



# Beziehung und Motivation

## Inhaltsverzeichnis

- 2.1 Therapeutische Grundhaltung (T-Reflexion) – 8**
  - 2.1.1 Grundhaltung – 8
  - 2.1.2 Balance zwischen Einfühlung und Klassifikation – 8
  - 2.1.3 Psychotherapeut\*in als freier Beruf – 8
- 2.2 Die therapeutische Beziehung – 8**
  - 2.2.1 Wirkfaktor Beziehung – 9
- 2.3 Fallen in der Therapiebeziehung – 11**
- 2.4 Widerstand ergründen und bearbeiten – 11**
  - 2.4.1 Definitionen von Widerstand – 11
  - 2.4.2 Erscheinungsformen von Widerstand – 11
  - 2.4.3 Quellen von Widerstand – 12
  - 2.4.4 Umgang mit Widerstand – 13
- 2.5 Überblick Therapiemotivation – 14**
  - 2.5.1 Möglichkeiten, Therapiemotivation zu erhalten/aufzubauen – 14
- 2.6 Motivation zur Psychotherapie – 14**
  - 2.6.1 Barrieren, zur Psychotherapie zu gehen, verringern sich – 14
  - 2.6.2 Therapiemotivation unter der Lupe – 15
  - 2.6.3 Grundhaltung der Therapeut\*innen – 16
  - 2.6.4 Stufen der Motivationsausprägung nach Prochaska und DiClemente – 16
  - 2.6.5 Die 5 kognitiven Techniken der Motivationsarbeit (BSVT-Version) – 18
  - 2.6.6 Die 5 behavioralen Techniken der Motivationsarbeit (BSVT-Version) – 19
- Literatur – 20**

## 2.1 Therapeutische Grundhaltung (T-Reflexion)

### 2.1.1 Grundhaltung

Für Therapeut\*innen ist es wichtig, sich immer wieder die psychotherapeutische Grundhaltung zu vergegenwärtigen (vgl. auch Streb, 2009; Wurl, 2007). Dies ist vor dem Hintergrund relevant, dass Patient\*innen in der Gesellschaft sonst nicht erwarten können, dass man sich so **intensiv auf sie einstellt** und sich so intensiv für das Für und Wider ihres Erlebens interessiert. Auf der anderen Seite hat der psychotherapeutische Beruf natürlich **Aspekte des ärztlichen Berufes und der Heilkunde im Allgemeinen**. Patient\*innen kommen mit einem Problem oder einer Erkrankung zu uns. Sie wollen wissen, „was mit ihnen los ist“. Sie verlangen also nach einer Diagnose und einer Einschätzung, „wie schlimm es ist“. Natürlich haben sie vorrangig den Wunsch nach (rascher) Heilung und wollen wissen: „Was kann man tun, geht das wieder weg?“

Die psychotherapeutische Grundhaltung: *„Ich biete einen **geschützten Raum** durch strenge Schweigepflicht und ein strenges Abstinenzgebot (keine privaten, sexuellen oder wirtschaftlichen Beziehungen zu Patient\*innen, Zurückstellung eigener Meinungen, Wertungen und Orientierungen im Sinne einer therapeutischen Neutralität). In diesem können Patient\*innen ihre Nöte, Sorgen, Verletzungen vielleicht erstmalig aussprechen und mitteilen. Ich ‚sehe‘ die Patient\*innen (‚nicht gesehen werden‘ und ‚nicht wirklich wichtig zu sein‘ ist eine häufige Erfahrung in der Kindheit von Patient\*innen), ich versuche sie und ihre Lebenswelt erst mal ohne Wertungen zu verstehen. Wie fühlen die Patient\*innen und warum? Als Therapeut\*in bin eine **gesellschaftliche Institution (s. unten) der Hilfe und des Trostes** und für viele Menschen auch eine letzte Hoffnung, dass sie ihr Leben in eine gute und zufriedenstellendere Richtung lenken können.“*

Therapeut\*innen stehen zwangsläufig immer ein bisschen „draußen“, außerhalb der Gesellschaft, da Scheitern, Versagen, Ungenügen, Ängste, Unkonventionelles, Normverletzendes, Beschämendes und Beschädigtes in einer Therapie offen thematisiert werden können, ohne dass man – wie meist sonst in der Gesellschaft – negativ bewertet oder gar verurteilt oder bestraft wird. Das alles schwingt als **Hintergrund und Kontext** mit, wenn wir als Therapeut\*innen den Patient\*innen im therapeutischen oder diagnostischen Kontakt begegnen.

### 2.1.2 Balance zwischen Einfühlung und Klassifikation

Es ist wichtig, dass sich die psychotherapeutische Grundhaltung flexibel zwischen den Polen (**solidarische Einfühlung und (objektivierende) Klassifikation**) bewegt. Einführendes Verstehen bedeutet Erkundung der jeweils individuellen Lebenswirklichkeit, Begleiten der Patient\*innen mit ihren Beschämungen und Bedürfnissen. Andererseits geht es um Feststellung von krankheitswertigen Störungen, Zuordnung einer solchen Störung zu einer diagnostischen Kategorie und Ermittlung möglicher Ursachen sowie dem Entwurf von Behandlungsplänen. All das Klassifikatorische ist zwingend notwendig, wenn es um Bezahlung einer Therapie durch die Krankenkassen geht. Denn nur eine festgestellte und behandlungsbedürftige Erkrankung begründet einen Leistungsanspruch der Solidargemeinschaft der Versicherten (§ 1 und § 27 der Psychotherapie-Richtlinie des G-BA). Daher ist Psychotherapie approbierten Heilkundler\*innen (Psycholog\*innen und Ärzt\*innen) vorbehalten und wird als Behandlung von krankheitswertigen Störungen deutlich von psychologischer oder psychosozialer Beratung unterschieden.

### 2.1.3 Psychotherapeut\*in als freier Beruf

Darüber hinaus gehören Psychotherapeut\*innen auch zu den „**freien Berufen**“. Diese ist im deutschen Rechtssystem eine besondere Kategorie von Berufen. Diese „Berufe haben im Allgemeinen auf der Grundlage besonderer beruflicher Qualifikation oder schöpferischer Begabung die persönliche, eigenverantwortliche und fachlich unabhängige Erbringung von Dienstleistungen höherer Art im Interesse der Auftraggeber und der Allgemeinheit zum Inhalt“ (PartGG, § 1). Freie Berufe dürfen sich verkammern, führen die Berufsaufsicht über sich selbst in Form von Kammern und dürfen steuerbegünstigte Versorgungswerke gründen.

## 2.2 Die therapeutische Beziehung

*Sonja von Usslar und Gerhard Zarbock*

» „Es ist die Beziehung, die heilt.“ (C. Rogers)

### 2.2.1 Wirkfaktor Beziehung

Die therapeutische Beziehung (TB) kann man unter verschiedenen Gesichtspunkten konzeptualisieren. In der **BSVT** nutzen wir folgende Überlegungen, die die zentrale Stellung der Grundbedürfnisse bei der Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen berücksichtigen.

Die TB gilt als **wichtigster Wirkfaktor** für den Therapieerfolg. Dies erscheint plausibel, da psychische Probleme meist im Kontext zwischenmenschlicher Interaktion entstanden sind und aufrechterhalten werden. Die TB bietet die Möglichkeit korrekativer Neuerfahrung (z. B. „endlich gesehen, verstanden, unterstützt zu werden“) und der Umstrukturierung von Beziehungsmustern der Patient\*innen zu sich selbst und zu anderen. Die TB hat nicht nur einen **direkten Einfluss** auf den Therapieerfolg, sondern beeinflusst als **Mediator** weitere Faktoren (z. B. Kooperations- und Arbeitsprozesse), die wiederum in hohem Maße den Therapieerfolg vorhersagen (Sachse, 2006). Sie bildet eine Voraussetzung dafür, dass sich die Patient\*innen öffnen, kooperativ mit den Therapeut\*innen zusammenarbeiten und aktiv Veränderungsprozesse eingehen können.

#### ■ Beobachtungskriterien für eine positive Therapiebeziehung

##### 1. Offenheit/Vertrauen

- „Ich habe noch keinem davon erzählt ...“, „Ich schäme mich sehr, aber Sie müssen es ja wissen, um mich richtig zu verstehen.“
- Patient\*innen erzählen über Themen, die eher tabuisiert sind (Sexualität, Kinder schlagen ...).
- Patient\*innen zeigen vertrauliche Informationsquellen (Tagebuch, persönliche Briefe ...).

##### 2. Spannungsreduktion

- „So, jetzt bin ich es los; jetzt geht es mir viel besser!“
- Nonverbale Kriterien, die auf hinreichende Spannungsreduktion schließen lassen (z. B. lockere Sitzposition, entspannte Atmung ...).

##### 3. Kooperation mit der speziellen Person des/der Therapeut\*in

- „Endlich jemand, der mich versteht.“
- „Für mich war es wichtig, einen älteren (jüngeren/weiblichen/...) Therapeuten zu finden.“
- „Sie sind mir empfohlen worden.“, „Ich habe erfahren, dass Sie für ... Spezialist sind.“

#### ■ Kernelemente der Beziehungsgestaltung

Beziehung wird nicht einmal hergestellt und funktioniert dann problemlos, sondern muss von Therapeut\*innen immer wieder von Neuem aktiv gestaltet werden. Beziehungsgestaltung ist somit eine **kontinuierliche Auf-**

**gabe** im Therapieprozess, die mit dem ersten Kontakt beginnt und erst mit der letzten Stunde endet (Sachse, 2006).

Beziehung ist immer beidseitig und wird maßgeblich durch das jeweils **individuelle Beziehungsverhalten** von Patient\*innen und Therapeut\*innen geprägt. Therapeut\*innen sollten eigene Beziehungsmuster kennen und regulieren können, um ihr Beziehungsangebot an die jeweiligen Patient\*innen anpassen zu können.

Voraussetzung für eine positive Beziehungsgestaltung seitens der Therapeut\*innen sind die sog. **Basiskompetenzen**: bedingungslose Wertschätzung, Empathie und Echtheit (vgl. Rogers, 1981). Therapeut\*innen sollten warmherzig und kooperativ auftreten und den Patient\*innen auf Augenhöhe begegnen. Gelegentlich kann es auch erforderlich sein, sich freundlich-dominant (direktiv, extrovertiert, selbstbewusst) oder freundlich-unterwürfig (rücksichtsvoll, einschmeichelnd, fehlbar) zu verhalten (vgl. Interaktioneller Zirkel nach Kiesler et al., 1976). Lob und der Blick auf die Ressourcen der Patient\*innen sind zudem zentral für die Förderung einer positiven TB.

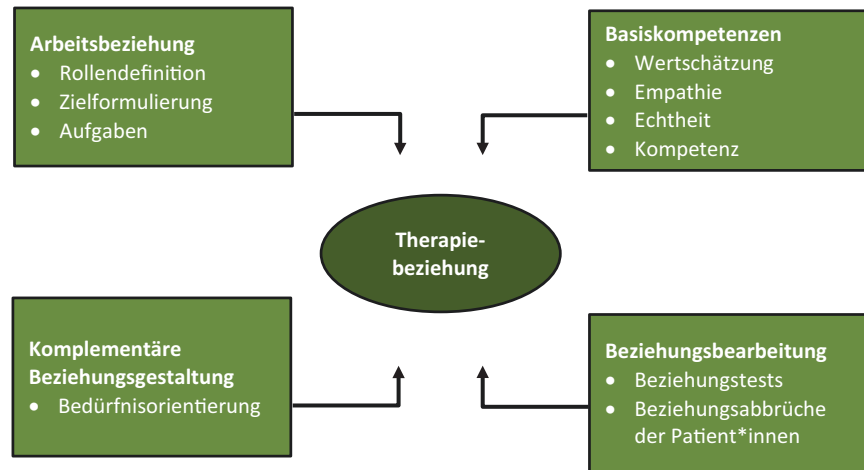
Im Zuge des Beziehungsaufbaus „testen“ Patient\*innen häufig ihre (maladaptiven) Beziehungsmuster und -erwartungen an Therapeut\*innen. Bekannte Beispiele sind nach Weiss und Sampson (1986) der sog. „Übertragungstest“ (Patient\*innen veranlassen Therapeut\*innen sie so zu behandeln, wie sie früher behandelt wurden) und der Täter-Opfer-Test (Patient\*innen behandeln Therapeut\*innen so, wie sie früher behandelt wurden). Therapeut\*innen „bestehen“ den Test, wenn sie sich nicht so verhalten, wie es negativ prägende Beziehungspartner\*innen getan haben. Das heißt, sie entkräftigen die Befürchtungen der Patient\*innen bzw. ermöglichen korrektive Beziehungserfahrungen.

Entscheidend ist, dass Therapeut\*innen den Patient\*innen vermitteln, dass sie ihre wichtigsten (bewussten und unbewussten) Bedürfnisse wahrnehmen. Sie verhalten sich **komplementär** zu ihren primären Motiven, Plänen und Bedürfnissen.

Des Weiteren spielt der Grad der **Übereinstimmung von Patient\*innen und Therapeut\*innen** bezüglich Vorgehen, Rollen und Aufgaben und Therapiezielen eine wichtige Rolle (vgl. therapeutische Allianz nach Bordin, 1979). Vor diesem Hintergrund sind eine hohe Transparenz und Flexibilität im therapeutischen Prozess wichtig. Einen besonderen Stellenwert nimmt dabei die Vermittlung eines glaubwürdigen Erklärungsmodells für die Störung und die Interventionen ein (Margraf, 2009).

Znoj (2014) hat in seinem Vortrag an der Universität Bern die oben beschriebenen zentralen Aspekte der Beziehungsgestaltung als 4 Kernelemente bezeichnet und in einem Schaubild zusammengefasst (■ Abb. 2.1).

■ **Abb. 2.1** Variablen der therapeutischen Beziehung nach Znoj



### ■ Einsatz komplementärer Beziehungsgestaltung

Das Konzept der **komplementären Beziehungsgestaltung** oder auch motiv- oder bedürfnisorientierte Beziehungsgestaltung wurde von der Berner Arbeitsgruppe um Grawe entwickelt (Caspar, 1996; Caspar & Grawe, 1982). Im Fokus stehen interaktionelle Pläne, Motive und Bedürfnisse von Patienten\*innen, die in ihrer Lebensgeschichte verletzt wurden und dadurch dauerhaft hochreguliert sind (vgl. Schnell, 2014).

Die Therapeut\*innen analysieren die hinter einem (Beziehungs-)Verhalten stehenden Motive und Bedürfnisse der Patient\*innen und reagieren gezielt auf diese.

» „Effektive Therapeuten zeichnen sich dadurch aus, dass sie spezifische Methoden anwenden, tragfähige Beziehungen anbieten und sowohl unterschiedliche Methoden als auch Beziehungsangebote differenziert an der individuellen Person und am jeweiligen Rahmen ausrichten.“ (Norcross, 2002)

Wurde der/die Patient\*in z. B. im Autonomiebedürfnis frustriert, sollte der/die Therapeut\*in sich transparent, wenig direktiv verhalten und auf Interventionen zurückgreifen, die dem/der Patient\*in viel Kontrolle und Eigenaktivität ermöglichen (z. B. geleitetes Entdecken). Wurde hingegen das Selbstwertbedürfnis frustriert, ist es entscheidend, dem/der Patient\*in selbstwertförderliche Erfahrungen zu ermöglichen (z. B. Erfolgserlebnisse schaffen, viel Loben, Stärken explorieren).

**Hilfreiche Fragen** zur komplementären Beziehungsgestaltung sind:

- Welche Gefühle und Fantasien löst der/die Patient\*in bei mir aus?
- Wozu will er/sie mich bringen?
- Wie würde ich ihn/sie auf keinen Fall behandeln (z. B. kritisieren, zurückweisen ...)?

- Was ist vermutlich seine/ihre größte interpersonelle Angst (im Sinne der Wiederholung frustrierender oder traumatischer Erfahrungen)?
- Welche Wünsche könnten hinter dem spezifischen (provozierenden, misstrauischen, unterwürfigen, charmanten ...) Verhalten stehen?

**Dysfunktionale Beziehungsmuster** seitens der/des Patient\*in sind meist im Rahmen kindlicher Regulationsversuche (Überlebensstrategien zur Herstellung von Bindung, Autonomie, Selbstwert oder Identität) entstanden. Sie wirken im Erwachsenenalter oft unangemessen oder führen dazu, dass sich Interaktionspartner unter Druck gesetzt bzw. manipuliert fühlen und sich der Kontakt langfristig auflöst. Sie sollten daher möglichst bearbeitet bzw. verändert werden. Hierzu bieten sich z. B. Überlegungen aus der Schematherapie an. Im sog. Modusmodell (s. „**Arbeit mit Persönlichkeitszuständen**“) können vermeidende, überkompensierende oder auch unterwürfige Interaktionsformen gut konzeptualisiert werden. Diese Bewältigungsmodi sind Ausdruck kindlicher Mangel- und Verletzungserfahrungen. Wenn es gelingt, hinter den dysfunktionalen Bewältigungsmodi die eigentlichen Bedürfnisse erkennbar zu machen, können diese im Therapieprozess erkannt und befriedigt werden (Jacob & Arntz, 2011). In der Folge davon schwächt sich dann das maladaptive Interaktionsverhalten ab.

Einen einfachen Zugang zu Interaktionsproblemen bietet auch die Technik der sozialen Interaktionsanalyse (s. „**Soziale Interaktionsanalyse (SIA)**“ [Abb. 7.12, P-AB]). Mit der SIA können Therapeut\*innen gemeinsam mit den Patient\*innen untersuchen, welche Grundbedürfnisse in einer Interaktionssituation aktiviert sind, was Patient\*innen sich eigentlich wünschen und erhoffen und wie sie sich aber – aus Selbstschutzgründen – dann maladaptiv verhalten.

### 2.3 Fallen in der Therapiebeziehung

Unter Verwendung einer Idee von Martin Bohus

#### ■ Empathiefälle

Nicht immer ist Empathie in der Therapie angezeigt und zielführend. Zum Beispiel berichtet ein Patient gewalttätiges Verhalten gegenüber der Partnerin oder Dritten. Der/die Therapeut\*in schweigt, um nicht zu verletzen, oder auch, da er/sie die inneren Beweggründe des Patienten nachvollzieht. Dadurch wird dysfunktionales/pathologisches Verhalten (Impulskontrollverlust und Gewaltexzess) verstärkt. Angezeigt wäre klare Grenzsetzung mit Aufweis der sozialen Regel- und Normverletzung.

#### ■ Schamfälle

Eine zu nahe und „persönliche“ Beziehung kann bei Patient\*innen Scham auslösen, wenn sie den Therapeut\*innen gegenüber beschämende, erniedrigende oder intime Erlebnisse beschreiben sollen (z. B. demütigende Vergewaltigungserfahrungen, sexuelle Fantasien ...). Dies gelingt einfacher, wenn die Beziehung „neutraler“ und professioneller ist.

#### ■ Reziproke Beziehungsfälle

Patient\*in und Therapeut\*in beginnen sich in der Beziehung zu wohl zu fühlen und ein hohes Ausmaß an sozialer Verstärkung zu erleben. Die Beziehung wird im Verlauf der Therapie immer persönlicher und immer weniger zielorientiert. Dies erschwert die Beendigung der Therapie. Es droht „unendliche Therapie“ mit der therapeutischen Beziehung als Selbstzweck.

#### ■ Generalisierungsfälle

Wenn interpersonelle Probleme nur anhand der therapeutischen Beziehung bearbeitet werden, geht die Bereichsspezifität der Probleme unter. Soziale wie interpersonelle Kompetenzen, Defizite und Konflikte sind oft bereichsspezifisch (in der Liebesbeziehung, zu den eigenen Eltern, zu den eigenen Geschwistern, überhaupt in der eigenen Familie, in der Herkunftsfamilie, unter Kolleg\*innen, mit Peers). In hierarchischen Beziehungen kann es durchaus sehr unterschiedliche Prozesse geben. Daher ist die Analyse sozialer Beziehungen (Kompetenzen, Defizite und Konflikte) immer bereichsspezifisch vorzunehmen.

#### ■ Abseits der Fallen: Setting und Beziehung

Neben der Beziehung und der Motivation stellt das therapeutische Setting ebenfalls eine über den gesamten Therapieverlauf hinweg zu monitorende Variable dar. Das Setting kann ambulant oder stationär oder teilstationär sein. Therapie kann im Einzelkontakt, in der

Gruppe oder in Kombination erfolgen. Termine können als 10-minütige Einheiten, halbstündig, einstündig, mehrstündig, ein- oder mehrmals die Woche, zweiwöchentlich oder gar monatlich stattfinden. Durch die gezielte Gestaltung des Settings haben Psychotherapeut\*innen viele Möglichkeiten, auf ggf. auftretende Krisen zu reagieren. Settingveränderungen hinsichtlich der Zeitstruktur können aber auch eine Antwort auf Motivationsmängel, momentane Überlastungen der Patient\*innen durch Lebensanforderungen sein oder aber die Therapiebeendigung (Selbstregulationsphase) vorbereiten.

## 2.4 Widerstand ergründen und bearbeiten

### 2.4.1 Definitionen von Widerstand

Widerstand bezeichnet alle Verhaltensweisen und Einstellungen der Patient\*innen, die sich bewusst oder unbewusst gegen den Therapiefortschritt stellen. In der psychoanalytischen Theorie, die diesen Begriff geprägt hat, richtete sich Widerstand vornehmlich gegen das Bewusstsein verdrängter Wünsche aus dem Es oder verdrängter Schuldgefühle aus dem Über-Ich. In der klient\*innenzentrierten Gesprächspsychotherapie wird Widerstand als Vermeiden von bestimmten Inhalten und insbesondere Emotionen aufgefasst. In der frühen Verhaltenstherapie wurde Widerstand als „Gegenkontrolle“ gegen strukturierte Interventionen beschrieben. Später wurde auch das Phänomen des beziehungsbedingten Widerstandes anerkannt (Margraf, 2009).

Widerstand kann darüber hinaus als Manifestation von mangelnder Motivation oder Motivierbarkeit der Patient\*innen angesehen werden (vgl. Zarbock 2014). Anregungen zu Veränderungsmotivation sowie ihrer Förderung finden sich in „Motivation zur Psychotherapie“.

### 2.4.2 Erscheinungsformen von Widerstand

Widerstand zeigt sich auf sehr individuelle und vielfältige Weise. Typische Erscheinungsformen sind:

- häufiges Versäumen von Terminen ohne (plausible) Absage,
- häufiges Zuspätkommen,
- Vergessen von Vereinbarungen oder wichtigen Unterlagen,
- Nichterledigen von Therapieaufgaben,
- Vermeidung der Mitteilung persönlicher Informationen,

- häufiges Schweigen,
- verschlossene oder angespannte Körperhaltung und Mimik, kein Blickkontakt halten,
- Bagatellisieren von Problemen/Symptomen,
- Smalltalk, belangloses Reden oder Gebrauch von Klischees, um Selbstoffenbarung und emotionale Beteiligung zu vermeiden,
- „Türpfosten-Bemerkungen“, d. h. wichtige Themen werden erst am Sitzungsende zwischen Tür und Angel angesprochen,
- auffällige Bezugnahme auf Meinungen oder Vorgehensweisen vorheriger Therapeut\*innen oder ärztlicher Mitbehandler\*innen,
- sich aggressiv oder abwertend verhalten,
- Beziehungstests.

### 2.4.3 Quellen von Widerstand

Für Therapeut\*innen ist es wichtig, Widerstand (bzw. fehlende Kooperation, Adhärenz, ehemals Compliance) nicht einfach hinzunehmen und zu interpretieren („Sie will sich gar nicht ändern. Sie hat zu viel Krankheitsgewinn.“), sondern deren Ursprung sorgfältig zu ergründen. Die Widerstandsanalyse ist eine wichtige Informationsquelle über Patient\*innen und den therapeutischen Prozess. Nach Caspar (1982) können Widerstandsphänomene **3 Quellen** zugeordnet werden:

#### ■ 1. Widerstand gegen Therapieziele

Wenn die Therapieziele von Patient\*innen und Therapeut\*innen nicht übereinstimmen, ziehen beide an unterschiedlichen Strängen, und Widerstand ist vorprogrammiert. Dies kann leicht geschehen, wenn die Therapieziele der Patient\*innen nicht explizit erfasst wurden. Ferner kann es sein, dass Therapeut\*innen und Patient\*innen unterschiedliche Vorstellungen davon haben, was sich verändern sollte (z. B. der/die Patient\*in will den Appetit besser unterdrücken können, um Gewicht zu verlieren, vs. der/die Therapeut\*in will, dass der/die Patient\*in regelmäßig isst und zunimmt). Widerstand kann zudem entstehen, wenn Ziele bearbeitet werden müssen, die für Patient\*innen konflikthaft sind, d. h. wenn Ambivalenz vorliegt. Viele Patient\*innen befinden sich hinsichtlich ihrer Therapieziele in einem Annäherung-Vermeidungs-Konflikt, da die Beschwerden in der Regel nicht nur Leidensdruck, sondern auch Krankheitsgewinne mit sich bringen, die eine Teillösung für ein Problem bieten oder zumindest bekanntes Terrain darstellen. Veränderungen im Rahmen der Psychotherapie sind hingegen oft mit Anstrengung verbunden, ihr Ergebnis ist ungewiss und unbekannt und kann Angst auslösen. Kurzfristig kann für Patient\*innen somit der Nutzen des Status quo die Kosten der Veränderung überwiegen.

#### ■ 2. Widerstand gegen Beeinflussung an sich

Entsteht bei Patient\*innen das Gefühl, dass sie dominiert oder eingegrenzt werden, kommt es zu einer Gegenbewegung in Richtung der Wiederherstellung eigener Freiheitsspielräume. Dieses Phänomen wird als **Reaktanz** bezeichnet (vgl. Brehm 1966) und basiert auf dem menschlichen Grundbedürfnis nach Autonomie. Einige Patient\*innen reagieren biografisch bedingt sehr empfindlich auf Beeinflussung, während sich andere Patient\*innen wiederum Anleitung und Orientierung wünschen. Reaktanz kann auch dann entstehen, wenn Therapeut\*innen Patient\*innen antreiben oder drängen, z. B. weil sie selbst (schnelle) Therapieerfolge wünschen.

#### ■ 3. Interaktioneller Widerstand

Interaktioneller Widerstand entsteht, wenn das Bindungsbedürfnis des/der Patient\*in frustriert wird bzw. wenn das Beziehungsangebot des/der Therapeut\*in nicht mit den Bedürfnissen und Möglichkeiten des/der Patient\*in übereinstimmt. Der/die Patient\*in reagiert verärgert oder rückzünftig auf den/die Therapeut\*in, testet die Beziehung oder zeigt fehlende Kooperation und Adhärenz. Teilweise kann es auch zu Konkurrenzempfinden kommen, im Zuge dessen der/die Patient\*in recht behalten oder dem/der Therapeut\*in keinen Therapieerfolg „gönnen“ will.

#### ■ Weitere Quellen von Widerstand

Zarbock benennt im „Praxisbuch Verhaltenstherapie“ (2014) ähnliche Quellen von Widerstand. Allerdings wird Widerstand hier aus der Perspektive mangelnder Motivation oder Motivierbarkeit von Patient\*innen (s. auch „Motivation zur Psychotherapie“) betrachtet, und es werden entsprechend den verschiedenen Motivationsformen 4 Widerstandsformen differenziert:

- **Therapiewiderstand** (mangelnde Akzeptanz der Patient\*innenrolle und Krankheitseinsicht),
- **Änderungswiderstand** (Widersetzen gegen Veränderung oder neue Erfahrungen),
- **Beziehungswiderstand** (Ablehnung der speziellen Therapeut\*innenpersönlichkeit),
- **Methodenwiderstand** (Ablehnung einer bestimmten Vorgehensweise/Therapiemethode).

Als neuer Aspekt taucht hier der Widerstand gegen bestimmte Vorgehensweisen oder Methoden der/des Therapeut\*in auf, der aufgrund der im Rahmen von z. B. Expositionen, Verhaltensexperimenten und Rollenspielen herausfordernden Natur der Verhaltenstherapie nicht selten ist. Zarbock betont dabei, dass eine schlechte Motivationslage bzw. Methoden- oder Veränderungswiderstand auch „einfache“ Ursachen haben kann, wie z. B. akute oder chronische Überlastung von Patient\*innen. Aufgrund dieser Überlastung werden die therapeu-

tischen Anforderungen (z. B. Anwenden „neuer“ Strategien, Erledigen von Therapieaufgaben) nicht bewältigt oder vermieden werden. Möglicherweise können sich Patient\*innen auch überfordert fühlen, da es ihnen an Kompetenzen oder aber Selbstvertrauen („Ich kann das sowieso nicht.“) für eine bestimmte Aufgabe mangelt. Darüber hinaus kann Widerstand auch aufgrund von Missverständnissen oder mangelnder Informiertheit aufseiten von Patient\*innen entstehen, d. h. Patient\*innen verstehen nicht, warum oder wie genau sie etwas umsetzen sollen.

Neben der Frustration der **Grundbedürfnisse** nach Autonomie (Widerstand gegen Beeinflussung an sich) und Bindung (interaktioneller Widerstand) sind aus Sicht der BSVT auch weitere Grundbedürfnisfrustrationen als Widerstandsquelle in Betracht zu ziehen. Psychotherapie beschäftigt sich zu einem großen Teil mit den Problemen, belastenden Lebensereignissen und Defiziten der Patient\*innen. Dabei werden unangenehme Emotionen wie Trauer, Angst, Scham und Wut ausgelöst. Zudem erfordern therapeutische Veränderungen Anstrengung und Frustrationstoleranz von Patient\*innen. Therapieinhalte können als Unlust, „Selbstwertdämpfer“ oder Widerspruch zum Selbstbild (Konsistenzstreben) erlebt werden und in der Folge zu einer mangelnden Kooperation und Adhärenz führen.

#### 2.4.4 Umgang mit Widerstand

Therapeut\*innen sollten ihre Beziehungsgestaltung und ihr therapeutisches Vorgehen kritisch **reflektieren** und untersuchen, inwieweit dies den Bedürfnissen und Möglichkeiten der Patient\*innen angepasst ist. Kommt es häufiger zu fehlender Kooperation und Adhärenz oder gar zu interaktionellen Schwierigkeiten, sollte der/die Patient\*in vorsichtig darauf angesprochen und gemeinsam nach Ursachen gesucht werden (z. B. „Mir ist aufgefallen, dass sie häufig ... Kann es sein, dass Ihnen ... widerstrebt. Was steckt dahinter?“). Es kann auch hilfreich sein, Patient\*innen nach ihren Bedürfnissen zu fragen und zu analysieren, was ihnen in der Therapie fehlt.

Machtkämpfe, die Reaktanz und aversive Emotionen auf beiden Seiten verstärken, sollten vermieden werden. Zur **Achtung des Autonomiebedürfnisses** bieten sich ein minimal direktives Therapeut\*innenverhalten und die Betonung der Entscheidungsfreiheit und Expert\*innenrolle („Expert\*in in eigener Sache“) der Patient\*innen an. Hilfreich ist zudem die Beachtung des Konzepts der interaktionellen Ausgleichsbewegung, das besagt, dass, wenn auf einer Ebene Druck ausgeübt

wird (z. B. Patient\*innen auffordern, intime Details preiszugeben oder Entscheidungen zu treffen), auf einer anderen Ebene Druck herausgenommen werden muss. Dies kann z. B. dadurch geschehen, indem Therapeut\*innen sich während der Intervention körperlich zurücklehnen, zögerlich werden und den Patient\*innen signalisieren, dass diese Raum für Selbstorganisation und Autonomie haben (Zarbock, 2016).

Im Umgang mit interaktionellem Widerstand sollte die Beziehungsgestaltung überprüft und, falls nötig, die **komplementäre Ausrichtung verstärkt** werden. Möglicherweise wurden bei dem/der Patient\*in auch maladaptive Beziehungsmuster aktiviert, die die Zusammenarbeit erschweren. Gegebenenfalls kann das Aufdecken und Bearbeiten dieser Muster einen großen Nutzen für den weiteren therapeutischen Prozess haben. Grundsätzlich ist festzuhalten, dass interaktionelle Störungen immer priorisiert bearbeitet werden sollten, da die therapeutische Beziehung die Voraussetzung für positive Veränderungen darstellt (s. „Die therapeutische Beziehung“).

Um die Wahrscheinlichkeit von Widerstand gegen Therapieziele zu reduzieren, sind ein **gemeinsames Erarbeiten von Zielen zu Beginn der Therapie sowie ein regelmäßiger Abgleich** essenziell. Möglicherweise müssen Veränderungsziele im Verlauf angepasst werden. Hilfreich ist es auch, die **Vor- und Nachteile von Veränderungen** offen zu besprechen (z. B. mittels Vierfelder-Schema). Dabei bietet sich ein dialektisches Vorgehen an (vgl. Dialektisch-Behaviorale Therapie von M. Linehan, 1993), bei dem zwischen Akzeptanz des Status quo und Veränderung abgewogen wird. Therapeut\*innen sollten dabei auch die Möglichkeit der Nicht-Veränderung als Problemlösung akzeptieren und die mit der Veränderung einhergehende Anstrengung und Unsicherheit thematisieren. Lässt sich letztlich keine Übereinkunft hinsichtlich der Therapieziele herstellen, sollte die therapeutische Zusammenarbeit überdacht werden (Zarbock, 2014).

Therapeut\*innen sollten überdies darauf achten, dass auch die **psychologischen Grundbedürfnisse** nach Lustgewinn/Unlustvermeidung, Selbstwerterhalt/-erhöhung und Konsistenzstreben von Patient\*innen in der Therapie erfüllt werden. Lusterfahrungen können z. B. durch Empathie, Fürsorge, Humor und euthyme Verfahren (vgl. Koppenhöfer, 2004) gefördert werden. Durch Ressourcenaktivierung, Lob und Ermöglichen von Erfolgserlebnissen kann das Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung unterstützt werden. Das Konsistenzstreben kann durch Validieren und das Ermöglichen von hilfreichen Einsichten in das eigene So-Geworden-Sein im Rahmen von Psychoedukation oder der Arbeit am Störungsmodell gestärkt werden.

## 2.5 Überblick Therapiemotivation

### 2.5.1 Möglichkeiten, Therapiemotivation zu erhalten/aufzubauen

Eine ausreichende Therapiemotivation ist unerlässlich für einen gelingenden Therapieprozess. Auch hier gilt: **Viele Wege führen nach Rom.** Im Folgenden sind einige dieser Wege aufgeführt. Zudem kann über den eigenen Anteil an der Therapiemotivation reflektiert werden.

- Motivation und **Reaktanz**. Es wird unterschieden zwischen Therapie-, Veränderungs-, Beziehungs- und Technikmotivation. An allen diesen Punkten kann es Widerstand geben.
- Motivation kann durch **Information** zur BSVT und über die Rollen in der Therapie (**Rolleninduktion**) gesteigert werden: Setting, Aufgaben und Pflichten, Dauer ...
- **Dialektik** von Status quo und Veränderung ist zur Motivationssteigerung hilfreich. Nicht-Veränderung ist auch eine Option. Als Technik kann dies mittels Vier-Felder-Schema mit Patient\*innen besprochen werden. Hier kann eine Pro-Kontra-Liste helfen.
- Mit **Cheerleading** (Lob/„Anfeuern“ bei Erfolgen) kann man Patient\*innen motivieren. Dies sollte im Verlauf der Therapie weniger werden, um mehr intrinsische Motivation entstehen zu lassen.
- Durch **Validierung** (Gefühle/Erfahrungen für „gültig“/verständlich/nachvollziehbar erklären) wird die Motivation auch gesteigert.
- **Achtsamkeit** hilft, das Problem bewertungsfrei wahrzunehmen. Diese Betrachtung mit innerem Abstand unterstützt die Entscheidungsfindung für oder gegen Änderung. So können die Voraussetzungen geschaffen werden, Ambivalenz abzubauen und Motivation aufzubauen.
- Veränderung werden genannt und auf später geschoben (**Reaktionspotenziale schaffen**): „Im Verlauf kann es sinnvoll sein, Ihre Ehekonflikte zu beleuchten, aber dafür ist es nun noch zu früh.“
- **Pacing und Leading**. Zunächst Mitgehen durch empathisches Spiegeln, dann einen Vorschlag einfließen lassen.
- **Den allerschlimmsten Fall ausmalen** („und dann ...?“). Entweder wird Katastrophe als unwahrscheinlich erkannt und so Motivation gesteigert, oder es folgt eine realistische Beschreibung, was passieren könnte, und steigert die Motivation zu noch nicht probierten Strategien.
- Therapeutische und **Lebensziele** (z. B. mehr für Kinder da sein ...) können verknüpft werden: Was muss ich in der Therapie tun/lassen/lernen, um meine Lebensziele besser verfolgen zu können?

- **Weg zu gehen vs. Weg beim Gehen**. Für manche Patient\*innen sind klare Ziele/Teilziele nötig (z. B. Prüfung steht an, bei Prüfungsangst ...); bei anderen Menschen (v. a. bei hoher Komorbidität oder psychosozialer Belastung) ist es besser zunächst Teilziele zu formulieren, sonst wäre es ein zu hoher Berg zu Beginn der Therapie.
- Reaktanz kann durch **flexible Therapeut\*innenrolle** vermindert werden, indem sich Therapeut\*innen an die Bedürfnisse der Patient\*innen anpassen (z. B. als Reiseführer\*in vs. interessierte/r Mitreisende\*r).

## 2.6 Motivation zur Psychotherapie

### 2.6.1 Barrieren, zur Psychotherapie zu gehen, verringern sich

Psychotherapie ist erst ab ca. 1950 im deutschen Sprachraum in größerem Umfang zugänglich geworden. Psychotherapie als **Kassenleistung** wurde erst Mitte der 1960er-Jahre durch die Untersuchung von Annemarie Dührssen (vgl. Dührssen & Jorswieck, 1965) im Rahmen der Tiefenpsychologie und Psychoanalyse möglich. Die Verhaltenstherapie zog dann einige Jahre später mit dem Versprechen nach, psychische Störungen in kürzerer Zeit behandeln zu können bzw. auch solche Störungen (wie z. B. Zwänge) behandeln zu können, bei denen die Tiefenpsychologie regelhaft nur geringen Erfolg hatte.

Dennoch war die **Akzeptanz** von Psychotherapie in der Bevölkerung gering, und Psychotherapie wurde nur ungenau von psychiatrischer Behandlung unterschieden. Im Volksmund hieß es oft: „Psychotherapie brauche ich nicht, das ist was für Bekloppte. Ich bin doch nicht krank.“ Insofern war beim Aufsuchen einer Psychotherapie ein erhebliches Schamhindernis zu überwinden. Im Verlauf der letzten 20 Jahre hat sich die gesellschaftliche Akzeptanz von Psychologie und Psychotherapie erheblich zum Positiven gewandelt. In der öffentlichen Meinung ist es heute unstrittig, dass psychologische und psychotherapeutische Hilfe bei Schicksalsschlägen und zur Bewältigung von schweren Erkrankungen, Unfällen, Todesfällen, Katastrophenergebnissen oder Terroranschlägen angeboten und in Anspruch genommen wird.

Auch die Tatsache, dass im Bereich des Sports Mentaltrainer\*innen und Psycholog\*innen zur Verbesserung der sportlichen Leistungsfähigkeit, zur Wettkampfvorbereitung und zur Förderung von Teamprozessen gang und gäbe sind, hat die Hürde deutlich abgesenkt, Psychotherapie bei Lebensschwierigkeiten in Anspruch zu nehmen. Darüber hinaus gibt es in der Gesellschaft eine gesetzlich eingeforderte Akzeptanz und



Gleichstellung von Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen (Diskriminierungsverbot). Prominente outen sich, dass sie an Depressionen, Ängsten, Süchten oder Essstörungen leiden oder in der Vergangenheit gelitten haben.

Weiterhin brechen durch die **moderne Lebensführung** mit hoher Mobilität und Vereinzelung („Single-Gesellschaft“) naturwüchsige psychosoziale Unterstützungsangebote weg. Auch religiöse Deutungs- und Trostangebote bei schwierigen Lebensverläufen und Schicksalsschlägen haben für zunehmend mehr Menschen keine hinreichende Trostwirkung mehr.

In diesem Umfeld ist das Aufsuchen von Psychotherapie bei Lebensschwierigkeiten oder psychischen Störungen für viele Menschen sehr akzeptabel geworden. Die langen Wartezeiten bei Psychotherapeut\*innen zeigen, dass vermutlich für die überwiegende Anzahl der Menschen in unserem Kulturkreis **keine wesentlichen Hemmungen mehr bestehen**, Psychotherapie in Anspruch zu nehmen. Die Schamchwelle, die man im vorigen Jahrhundert noch überwinden musste („Ich bin doch nicht verrückt!“), ist nachhaltig abgebaut worden. Dieser Prozess wird dadurch unterstützt, dass die ICD-10 vorübergehende Reaktionen auf Lebensbelastungen als behandlungsbedürftige, krankheitswertige Störung definiert. Die Diagnosen der Anpassungsstörung und der Störung „Angst- und Depression gemischt“ zeigen, dass früher nicht als behandlungsbedürftig aufgefasste Stimmungsauslenkungen heute als krankheitswertige Störungen mit einer potenziellen Indikation für Psychotherapie aufgefasst werden können.

### 2.6.2 Therapiemotivation unter der Lupe

Da die generelle Attraktivität von Psychotherapie als Mittel zur Bewältigung psychischer, somatischer, aber auch schicksalhafter Krisen und Ereignisse hoch ist, muss es auch darum gehen, die individuelle Therapiemotivation der Patient\*innen genauer zu beleuchten. Dies ist besonders wichtig, wenn die Kosten von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden.

Für eine gelingende Psychotherapie im ambulanten Setting ist es günstig, die **Motivation zu klären** und **Eigenmotivation zu erarbeiten**. Können die Patient\*innen die Therapie auch selbst wollen? Was möchten sie für sich erreichen? Hierzu ist es wichtig, die Lebensziele zu klären und die Psychotherapie „hinter diese Lebensziele zu bringen“ (s. „**Werte, Ziele und Hindernisse**“ ▶ Abb. 7.20, P-AB)“).

#### ■ Eigen- und Fremdmotivation

Wir können eine Eigen- von einer Fremdmotivation unterscheiden. **Eigenmotivation** heißt, die Patient\*innen möchten selbst Psychotherapie zur Bewältigung von Problemen oder Störungen aufsuchen. **Fremdmotivation** heißt, die Patient\*innen sind „zur Psychotherapie geschickt worden“, da das Verhalten andere stört.

In **Erwachsenenbereich** haben wir Fremdmotivation u. a. durch gerichtliche Auflagen bei Gewalttäter\*innen oder bei Führerscheinentzug wegen Alkohol oder Drogen. Auch Ehe- und Beziehungspartner\*innen können eine Fremdmotivation für die Psychotherapie aufbauen. Dazu wird die Therapie nahegelegt, teilweise kann das bis zur Androhung einer Trennung gehen.

Gerade bei **Kindern und Jugendlichen** ist die Fremdmotivation vorherrschend. Sie werden in Schule, Familie oder Peergruppe auffällig. Eine Eigenmotivation ist im ersten Schritt nicht primär, sondern muss im Rahmen des Therapieprozesses („Was könnte die Therapie auch Dir selbst bringen?“) erst aufgebaut werden.

#### ■ Intrinsische und extrinsische Motivation

Von **intrinsischer Motivation** spricht man, wenn Psychotherapie von Patient\*innen zum Erreichen eigener persönlicher Ziele und Werte aufgesucht wird. In einem solchen Fall sind der Erkenntnisgewinn („mich und andere besser verstehen“) und die Selbstfürsorge („etwas für mich tun“) zusätzlich zum Leidensdruck (Einschränkung der Funktionsfähigkeit durch die Symptome) ausschlaggebend für die Therapiemotivation. Von **extrinsischer Motivation** spricht man, wenn Patient\*innen durch Psychotherapie Vorteile erlangen oder eine Bestrafung (z. B. eine Gefängnisstrafe oder den Entzug der Fahrerlaubnis) abwenden möchten. Eine extrinsische Motivation entfällt sofort, wenn die äußere „Strafandrohung“ oder die „Belohnung“ wegfällt oder wirkungslos wird.

#### ■ Therapie- und Änderungsmotivation

**Therapiemotivation** bedeutet, dass Patient\*innen gerne zur Therapie kommen und das auch über einen längeren Zeitraum tun möchten. Das ist in der Regel immer dann der Fall, wenn die therapeutische Beziehung hinreichend gut ist und Therapeut\*innen die Patient\*innen als Person und im Verhalten positiv verstärken. Besonders attraktiv ist ein therapeutisches Angebot für Patient\*innen, die sozial vereinsamt sind und denen die Therapie ein Gefühl lange ersehnter Bindung und Selbstaufwertung vermittelt. In seltenen Fällen versuchen Patient\*innen durch die Inanspruchnahme einer Therapie, eine extrapunitive Opferhaltung („Ich bin das Opfer, alle anderen sind schuld!“) zu stabilisieren.

Von einer zusätzlichen **Änderungsmotivation** sprechen wir immer dann, wenn Patient\*innen tatsächlich bereit sind, zusätzliche Mühen auf sich zu nehmen, um sich zu ändern. Hierzu ist eine gewisse Disstresstoleranz erforderlich. Sie müssen Unangenehmes aushalten (z. B. Ängste bei der Exposition, Anstrengung bei der Protokollierung von Gedanken oder Emotionen, imaginative Umstrukturierungen), damit letztlich ein positives Ziel erreicht werden kann.

Zur Überprüfung von Therapie- und Veränderungsmotivation können am Anfang „die Kosten einer Psychotherapie“ (Wegeaufwand, Übungsaufwand, emotionaler Aufwand der Konfrontation mit unangenehmen Themen) besprochen werden. Durch eine **Pro- und Kontraliste** kann man mit Patient\*innen genau überlegen, was dafür spricht, keine Therapie zu machen, im Gegensatz zu dem, was dafür spricht, eine Therapie zu machen. Barrieren können hier identifiziert und Lösungswege dafür gefunden werden.

#### ■ Funktionalitäten als Motivationshindernis

Eine starke Funktionalität der Störung kann die Änderungsmotivation infrage stellen. Die **Störung dient** dann bewusst oder meist unbewusst dem **Erreichen von Zielen**. Klassisch ist hier das sog. „Rentenbegehren“, d. h. der Fortbestand der Störung sichert den weiteren Bezug von Versicherungsleistungen oder soll solche erst begründen. Auch können bei der „Aufgabe“ der Symptomatik neue Lebensprobleme auftreten: Die Partnerschaft könnte ins Ungleichgewicht kommen, z. B. könnten Partner\*innen eine selbstständigere, weniger eingeschränkte Person (die Patient\*innen) evtl. nicht ertragen (z. B. aufgrund eigener Selbstwertprobleme oder den Symptomen der Patient\*innen als „Mittelpunkt“ der bisherigen Beziehung), oder aber durch Aufgabe der Krankenrolle wären die Patient\*innen selbst mit den psychosozialen Entwicklungsdefiziten, ihren Leistungsschwächen und ihrem beruflichen Scheitern schmerzlich konfrontiert.

### 2.6.3 Grundhaltung der Therapeut\*innen

Indem sie eine psychotherapeutische Grundhaltung verkörpern (s. „**Therapeutische Grundhaltung [T-Reflexion, ▶ Abschn. 2.1]**“), können Therapeut\*innen die Patient\*innen sowohl zur Therapie wie auch zur Veränderung motivieren. Botschaften einer therapeutischen Grundhaltung können sein:

- „Ich höre zu und möchte Sie, Ihre Probleme, aber auch Ihr Befinden, Ihre Lebensgeschichte und Ihre innere wie äußere Situation genau verstehen und ‚sehen‘.“
- „Ich verurteile Sie nicht, mir ist vieles prinzipiell bekannt („Nichts Menschliches ist mir fremd“).“

- „Ich sage die Wahrheit und bin authentisch.“
- „Ich kümmere mich um Sie, vor allem um Ihre seelischen Verletzungen, Ihre seelischen Bedürfnisse und Sehnsüchte.“
- „Ich bleibe professionell und abstinente – es geht um Sie, nicht um meine privaten Empfindungen und Wünsche.“
- „Ich fordere aber auch Respekt für meine Grenzen und Einhaltung vereinbarter Absprachen und Regeln.“
- „Bei Selbst- und Fremdgefährdung werde ich zum Schutz des Lebens handeln.“

Wir müssen uns vergegenwärtigen, dass ein solches Beziehungsangebot, zumal wenn es von der Krankenkasse finanziert wird, in unserer Gesellschaft ein einzigartiges (Bindungs-)Angebot von hoher Verstärkungsqualität ist. Eine überzeugend verkörperte psychotherapeutische Grundhaltung ist daher für viele Patient\*innen stark motivationsinduzierend, da die zentrale Botschaft ist: „Es lohnt sich!“

### 2.6.4 Stufen der Motivationsausprägung nach Prochaska und DiClemente

Das sog. transtheoretische Modell von Verhaltensänderungen von Prochaska und DiClemente (DiClemente et al., 1991; Prochaska und DiClemente, 1986) betont die **Eigenverantwortung** der Patient\*innen und ermöglicht eine Kommunikation auf **Augenhöhe**. Die oben skizzierte therapeutische Haltung wird durch das Prochaska-Modell **dialektisch ergänzt**. Durch die Grundhaltung haben Therapeut\*innen einerseits eine Verantwortung für die Motivation der Patient\*innen, andererseits liegt auch ein Teil der Verantwortung bei den Patient\*innen selbst.

Prochaska und DiClemente unterscheiden die unten aufgeführten **5 Stadien** einer geplanten Verhaltensänderung. Dieses Modell stammt aus der Suchttherapie und lässt sich Patient\*innen gegenüber auch sehr gut an dem Beispiel „man möchte aufhören zu rauchen oder zu trinken“ erläutern. Durch den suchttherapeutischen Hintergrund des Modells betont es zentral die Entscheidung, den Willen und den Einsichtsprozess der Patient\*innen. Diese Perspektive auf die Therapie- und Änderungsmotivation kann bei **ambivalenten Patient\*innen** oft hilfreich sein, da die **Willensfreiheit der Patient\*innen** radikal akzeptiert wird („Zwingen kann man niemanden, weder zur Einsicht noch zur Veränderung!“). Jede Stufe des Modells ist eine „mögliche Position zum Problem“ („Kann man so sehen, kann man so machen“). Therapeut\*innen sollten jedoch helfen wollen, dass Patient\*innen (im Sinne des Patienten-

rechtesgesetztes) eine **informierte Entscheidung** für oder gegen eine mögliche Änderung und die damit verbundenen „Kosten“ treffen können. Auch kann das Prochaska-Modell **Therapeut\*innen davor schützen**, sich die alleinige Schuld an Stagnation, Therapieabbruch oder Misserfolg zu geben, wenn Patient\*innen ihren Teil zu einem Erfolg nicht beitragen können oder wollen.

#### ■ 1. Absichtslosigkeitsstadium („pre-contemplation“)

Im ersten Stadium wird von Patient\*innen entweder überhaupt kein Problem gesehen („null Problemo“), die Wichtigkeit des Problems wird heruntergespielt („Da kann man nix machen“), oder das Problem wird **verleugnet**. Daher können wir im BSVT-Modell von der **Verleugnungsstufe** der Motivation sprechen.

Klinische Beispiele hierfür wären ein Patient mit bestehender chronischer, „sorgloser“ Alkoholabhängigkeit oder eine Patientin mit Zwangsstörung, die sich in der Ausübung der Zwänge „eingrichtet“ hat.

#### ■ 2. Absichtsbildungsstadium („contemplation“)

In dieser Stufe wird bereits sich selbst und auch anderen gegenüber zugegeben, dass tatsächlich ein Problem besteht. Die mögliche Änderung wird jedoch auf eine ungewisse Zukunft verschoben („Ich will das irgendwann ändern, aber bitte nicht jetzt.“). Die Änderungsmotivation ist noch **ambivalent**. Für und Wider ringen in der Person miteinander. Im BSVT-Modell sprechen wir von der **Ambivalenzstufe** der Motivation.

Ein klinisches Beispiel wäre hierfür ein eine alkoholabhängige Person, die feststellt, dass sie sicher zu viel trinkt, aufhören sollte, und bei der auch schon auch erste körperliche oder soziale Schäden auftreten (erhöhte Leberwerte, verminderte Leistungsfähigkeit durch den Kater, vermehrte Arbeitsunfähigkeitstage durch Nachrauschzustände, Reizbarkeit und Konflikte in sozialen Beziehungen, Störungen der Rollenfunktionen in der Partnerschaft und Familie, Versäumen wichtiger Termine aufgrund Alkoholintoxikation).

#### ■ 3. Vorbereitungs- bzw. Willensentschluss- oder Absichtsstadium („preparation“)

Wenn die Person sich zur Änderung entschieden hat („Ich habe ein Problem, und ich will und muss jetzt etwas daran ändern.“), ist sie in der nächsten Stufe. Sie sucht gezielt nach Informationen über Therapiemöglichkeiten, z. B. werden Suchtberatungsstellen aufgesucht, der/die Hausärzt\*in wird über die psychische Problematik ins Vertrauen gezogen, oder es wird gezielt im Internet recherchiert. Hierbei ist der „Rubikon der Willensbildung“ (vgl. Rubikonmodell nach Heckhausen & Gollwitzer, 1987) überschritten worden. Nach dem Zweifeln und Überlegen haben die Patient\*innen einen festen Willensentschluss (eine unambivalente, ziel-

orientierte Intention) gefasst. Sie haben zwischen dem Absichtsstadium und dem Vorbereitungsstadium eine **klare Änderungsintention** gebildet („Ich will jetzt was ändern und suche nur noch nach den Wegen, nach dem Wie der Änderung.“). Im BSVT-Modell bezeichnen wir das als **Entscheidungsstufe** der Motivation.

Im klinischen Beispiel wäre das die konkrete Anmeldung zum stationären Entzug oder die Anmeldung bei einer Gruppe der Anonymen Alkoholiker zur regelmäßigen Teilnahme.

#### ■ 4. Actionstadium („action“)

Hier unterziehen sich die Personen **konkret der Verhaltensänderung**. Das heißt, sie nehmen Mühe auf sich, investieren Zeit und engagieren sich tatsächlich für eine Veränderung. Im Englischen würde man das als „walking the talk“ bezeichnen. Für Psychotherapiepatient\*innen wäre das in der Regel der Beginn der Psychotherapie. Das Actionstadium kann erst nach den probatorischen Sitzungen mit der ersten Therapie-sitzung beginnen. Da sind Schritte nötig, wie zu den Sitzungen pünktlich kommen, in den Sitzungen zuhören und mitmachen und die Angebote der/des Therapeut\*in auf sich wirken lassen, den neuen Termin zuverlässig notieren, wenn möglich auch pünktlich wiederum wahrnehmen, zwischen den Therapiesitzungen über die Therapie nachdenken, Fragebögen ausfüllen, empfohlene Arzttermine durchführen, psychotherapeutische Fragebögen, Hausaufgaben und Beobachtungsprotokolle durchführen ... In anderen Fällen muss die Motivation für das Actionstadium in der Therapie gemeinsam erst erarbeitet werden. Im BSVT-Modell nennen wir das die **Umsetzungsstufe** der Motivation. Für das Alkoholismus-Beispiel wäre das tatsächlich der stationäre Entzug oder aber die konkrete Teilnahme an der AA-Gruppe mit tatsächlicher Abstinenz.

#### ■ 5. Aufrechterhaltung („maintainance“)

Im fünften Stadium der Aufrechterhaltung („maintainance“) führt die Person dauerhaft (fast immer) die konkrete Verhaltens- oder Lebensänderungen durch. In der Suchttherapie wäre das die aufrechterhaltende Abstinenz. Bei psychotherapeutischen Prozessen wäre es das „stetige Arbeiten an sich selbst“. Zwangserkrankte versuchen permanent, den Zwängen Widerstand zu leisten und innere Anspannungen auszuhalten oder aufzulösen, Angstpatient\*innen setzen sich den eigenen Ängsten aus, im Hintergrund werden Themen weiter ausgeführt/übernommen/vertieft wie Emotionen erkennen, Emotionen ausdrücken, besser für sich sorgen, Grenzen setzen, sich aktiver mit seiner Herkunftsfamilie und den dort erhaltenen Verletzungen auseinandersetzen ... Im BSVT-Modell bezeichnen wir dies als die **Aufrechterhaltungsstufe** der Motivation.

■ **Abb. 2.2** Werteorientierte Lebensführung (P-AB)

Lebensbereich	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Familie										
2. Ehe, Partnerschaft, Liebesbeziehungen										
3. Elternschaft, Kindererziehung										
4. Freundschaft, soziale Kontakte										
5. Arbeit, Beruf										
6. Bildung, persönliche Weiterentwicklung										
7. Freizeit, Spaß, Erholung,										
8. Spiritualität										
9. Engagement, Einsatz für Gemeinwohl/Umwelt										
10. Gesundheit, körperliches Wohlbefinden										

■ **Allgemeines zum Prochaska-Modell**

Dieses aus der Suchttherapie stammende Modell lässt sich auch recht gut für die Psychotherapie verwenden und mit den Patient\*innen besprechen. Dabei handelt es sich nicht um immer aufeinanderfolgende Stadien, sondern ein durchlässiges System. Man kann von den verschiedenen Stufen auf andere, „niedrigere“ und „höhere“ Stufen wechseln. In der Therapie können wir z. B. erleben, dass Patient\*innen **von der Umsetzungsstufe wieder auf die Verleugnungs- oder die Ambivalenzstufe** zurückgehen. „Will ich die Beziehung zum gewalttätigen Partner wirklich aufgeben? Will ich die Kraft investieren, mich Zwangsgedanken auszusetzen oder sie nicht doch ‚weg-zwängeln‘? ...“ Wenn dies in der Therapie passiert, können wir mit den Patient\*innen anhand dieses Modells sehr schlüssig durch geleitetes Entdecken herausarbeiten, auf welcher Stufe sie sich gerade befinden.

Je nach Situation muss dann eine **erneute Motivationsarbeit** stattfinden, vielleicht im Sinne des „motivational-interviewing“ (s. Miller & Rollnick, 2012): „Lassen Sie uns doch noch einmal schauen, was Ihre langfristigen Ziele und Werte sind (s. **„Werteorientierte Lebensführung [■ Abb. 2.2, P-AB]“**). Was meinen Sie, ob das jetzige Symptom oder Störungsverhalten Ihnen hilft, langfristig diese Ziele und Werte realisieren zu können?“ Es lässt sich dann natürlich herausarbeiten, dass dies nicht der Fall ist, und durch die Diskrepanz zwischen realem Tun und angestrebten Zielen kann oft eine Motivationskorrektur (Stichwort „Kurskorrektur“) initiiert werden.

Ein Rückschritt auf die Verleugnungs- oder die Ambivalenzstufe ist auch dann möglich, wenn Pa-

tient\*innen nur eine Therapie-, aber keine Änderungsmotivation haben (z. B. wegen bestehender Funktionalitäten der Symptomatik oder aber weil die Patient\*innen tatsächlich psychophysisch zu erschöpft sind, um ambulant hinreichend stabile Änderungsschritte gehen zu können). Vielleicht genießt der/die Patient\*in die Therapie, sie hat in der Lebensstrukturierung wichtige Aufgaben und befriedigt Wünsche nach Nähe und sozialer Unterstützung. Bei Motivationskrisen sollten zur Klärung der Motivation in der Regel immer 2 bis 3 Sitzungen veranschlagt werden. In diesen lässt sich dann klären, ob die Motivation wieder hinreichend stabilisiert, d. h. auf die Umsetzungsstufe angehoben werden kann, oder ob zurzeit eben „einfach für eine ambulante Therapie nicht die richtige Zeit, der richtige Ort oder ggf. auch nicht die richtige Person (hier zieht der/die Therapeut\*in die „Schuld“ auf sich)“ vorhanden ist.

Aus dem Prochaska-Modell selbst ergeben sich 2-mal 5 Techniken zur Motivationssteigerung, d. h. also Techniken, die erreichen sollen, dass die Motivation sich wieder oder erstmalig in Richtung konkreter Umsetzung von Änderungen bewegt.

**2.6.5 Die 5 kognitiven Techniken der Motivationsarbeit (BSVT-Version)**

■ **Langfristige Konsequenzen erkennen**

Hier werden die langfristig negativen Folgen des Störungs- und Problemverhaltens dargestellt. So wird Problembewusstsein geschaffen, da der Fokus des Erlebens von kurz- auf langfristig gelegt wird. Das Problemverhalten

(z. B. Alkoholkonsum, sozialer Rückzug, Zwangsausübung ...) hat zwar kurzfristig aversionserleichternde Konsequenzen (die Spannung lässt nach, negative Verstärkung ...), aber mittel- und langfristig schädliche Auswirkungen (z. B. Selbstwertgefühl sinkt, soziale Isolation ...). Die langfristig schädlichen Auswirkungen von „Störungsverhalten“ bestehen oft in der Schädigung der physischen Gesundheit, der sozialen Beziehungen, des Selbstwertgefühls, der beruflichen Beziehung, der familiären Beziehungen zu eigenen Kindern, der Ehebeziehung, der Beziehungen zum Freundeskreis (► Kap. 3).

#### ■ Negative Zukunftsreise

Mit einem Worst-case-Szenario kann man versuchen, die Patient\*innen „fühlen zu lassen“, wohin ihr fortgesetztes Problemverhalten schlimmstenfalls führen kann. *„Lassen Sie uns einmal annehmen, Sie machen genauso weiter wie bisher. Wo sind Sie dann in 3 bzw. 5 Jahren? Was ist dann alles den Bach runter?“*

#### ■ Umfeld-„Verschmutzung“

Mit dieser Intervention wird versucht, ganz konkret im Wohn-, Beziehungs- und im Arbeitsumfeld herauszuarbeiten, wie das Problemverhalten/die Symptomatik auf andere und auf die Patient\*innen selbst beeinträchtigend oder schädigend wirkt. Wie werden die Patient\*innen von anderen gesehen? Wie fühlen sich andere, wenn sie die Patient\*innen sehen/erleben? Auch hier wird eine Diskrepanz zwischen dem tatsächlichen Ist-Zustand und einem von den Patient\*innen prinzipiell gewünschten Zielzustand betont, um so eine positive Motivation zu induzieren.

#### ■ Idealselbst–Realselbst

Auch hier geht es um eine Diskrepanzinduktion, jedoch zwischen dem Idealbild (Wie wäre ich gerne? Was genau wäre dann alles wie anders?) und dem Realbild (Wie ist es jetzt?). Das Idealbild wird im Sinne eines zielorientierten Motivationsbildes ausgestaltet, das jedoch realistisch erreichbar ist. Es geht nicht darum, ein quasi narzisstisches Ideal zu schaffen, was die Patient\*innen sicher nicht erreichen können. Dies hätte natürlich negativen und nicht positiven, Änderungsmotivations-induzierten Charakter.

#### ■ Soziale Unterstützer und Barrieren erkennen

Patient\*innen sollen bei dieser Strategie umfassender als bisher erkennen, wer oder was sie in einer positiven Veränderung unterstützen, aber auch was oder wer sie behindern und in der Symptomatik festhalten könnte. Hier dürfen und sollen Therapeut\*innen auch die eigene Rolle positiv herausstellen und betonen, welche echte Chance Psychotherapie bietet. Denn sonst wird in der Gesellschaft kaum über Monate bis zu 80 Stun-

den hinweg ein persönlicher Lebenscoach („personal life-trainer“) zur Verfügung gestellt, der Menschen bei der Erreichung ihrer persönlichen Lebensziele und bei der Überwindung ihrer persönlichen Schwierigkeiten hilft.

### 2.6.6 Die 5 behavioralen Techniken der Motivationsarbeit (BSVT-Version)

#### ■ Aversive Konditionierung

Ziel ist es, die negativen Auswirkungen des Problemverhaltens in ihrer Aversivität konkret fühlbar zu machen. Dies kann man z. B. bei selbstverletzendem Verhalten – bei Borderline-Patient\*innen – dadurch tun, dass man sehr genau die schädigenden Verhaltensweisen herausarbeitet und in der Exploration versucht, das Schmerzerleben, die Tatsache der Verletzungen und ggf. auch den Ekel zu aktivieren. Bei bulimischen Essanfällen geht es um die gleiche Strategie. Bei Alkoholintoxikation werden der Kontrollverlust, die mögliche soziale Aggressivität, der Kater und die drohende psychosoziale Verwahrlosung durch Gesprächstechniken und imaginative Angebote erlebbar gemacht. Gleichzeitig kann der symptomfreie Zustand (z. B. „endlich wieder trocken“) durch eine positive Erfolgsmagination und genaue Beschreibung der positiveren Selbst- und sozialen Wahrnehmungen und Körperempfindungen attraktiver gemacht werden.

#### ■ Stimuluskontrolle

Bei der Stimuluskontrolle wird besprochen, wie die Umwelt der Patient\*innen so gestaltet werden kann, dass sie weniger diskriminative Hinweisreize für Problemverhalten enthält (z. B. bei Borderline-Patient\*innen das Entfernen von Rasierklingen zum Schneiden, bei Alkoholikern Abschaffen der Hausbar, bei Suizidalen Entsorgung aller gefährlichen Medikamente).

#### ■ Änderungs-pat\*innen finden

Hier werden Änderungs-pat\*innen gesucht, und es wird mit den Patient\*innen überlegt, wie diese Änderungs-pat\*innen ihn/sie ganz konkret bei der Verhaltensänderung unterstützen können, indem sie ggf. Alternativverhalten induzieren oder aber den Patient\*innen knapp und kurz auf Problemverhalten hinweisen.

#### ■ Selbstmanagement

Im Sinne des Meichenbaumschen Selbstinstruktions-trainings (Meichenbaum, 1977) werden Patient\*innen angeleitet, sich für Symptombewältigungsverhalten bzw. Abstinenzwahrung positiv zu verstärken („Das hast du gut gemacht, weiter so!“). Auch ein Positivprotokoll (z. B. „meine kleinen Siege“) unter Nutzung des Smartphones kann sehr hilfreich sein.

### ■ Selbstverpflichtung

Hier können schriftliche Verträge (im Sinne von Kontingenzverträgen) und auch der Handschlag den Therapeut\*innen gegenüber unterstützend wirken. Im Sinne der Suizidprophylaxe haben wir hier ja den Anti-suizidvertrag mit der Verpflichtung, am Leben zu bleiben und auch sich zu bemühen, Frühwarnsymptome einer suizidalen Verschlechterung zu erkennen und dann auch entsprechend einem Notfallplan zu handeln. Dieses Vorgehen kann man sehr gut auch auf andere Problembereiche übertragen. Es können Frühwarnsymptome z. B. für wieder einsetzendes Zwangsverhalten, wieder ausuferndes Meidungsverhalten bei Ängsten oder zunehmendes interaktionelles Problemverhalten bei Persönlichkeitsstörungen erarbeitet werden, und es kann dann ein gestufter Handlungsplan erarbeitet werden, der bei Selbsthilfe beginnt und rechtzeitig wieder therapeutische Beratung beinhaltet.

Weitere Techniken der Motivationsförderung finden sich in „**Überblick Therapiemotivation** (► Abschn. 2.6)“.

## Literatur

- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252–260.
- Brehm, J. W. (1966). *Theory of psychological reactance*. Academic.
- Caspar, F. (1982). Widerstand in der Psychotherapie. In R. Bastine, P. Fiedler, K. Grawe, S. Schmidtchen, & G. Sommer (Hrsg.), *Grundbegriffe der Psychotherapie*. Edition Psychologie.
- Caspar, F. M., & Grawe, K. (1982). *Vertikale Verhaltensanalyse (VVA). Analyse des Interaktionsverhaltens als Grundlage der Problemanalyse und Therapieplanung*. Universität, Psychologisches Institut.
- Casper, F. (1996). *Beziehungen und Probleme verstehen* (2., überarb. Aufl.). Huber.
- DiClemente, C. C., Prochaska, J. O., Fairhurst, S. K., Velicer, W. F., Velasquez, M., & Rossi, J. S. (1991). The process of smoking cessation: an analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(2), 295–304.
- Dührssen, A., & Jorswieck, E. (1965). Eine empirisch-statistische Untersuchung zur Leistungsfähigkeit psychoanalytischer Behandlungen. *Nervenarzt*, 36, 166–169.
- Heckhausen, H., & Gollwitzer, P. M. (1987). Thought contents and cognitive functioning in motivational versus volitional states of mind. *Motivation and Emotion*, 11(2), 101–120.
- Jacob, G., & Arntz, A. (2011). *Schematherapie in der Praxis*. Beltz.
- Kiesler, D. J., Bernstein, A. B., & Anchin, J. C. (1976). *Interpersonal communication, relationship, and the behavior therapies*. Virginia Commonwealth University.
- Koppenhöfer, E. (2004). *Kleine Schule des Genießens. Ein verhaltenstherapeutisch orientierter Behandlungsansatz zum Aufbau positiven Erlebens und Handelns*. Pabst.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford.
- Margraf, J. (2009). Beziehungsgestaltung und Umgang mit Widerstand. In J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (3. Aufl., Bd. 1, S. 486–497). Springer.
- Meichenbaum, D. (1977). *Kognitive-behavior modification: An integrative approach*. Springer.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2012). *Motivational interviewing: Helping people change* (3. Aufl.). Guilford.
- Norcross, J. C. (Hrsg.). (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. Oxford University Press.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1986). Toward a comprehensive model of change. In W. E. Miller & N. Heather (Hrsg.), *Treating addictive behavior: Process of change* (S. 3–27). Wiley.
- Rogers, C. R. (1981). *Der neue Mensch*. Klett-Cotta.
- Sachse, R. (2006). *Therapeutische Beziehungsgestaltung*. Hogrefe.
- Schnell, T. (2014). Therapeutische Beziehungsgestaltung. In T. Schnell (Hrsg.), *Moderne Kognitive Verhaltenstherapie bei schweren psychischen Störungen* (S. 12–14). Springer.
- Streb, P. (2009). Die therapeutische Grundhaltung. In J. Küchenhoff & R. Mahrer Klemperer (Hrsg.), *Psychotherapie im psychiatrischen Alltag. Die Arbeit an der therapeutischen Beziehung* (S. 25–41). Schattauer.
- Weiss, J., Sampson, H., & the Mount Zion Psychotherapy Research Group. (1986). *The psychoanalytic process: Theory, clinical observations and empirical research*. Guilford.
- Wurll, P. (2007). Achtsamkeit als therapeutische Grundhaltung. In U. Anderssen-Reuster (Hrsg.), *Achtsamkeit in Psychotherapie und Psychosomatik. Haltung und Methode* (S. 69–77). Schattauer.
- Zarbock, G. (2014). *Praxisbuch Verhaltenstherapie. Grundlagen und Anwendungen biografisch-systemischer Verhaltenstherapie* (4. Aufl.). Pabst.
- Zarbock, G. (2016). *Praxisbuch VT-Supervision. Konzepte und Materialien für eine Aufgaben- und Kompetenzorientierte Supervision (AKOS) von Verhaltenstherapie*. Pabst.
- Znoj, H. (2014). *Die therapeutische Beziehung aus verhaltenstherapeutischer Sicht: Ein Plädoyer für eine integrative Perspektive*. Vortrag an der Universität Bern. <https://lppkip.de/wpcontent/uploads/2014/09/Znoj.pdf>. Zugegriffen am 02.01.2021.