

# Motivational Interviewing in der Dysphagietherapie

## Eine Kommunikationsmethode zum Aufbau intrinsischer Motivation

Laura Paarz, Ulla Beushausen

**ZUSAMMENFASSUNG.** Motivational Interviewing (MI) ist eine Kommunikationsmethode, die zum Aufbau intrinsischer Motivation in der logopädischen Behandlung eingesetzt werden kann. Schwerpunkt des MI ist das Auflösen von Ambivalenz bezüglich einer Verhaltensänderung durch den sog. Change-Talk – das Gespräch über die Veränderung. Das Konzept des MI wird vorgestellt und ein Leitfaden für die Anwendung von MI in der logopädischen Dysphagietherapie entwickelt. Die Anwendbarkeit von MI wird anhand eines Fallbeispiels diskutiert.

Schlüsselwörter: Motivational Interviewing – intrinsische Motivation – Gesprächsführung – partizipative Entscheidungsfindung – Dysphagie – logopädische Therapie

### Einleitung

Motivational Interviewing (MI) ist eine „klientenzentrierte, direkte Methode zur Verbesserung der intrinsischen Motivation für eine Veränderung mittels der Erforschung und Auflösung von Ambivalenz“ (Miller & Rollnick 2004, 46f). Unter Ambivalenz werden hier zwiespältige Gefühle bezüglich einer Sache oder eines Verhaltens verstanden. Ursprünglich für die Behandlung von suchtabhängigen Personen konzipiert, wird das MI auch in der Medizin, Gesundheitsförderung, Sozialarbeit und dem Vollzugswesen angewendet. Der Schwerpunkt des MI liegt im *Change-Talk*, dem Gespräch über eine mögliche Verhaltensänderung (ebd.).

### Theoretischer Hintergrund

MI entstand durch Beobachtungen von Wirkfaktoren in der klinischen Beratungspraxis, die sich nachträglich einem theoretischen Kontext zuordnen lassen. So basiert MI auf Rogers' Ansatz der non-direktiven, klientenzentrierten Gesprächsführung und den Prinzipien Echtheit, Empathie und Akzeptanz (z.B. Rogers 1985). Die Grundhaltungen des MI sind deshalb (Miller & Rollnick 2004):

- Partnerschaftlichkeit zwischen Therapeut und Patient
- das Ausbilden der intrinsischen Motivation aus den Ressourcen der Person – im Gegensatz zur bloßen Wissensvermittlung sowie

- die Berücksichtigung von Autonomie und Selbstbestimmung einer Person.

MI nutzt jedoch auch aktivere, kognitiv-behaviorale Strategien, die direktiv auf ein erwünschtes Zielverhalten hinarbeiten und steht damit der Theorie der *kognitiven Dissonanz* nahe (Festinger 1995), denn im MI werden Personen dazu aufgefordert, auch solche Aussagen zu machen, die im Kontrast zum gegenwärtigen Problemverhalten stehen. Die so erzeugte kognitive Dissonanz soll dann das Bedürfnis erzeugen, das Verhalten zu ändern (Miller & Rollnick 1991).

### Motivation im MI

Motivation ist ein entscheidender Faktor für den Erfolg einer Therapie (Grindley & Zizzy 2005). Man unterscheidet hierbei extrinsische von intrinsischer Motivation (vgl. Rheinberg & Vollmeyer 2011). Intrinsische Motivation liegt dann vor, wenn eine Tätigkeit um ihrer selbst Willen oder um der ihr innewohnenden Befriedigung willen ausgeführt wird (Selbstzweck: Sinn oder Spaß). Als extrinsisch motiviert bezeichnet man Tätigkeiten, die nicht um ihrer selbst Willen ausgeübt werden, sondern zum Beispiel für Geld oder Anerkennung (Mittel zum Zweck) oder zum Zweck des Ausbleibens einer Strafe oder negativer Folgen.

Motivation wird im Konzept des MI nicht als Zustand einer Person, sondern als Resultat einer Interaktion zwischen Personen, z.B. einer Therapeutin und einer Patientin verstanden.

**Laura Paarz** beendete 2008 an der Schule für Logopädie am Malteser Krankenhaus St. Anna in Duisburg ihre Logopädieausbildung. 2010 machte sie ihren Bachelorabschluss an der Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst Hildesheim/Holzminde/Göttingen, wo sie zurzeit auch den Forschungsmaster Logopädie absolviert. Parallel arbeitet sie als Logopädin in der Geriatrie eines Akutkrankenhauses und ist als Honorarkraft an einer Berufsfachschule für Logopädie tätig.



**Dr. Ulla Beushausen** ist Logopädin und Psycholinguistin und als Professorin für Logopädie in den Bachelor- und Masterstudiengängen für Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie an der Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst Hildesheim/Holzminde/Göttingen tätig.



Die entscheidende Frage ist also nicht, *ob* ein Patient motiviert ist oder nicht, sondern *wozu*, denn Motivation ist immer auf ein bestimmtes Verhalten bezogen.

### Wirksamkeit von MI

Die generelle verhaltensändernde Wirkung von MI wurde in vielen Studien nachgewiesen (vgl. Burke et al. 2013) und MI scheint sich besonders auf die intrinsische Motivation auszuwirken. Dabei sind gerade ältere Menschen eher über intrinsische als extrinsische Faktoren zu motivieren (Dacey & Newcomer 2005). Zur Motivationssteigerung kann MI deshalb auch in der Logopädie, z.B. der Beratung, partizipativen Zielsetzung und Therapieplanung, gewinnbringend eingesetzt werden.

### Auflösung von Ambivalenz

Grundannahme des MI ist, dass genau dann Motivation zur Verhaltensänderung entsteht,

wenn eine Diskrepanz zwischen einem bestehenden und einem gewünschten Zustand besteht. Konkreter Inhalt des MI ist es dann, *Ambivalenz* bezüglich des Verhaltens, das zur Auflösung der Diskrepanz führen würde, aufzudecken. Hierzu werden mitunter auch bisher unbewusste Bewertungen des gegenwärtigen und des gewünschten Verhaltens verbalisiert und im Gespräch analysiert. Eine Veränderung wird erleichtert, wenn die persönlichen Gründe und Vorteile, die eine Person in einer Verhaltensänderung sieht, herausgefiltert werden können. Auf der einen Seite spricht viel dafür, ein bisher gezeigtes Verhalten beizubehalten, auf der anderen Seite viel für eine Änderung des Verhaltens. Der Patient befindet sich in einem Entscheidungsdilemma. Im MI wird Ambivalenz nicht als pathologisch, sondern als natürlicher Schritt im Prozess der Veränderung betrachtet. Das von Therapeuten häufig beklagte „Fehlen von Motivation“ kann demnach als ungelöste Ambivalenz betrachtet werden.

**Gesprächsstrategien**

Die Ambivalenz einer Person kann z.B. durch eine *Entscheidungswaage* dargestellt werden, bei der auf den beiden Seiten der Waage der *Nutzen* und die *Kosten eines Verhaltens* repräsentiert werden. Die subjektive Wahrnehmung und Bewertung eines Verhaltens durch einen Patienten hängt dabei nicht nur von persönlichen, sondern auch von sozialen und kulturellen Faktoren ab. Solche Kosten-Nutzen-Analysen können voller Widersprüche sein, weshalb eine bloße Rationalisierung der Ambivalenz nicht ausreicht, um diese aufzulösen. Stattdessen ist auch ein Explorieren der dazugehörigen ambivalenten Gefühle erforderlich. Hilfreich dabei ist der Einsatz von verschiedenen Gesprächsstrategien, die *Miller und Rollnick* (1991) unter dem Begriff „opening strategies“ vor allem in der Phase der Entscheidungsfindung eines Patienten einsetzen (Tab. 1).

**Change-Talk**

Nachdem die Ambivalenz exploriert und dadurch intensiviert wurde, versucht die Therapeutin, *Change-Talk* hervorzurufen. Als *Change-Talk* werden im MI positive Aussagen bezüglich einer Verhaltensänderung bezeichnet. Entgegen konfrontativen Ansätzen, in denen der Therapeut für eine Veränderung plädiert, führt MI den Patienten dazu, Argumente für eine Veränderung zu äußern. Das Auftreten von *Change-Talk* erhöht die Wahrscheinlichkeit einer Verhaltensänderung (*Rosengren* 2012).

In der Anwendung des MI in den Gesundheitsberufen werden sechs Arten von

*Change-Talk* unterschieden, die durch die Schlüsselfähigkeiten *Fragen, Informieren und Zuhören* hervorgerufen werden (*Rollnick et al.* 2008).

*Change-Talk* können folgende Äußerungen einer Patientin sein:

- Äußerungen zu Wünschen
- Äußerungen zu Fähigkeiten
- Äußerungen zu Gründen
- Äußerungen zu Bedürfnissen
- Äußerungen zu Notwendigkeiten
- Äußerungen zu Selbstverpflichtungen und dem Einleiten von Schritten zur Verhaltensänderung

Allgemeines Ziel des *Change-Talk* ist es, die zuvor explorierte Ambivalenz in Richtung einer Verhaltensänderung aufzulösen.

Im Gespräch mit den Patienten ist es die Aufgabe der Therapeutin, *Change-Talk* wahrzunehmen und diesen entsprechend der Gesprächsstrategien zu entwickeln, zu reflektieren, zusammenzufassen und zu bestätigen. Die ersten vier Arten von *Change-Talk* (Wunsch, Gründe, Fähigkeit, Bedürfnis/ Notwendigkeit) dienen hierbei dazu, eine *Bereitschaft zur Selbstverpflichtung* aufzubauen. Im letzten Schritt wird dann eine *dauerhafte Verhaltensänderung* angebahnt.

In der Therapie der Gesundheitsberufe nimmt das Informieren eine besondere Rolle ein. Dies

sollte im Kommunikationsstil des Geleitens geschehen. Informationen werden nur dann gegeben, wenn die Patientin diese einfordert oder einer Informationsgabe zustimmt. Die Autonomie der Betroffenen kann dabei gewahrt werden, indem Wahlmöglichkeiten angeboten oder aber Informationen nicht als konkrete Empfehlung übermittelt werden, z.B. kann darüber berichtet werden, was anderen Betroffenen in einer ähnlichen Situation geholfen hat (*Rollnick et al.* 2008).

*Miller* und *Rollnick* bezeichnen diejenigen Äußerungen als Widerstand, die von einer Verhaltensänderung wegführen. Von der erwünschten Richtung der Veränderung ist es also abhängig, welche Äußerungen als *Change-Talk* und welche als Widerstand bewertet werden. Durch das selektive Reagieren auf *Change-Talk* in der oben beschriebenen Weise gelingt es, den Betroffenen direktiv in Richtung einer Veränderung zu führen. Diese Beeinflussung ist dabei keineswegs einer Manipulation gleichzusetzen, da MI nur effektiv ist, wenn bereits eine Diskrepanz zwischen bestehendem und erwünschtem Verhalten besteht. Es ist somit nicht möglich, den Patienten durch MI in eine Richtung zu beeinflussen, die nicht seinen eigenen Werten und Vorstellungen entspricht (*Miller & Rollnick* 2004).

■ **Tab. 1: Gesprächsstrategien (eigene Darstellung nach Miller & Rollnick 2004)**

<b>Offene Fragen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● neutrale Fragen oder nach Vor- und Nachteilen einer Verhaltensänderung fragen</li> <li>● Atmosphäre von Akzeptanz und Vertrauen schaffen</li> <li>● Patient hat den höchsten Redeanteil</li> </ul>
<b>Aktives Zuhören</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● im Aussagesatz formulierte Reflexion des Gehörten</li> <li>● Paraphrasierungen, Hypothesen und Weiterführungen</li> <li>● Abschwächung, Betonung oder Intensivierung einzelner Aspekte beeinflussen die weitere Richtung der Exploration</li> <li>● keine Kommunikationssperren (Lösungsvorschläge, Interpretationen, Zustimmung)</li> </ul>
<b>Wahrnehmung und Bestätigung von Stärken und Bemühungen des Patienten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Verstärken offener Exploration</li> <li>● Aufbau eines positiven Verhältnisses</li> </ul>
<b>Zusammenfassungen</b>	<p><b>Wirkung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● verstärken den Gesprächsverlauf und ermutigen zum Fortfahren</li> <li>● betonen bestimmte Aspekte und lenken damit den Patienten in eine Richtung</li> </ul> <p><b>Arten:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <i>sammelnde Zusammenfassungen</i> enden mit einer offenen Frage und fördern weitere Ausführungen</li> <li>● <i>verbindende Zusammenfassungen</i> ermutigen, über Zusammenhänge nachzudenken und Ambivalenzen zu verdeutlichen</li> <li>● <i>überleitende Zusammenfassungen</i> kündigen ein neues Thema an</li> </ul>
<b>Hervorrufen von Change-Talk</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● offene Fragen stellen zu den Nachteilen des Status quo, den Vorteilen einer Veränderung, der Zuversicht bezüglich einer Veränderung und Veränderungsabsicht</li> <li>● Explorieren der Entscheidungswaage</li> <li>● Diskrepanzen entwickeln durch Zurückblicken in die Vergangenheit oder Vorausschauen in die Zukunft</li> </ul>

## MI in der Logopädie

Eine Veränderung von Verhaltensweisen ist häufig Ziel logopädischer Interventionen (vgl. Tab. 2 für die neurologischen Störungsbilder). Aufseiten des Patienten können ambivalente Gefühle zu allen in Tabelle 2 genannten Verhaltensweisen auftreten (Miller & Rollnick 2004). So ist es z.B. denkbar, dass eine Person mit Dysphagie aus Scham beim gemeinsamen Frühstück mit anderen Patienten keine kompensatorischen Schlucktechniken anwendet, obwohl sie um deren Nutzen weiß. Diese Ambivalenz, die den betroffenen Personen nicht bewusst sein muss, gilt es vor Beginn der Behandlung zu explorieren, um geeignete Unterstützung anbieten zu können. Hierzu können die Gesprächsstrategien genutzt werden (Tab. 1).

### Leitfaden zum MI in der Dysphagietherapie

Als Methode zur Visualisierung kann auch in der Dysphagietherapie die Entscheidungswaage genutzt werden. Es sollten Argumente für eine Verhaltensänderung erfragt werden, da hierdurch bereits Change-Talk hervorgerufen werden kann.

In der Dysphagietherapie haben die Betroffenen anfangs vermutlich wenig Wissen über Schluckstörungen. Bevor sie sich also für eine Handlungsalternative entscheiden können, werden umfassende Informationen benötigt (Rollnick et al. 2008). So könnten die Betroffenen zunächst zu ihrem Wissen bezüglich der Schluckstörung befragt und aufgefordert werden, eigene Lösungsvorschläge zu entwi-

■ Tab. 2: Verhaltensänderungen in der Logopädie

Störungsbild	Mögliche Verhaltensänderung
<b>Aphasie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Anwendung nonverbaler kompensatorischer Kommunikationsmittel (Gesten, Kommunikationsbuch)</li> <li>● Anwendung von Self-Cueing Strategien</li> <li>● Durchführung sprachsystematischer Übungen</li> </ul>
<b>Dysarthrie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Nutzen eines Tapping-Boards</li> <li>● Anwendung einer erlernten Atemtechnik, Artikulationsweise oder Sprechlautstärke</li> <li>● Durchführung von Atem-, Artikulations- oder Phonationsübungen</li> </ul>
<b>Sprechapraxie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Nutzen nonverbaler Kommunikationsmittel</li> <li>● Durchführung von Artikulationsübungen</li> </ul>
<b>Dysphagie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Einhalten adaptiver Anpassungen der Kost</li> <li>● Anwendung kompensatorischer Schlucktechniken bei der Nahrungsaufnahme</li> <li>● Durchführung restituierender Übungen</li> </ul>

ckeln. Wenn vom Patienten gewünscht, werden anschließend Informationen zu adaptiven, restituierenden und kompensatorischen Behandlungsverfahren gegeben. Idealerweise ist zu diesem Zeitpunkt eine ausführliche Befundung der Dysphagie bereits erfolgt, so dass auch realisierbare Vorschläge gemacht werden können. Das Anbieten breieriger Kost ist z.B. nur dann ein sinnvoller Vorschlag, wenn der Patient diese sicher schlucken kann, ebenso wie die Anwendung des supraglottischen Schluckens nur bei komplettem Glottisschluss möglich ist. Im Gespräch mit dem Patienten können im Anschluss aus den erarbeiteten Möglichkeiten Verhaltensweisen ausgewählt und eventuell bestehende Ambivalenz exploriert werden (vgl. linke Spalte von Tab. 3). Die Fragen in Tabelle 3

sollten individuell an die jeweilige Patientin und die Behandlungssituation angepasst werden.

In der rechten Spalte von Tabelle 3 wurden hypothetische Antworten eines möglichen Dysphagiepatienten generiert. Beim Explorieren der Ambivalenzen bezüglich der Verhaltensänderung wird bereits Change-Talk evoziert (Tab. 4).

MI wird im gesundheitlichen Kontext häufig nicht als alleinige Methode, sondern zur Vorbereitung auf eine weitere Therapie angewendet. Dieses Vorgehen eignet sich auch für die Logopädie, da die Betroffenen nach einer Entscheidung für eine Verhaltensänderung Unterstützung zur Umsetzung und Aufrechterhaltung eines neuen Verhaltens brauchen.

■ Tab. 3: MI-Leitfaden zur Exploration von Ambivalenz (Dysphagietherapie)

<b>Problemstellung (aus Sicht des Patienten)</b>	„Welche Schwierigkeiten bemerken Sie beim Schlucken?“	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Verschlucken beim Abendessen</li> <li>● Husten wird beim Essen mit anderen als unangenehm empfunden</li> </ul>
<b>Lösungsvorschläge (des Patienten)</b>	„Was könnten Sie tun, um Ihr Schlucken zu verbessern?“	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Vermeiden von Nahrungsmitteln, bei denen der Patient Schwierigkeiten bemerkt</li> <li>● Mittagessen mit viel Soße, Kekse werden in den Kaffee getunkt</li> </ul>
<b>Handlungsalternativen (durch die Therapeutin)</b>	Nach einer ausführlichen Schluckdiagnostik zusammengestellte Handlungsalternativen aus therapeutischer Sicht	<ul style="list-style-type: none"> <li>● restituierende Übungen, z.B. Shaker-Übung</li> <li>● kompensatorische Maßnahmen, z.B. supraglottisches Schlucken</li> </ul>
<b>Auswahl modifizierter Verhaltensweisen</b>	Lösungsvorschläge des Patienten zusammenfassen, therapeutische Handlungsalternativen zusammenfassen „Wie sollen wir jetzt weitermachen?“, „Was möchten Sie nun tun?“	<ul style="list-style-type: none"> <li>● weiterhin Vermeidung „riskanter“ Lebensmittel</li> <li>● selbstständige häusliche Durchführung restituierender Übungen</li> </ul>
<b>Nachteile des Status quo</b>	„Was würde passieren, wenn Sie keine Veränderungen bezüglich ihres Schluckes vornehmen?“ „Welche Nachteile sehen Sie in Ihrer aktuellen Situation?“	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Schluckstörung könnte sich verschlimmern</li> <li>● Patient kann nur noch breiige Nahrung essen</li> </ul>
<b>Vorteile einer Verhaltensänderung</b>	„Welche Vorteile hätte ... für Sie?“ „Was spricht aus Ihrer Sicht für ...?“	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Durchführung restituierender Übungen wird von anderen nicht bemerkt</li> <li>● Einer Verschlimmerung der Schluckstörung wird vorgebeugt</li> <li>● Während der Nahrungsaufnahme ist keine Aufmerksamkeit für kompensatorische Techniken erforderlich</li> </ul>

■ Tab. 4: Change Talk bei Dysphagie

<b>Wunsch</b>	„Was wünschen Sie sich für die Zukunft, bezogen auf Ihr Schlucken?“ „Was möchten Sie an Ihrem Schlucken verändern?“	<ul style="list-style-type: none"> <li>kein Husten beim Essen</li> <li>keine weiteren Einschränkungen der Nahrungsmittel</li> </ul>
<b>Fähigkeit</b>	„Wie werden Sie ... durchführen/anwenden können?“ (Ort, Zeit, Hilfsmittel?) „Wer/was kann Sie darin unterstützen, ... regelmäßig durchzuführen/anzuwenden?“	<ul style="list-style-type: none"> <li>nach dem Mittagessen in der Küche</li> <li>Übungszettel liegen als Erinnerung in der Küche (bei den Kreuzworträtseln, die häufig zu der Zeit gelöst werden)</li> <li>Ehepartner erinnert an Durchführung der Übungen, soll sonst aber nicht beteiligt werden</li> </ul>
<b>Gründe</b>	„Was verbessert sich für Sie, wenn Sie ... regelmäßig durchführen/anwenden?“ (siehe auch Nachteile des Status quo und Vorteile einer Verhaltensveränderung in Tab. 2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>ohne regelmäßige Durchführung sind die Übungen vermutlich nicht effektiv</li> </ul>
<b>Bedürfnis/Notwendigkeit</b>	„Wie wichtig ist es Ihnen, das Schlucken zu verbessern?“ (evtl. Anbieten einer 10-stufigen Skala) „Warum sind Sie bei ... und nicht bei 0?“	<ul style="list-style-type: none"> <li>eher wichtig (6)</li> </ul>
<b>Selbstverpflichtung</b>	„Was beabsichtigen Sie nun zu tun?“ „Was werden Sie jetzt machen?“	<ul style="list-style-type: none"> <li>noch am Nachmittag und danach täglich nachmittags Durchführung der Übungen</li> <li>Ehepartner von Übungen und gewähltem Zeitpunkt erzählen</li> <li>Übungszettel in der Küche bereitlegen</li> </ul>
<b>Schritte einleiten</b>	„Was haben Sie getan, um Ihr Schlucken zu verbessern?“ „Wie ist Ihnen die Anwendung/Durchführung von ... gelungen?“	<ul style="list-style-type: none"> <li>hat die Übungen regelmäßig durchgeführt, einmal musste seine Ehefrau ihn nach einem Spaziergang daran erinnern</li> <li>Durchführung gelingt überwiegend gut, bei einer Übung unsicher, wie sie durchgeführt werden sollte und daher weggelassen</li> </ul>

## Fallbeispiel

Im nachfolgenden Fallbeispiel werden zunächst das Explorieren der Ambivalenzen und anschließend das Evozieren von Change-Talk am Beispiel der Dysphagietherapie in Form eines Dialoges zwischen Therapeutin und Patient (Herr Müller) veranschaulicht. In Klammern sind jeweils die in Tab. 1-4 erläuterten Gesprächsstrategien und Kategorien dem Text zugeordnet worden.

### Ambivalenzen explorieren

Therapeutin: Herr Müller, nachdem Sie mir gestern berichtet haben, dass Sie besorgt sind, weil Sie sich zunehmend häufiger beim Abendessen verschlucken, habe ich mir Ihr Schlucken genauer angeschaut. Wir haben festgestellt, dass Sie Flüssigkeiten und Götterspeise gut schlucken können, aber bei krümeligen Nahrungsmitteln wie Brot oder Keksen häufig husten müssen. Ich würde heute gern mit Ihnen über die nächsten Schritte sprechen, sind Sie damit einverstanden?

Patient: Ja, sehr gern. Dieses Verschlucken ist wirklich sehr unangenehm für mich. Ich mag kaum noch etwas essen, wenn andere Personen bei mir sind, weil ich ständig husten muss. [Problemstellung]

Therapeutin: Das Husten beim Essen ist Ihnen vor anderen Personen unangenehm. [Aktives Zuhören]

Patient: Ja genau [Problemstellung]. Meinen Sie, dass man da in meinem Alter und bei meinen Krankheiten überhaupt noch was machen kann?

Therapeutin: Das kann man vorher nie genau sagen. Aber lassen Sie es uns zusammen herausfinden! Haben Sie denn Ideen, wie Sie Ihr Schlucken verbessern können? [offene Frage]

Patient: Also, ich vermeide sowieso schon die Nahrungsmittel, bei denen ich vorher weiß, dass ich mich verschlucken werde. Ich esse zum Beispiel kein Vollkornbrot mehr. [Lösungsvorschläge]

Therapeutin: Sie haben selbst schon Strategien zum Umgang mit ihren Schluckbeschwerden entwickelt. [Wahrnehmung und Bestätigung] Was tun Sie noch? [offene Frage]

Patient: Beim Mittagessen achte ich immer darauf, viel Soße zu nehmen und Kekse tunke ich mir in den Kaffee ein. [Lösungsvorschläge] Aber sonst mache ich eigentlich nichts. Was kann man denn noch gegen das Husten beim Essen tun?

Therapeutin: Trockene Nahrungsmittel binden Sie mit Soßen oder Flüssigkeiten, damit Sie diese besser schlucken können. Diese Strategien, die Sie sich schon selbst überlegt haben, gehören zu den Maßnahmen der Nahrungsanpassung und Sie scheinen gut damit zurechtzukommen. Wenn Sie einverstanden sind, möchte ich Sie gern über zwei weitere Arten von Maßnahmen informieren. [Wahrnehmung und Bestätigung]

Patient: Na dann mal los.

Die Therapeutin erklärt restituierende Übungen am Beispiel der Shaker-Übung und kompensatorische Verfahren am Beispiel des supraglottischen Schluckens. [Auswahl modifizierter Verhaltensweisen]

Therapeutin: Was meinen Sie, welche Maßnahmen werden Sie ergreifen? [offene Frage, Hervorrufen von Change-Talk]

Patient: Also diese wiederherstellenden Übungen klingen interessant. Die könnte ich alleine zu Hause machen und niemand merkt überhaupt etwas. Diese Schlucktechniken... ich weiß nicht. Ich denke, wenn ich beim Schlucken immer vorher die Luft anhalte, ist das noch auffälliger, als wenn ich ab und zu mal husten muss. Dann vermeide ich lieber weiterhin die Nahrungsmittel, bei denen ich weiß, dass ich Schwierigkeiten habe. [Selbstverpflichtung]

Therapeutin: Sie befürchten, dass das Anwenden von Schlucktechniken beim Essen mit anderen sehr auffällig ist, möchten aber gerne zu Hause allein Übungen zur Wiederherstellung Ihrer Schluckfunktionen durchführen und weiterhin die Nahrungsmittel vermeiden, bei denen Sie Schwierigkeiten bemerken. [aktives Zuhören, Zusammenfassung]

Patient: Ja, ich denke das wäre gut.

Therapeutin: Was denken Sie, würde passieren, wenn Sie nichts bezüglich Ihres Schluckens unternehmen würden? [offene Frage, Hervorrufen von Change-Talk]

Patient: Nun ja, im Prinzip verschlucke ich mich selten, da ich weiß, welche Nahrungsmittel ich vermeiden sollte. Ich habe aber Angst, dass das im Laufe der Zeit vielleicht immer mehr Nahrungsmittel werden, wenn ich nichts dagegen tue. Und dann würde mir der Verzicht schon schwer fallen, wenn ich zum Beispiel nur noch Suppen oder so essen könnte. [Nachteile des Status quo]

Therapeutin: Sie befürchten, dass es sonst noch schlimmer wird? [Aktives Zuhören]

Patient: Ja, das kann ja gut sein. Mein Laufen wir ja auch immer schlechter. Wenn die Krankheit schlimmer wird, wird irgendwann bestimmt auch das Schlucken schlechter, und ich möchte gern so lang wie möglich fast alles essen können, was ich möchte. [Nachteile des Status quo/Wunsch]

Therapeutin: Sie möchten einer Verschlechterung vorbeugen. [Aktives Zuhören] Was spricht dabei aus Ihrer Sicht für die wiederherstellenden Übungen? [offene Frage, Hervorrufen von Change-Talk]

Patient: Ich kann diese alleine zu Hause durchführen und muss während des Essens nicht ständig an irgendwelche anderen Sachen denken. [Vorteile einer Verhaltensänderung]

### Change-Talk hervorrufen

Therapeutin: Wie verabredet werde ich Ihnen heute einige Übungen zeigen, mit denen Sie einer weiteren Verschlechterung Ihres Schluckens vorbeugen können. Vorher möchte ich mit Ihnen aber gern über die Umsetzung der Übungen in Ihrem Alltag sprechen, sind Sie damit einverstanden?

Patient: Na klar.

Therapeutin: Was wünschen Sie sich denn für die Zukunft, bezogen auf Ihr Schlucken? [offene Frage, Hervorrufen von Change-Talk]

Patient: Ich möchte nicht mehr husten müssen beim Essen, ohne dass ich auf zusätzliche Lebensmittel verzichten muss. [Wunsch]

Therapeutin: Sie verzichten bereits auf einige Lebensmittel. Die Nahrung, die Sie zurzeit essen, möchten Sie aber weiterhin ohne Husten essen können. [aktives Zuhören]

Patient: Ganz genau. Nur mit Suppe, das wäre ja auch kein Leben mehr. [Wunsch]

Therapeutin: Was brauchen Sie, damit es Ihnen gelingt, die Übungen, die ich Ihnen hierzu zeigen werde, regelmäßig durchzuführen? [Hervorrufen von Change-Talk]

Patient: Es wäre toll, wenn Sie mir die Übungen auch aufschreiben könnten, damit ich nochmal nachlesen kann, wenn ich etwas vergessen sollte. [Fähigkeit]

Therapeutin: Ich kann Ihnen gerne Übungsblätter mit Anleitungen und Abbildungen kopieren, die wir auch hier in der Behand-

lung anwenden werden. Wann könnten Sie die Übungen durchführen? [Hervorrufen von Change-Talk]

Patient: Ich bin ja den ganzen Tag zu Hause, das kann ich dann irgendwann zwischendurch machen. [Fähigkeit/Selbstverpflichtung]

Therapeutin: Sie haben genug Zeit, die Übungen durchzuführen, das ist klasse. Anderen Patienten gelingt es gut, Übungen regelmäßig durchzuführen, wenn Sie dafür eine feste Zeit im Tagesablauf einplanen. Wann wäre für Sie eine gute Zeit, Übungen durchzuführen? [Hervorrufen von Change-Talk]

Patient: Nach dem Essen bin ich meist sehr müde. Vielleicht am besten nachmittags. [Fähigkeit]

Therapeutin: Erzählen Sie mir doch mal von einem typischen Nachmittag.

Patient: Nach dem Mittagessen lege ich mich immer hin, für so ca. eine Stunde. Wenn ich dann wieder wach bin, löse ich Kreuzworträtsel oder ich gehe mit meiner Frau spazieren. Zum Kaffee kommen manchmal die Kinder vorbei oder meine Frau holt uns einen Kuchen beim Bäcker. Wenn wir alleine sind, schauen wir danach oft fern.

Therapeutin: Wann würde es da für Sie gut passen, die Übungen durchzuführen? [Hervorrufen von Change-Talk]

Patient: Ich denke am besten, wenn ich noch mit meiner Frau alleine bin, vielleicht kurz nach dem Mittagsschlaf. [Fähigkeit]

Therapeutin: Sie könnten die Übungen regelmäßig nach dem Mittagsschlaf durchführen. Dann haben Sie eine Routine und müssen nicht befürchten, die Übungen zu vergessen. [Zusammenfassung]

Patient: Ja, das kann ich machen. Meine Frau wird mich auch daran erinnern, die hat ein besseres Gedächtnis als ich. [Fähigkeit]

Therapeutin: Ihre Frau wird Sie darin unterstützen, an die Durchführung der Übungen zu denken. [aktives Zuhören] Wo werden Sie die Übungen durchführen? [Hervorrufen von Change-Talk]

Patient: In der Küche, wo ich auch meine Kreuzworträtsel liegen habe. Ich möchte nicht, dass meine Frau mir dabei zuschaut und sie ist zu der Zeit meistens im Wohnzimmer oder arbeitet im Garten. [Fähigkeit]

Therapeutin: Sie möchten die Übungen in der Küche durchführen, da Sie sich dort ungestört fühlen. [Aktives Zuhören]

Patient: Ja, dann lege ich da auch die Übungszettel hin, die erinnern mich nochmal an die Übungen. [Selbstverpflichtung]

Therapeutin: Durch die Übungszettel werden Sie in der Küche an die Durchführung der Übungen erinnert, eine gute Idee. [Wahrnehmung und Bestätigung] Hier habe ich Ihnen eine Skala von 0-10 mitgebracht. 0 bedeutet

„sehr unwichtig“ und 10 „sehr wichtig“. Wie wichtig ist es Ihnen, die Übungen regelmäßig durchzuführen? [Hervorrufen von Change-Talk]

Patient: [zeigt auf die 6] [Notwendigkeit/Bedürfnis]

Therapeutin: Mhm, Sie sind bei der 6, es ist Ihnen also eher wichtig, die Übungen durchzuführen. Warum sind Sie bei 6, und nicht bei 0? [offene Frage, Hervorrufen von Change-Talk]

Patient: Naja, ich will ja auch, dass das Schlucken nicht schlimmer wird. Und wenn ich die Übungen nicht regelmäßig mache, helfen sie bestimmt nicht so gut. [Grund]

Therapeutin: Es ist Ihnen wichtig, die Übungen regelmäßig durchzuführen, damit sich das Schlucken auch wirklich nicht verschlechtert. Sie möchten vor allem nicht, dass Sie auf weitere Lebensmittel verzichten müssen. Sie würden die Übungen zukünftig nach dem Mittagsschlaf in der Küche durchführen. Erinnert werden Sie daran von ihrer Frau und durch die Übungszettel, die Sie dort bereit legen. [Zusammenfassung] Habe ich etwas vergessen?

Patient: Nein. Aber was soll ich denn jetzt für Übungen machen?

Die Therapeutin leitet verschiedene Übungen an und erstellt gemeinsam mit dem Patienten einen Übungsplan für die kommende Woche.

Therapeutin: Was werden Sie jetzt machen, Herr Müller? [offene Frage, Hervorrufen von Change-Talk]

Patient: Ich will die Übungen gleich heute Nachmittag noch einmal machen und lege die Zettel danach zu meinen Kreuzworträtselheften. [Selbstverpflichtung]

Therapeutin: Sie fangen direkt damit an, sehr gut! [Wahrnehmung und Bestätigung]

Wie können Sie Ihre Frau mit einbinden, damit sie Ihnen hilft, an die Übungen zu denken? [Hervorrufen von Change-Talk]

Patient: Ich erzähle ihr von der Therapie und den Übungen. Dann erinnert Sie mich morgen bestimmt. [Selbstverpflichtung]

Therapeutin: Okay, Herr Müller. Ich bin gespannt, was Sie in der nächsten Woche über die Durchführung der Übungen berichten!

Zu Beginn der nächsten Therapieeinheit wird das Gelingen der Durchführung der Übungen reflektiert. [Schritte einleiten]

## Diskussion

Für ethische Fragen in der Medizin ist gewöhnlich der Wille bzw. der mutmaßliche Wille einer Person entsprechend ihrer Selbstbestimmung bzw. Autonomie entscheidend (Hick 2007). Vor allem wenn es Unterschiede zwischen der Intention des Betroffenen und oder Behandelnden gibt, können die ethischen Prinzipien Wohlwollen und Autonomie in Konflikt geraten.

So kann es z.B. sein, dass ein Therapeut einen Menschen mit Dysphagie durch MI für eine Dysphagietherapie motivieren möchte. Der Betroffene setzt aber für seine noch verbleibende Lebenszeit andere Prioritäten. Die Autoren des MI weisen hierzu darauf hin, dass eine Verhaltensänderung nur im Einklang mit den Zielen und Werten einer betroffenen Person möglich sei und MI bei Verletzung der Autonomie des Patienten nicht funktionieren könne.

MI sollte dennoch nicht angewandt werden, wenn

- die Intention des Patienten nicht mit der therapeutischen Meinung darüber, was zum Wohl der Person führt, übereinstimmt;
- der Therapeut einen persönlichen Gewinn davon hat, welche Entscheidung der Betroffene trifft.

So gilt es stets, die eigenen und die Interessen des Patienten zu reflektieren und bei der Anwendung von MI zu berücksichtigen.

Einschränkungen in der Anwendbarkeit des MI bei Patienten ergeben sich auch bei kognitiven Defiziten der Betroffenen. Wenn Personen auch mit Anleitung nicht in der Lage sind, über ihre eigene Situation zu reflek-

tieren und entsprechende Entscheidungen zu treffen, ist eine Anwendung von MI vermutlich nicht effektiv. Weiterhin schränken sprachliche Beeinträchtigungen die Fähigkeit zur Teilnahme an MI ein. In diesem Fall sollten die Prioritäten des Patienten auf anderem Wege erfragt und in der Behandlungsplanung berücksichtigt werden.

In der logopädischen Behandlung neurologischer Störungen erscheint die Anwendung des MI deshalb vor allem bei der Behandlung von Dysphagien und Dysarthrien und nur bei leichten Formen von Aphasien und Sprechpraxien praktikabel. Besonders aussichtsreich könnte die Ergänzung der Therapie um Elemente des MI bei denjenigen Patienten sein, die sich noch nicht hundertprozentig für eine Therapie entschieden haben.

Es stellt sich weiterhin die Frage, zu welchem Zeitpunkt MI in der logopädischen Therapie zum Einsatz kommen sollte. Ob ein Patient schon bereit für eine Verhaltensänderung im Rahmen einer logopädischen Therapie ist, lässt sich durch MI herausfinden. Äußerungen zur Selbstverpflichtung sind hierbei ein entscheidender Hinweis, dass eine ausreichend hohe Motivation besteht. Äußerungen, die auf eine bestehende Ambivalenz hinweisen, zeigen dagegen einen Bedarf an weiterführendem MI (Miller & Rollnick 2004). Elemente des MI können daher besonders zu Beginn der Behandlung bei allen Patienten angewendet werden.

## LITERATUR

- Burke, B.L., Arkowitz, H. & Menchola, M. (2003). The efficacy of motivational interviewing: a meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 71 (5), 843-861
- Dacey, M. & Newcomer, A. (2005). A client-centered counseling approach for motivating older adults towards physical activity. *Topics in Geriatric Rehabilitation* 21, 194-205
- Festinger, L. (1995). *Theorie der kognitiven Dissonanz*. Bern: Huber.
- Grindley, E. & Zizy, J. (2005). Using a multidimensional approach to predict motivation and adherence to rehabilitation in older adults. *Topics in Geriatric Rehabilitation* 21, 182-193
- Hick, C. (2007). *Klinische Ethik*. Heidelberg: Springer
- Miller, W. & Rollnick, S. (2004). *Motivierende Gesprächsführung*. Freiburg: Lambertus
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press
- Rheinberg, F. & Vollmeyer, R. (2011). *Motivation; Grundriss der Psychologie, Band 6*. Stuttgart: Kohlhammer/Urban
- Rogers, C. (1985). *Die nicht direktive Beratung*. Frankfurt: Fischer
- Rollnick, S., Miller, W. & Butler C. (2008). *Motivierende Gesprächsführung in den Heilberufen. Core-Skills für Helfer*. Lichtenau: Probst
- Rosengren, D. (2012). *Arbeitsbuch Motivierende Gesprächsführung*. Lichtenau: Probst

DOI dieses Beitrags ([www.doi.org](http://www.doi.org))  
10.2443/skv-s-2015-53020150303

### Korrespondenzschrift

Laura Paarz  
Studiengänge für Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie  
HAWK Hochschule Hildesheim/Holzwinden/Göttingen  
Goschentor 1  
31134 Hildesheim  
laura.paarz@gmail.com

### SUMMARY. Motivational interviewing in the therapy of dysphagia

Motivational Interviewing (MI) is a communication technique, which can be used to enhance intrinsic motivation in speech and language therapy. The key aspect of MI is to solve ambivalence concerning changes of behavior through "change-talk". The concept of MI is presented and a guideline for application of MI in speech and language therapy/pathology is developed for the therapy of dysphagia. The practicability is discussed using a case example.

KEYWORDS: Motivational interviewing – intrinsic motivation – conversation techniques – shared decision making – dysphagia, speech language therapy/pathology

Speziell für Logopäden

Individuelle, günstige Lösungen in allen Versicherungsbereichen für Sie!

**mosaik** GmbH

Tel.: 0 21 71 / 3 99 2 30 · Fax: 0 21 71 / 4 34 34  
kontakt@mosaik-gmbh.de · [www.mosaik-gmbh.de](http://www.mosaik-gmbh.de)

unabhängige Finanz- und  
Versicherungsberatung für  
LogopädInnen seit 1996