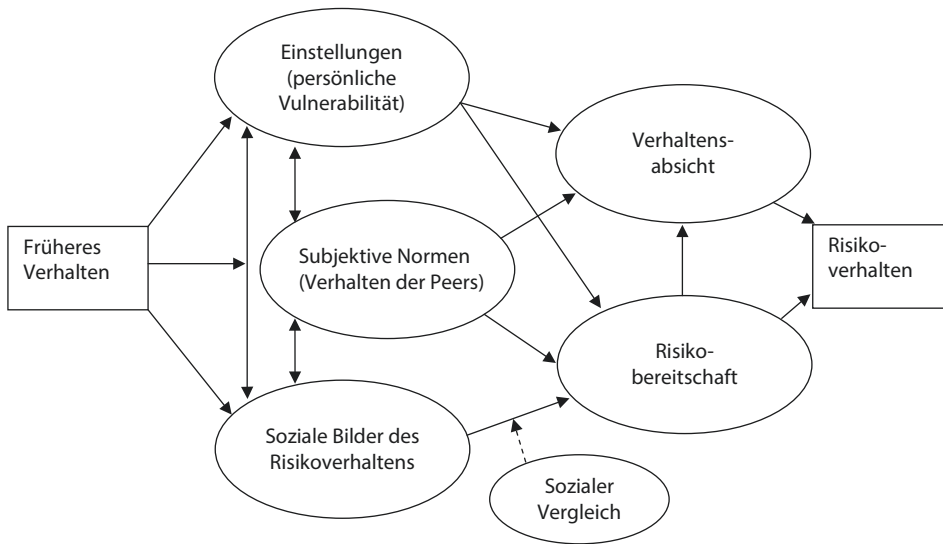
2.4.2 Social Reaction Model of Adolescent Health Risk

Die Bedeutung der sozialen Einbettung jugendlichen Alkoholkonsums wird in dem Social Reaction Model of Adolescent Health Risk von Gibbons et al. (2003) besonders hervorgehoben. Nach diesem Modell wird Alkoholkonsum im Jugendalter als eine soziale Handlung verstanden und, anders als im Erwachsenenalter, in erster Linie als eine Form von Risikoverhalten konzipiert. Gibbons und Mitarbeiter nehmen an, dass zwei unterschiedliche Pfade zu jugendlichem Risikoverhalten führen: Erstens, ein bewusster und abwägender Prozess, in dem entsprechend der Theory of Planned Behavior eine bewusste Verhaltensintention dem Verhalten vorausgeht. Ein zweiter Pfad hingegen beschreibt, wie Risikoverhalten ohne bewusste Absicht und oft als Reaktion auf vorgefundene soziale Situationen entsteht (■ Abb. 2.4).

Die zentrale Annahme des Modells ist demzufolge, dass Risikoverhalten im Jugendalter oft eine Reaktion auf soziale Situationen ist, das zu einem solchen Verhalten „verführt“. Die zweite Annahme des Modells betrifft den Kontext und die Funktion jugendlichen Risikoverhaltens. Wie in ► Abschn. 2.3 beschrieben, kann Alkoholkonsum im Jugendalter Funktionen zur Erreichung verschiedener Entwicklungsaufgaben erfüllen, insbesondere Funktionen im Zusammenhang mit der Identitätsentwicklung, der zentralen Entwicklungsaufgabe im Jugendalter (Havighurst, 1948). Das Modell nimmt an, dass mit dem Konsum von Alkohol oder anderen Substanzen im Jugendalter bestimmte soziale Bilder („social images“) verbunden sind. In einer dritten Annahme wird formuliert, dass diese sozialen Bilder, die sog. Prototypen, zu einem sozialen Vergleichsprozess führen, in dem der Jugendliche sich mit den Prototypen vergleicht und im Falle einer positiven Wertung bestrebt ist, dieses soziale Bild in die eigene Identitätswahrnehmung zu integrieren. Eine Reihe von Studien konnte zeigen, dass die wahrgenommenen sozialen Prototypen einen bedeutenden Einfluss auf die Ausübung von Risikoverhalten im Jugendalter haben (z.B. Konsum von Alkohol oder Tabak; Chassin et al., 1981; 1985; Burton et al., 1989).

Ein weiteres zentrales Konstrukt dieses Modells ist die Risikobereitschaft („behavioral willingness“), die die Offenheit gegenüber Risikoverhalten beschreibt. Dieses Konstrukt trägt dem Umstand Rechnung, dass Jugendliche oft angeben, nicht die Absicht zu haben, ein Risikoverhalten auszuführen. Wenn eine Risikosituation jedoch unbeabsichtigt eintritt, ist oft die Bereitschaft vorhanden, das entsprechende Risikoverhalten auch auszuführen bzw. es ist keine Motivation vorhanden, das Risikoverhalten nicht auszuführen. Jugendliche mit einer hohen Risikobereitschaft im Sinne des Modells sind einem besonderen Risiko ausgesetzt, da sie sich nicht auf das Risikoverhalten vorbereiten (z.B. im Falle exzessiven Alkoholkonsums nicht den Heimweg vorab organisieren).

In diesem Sinne nimmt auch das Social Reaction Model zwei Prozesse an, die zusammen jugendliches Risikoverhalten beeinflussen: einen abwägenden, rationalen und einen auf äußere Einflüsse reagierenden, weniger intentionalen Prozess. Mit dieser Annahme spiegelt das Modell die Annahmen aktueller Dual-Process-Modelle wider (Strack u. Deutsch, 2004; Wiers et al., 2007), die auch auf der Grundlage neurobiologischer Forschung davon ausgehen, dass Verhalten von zwei Prozessen, einem reflektierten, bewussten Prozess und einem Automatische impulsive Prozesse, beeinflusst wird. Diese Modelle unterscheiden sich vom Social Reaction Model in erster Linie durch die Annahme unterschiedlicher Faktoren, die den situationsspezifischen Einfluss der beiden Prozesse beeinflussen. Im Folgenden wird das Dual Process Model of Adolescent Risk Taking von Wiers et al. (2007, 2010) vorgestellt.

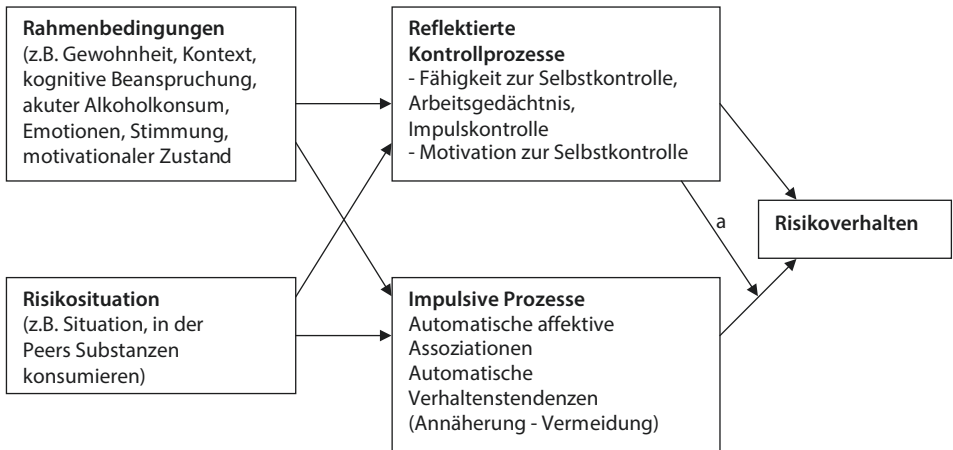


■ **Abb. 2.4** Das Social Reaction Model of Adolescent Health Risk. (Gibbons et al., 2003, mit freundlicher Genehmigung von John Wiley & Sons)

2.4.3 Das duale Prozessmodell jugendlichen Risikoverhaltens

Das duale Prozessmodell jugendlichen Risikoverhaltens nach Wiers et al. (2007, 2010) nimmt, wie oben beschrieben, an, dass jugendliches Risikoverhalten, wie z.B. exzessiver Alkoholkonsum, von zwei Prozessen beeinflusst wird. Dies ist zum einen ein reflektiver, kontrollierter Prozess und zum anderen ein impulsiver Prozess. Ähnlich wie Cox und Klinger (2011) und Gibbons et al. (2003) nehmen Wiers et al. (2010) an, dass frühere Erfahrungen, der Kontext, die Situation sowie emotionale und kognitive Faktoren einen Einfluss auf Risikoverhalten haben. Im Unterschied zu den vorherigen Modellen betonen Wiers und Mitarbeiter aus ihrer neurobiologischen Perspektive die Bedeutung der Fähigkeit und Motivation zur Selbstkontrolle als einen reflektiven Prozess sowie die Bedeutung von automatischen affektiven Assoziationen und „Approach-Avoidance“-Tendenzen in der Entstehung von Risikoverhalten (■ [Abb. 2.5](#)). Die Fähigkeit zur Selbstkontrolle ist interindividuell unterschiedlich, unterliegt einem entwicklungsbedingten Reifungsprozess (Steinberg, 2010) und wird durch Umgebungsfaktoren beeinflusst. So reduziert z.B. akuter Alkoholkonsum die kognitive Verarbeitungskapazität („ego depletion“, Baumeister u. Vohs, 2007) und kann damit zu verminderter Fähigkeit und Motivation zur Selbstkontrolle führen, was zu einer Stärkung impulsiver Prozesse führt. Ebenso können sich Gewohnheit, kognitive Beanspruchung, Emotionen, Stimmung und motivationaler Zustand sowohl auf reflektive wie auch auf impulsive Prozesse auswirken. Impulsive Prozesse werden in diesem Modell in erster Linie als automatische Verhaltenstendenzen verstanden, d. h. als eine unbewusste Verhaltensdisposition, auf einen Reiz (z. B. Alkohol) mit Annäherung oder Vermeidung zu reagieren.

Für die praktische Arbeit mit riskant Alkohol konsumierenden Jugendlichen sind insbesondere die Effekte akuten Alkoholkonsums auf das Risikoverhalten (z.B. weiteren Alkoholkonsum oder andere Risikoverhaltensweisen), wie auch der Einfluss impulsiver Prozesse auf das Risikoverhalten von Bedeutung. Die in dem Modell formulierte moderierende Wirkung von reflektiven Prozessen auf den Einfluss impulsiver Prozesse (■ [Abb. 2.5](#), Pfeil a) ist außerdem ein wichtiger Ansatzpunkt für die präventive Arbeit.



■ **Abb. 2.5** Das duale Prozessmodell jugendlichen Risikoverhaltens (gekürzt). (Nach Wiers et al., 2010, © 2010 Wiers, Ames, Hofmann, Krank and Stacy)

2.5 Risiko- und Schutzfaktoren für eine spätere Schädigung durch Alkoholkonsum

Risikant Alkohol konsumierende Minderjährige sind bei jeder einzelnen Konsumgelegenheit einem hohen Risiko ausgesetzt, eine oder mehrere der zum Teil schwerwiegenden akuten Folgen riskanten Konsums zu erleben. Ein Teil dieser Jugendlichen ist darüber hinaus gefährdet, eine alkoholbezogene Störung im Erwachsenenalter zu entwickeln. In einer Studie an 277 jungen Erwachsenen, die 5-13 Jahre nach einer Behandlung aufgrund einer Alkoholintoxikation befragt wurden, erfüllten 12,6% die Kriterien für Alkoholmissbrauch nach DSM-IV und 19,9% die Kriterien für eine Alkoholabhängigkeit, ein deutlich höherer Prozentsatz als in der Allgemeinbevölkerung (Groß et al., 2016a). Als Prädiktoren für späteres Binge Drinking, Alkoholabhängigkeit und eine niedrigere Lebenszufriedenheit wurden männliches Geschlecht, der Konsum von illegalen Substanzen im Jugendalter und mit externalisierende Störung assoziierte Verhaltensauffälligkeiten wie Weglaufen und Schulabsentismus identifiziert. Neben Delinquenz und schwachen schulischen Leistungen fand eine aktuelle längsschnittliche Studie an 746 Jugendlichen in Kanada, dass auch das elterliche Monitoring und der Substanzkonsum der Peers einen bedeutenden Einfluss auf den Verlauf des Alkoholkonsums im Kindes- und Jugendalter haben (Yamada et al., 2016). Auch in dieser Studie wurden externalisierende Verhaltensauffälligkeiten als Prädiktoren für besonders schwere Verläufe identifiziert.

Viele Jugendliche reduzieren mit dem Übergang in das junge Erwachsenenalter ihren Konsum („maturing out“; Lee et al., 2013). Bei denjenigen, die aus dem schädigenden Konsum nicht von alleine „herauswachsen“, liegen oft ein oder mehrere intra- oder interindividuelle Risikofaktoren vor. Zu diesen zählen nach einer Übersicht von Jordan und Sack (2008):

- genetische Prädisposition,
- niedriger sozioökonomischer Status der Herkunftsfamilie,
- Geschlecht des Jugendlichen „männlich“,
- problematischer Alkoholkonsum durch andere Familienmitglieder (v.a. der Eltern),
- Vernachlässigung und Misshandlung in der Kindheit,
- frühes Schulversagen,
- Aggressivität,

2.6 · Erkennen riskanten Alkoholkonsums

- Zugehörigkeit zu alkoholkonsumierender Peergroup in später Kindheit und Adoleszenz,
- externalisierende Verhaltensstörungen (Störung des Sozialverhaltens, unbehandelte ADHS),
- Delinquenz in der Frühadoleszenz,
- Impulsivität und Neugier („sensation/novelty seeking“) in der Adoleszenz.

Als Schutzfaktoren für eine spätere Schädigung durch Alkoholkonsum identifizierten Jordan und Sack (2008):

- ausgeglichenes Temperament,
- soziale und emotionale Kompetenzen,
- wenige Konflikte mit den Eltern,
- positive Eltern-Kind-Kommunikation,
- Religiosität/Spiritualität in der Adoleszenz.

In der Arbeit mit riskant Alkohol konsumierenden Kindern und Jugendlichen geht es daher immer auch um das Erkennen von Risikofaktoren als Indikatoren für eine mögliche Gefährdung und die Stärkung von Schutzfaktoren als mögliche Ressourcen zur Prävention späterer Schädigungen durch Alkoholkonsum.

2.6 Erkennen riskanten Alkoholkonsums

Die Unterscheidung zwischen „normativem“ Probierkonsum und schädlichem Alkoholkonsum ist, vor allem für Eltern, im Jugendalter oft schwierig. Eine manifeste Alkoholabhängigkeit nach den Kriterien des ICD-10 ist im Jugendalter eher selten zu beobachten.

Kriterien für das Abhängigkeitssyndrom nach ICD-10 (Dilling u. Freyberger, 2001)

Drei oder mehr der folgenden Kriterien müssen innerhalb des letzten Jahres gleichzeitig erfüllt gewesen sein:

1. Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, Substanzen oder Alkohol zu konsumieren
2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Substanzkonsums
3. Ein körperliches Entzugssyndrom
4. Nachweis einer Toleranz
5. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen zugunsten des Substanzkonsums
6. Anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen

Kriterien für den schädlichen Gebrauch nach ICD-10 (Dilling u. Freyberger, 2001)

Für die Diagnose müssen alle folgenden Kriterien zutreffen:

1. Die Diagnose erfordert eine tatsächliche Schädigung der physischen oder psychischen Gesundheit.
2. Schädliches Konsumverhalten wird häufig von anderen kritisiert und hat unterschiedliche negative soziale Folgen.
3. Schädlicher Gebrauch ist bei einem Abhängigkeitssyndrom, psychotischen Störung oder bei anderen substanzbedingten Störungen nicht zu diagnostizieren

Hinzu kommt, dass der Konsum im Jugendalter oft andere Auswirkungen hat, als im Erwachsenenalter, weshalb die Anwendung der ICD-10-Kriterien nur eingeschränkt erfolgen sollte. So werden z.B. häufig erhebliche schädliche Auswirkungen des Alkoholkonsums auf soziale Beziehungen, schulische Leistungen und die Alltagsbewältigung beobachtet, ohne dass die Kriterien Toleranzentwicklung oder körperliches Entzugssyndrom erfüllt sind. Newcomb und Bentler (1989) formulierten daher Kriterien zur Unterscheidung von experimentellem („normativem“) Alkoholkonsum und Alkoholmissbrauch im Kindes- und Jugendalter, die einen ganzheitlicheren Blick auf die Auswirkungen des Konsums auf die Entwicklung des Jugendlichen erlauben:

Kriterien zur Unterscheidung von experimentellem Alkoholkonsum und Alkoholmissbrauch im Kindes- und Jugendalter (Newcomb u. Bentler, 1989)

- **Konsumumstände**
Hinweise auf Alkoholmissbrauch liegen vor, wenn über einen längeren Zeitraum exzessiv konsumiert wird oder der Alkoholkonsum in unangemessenen Situationen (z.B. Schule) auftritt. Es werden also sowohl Konsummenge und -dauer als auch Konsumumstände berücksichtigt.
- **Person**
Ist die altersgerechte Entwicklung des Jugendlichen durch den Alkoholkonsum gefährdet oder kann der Jugendliche entwicklungsbedingt das durch den Alkoholkonsum verursachte Risiko nicht adäquat einschätzen, so besteht Verdacht auf Alkoholmissbrauch.
- **Reaktion**
Beeinträchtigungen in der Alltagsbewältigung, Entzugssymptome und andere Anzeichen einer physischen Abhängigkeit weisen auf einen Missbrauch hin.
- **Konsequenzen**
Anzeichen für einen Missbrauch bestehen bei Beeinträchtigungen der sozialen Beziehungen, der Gesundheit und bei Auftreten gesetzeswidriger Handlungen, die im Zusammenhang mit dem Alkoholkonsum stehen.

Zur Unterstützung der Erkennung riskanten Alkoholkonsums wird der Einsatz von kurzen Screeningtests empfohlen. In dem einleitenden Interview der HaLT-Hamburg-Intervention wird standardmäßig der Screeningtest CRAFFT-d (Tossmann et al., 2009) eingesetzt, der sich als valides Instrument zur Erkennung riskanten Konsums bewährt hat (Wartberg et al., 2016; [Abb. 5.2](#)). Beantwortet ein Jugendlicher 2 oder mehr Fragen mit Ja, so besteht begründeter Verdacht auf riskanten Alkoholkonsum.

Für Menschen mit riskantem Alkoholkonsum wird die Durchführung von motivierenden Kurzinterventionen empfohlen. In der AWMF-S3-Behandlungsleitlinie für Screening, Diagnostik und Behandlung von alkoholbezogene Störungen im Kindes- und Jugendalter (Thomasius et al., 2016) wird der Einsatz auch bei Kindern und Jugendlichen empfohlen. Motivierende Kurzinterventionen sind besonders als Frühintervention geeignet, um eine intrinsische Motivation zu weiterführender Behandlung und/oder eigenständiger Reduktion riskanter Konsummuster auszulösen und zu stärken. Sie sind aufgrund ihrer Kürze (zwischen 10 und 60 Minuten, 1-3 Sitzungen) besonders geeignet für die Durchführung in Settings, in denen möglicherweise nur wenige Kontakte oder nur ein Kontakt mit dem Klienten realisierbar ist.

2.7 Wirksamkeit von Motivierenden Kurzinterventionen

Die Wirksamkeit von alkoholspezifischen Kurzinterventionen in der primären Gesundheitsversorgung wurde in einer großen Anzahl randomisiert-kontrollierter Studien untersucht und gilt mittlerweile als gut belegt (Kaner et al., 2007; Nilsen et al., 2008; Schmidt et al., 2016). Für Jugendliche und junge Erwachsene liegen allerdings deutlich weniger Studien vor. Die größte Anzahl randomisiert-kontrollierter Studien (RCT) wurde mit amerikanischen College-Studierenden durchgeführt. In einer Metaanalyse über randomisiert-kontrollierte Interventionsstudien zur Effektivität von Kurzinterventionen zum Binge Drinking wurden in dieser Zielgruppe zu verschiedenen Follow-up Zeitpunkten Effektstärken von $d=0,20$ (kleiner Effekt) ermittelt (Carey et al., 2007), nach Angabe der Autoren sind diese im Suchtbereich „typisch“. Bei nicht motivierten Jugendlichen, denen die Teilnahme an einer Kurzintervention als Auflage „verordnet“ wurde (z.B. durch die in den USA verbreitete Campuspolizei), erwies sich die motivierende Kurzintervention insbesondere mit zwei Auffrischungssitzungen, sog. „booster sessions“ einer Standardintervention überlegen.

Das Notaufnahmesetting scheint für Kurzinterventionen bei der Zielgruppe der Jugendlichen prinzipiell geeignet (Monti et al., 1999). Insbesondere vier RCTs einer US-amerikanischen Forschergruppe konnten Effekte von motivierenden Kurzinterventionen für Jugendliche und jungen Erwachsene, die aufgrund eines alkoholbedingten Vorfalls in Notaufnahmen behandelt wurden, auf verschiedene Outcomes berichten (Monti et al., 1999/2007; Spirito et al., 2004/2011). Einige Verbesserungen blieben über 12 Monate stabil (etwa die reduzierte Anzahl der Binge-Drinking-Ereignisse sowie eine mittlere Blutalkoholkonzentration); manche Zielvariablen hingegen blieben unbeeinflusst (etwa Alkohol assoziierte Verletzungen sowie alkoholisiertes Autofahren). In Deutschland wurde die Wirksamkeit einer motivierenden Kurzintervention für Jugendliche und junge Erwachsene unter 21 Jahren nach AAI in einer Hamburger Pilotstudie untersucht (Stolle et al., 2013). Studienteilnehmer berichteten 6 Monate nach der Intervention von einer signifikanten Reduktion der Trinkmenge in den letzten 30 Tagen. Dieses Ergebnis ist als Hinweis auf die Effektivität der Intervention zu verstehen, jedoch ist zu beachten, dass aufgrund der fehlenden Vergleichsmöglichkeit zu dem Trinkverhalten in einer Kontrollgruppe keine kausalen Aussagen über die Ursachen der Reduktion des Konsums getroffen werden konnten. Reis et al. (2009) untersuchten die Effekte der Implementierung einer motivierenden Kurzintervention und kommunaler Alkoholpräventionsstrategien (Projekt HaLT - Hart am Limit) auf die 12-Monats-Prävalenzen Minderjähriger mit AAI in zwei Vergleichsregionen. Sie fanden einen Rückgang der AAI-Prävalenz von 20% in der Experimentalregion und einen Anstieg der Prävalenz um 33% in der Kontrollregion. Auch diese Studie lieferte damit Daten, die die Wirksamkeit dieses Ansatzes stützen. Eine weitere Studie in Deutschland fand ebenfalls, dass Minderjährige mit AAI, die in der Klinik eine motivierende Kurzintervention erhalten hatten, einen Monat nach dem Klinikaufenthalt sowohl ihre Trinkhäufigkeit als auch die Häufigkeit des Binge Drinking signifikant reduziert hatten (Wurdak et al., 2016). Auch in dieser Studie konnte die Entwicklung des Trinkverhaltens jedoch nicht mit einer Kontrollgruppe verglichen werden, die keine Intervention erhalten hatte. Getestet wurde, ob die Anwendung eines Tablet-basierten Interventionsmoduls zu Trinkmotiven mit einer stärkeren Reduktion des Alkoholkonsums assoziiert war als die alleinstehende Intervention. Es zeigte sich, dass Mädchen von dem Zusatzelement profitierten, Jungen hingegen nicht.

Insgesamt liegen wenige randomisiert-kontrollierte Studien zur Wirksamkeit von Kurzinterventionen für Jugendliche im Notfallsetting vor, die aufgrund ihres Alkoholkonsums behandelt werden (Yuma-Guerrero et al., 2012). Newton et al. (2013) analysierten in ihrem systematischen Review eine Untergruppe von Studien, die die Wirksamkeit von „zielgerichteten“ Kurzinterventionen für Jugendliche im Notfallsetting untersuchen, d.h. Kurzinterventionen, die sich an Jugendliche richten, die aufgrund ihres Alkoholkonsums behandelt werden. Sie kommen zu dem Schluss, dass die geringe Anzahl von randomisiert-kontrollierten Studien und die Heterogenität

der Effekte bei der aktuellen Studienlage keine abschließende Beurteilung der Wirksamkeit für diese Zielgruppe erlauben. Ein im Rahmen der HaLT-Hamburg-Studie erstelltes systematisches Review zur Wirksamkeit motivierender Kurzinterventionen für Jugendliche im Notfallsetting, die aufgrund ihres Alkoholkonsums behandelt werden, konnte aufgrund erweiterter Suchkriterien insgesamt 7 randomisiert-kontrollierte Studien, 6 Praxisprojekte, eine nicht randomisierte Pilotstudie und eine Beobachtungsstudie einschließen (Diestelkamp et al., 2016). Aufgrund der Heterogenität der Studiendesigns und der berichteten Effekte kommt auch dieses Review zu dem Schluss, dass die Wirksamkeit alkoholbezogener Kurzinterventionen für diese Zielgruppe aktuell nicht abschließend beurteilt werden kann. Die hohe Anzahl von publizierten Praxisprojekten spiegelt jedoch den Bedarf an wirkungsvollen Interventionen in der klinischen Praxis wider. Motivierende Kurzinterventionen basieren auf dem Gesprächsansatz des Motivational Interviewing (MI) nach Miller und Rollnick (2002, 2013), der im Folgenden dargestellt wird.

2.8 Motivierende Gesprächsführung nach Miller und Rollnick

Die motivierende Gesprächsführung (Motivational Interviewing, abgekürzt MI) ist eine von William R. Miller und Stephen Rollnick (2002; 2013) beschriebene Methode, die sich zunehmend in der Beratung von Menschen mit Suchtproblemen durchgesetzt hat. Im Gegensatz zu früheren Konzepten von Sucht und Abhängigkeit, nach denen Menschen erst an einem Tiefpunkt angekommen sein müssen, bevor eine Verhaltensänderung bewirkt werden kann, gehen Miller und Rollnick davon aus, dass gerade eine frühe Intervention vielversprechend ist.

Die HaLT-Hamburg-Intervention wurde ursprünglich auf Basis der Konzeptualisierung des MI aus dem Jahr 2002 entwickelt (Miller u. Rollnick, 2002). Inhalt und Ablauf der Kurzintervention werden im Praxisteil des Manuals so beschrieben, wie sie ursprünglich ausgearbeitet und in der zugehörigen Studie evaluiert wurden (► Kap. 3). Auf neue Empfehlungen für die Umsetzung der Intervention, wie sie sich aus der 2013 erschienenen 3. Edition des Standardwerkes von Miller und Rollnick ergeben, wird in entsprechenden Fußnoten verwiesen. In dem folgenden Theorieteil des Manuals wird die differenziertere Ausarbeitung der theoretischen Annahmen des MI nach Miller und Rollnick (2013) dargestellt.

Grundlage der motivierenden Gesprächsführung bildet die Annahme, dass Menschen in den meisten Fällen potenziell schädigenden Verhaltensweisen ambivalent gegenüber sind. Das heißt, Tendenzen, ein bestimmtes Risikoverhalten aufzugeben, stehen Tendenzen gegenüber, dieses Verhalten zu wiederholen oder beizubehalten. Die beraterische Praxis hat gezeigt, dass Konfrontation und das zwingende Argumentieren zur Aufgabe eines Risikoverhaltens oft einen gegenteiligen Effekt bewirken. Menschen, und insbesondere Jugendliche, argumentieren in einem Gespräch oft für die Position, die von ihrem Gegenüber *nicht* eingenommen wird. Argumentiert der Berater, dass der Jugendliche seinen Alkoholkonsum dringend einschränken muss, so ist es sehr wahrscheinlich, dass der Jugendliche die Gegenposition einnimmt und eine Reihe von Argumenten anbringt, die belegen, dass sein Konsum in seinen Augen unproblematisch ist.

Dieses Beispiel verdeutlicht eine weitere wichtige Grundannahme im MI. Im MI versteht sich der Berater nicht als Experte, der sein Wissen über das relevante Risikoverhalten an den Klienten weitergibt. Vielmehr geht es im MI darum, dass der Berater versucht, möglichst umfassend die Sicht des Klienten kennenzulernen. Das setzt eine respektierende und wertschätzende Grundhaltung des Beraters voraus. Ein Jugendlicher, der das Gefühl hat, dass sein Verhalten und seine Beweggründe missbilligt und kritisiert werden, wird sich nicht öffnen und vertrauensvoll seine Weltsicht und insbesondere mögliche Zweifel daran erläutern.

Miller und Rollnick verweisen in diesem Zusammenhang auf den sog. Korrekturreflex (Miller u. Rollnick, 2013). Professionelle in den helfenden Berufen sehen sich oft Personen

gegenüber, die ein schädigendes Verhalten, wie z.B. exzessiven Alkoholkonsum, mit schwerwiegenden negativen Folgen für sich selbst und ihr Umfeld ausüben. Der Blick auf die schwerwiegenden negativen Konsequenzen, wie z.B. Gesundheitsschädigungen oder im Falle jugendlichen Alkoholkonsums die mit dem Rauschtrinken verbundenen akuten Gefahren durch Kontrollverlust oder Gewalthandlungen, verleiten Helfer oft zu dem Bedürfnis, dem Klienten „die Augen öffnen“ zu wollen, damit dieser endlich die entscheidenden Schritte unternimmt, das Risikoverhalten zu ändern.

Diese nachvollziehbare und gute Absicht, den Klienten durch Veranschaulichung der negativen Konsequenzen des Status quo zu einer Verhaltensänderung zu motivieren, zeigt sich in der Praxis jedoch häufig als kontraproduktiv. In einer solchen Situation agiert der Berater als Befürworter einer Veränderung und provoziert damit, dass der Klient die Gegenposition einnimmt und Argumente anführt, die für die Beibehaltung des Status quo sprechen. Ziel des MI ist es daher, dem Korrekturreflex nicht nachzugeben, sondern vielmehr ein Gespräch auf eine Art und Weise zu gestalten, dass der Klient seine eigenen Werte und Ziele exploriert, dadurch mögliche Diskrepanzen zu dem aktuellen Verhalten bewusst werden und so eine intrinsische Motivation zu einer Verhaltensänderung entsteht. Der Berater begleitet und unterstützt diesen Prozess mit dem Ziel, dass der Klient zum Fürsprecher seiner eigenen Veränderung wird. In diesem Sinne ist MI eine direkte Art der Gesprächsführung, da sie im Gegensatz zu frühen klientenzentrierten Ansätzen der Gesprächsführung explizit ein Ziel verfolgt, nämlich die Änderung schädigender Verhaltensweisen. Ambivalenz wird dabei als normale Phase einer Verhaltensänderung verstanden und die Auseinandersetzung damit steht im Zentrum des Beratungsgesprächs. Die Motivation zur Veränderung ist dabei keineswegs Voraussetzung, sondern Ziel einer erfolgreichen Beratung (Demmel, 2003).

Das MI wurde seit seiner ersten Beschreibung durch Stephen Miller 1983 ständig weiterentwickelt. Es wird mittlerweile in den unterschiedlichsten Settings (Hausarztpraxen, Kliniken, Beratungsstellen) und für verschiedenste Zielgruppen (Diabetespatienten, Schwangere, HIV-Infizierte) eingesetzt. Darüber hinaus sind die Wirksamkeit und Wirkmechanismen des MI in einer Vielzahl von Studien untersucht worden, deren Ergebnisse die Weiterentwicklung der theoretischen Grundlagen des MI stetig angeregt haben. In der aktuellsten Ausgabe des Lehrbuches *Motivational Interviewing* (Miller u. Rollnick, 2013) werden drei Definitionen für MI, jeweils mit unterschiedlicher Zielsetzung, gegeben. In der deutschen Ausgabe werden die Definitionen folgendermaßen übersetzt:

Definitionen für das Motivational Interviewing (nach Miller u. Rollnick, 2015, S. 473)

Allgemeine Definition:

Ein kooperativer Gesprächsstil, der darauf gerichtet ist, die Eigenmotivation einer Person und ihre Selbstverpflichtung zur Veränderung zu stärken.

Therapeutische Definition:

Ein personenzentrierter Beratungsstil, der an dem häufigen Problem der Ambivalenz gegenüber einer anstehenden Veränderung ansetzt.

Technische Definition:

Ein kooperativer, zielorientierter Kommunikationsstil, bei dem die Aufmerksamkeit in besonderem Maße auf das Sprechen über Veränderung gerichtet ist. Er ist darauf ausgelegt, die Motivation und Selbstverpflichtung einer Person zur Erreichung eines bestimmten Ziels zu stärken, indem in einer von Akzeptanz und Mitgefühl geprägten Atmosphäre die eigenen Gründe der Person, aus denen eine Veränderung gut für sie wäre, herausgearbeitet und erkundet werden.

2.8.1 Die therapeutische Grundhaltung im MI

Das besondere Kennzeichen des MI, die therapeutische Grundhaltung, ist das Herzstück dieses Beratungsansatzes und wurde seit der ersten Konzeptualisierung praktisch nicht verändert. Diese Grundhaltung ist mehr als nur eine Haltung, die in einem therapeutischen Gespräch eingenommen werden soll. Sie ist Ausdruck eines Menschenbildes, das darauf beruht, dass jeder Mensch ein Recht auf Respekt und Würde hat. Das bedeutet, dass die Sichtweise des Klienten als Grundlage des Gesprächs stets respektiert und nicht infrage gestellt wird. Jeder Mensch besitzt demnach Weisheit über sich selbst und das größte Expertenwissen über sich selbst. In Anerkennung dessen respektiert der Berater stets die Autonomie des Klienten. Es liegt allein in der Macht des Klienten, sein Verhalten zu ändern oder dies nicht zu tun. Eine von außen aufgezwungene Veränderung kann nach dem Verständnis des MI nicht nachhaltig sein. Die therapeutische Beziehung ist dementsprechend eine partnerschaftliche, in der es kein Machtgefälle zwischen Belehrendem und Belehrtem gibt. Miller und Rollnick (2013) nutzen das Bild, dass Berater und Klient nebeneinander auf dem Sofa sitzen und gemeinsam in dem Fotoalbum des Lebens des Klienten blättern. Eine solche gemeinsame, partnerschaftliche Perspektive auf das Risikoverhalten soll im MI eingenommen werden.

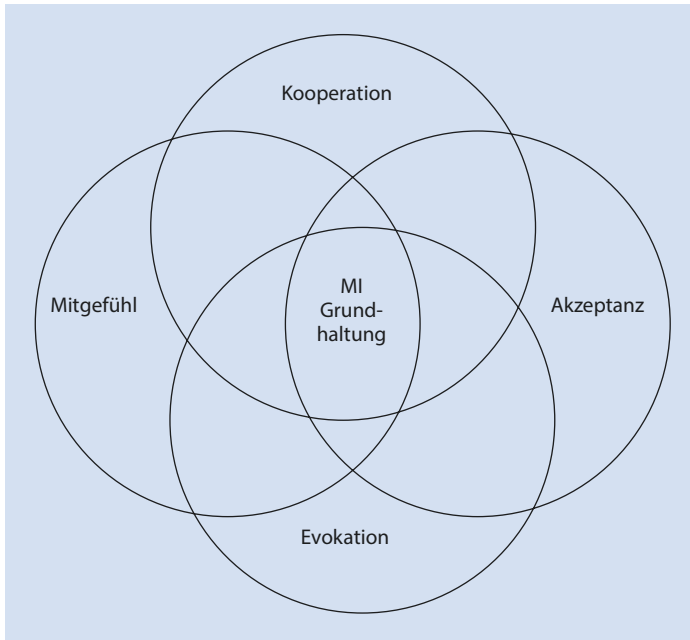
Die vier Kernaspekte der MI Grundhaltung (■ Abb. 2.6) sind

1. Partnerschaftlichkeit/Kooperation,
2. Akzeptanz,
3. Mitgefühl und
4. Evokation.

Die akzeptierende Grundhaltung findet ihre Umsetzung in vier Bereichen. Erstens, in der Anerkennung und Unterstützung der Autonomie des Klienten. Zweitens, in der Ausübung von „präziser Empathie“. Darunter wird das möglichst präzise und wertfreie Einfühlen in die Sichtweise des Klienten verstanden. Mit der Spezifizierung „präzise“ weisen Miller und Rollnick darauf hin, dass es im MI nicht nur darum geht, eine empathische Atmosphäre im Gespräch herzustellen. Vielmehr geht es hier um eine Haltung, die ein echtes Interesse daran beinhaltet, die Lebenswelt des Gegenübers so genau wie möglich kennen und verstehen zu lernen, da diese Klärung einer gemeinsamen Sichtweise die Grundlage für ein fruchtbares Gespräch darstellt. Das Interesse daran, sich auf die Sichtweise der Jugendlichen einzulassen, ohne diese zu bewerten oder gar zu kritisieren, erzeugt Akzeptanz statt Abwehr. Wesentliches Ziel ist es, durch offene Fragen und Reflexion Handlungsmotive zu identifizieren und die zugrunde liegenden Bedürfnisse zu thematisieren. Als dritten Bereich der akzeptierenden Grundhaltung nennen Miller und Rollnick die bedingungsfreie Wertschätzung des Klienten als Voraussetzung für ein offenes Gespräch, in dem der Klient ohne Angst vor Kritik oder Verurteilung wahrgenommene Schwächen oder Zweifel thematisieren kann. Der vierte Bereich der Akzeptanz ist die Würdigung, die besonders die Ressourcenorientierung des MI widerspiegelt. Statt Defizite und Probleme zu identifizieren und zu bearbeiten, konzentriert sich der Berater im MI darauf, Stärken und Bemühungen zu identifizieren und durch Würdigung zu stärken.

Als dritten Kernaspekt der MI-Grundhaltung neben Kooperation/Partnerschaftlichkeit und Akzeptanz, nennen Miller und Rollnick das Mitgefühl und meinen damit das authentische Streben des Beraters, MI zum Wohle des Klienten einzusetzen. Dieser Aspekt hat den Hintergrund, dass MI in der Vergangenheit auch dazu eingesetzt wurde, Kaufentscheidungen von Kunden im Interesse von Konzernen zu beeinflussen mit entsprechend fragwürdigem Nutzen für die Kunden.

Der vierte Aspekt der MI-Grundhaltung ist die sog. Evokation. Unter Evokation wird die Annahme verstanden, dass Klienten Expertenwissen über sich selbst und daher auch Lösungsansätze für ihre Probleme in sich tragen und die Aufgabe des Beraters daher darin besteht, den Klienten dabei zu unterstützen, diese Lösungen hervorzubringen („evozieren“).



■ **Abb. 2.6** Die 4 Kernaspekte der therapeutischen Grundhaltung im MI. (Aus Miller u. Rollnick, 2015, mit freundlicher Genehmigung von Lambertus)

2.8.2 Das 4-Prozesse-Modell der motivierenden Gesprächsführung

Während Miller und Rollnick in ihrer früheren Konzeptualisierung des MI (2002) zwei aufeinander aufbauende Phasen des MI (Motivation auslösen, Selbstwirksamkeit stärken) und 4 Prinzipien postulierten, beschreiben sie in der aktuellen Ausarbeitung der theoretischen Basierung 4 Prozesse des MI. Die 4 Prozesse bauen zeitlich aufeinander auf, jeder nachfolgende Prozess kann erst einsetzen, wenn der vorangegangene erfolgt ist. Setzt ein neuer Prozess ein, endet der vorherige jedoch nicht, sondern läuft fortwährend parallel und in wiederkehrenden Schleifen mit den hinzugekommenen Prozessen vernetzt weiter (■ [Abb. 2.7](#)).

Nach dem 4-Prozesse-Modell des MI ist der Beziehungsaufbau gemäß den Grundhaltungen des MI (dem „spirit“ des MI) Voraussetzung für alle weiteren Prozesse. Ist eine wertschätzende und partnerschaftliche Beziehung etabliert, kommt als nächster Prozess die Fokussierung hinzu. Dieser Prozess beinhaltet die Klärung der Ziele des Gesprächs. Da das MI eine klare Zielsetzung hat (Veränderung von schädigendem Verhalten), ist die Klärung dieser Ziele zu Beginn des Gesprächs essenziell und unabdingbar für die weiteren Prozesse. In einer motivierenden Kurzintervention mit einem Jugendlichen nach akuter Alkoholintoxikation ist für die große Mehrheit der Jugendlichen, unabhängig von deren gewohnheitsmäßigen Umgang mit Alkohol, ein Ziel, einen erneuten Klinikaufenthalt aufgrund ihres Alkoholkonsums zu vermeiden. Weist ein Jugendlicher dieses Ziel für sich zurück, kann das ein Hinweis auf eine Dissonanz in der Beziehung zwischen Berater und Jugendlichen sein. Der Umgang mit solchen Situationen wird in ■ [Abschn. 2.8.4](#) näher erläutert.

Ist eine Fokussierung auf ein oder mehrere Ziele des Gesprächs erfolgt, so schließt sich der Prozess der Evokation an. Dies ist der Prozess, in dem sich MI besonders von anderen Ansätzen hervorhebt.

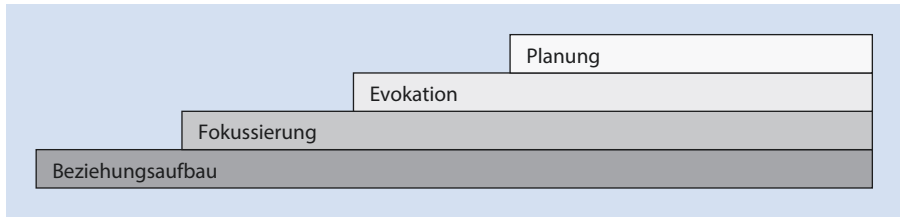


Abb. 2.7 Das 4-Prozesse-Modell des MI. (Miller u. Rollnick, 2015, mit freundlicher Genehmigung von Lambertus)

Während der Evokation setzt der Berater bestimmte Kommunikationsstrategien ein, um gezielt Äußerungen des Klienten auszulösen und zu verstärken, die für eine Veränderung sprechen („change talk“). Change Talk („change“ = Veränderung) bezeichnet alle Aussagen des Jugendlichen, die sich auf eine mögliche Veränderung des aktuellen problematischen Verhaltens beziehen. Change Talk kann Äußerungen über negative Aspekte des Status quo wie auch über positive Aspekte einer Verhaltensänderung beinhalten. Diese Aussagen des Jugendlichen werden im MI gezielt durch offene Fragen und reflektierendes Zuhören ausgelöst und insbesondere durch reflektierendes Zuhören verstärkt. Change Talk können Äußerungen sein, die einen Wunsch nach Veränderung reflektieren, sich auf die Fähigkeit zur Herbeiführung einer Veränderung beziehen, die Gründe für eine Veränderung thematisieren oder die ein Bedürfnis bzw. die Notwendigkeit einer Veränderung artikulieren. Im Englischen wird für diese Systematisierung der Ausdrucksformen des Change Talk die Abkürzung DARN verwendet („*desire*“, „*ability*“, „*reason*“, „*need*“). Neben diesen Äußerungen des „vorbereitenden“ Change Talk gibt es Äußerungen des „mobilisierenden“ Change Talk. Dies sind Äußerungen, die sich auf die bevorstehende Umsetzung der Verhaltensänderung beziehen: Verpflichtung („*commitment*“), Aktivierung („*activation*“), erste Schritte umsetzen („*taking steps*“) - abgekürzt CAT.

Change Talk repräsentiert die eine Seite der Ambivalenz. Die andere Seite der Ambivalenz wird durch den sog. „sustain talk“ („*sustain*“ = beibehalten) repräsentiert, der alle Äußerungen beinhaltet, die für die Beibehaltung des Status quo sprechen.

- **Change Talk sind alle Äußerungen eines Klienten, die für eine Veränderung sprechen.**
- Sustain Talk sind Äußerungen, die für die Beibehaltung des Status quo sprechen.**

Ziel des Evokationsprozesses ist die Auslösung und selektive Verstärkung von Change Talk. Die hierfür eingesetzten Kommunikationsstrategien werden im folgenden ► **Abschn. 2.8.3** erläutert. Generelles Ziel eines MI-Gesprächs ist es, das Verhältnis von Change Talk und Sustain Talk im Laufe des Gesprächs zugunsten des Change Talk zu verändern. Als Wirkmechanismus des MI wird angenommen, dass der Berater durch seine Grundhaltung und selektiv verstärkende Kommunikation Change Talk fördert. Dadurch hört sich der Klient selbst Argumente für eine Veränderung artikulieren. Im Sinne der Selbstwahrnehmungstheorie nach Bem (1972) wirkt sich diese Wahrnehmung auf die Einstellungen und Überzeugungen des Klienten aus, die wiederum einen Einfluss auf das Verhalten haben.

Als letzter Prozess setzt der Prozess der Planung ein, wenn der Klient die Motivation für eine Verhaltensänderung artikuliert hat. Zu dem Planungsprozess gehören auch die Stärkung der Zuversicht, die gewünschte Veränderung herbeiführen zu können, sowie die konkrete Exploration von Barrieren und Ressourcen der Zielerreichung und der Ausarbeitung eines Plans zur Zielerreichung. Wie anfangs erwähnt, laufen die Prozesse des Beziehungsaufbau, der Fokussierung und Evokation fortwährend weiter und werden auch in den später folgenden Phasen immer wieder thematisiert. Zur Veranschaulichung der 4 Prozesse sind die von Miller und Rollnick (2013) formulierten Fragen eines MI-Beraters an sich selbst zu den jeweiligen Prozessen hilfreich:

Fragen des Beraters an sich selbst im Hinblick auf die 4 Prozesse des MI (nach Miller u. Rollnick, 2013, S. 32)

1. Beziehungsaufbau
 - a. Wie angenehm ist es für den Jugendlichen, wenn er mit mir spricht?
 - b. Wie unterstützend und hilfreich bin ich?
 - c. Verstehe ich die Perspektive des Jugendlichen und seine Bedenken?
 - d. Wie angenehm fühlt sich das Gespräch für mich an?
 - e. Fühlt es sich wie eine kollaborative Partnerschaft an?
2. Fokussieren
 - a. Welche Veränderungsziele hat der Jugendliche wirklich?
 - b. Habe ich andere Ziele für eine Veränderung für diesen Jugendlichen?
 - c. Arbeiten wir zusammen mit einem gemeinsamen Anliegen?
 - d. Fühlt es sich so an, als bewegten wir uns gemeinsam, nicht in verschiedene Richtungen?
 - e. Habe ich eine klare Vorstellung davon, in welche Richtung wir uns bewegen?
 - f. Fühlt es sich mehr nach „tanzen“ oder nach „kämpfen“ an?
3. Evokation
 - a. Was sind die Gründe des Jugendlichen für eine Veränderung?
 - b. Ist das Zögern mehr in mangelnder Zuversicht oder mangelnder Wichtigkeit einer Veränderung begründet?
 - c. Welche Art von Change Talk höre ich?
 - d. Gehe ich zu weit oder zu schnell in eine bestimmte Richtung voran?
 - e. Verleitet der Korrekturreflex mich dazu für eine Veränderung zu argumentieren?
4. Planung
 - a. Was wäre ein sinnvoller nächster Schritt in Richtung Veränderung?
 - b. Was würde dieser Person helfen, sich in diese Richtung zu bewegen?
 - c. Beachte ich stets einen Plan zu evozieren und nicht vorzuschreiben?
 - d. Gebe ich benötigte Informationen und Rat mit Erlaubnis?
 - e. Bewahre ich mir eine Haltung stiller Neugier an dem, was für diesen Jugendlichen am besten funktionieren könnte?

In allen 4 Prozessen wendet der Berater bestimmte Kommunikationsstrategien an, die gleichzeitig Ausdruck der MI-Grundhaltung sind und die Ziele des MI umzusetzen helfen. Diese Kommunikationsstrategien werden im Folgenden vorgestellt.

2.8.3 OARS

Der Berater unterstützt jeden der 4 beschriebenen Prozesse des MI mit der Anwendung von 4 grundlegenden Kommunikationsstrategien mit dem Akronym OARS („open“ questions, „affirmation“, „reflexion“, „summary“), die den Jugendlichen darin unterstützen sollen, seine Ambivalenz zu erforschen und aufzulösen. Ziel ist auch hier, die Entscheidungsautonomie des Jugendlichen zu stärken.

➤ Die vier grundlegenden Kommunikationsstrategien im MI sind

1. Offene Fragen stellen
2. Affirmation
3. Reflektierendes Zuhören
4. Zusammenfassen

Offene Fragen fördern die ergebnisoffene Auseinandersetzung mit dem jeweiligen Risikoverhalten des Jugendlichen. Im Gegensatz zu der Formulierung geschlossener Fragen (auf die mit Ja oder Nein geantwortet werden kann), erlauben offene Fragen die Exploration der Lebenswirklichkeit des Jugendlichen und ermutigen zur Kontaktaufnahme mit dem Berater. Sie stellen daher auch eine Form der Wertschätzung dar, indem der Berater sein wertfreies, authentisches Interesse an dem Erleben des Jugendlichen ausdrückt und damit vermittelt, dass die Sichtweise des Jugendlichen ernst genommen wird und wichtig ist. Darüber hinaus sind offene Fragen eine wichtige Strategie zur Förderung der präzisen Empathie, da die so gewonnenen Informationen dem Berater helfen, die Perspektive des Jugendlichen einzunehmen. Eine offene Frage sollte stets von einer Reihe von Äußerungen des reflektierenden Zuhörens gefolgt werden.

Affirmation beinhaltet wertschätzende Anerkennung und Stärkung der Ressourcen des Jugendlichen und aller Bestrebungen, die in Richtung einer Änderung des Risikoverhaltens gehen. Hierzu zählt z.B. im Falle einer Kurzintervention mit einem alkoholintoxikierten Jugendlichen stets die Wertschätzung der Gesprächsbereitschaft des Jugendlichen.

Reflektierendes oder aktives Zuhören ist eine Gesprächstechnik, die dazu dient, mehr über die Motive, die Hintergründe und das Wertesystem des Gegenübers zu erfahren. Oft hat man beim Zuhören nicht die Absicht wirklich zu *verstehen*, sondern zu antworten. Beim reflektierenden Zuhören spiegelt der Berater dem Jugendlichen wider, wie er das Gesagte verstanden hat. Aktives Zuhören fördert die Wahrnehmung von Empathie und fördert dadurch, dass der Jugendliche sich verstanden fühlt. Es kann zwischen zwei verschiedenen Formen der Reflexion unterschieden werden: Die *einfache Reflexion* spiegelt das Gesagte wider, ohne dass der Berater Bedeutung oder Interpretation hinzufügt. Die *komplexe Reflexion* stellt das Gesagte in einen anderen Bedeutungszusammenhang oder gibt Vermutungen darüber ab, was hinter dem Gesagten stehen könnte.

Zusammenfassen dient in erster Linie der laufenden Strukturierung des Gesprächs und sollte daher zwischen einzelnen Gesprächsblöcken stattfinden. Zusammenfassungen ermöglichen aber auch die wiederkehrende Betonung der von dem Jugendlichen genannten Argumente und Motive, die für eine Verhaltensänderung bedeutsam sind. Hierbei ist es wichtig, dass der Jugendliche seine Sichtweise in der Zusammenfassung wiedererkennt, d. h., dass auch die Gründe, die für die Beibehaltung des Status quo (Sustain Talk) berücksichtigt werden. Im Sinne des MI sollte der Fokus jedoch auf einer Bündelung des Change Talk des Jugendlichen liegen. Es gibt Zusammenfassungen mit unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen, z.B. aufzählende, verbindende (die aktuellen Sustain Talk mit zuvor geäußertem Change Talk in Verbindung setzen), überleitende (die zu einem neuen Prozess im MI überleiten, z.B. zum Planungsprozess) oder Zusammenfassungen, die die Ambivalenz widerspiegeln. Sie sollten stets mit einer Zusammenfassung des Change Talk enden, da das zuletzt Gesagte oft am stärksten erinnert wird und Klienten meist auf das zuletzt Gesagte antworten. Darüber hinaus dienen Zusammenfassungen der Reflexion des Besprochenen und tragen zur Klärung bei. Sie sollten stets mit einer offenen Frage enden.

2.8.4 Umgang mit Sustain Talk und Dissonanz in der Berater-Klient-Beziehung

Miller und Rollnick (2013) geben in der aktuellen Edition des MI ihr früheres Konzept des „Widerstandes“ auf und ersetzen es durch die differenziertere Konzeptualisierung des Sustain Talk“ und der Dissonanz in der Beziehung zwischen Berater und Klient. Wurde Widerstand zuvor stets als Ausdruck einer Störung in der Berater-Klient-Beziehung verstanden, so werden nun zwei Konzepte beschrieben, die auf unterschiedliche Weise dazu beitragen können, dass sich das Gespräch nicht in Richtung Veränderung und Motivationsaufbau bewegt.

Als erstes Konzept wird der Sustain Talk genannt. Sustain Talk wird nicht als Ausdruck von Uneinsichtigkeit oder Widerstand verstanden, sondern als natürliche Seite der Ambivalenz. In der Ambivalenz überwiegt manchmal die Seite des Veränderungswunsches (Change Talk) und manchmal die Seite, alles so zu belassen, wie es ist (Sustain Talk). Hierin unterscheiden sich Jugendliche nicht von Erwachsenen. Bei Jugendlichen gibt es zusätzlich einen großen Wunsch, Dinge alleine zu schaffen. Sie trauen sich entwicklungsbedingt eher viel zu und grenzen sich von Hilfsangeboten der Erwachsenen als vermeintlichem Beweis von Unselbstständigkeit ab. Sustain Talk ist in diesem Zusammenhang als Überwiegen der Seite der Nichtveränderung oder als Ausdruck eines intensiven Wunsches nach Selbstständigkeit zu verstehen. Die Seite der Nichtveränderung wird hierbei zum Teil gestärkt durch Angst bzw. Nichtzutrauen möglicher Veränderung und mögliche innerpsychische bzw. interpersonale Konflikte. Der Gegenstand und die Quelle des Sustain Talk ist daher nicht die Berater-Klient-Beziehung, sondern die im Fokus stehende Verhaltensänderung selbst.

Im MI wird davon ausgegangen, dass die Gründe für Sustain Talk in der Regel nicht tiefer exploriert werden müssen (Ausnahmen vgl. ► Abschn. 2.8.5 und Punkt 5 im Kasten „Strategien zum Umgang mit Sustain Talk“). Sustain Talk wird wertfrei anerkannt und als natürlicher Bestandteil von Ambivalenz betrachtet (vgl. ► Abschn. 2.9). Entscheidend ist, dass der Berater durch den gezielten Einsatz insbesondere des reflektierenden Zuhörens bestrebt ist, Change Talk auszulösen. Hierbei soll es aber nicht zu einer Konfrontation kommen („Du hast Spaß beim Trinken, aber siehst du nicht, dass ...“), sondern die partnerschaftliche, gemeinsame Perspektive von Berater und Klient auf das Risikoverhalten soll stets erhalten bleiben.

Strategien zum Umgang mit Sustain Talk (Miller u. Rollnick, 2013)

- 1) Reflektierendes Zuhören
 - a) einfache oder komplexe Reflexion (löst oft an sich schon Change Talk aus, d. h. Argumentation für die andere Seite der Ambivalenz)
 - b) übertriebene Reflexion (übertreibt die Intensität der Aussage leicht, sodass Change Talk ausgelöst wird)
 - c) doppelseitiges Reflektieren (Sustain Talk anerkennen und mit zuvor geäußertem Change Talk in Verbindung bringen, verbunden mit „und“)
- 2) Autonomie des Jugendlichen betonen
- 3) Reframing (eine neue Bedeutung oder Sichtweise des Gesagten einführen)
- 4) Zustimmung mit Wendung (Reflexion + Reframing: zunächst zustimmen, dann einen neuen Bezugsrahmen für das Gesagte aufmachen)
- 5) „Schwung holen“ (eine Strategie, die selten eingesetzt wird und nur in Fällen, in denen fast kein Change Talk artikuliert wird: Zunächst Sustain Talk ausführlich explorieren und anerkennen und dann auf die andere Seite der Ambivalenz zu sprechen kommen)
- 6) Zustimmung (ohne Wendung) (ebenfalls eine eher selten eingesetzte Methode bei der der Berater, evtl. mit einem bisschen Übertreibung, dem Sustain Talk zustimmt. Wichtig ist hierbei, dass dies ohne Ironie erfolgt)

Dissonanz in der therapeutischen Beziehung kann eine weitere Quelle dafür sein, dass der Change Talk im Laufe des Beratungsgesprächs nicht zunimmt. Eine solche Dissonanz kann sich ausdrücken durch Streiten, Ignorieren, Unterbrechen oder Herunterspielen bzw. Bagatellisieren und kann in allen 4 Prozessen des MI (Beziehungsaufbau, Fokussierung, Evokation, Planung) auftreten. Quellen für Dissonanzen in der therapeutischen Beziehung können z.B. eine wahrgenommene Bevormundung durch den Berater sein oder ein voreiliger Berater, der bereits mit der

Planung der Zielerreichung beginnen möchte, obwohl der Klient seine Ambivalenz gegenüber dem Zielverhalten noch nicht aufgelöst hat (► Abschn. 2.9). Als Umgang mit solchen Situationen werden dieselben Strategien eingesetzt, die zum Umgang mit Sustain Talk empfohlen werden. Zusätzlich kann eine Entschuldigung des Beraters hilfreich für die Wiederherstellung einer empathischen, partnerschaftlichen Beziehung sein, wenn er z.B. bemerkt, zu voreilig gewesen zu sein. Explizite Wertschätzung kann ebenfalls Dissonanzen in der Berater-Klient-Beziehung reduzieren. Außerdem kann der Berater den Fokus des Gesprächs verschieben und auf diese Weise mit dem Hinlenken auf ein neues Thema die Spannung aus der Beziehung nehmen.

2.8.5 Umgang mit Jugendlichen ohne Ambivalenz

Die meisten Menschen sind in Bezug auf ein schädigendes Verhalten, das sie ausführen, ambivalent. Insbesondere im Hinblick auf Substanzkonsum, wie z.B. Rauchen oder Alkoholkonsum, sind den meisten Menschen tatsächliche und/oder potenzielle negative Folgen ihres Verhaltens bewusst. Die Arbeit mit Jugendlichen ist diesbezüglich manchmal etwas schwieriger, weil Jugendliche sich typischerweise „unverwundbar“ fühlen und oft eine geringe Ambivalenz insbesondere in Bezug auf den Konsum von Alkohol erleben (Wiers et al., 2007). Im Falle der Beratung von Jugendlichen nach einer Alkoholintoxikation erkennt die große Mehrheit der Jugendlichen jedoch zumindest die Behandlung in einer Klinik als eindeutig nicht erwünschten und negativen Aspekt des Trinkens an. Die Situation des Beratungsgesprächs bietet daher eine Quelle für das Erleben von Ambivalenz und Diskrepanz zwischen dem Status quo und den Vorstellungen, Wünschen und Zielen des Jugendlichen für das eigene Leben. Es wird daher davon ausgegangen, dass der Klinikaufenthalt einen sog. „teachable moment“ darstellt (Lawson u. Flocke, 2009), d.h. einen Moment, in dem Personen besonders offen für gesundheitsrelevante Informationen sind und Interventionen besonders wirksam sind.

Dennoch kann es auch in diesem Setting vorkommen, dass der Berater auf einen Jugendlichen trifft, der zunächst keine Ambivalenz bezüglich seines Alkoholkonsums zeigt und der keinen Change Talk äußert. Miller und Rollnick (2013) schlagen vor, in diesen Fällen zunächst anzunehmen, dass der Jugendliche möglicherweise doch in Bezug auf einen bestimmten Aspekt des Risikoverhaltens Ambivalenz empfindet. An den Prozess des Beziehungsaufbaus schließt sich daher eine ausführliche Exploration der inneren Sichtweise des Jugendlichen auf das Risikoverhalten an und eine Exploration der Werte und Ziele des Jugendlichen mittels offener Fragen und reflektierendem Zuhören. Voraussetzung für die folgende Phase der Fokussierung ist die Identifikation einer Diskrepanz. Nur unter dieser Voraussetzung kann entschieden werden, welche Verhaltensänderung das Ziel des Gesprächs sein soll. Eine Diskrepanzwahrnehmung, die zu einer intrinsischen Motivation zur Reduktion dieser Diskrepanz führen soll, kann nur eine Diskrepanz zwischen aktuellem Verhalten und persönlichen Werten und Zielen des Jugendlichen sein. Dabei ermöglicht die respektvolle, partnerschaftliche Grundhaltung im MI dem Jugendlichen, Diskrepanzen zu erkennen und zu artikulieren, ohne Mechanismen des Selbstschutzes zu aktivieren.

In der aktuellen Konzeptualisierung des MI merken Miller und Rollnick (2013) an, dass laut neuesten Forschungsergebnissen der Einsatz der sog. Motivationswaage, einem 4-Felder-Schema, mithilfe dessen die Vor- und Nachteile einer Verhaltensänderung und -beibehaltung exploriert werden können (► Abb. 5.6), für Personen ohne oder mit sehr geringer Ambivalenzwahrnehmung kontraindiziert ist, da ihr Einsatz in diesem Fall fast ausschließlich Sustain Talk provozieren würde. Für Personen, deren Motivation zu einer Verhaltensänderung zum Zeitpunkt des Einsatzes bereits hoch ist, ist der Einsatz der Motivationswaage hingegen ein geeignetes Instrument, um Change Talk weiter zu fördern.

■ **Tab. 2.3** MI-kongruente und -inkongruente Annahmen über Informationsaustausch. (Miller u. Rollnick, 2013, S. 138)

MI-inkongruenter Informationsaustausch	MI-kongruenter Informationsaustausch
Ich bin der Experte, warum und wie ein Klient sich verändern sollte	Ich habe eine Expertise und der Klient ist Experte für sich selbst
Ich sammle Informationen über Probleme	Ich finde heraus, welche Informationen Klienten wollen und brauchen
Ich korrigiere Lücken im Wissen	Ich passe Informationen den Bedürfnissen und Stärken des Klienten an
Ängstigende Informationen sind hilfreich	Der Klient kann mir sagen, welche Informationen für ihn hilfreich sind
Ich muss dem Klienten nur klar sagen, was er tun soll	Rat kann hilfreich sein, wenn er die Bedürfnisse und Autonomie des Klienten berücksichtigt

In dem Fall, dass auch in der eingehenden Exploration keine Ambivalenz und damit kein Change Talk geäußert wurde, kann der Berater mit reflektierendem Zuhören reagieren. Im Sinne des MI wird angenommen, dass die Spiegelung des Sustain Talk durch den Berater den Jugendlichen dazu anregen kann, die andere Position (Change Talk) einzunehmen. Eine weitere Strategie des Umgangs mit einem Jugendlichen, der keine Äußerungen macht, die in Richtung Veränderung gehen, ist der Austausch von Informationen. Wichtig ist hierbei die Idee des *Austausches*, im Gegensatz zur Informationsvermittlung. Der Informationsaustausch im MI erfolgt nach dem EPE-Prinzip („elicit“ – „provide“ – „elicit“), was so viel bedeutet wie nachfragen – Informationen geben – nachfragen. Der Austausch beginnt stets mit einer offenen Frage an den Jugendlichen (z.B. „Was weißt du über Alkohol?“). Die meisten Jugendlichen werden schon eine ganze Reihe von korrekten Informationen über den Konsum von Alkohol bei Minderjährigen kennen. Dieses Vorgehen vermeidet, dass der Berater durch redundante Informationsvermittlung die empathische und partnerschaftliche Beziehung stört. Vielmehr ist dieses Vorgehen Ausdruck von echtem Interesse an dem Gegenüber und ein Beleg für den Jugendlichen, dass er ernst genommen wird. Darauf folgend kann der Berater Informationen geben. Wichtig hierbei ist es, zuvor die Erlaubnis einzuholen („Wenn du einverstanden bist, würde ich gerne noch eine Sache ergänzen ...“) und die Autonomie und Wahlfreiheit des Jugendlichen herauszustellen („Ich würde dir gern noch ein paar Informationen dazu geben, welche Ideen andere Jugendliche hatten, um sich nicht in Gefahr zu bringen, wenn sie trinken. Ob du diese Informationen nutzt, bleibt natürlich dir überlassen.“). Die Vermittlung von Information wird dann wieder gefolgt von reflektierendem Zuhören und offenen Fragen, um die Bedeutung und Interpretation der gegebenen Informationen für den Jugendlichen zu explorieren. ■ **Tab. 2.3** gibt einen Überblick über MI-kongruente und -inkongruente Annahmen im Hinblick auf den Austausch von Informationen.

Weitere Ansatzpunkte für die Auslösung von Change Talk können die Aufforderung darstellen, eine typische Trinkgelegenheit zu beschreiben oder, falls bekannt, die Artikulation der Sorge von bedeutenden Personen aus dem Umfeld des Jugendlichen. Ratschläge als eine besondere Form von Information sollten nur selten gegeben werden und nur dann, wenn eine gute Beziehung zwischen Berater und Klient bereits aufgebaut werden konnte. Stets sollte der Berater nach der Erlaubnis fragen, einen Ratschlag zu erteilen, und gleichzeitig die Autonomie des Klienten herausstellen, diesen Ratschlag zu befolgen oder nicht.

2.9 Das transtheoretische Modell der Veränderung nach Prochaska und DiClemente

In der Arbeit mit Menschen, die eine Verhaltensänderung anstreben, ist es hilfreich ein theoretisches Modell menschlicher Verhaltensänderung heranzuziehen. In Verbindung mit dem MI wird typischerweise das transtheoretische Modell der Verhaltensänderung nach Prochaska und DiClemente (1992) genutzt, um die Prozesse, die einer Verhaltensänderung vorangehen, zu beschreiben und das therapeutische Handeln entsprechend anpassen zu können.

Das transtheoretische Modell (TTM) wurde innerhalb der US-amerikanischen klinischen Psychologie in den 1970er Jahren entwickelt. Dem Modell zufolge gilt die aktuelle Motivation des Menschen als veränderbar und beeinflussbar. Demnach kann eine Motivation situativ bedingt schwanken und in unterschiedlichen Phasen verlaufen. Im Gegensatz zu den sog. Rubikon-Modellen der Verhaltensänderung versteht das TTM Verhaltensänderung als einen Prozess, der verschiedene intrapsychische Phasen der Veränderung durchläuft, die einer sichtbaren Verhaltensänderung vorgeschaltet sind. Rubikon-Modelle sind 2-Phasen-Modelle, die annehmen, dass es eine „Schwelle“ zur Verhaltensänderung gibt. Hat die Person diese Schwelle einmal übertreten, z.B. weil der Leidensdruck bei einer Nichtänderung zu groß geworden ist, so findet eine Verhaltensänderung statt. Das TTM hingegen nimmt verschiedene Phasen der Verhaltensänderung an und differenziert sie für die beraterische Praxis.

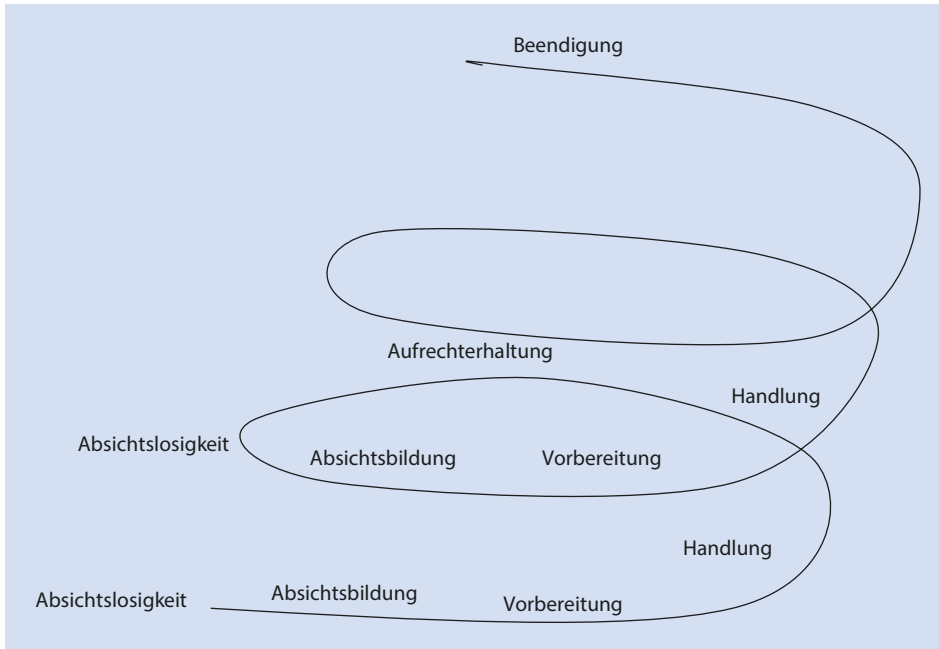
Dem TTM zufolge durchlaufen Menschen typischerweise 5 Phasen, um ein bestimmtes Problemverhalten zu verändern bzw. ein neues Verhalten anzufangen und stabil beizubehalten:

1. Absichtslosigkeit („precontemplation“),
2. Absichtsbildung („contemplation“),
3. Vorbereitung („preparation“),
4. Handlung („action“),
5. Aufrechterhaltung („maintenance“).

In der *Phase der Absichtslosigkeit* ziehen Menschen nicht in Betracht, ihr Verhalten in absehbarer Zeit zu ändern. Für problembezogene Informationen sind sie nicht empfänglich, noch zeigen sie Aufmerksamkeit für Hinweise, die bei einer Verhaltensänderung behilflich sein könnten. Ein Problembewusstsein ist nicht vorhanden. Dies ist die stabilste aller Phasen.

In der *Phase der Absichtsbildung* besteht eine mögliche Absicht zur Veränderung. Die Person wird offen für neue Erkenntnisse und Beobachtungen, für Auseinandersetzungen und neue Interpretationen. Sie beginnt, das eigene Verhalten zu überdenken und Feedback zu antizipieren, das bei einer Verhaltensänderung aus dem sozialen Umfeld zu erwarten wäre. Das potenziell Neue wird auch mit den eigenen moralischen Bewertungen abgeglichen. Diese Selbstevaluation ermöglicht die gedankliche Vorbereitung und Vorwegnahme eines alternativen Verhaltens. In dieser Phase verbleibt die Person in der Regel längere Zeit. Eine Veränderung wird immer wieder erwogen, aber hinausgeschoben. Die Vor- und Nachteile werden abgewogen, was eine grundlegende Ambivalenz hervorruft. In dieser Phase sind Kosten und Nutzen einer Verhaltensänderung für die Person schwer einzuschätzen.

In der *Phase der Vorbereitung* ist die Absicht, das schädigende Verhalten zu ändern, getroffen und die ersten Handlungen in Richtung Veränderung sind sichtbar. Das kann sich z.B. darin äußern, dass Strategien für eine Verhaltensänderung erwogen und in Ansätzen bereits ausprobiert werden. Dazu kann die Aktivierung von sozialer Unterstützung zählen sowie das Antizipieren von zukünftigen Situationen, die das Risikoverhalten wahrscheinlich machen, und die Entwicklung von Verhaltensstrategien zur Vermeidung des Risikoverhaltens. In dieser Phase der Planung besteht eine große Unsicherheit bezüglich der Zielerreichung, und die Stärkung des



■ **Abb. 2.8** Das zirkuläre Modell der Phasen der Veränderung. (Nach Prochaska u. DiClemente, 1992; this material originally appeared in English as Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., & Norcross, J.C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114. Copyright © 1992 by the American Psychological Association. Translated and reproduced with permission of the publisher and the author. The American Psychological Association is not responsible for the accuracy of this translation. The official citation that should be used in referencing this material is stated above. The use of APA information does not imply endorsement by APA.)

Selbstwirksamkeitserlebens sowie die Aktivierung von Ressourcen sind zentral für den Übergang in die nächste Phase.

In der *Phase der Handlung* führt die Person das neue Verhalten seit relativ kurzer Zeit regelmäßig aus. Sie agiert gewöhnlich aus einem Akt der Selbstbefreiung heraus, wobei dieses Selbstbewusstsein nötig ist, um den gewohnheitsmäßigen oder sozialen Versuchungen zu widerstehen. Diese Phase gilt als die schwierigste. Es ist ratsam, Unterstützung aus dem sozialen Umfeld mit einzubeziehen, da eine hohe Rückfallwahrscheinlichkeit besteht.

In der *Phase der Aufrechterhaltung* wird das neue Verhalten ausgeführt und es haben sich neue Verhaltensgewohnheiten gebildet. Auch hier sind noch Veränderungen möglich, aber die Rückfallwahrscheinlichkeit ist geringer.

Das TTM wurde vor allem im Zusammenhang mit Suchtproblemen entwickelt und erprobt. Es hilft dem Berater sein therapeutisches Verhalten der jeweiligen Veränderungsbereitschaft des Jugendlichen anzupassen. Mit einem Jugendlichen in der Absichtslosigkeit beispielsweise eine Zielvereinbarung für risikoarmen Alkoholkonsum zu erarbeiten, würde Reaktanz auslösen und die therapeutische Beziehung negativ beeinflussen. Das Modell beschreibt auch, dass eine Person die einzelnen Phasen während eines Veränderungsvorhabens mehrmals durchlaufen kann, bis sich eine Veränderung stabilisiert (■ [Abb. 2.8](#)).

Rückfälle werden dabei als Teil des Prozesses betrachtet. Durch die Perspektive auf Phasen bei Veränderungsprozessen ist außerdem eine differenziertere Betrachtung der Effekte von

Beratungsgesprächen möglich geworden. Denn Interventionen sind auch dann als erfolgreich zu bewerten, wenn sich der Klient „nur“ zur nächsten Phase, z.B. von der Absichtslosigkeit zur Absichtsbildung, weiterentwickelt hat.

2.10 Phasen der Veränderungsbereitschaft und therapeutisches Verhalten

Das therapeutische Verhalten sollte stets Bezug nehmen auf die Phase der Veränderungsbereitschaft, in der sich der Jugendliche befindet. Je nach Veränderungsbereitschaft des Jugendlichen werden unterschiedliche Schwerpunkte in der motivierenden Kurzintervention gesetzt, um eine optimale Veränderungsmotivation auszulösen und um möglichst wenig Dissonanz in der Beziehung zwischen Berater und Jugendlichen auszulösen. Auf diese Weise stellt der Berater sicher, dass der Jugendliche sich verstanden und wertgeschätzt fühlt und dort abgeholt wird, wo er gerade steht. Einen Überblick über geeignetes therapeutisches Verhalten in Abhängigkeit der Veränderungsbereitschaft des Klienten bietet [Tab. 2.4](#).

2.11 Die Komponenten der motivierenden Kurzintervention nach Spirito et al. (2004)

Spirito et al. führten 2004 eine Studie zur Wirksamkeit motivierender Kurzinterventionen bei Jugendlichen durch, die aufgrund eines alkoholbedingten Vorfalls in einer Notfallambulanz behandelt wurden. In dieser Studie wurden die Elemente der motivierenden Gesprächsführung nach Miller und Rollnick (2002) konkretisiert und erweitert. Die von Spirito und Mitarbeitern durchgeführte motivierende Kurzintervention bewirkte eine Reduktion des Alkoholkonsums bei Jugendlichen, deren Alkoholkonsum schon vor dem Klinikaufenthalt als problematisch eingestuft wurde.

Die Elemente der motivierenden Kurzintervention nach Spirito et al. (2004) sind:

1. die Betonung der Eigenverantwortung;
2. die Thematisierung von Trinkmotivation und Konsequenzen;
3. Feedback geben zu Konsummustern und Risiken;
4. das Erarbeiten unterschiedlicher Zukunftsszenarien bei Veränderung und Nichtveränderung;
5. Ziele setzen bezüglich zukünftigen Alkoholkonsums und
6. das Aufstellen von Regeln zur Zielerreichung.

Wichtige Bestandteile der Intervention stellen auch bei Spirito und Mitarbeitern das empathische Beziehungsangebot des Beraters und die Stärkung der Selbstwirksamkeitserwartung dar. Die Punkte 2-4 bieten darüber hinaus Ansatzpunkte zur Förderung der Diskrepanzwahrnehmung, die einen weiteren zentralen Aspekt des MI darstellt.

2.12 Abgrenzungen der motivierenden Gesprächsführung zu anderen therapeutischen Ansätzen

Die motivierende Gesprächsführung unterscheidet sich in zentralen Elementen von anderen therapeutischen Ansätzen. Nach Miller et al. (1995) unterscheidet sich dieser Ansatz von kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansätzen u.a. in der Annahme, dass eine Veränderungsmotivation

Tab. 2.4 Therapeutisches Verhalten in Abhängigkeit von der Phase der Veränderungsbereitschaft eines Jugendlichen mit riskantem Alkoholkonsum. (Nach Dimeff et al., 1999; Miller, 1999; Miller u. Rollnick, 2013)

Phase der Veränderungsbereitschaft	Therapeutisches Verhalten
Absichtslosigkeit	Rapport herstellen; empathische, partnerschaftliche Beziehung aufbauen; nach einer Erlaubnis zum Gespräch fragen. Ambivalenz annehmen und Status quo wertfrei explorieren; Werte und Ziele explorieren; Diskrepanzen zwischen den Konsequenzen des Trinkens und persönlichen Werten und Zielen herausarbeiten. Informationsaustausch und Feedback zu Trinkgewohnheiten geben, wenn der Jugendliche einverstanden ist; Autonomie und Wahlfreiheit des Jugendlichen betonen. Ausdruck von Besorgnis und Angebot einer möglichen Kontaktaufnahme zu einem späteren Zeitpunkt, wenn Gesprächsbedarf besteht
Absichtsbildung	Normalisieren von Ambivalenz; das Gleichgewicht der Ambivalenzen (Sustain Talk – Change Talk) in Richtung Veränderung lenken, indem Change Talk evoziert und verstärkt wird; Förderung einer intrinsischen Motivation durch Betonung der persönlichen Verantwortung und Wahlfreiheit; Fokussieren; Selbstwirksamkeitserwartungen bezüglich einer Veränderung des aktuellen Verhaltens stärken; Change Talk fördern und zusammenfassen
Vorbereitung	Klären und Zusammenfassen der Ziele des Jugendlichen, Hilfestellung zur Identifizierung und Auswahl des besten Vorgehensweise, um Veränderungen einzuleiten; Überlegungen und Handlungen in Richtung Veränderung positiv verstärken, Strategien der Veränderung konkretisieren, mögliche Barrieren und hilfreiche Ressourcen für den Umgang mit Barrieren identifizieren, soziale Unterstützung sicherstellen
Handlung	Weitere Hilfestellungen für den Jugendlichen anbieten, Handlungen in Richtung Veränderung unterstützen; Motivation zu und positive Verstärkung (Wertschätzung) für die Realisierung von Handlungen
Aufrechterhaltung	Rückfallpräventionsstrategien vermitteln

in Bezug auf das thematisierte Verhalten nicht unbedingt vorliegen muss, sondern das Auslösen einer intrinsisch motivierten Veränderungsabsicht Teil des therapeutischen Auftrags ist. Verhaltenstherapeutisch geprägte Ansätze vermitteln dem Klienten darüber hinaus Bewältigungsstrategien und Problemlösefähigkeiten, während die motivierende Gesprächsführung die Kompetenz für das Entwickeln nachhaltiger Veränderungsstrategien und Problemlöseprozesse beim Klienten sieht.

Im Gegensatz zu konfrontativen Ansätzen verzichtet die motivierende Gesprächsführung auf Labeling und die Annahme bestimmter Bezeichnungen, wie z.B. „Alkoholiker“, durch die Klienten. Widerstand wird nicht als Abwehr verstanden, mit der der Klient konfrontiert werden muss, sondern als Hinweis auf das Überwiegen einer Seite der Ambivalenz (Sustain Talk) oder als Hinweis auf eine Dissonanz in der Beziehung zwischen Berater und Klient. In beiden Fällen wird das „Nichtvoranschreiten“ des Gesprächs als wichtiges Feedback für den Berater verstanden, dessen Inhalte für den weiteren Gesprächsverlauf genutzt werden können.

Im Unterschied zu nichtdirektiven Beratungsansätzen leitet der Berater das Gespräch im MI in eine bestimmte Richtung und verstärkt gezielt Aussagen des Klienten, die für eine Veränderung sprechen (Change Talk). Ein klares Ziel des motivierenden Gesprächs ist durch die Auslösung

oder Stärkung der Veränderungsmotivation formuliert. Die empathische Reflexion kommt, in Unterscheidung zu den nichtdirektiven Ansätzen, selektiv zum Einsatz, um den Change Talk zu verstärken. Der Berater darf außerdem Ratschläge und Informationen geben, wenn der Klient zustimmt. Er berät daher nicht neutral, sondern darf seine Bewertung des Risikoverhaltens transparent machen. Entscheidend hierbei ist, dass der Berater gleichzeitig der Sichtweise des Jugendlichen wertfrei begegnet, im Sinne der Empathie bestrebt ist, diese möglichst präzise kennenzulernen, und die Autonomie des Jugendlichen in seinen Entscheidungen stets anerkennt.

Riskanter Alkoholkonsum bei Jugendlichen
Manual zur Durchführung einer motivierenden
Kurzintervention

Diestelkamp, S.; Thomasius, R.

2017, XI, 106 S. 49 Abb., 35 Abb. in Farbe., Softcover

ISBN: 978-3-662-49314-4