

2 Therapiemotivation

Matthias Berking und Judith Kowalsky

- | | |
|--|---|
| <p>2.1 Grundlagen und Relevanz – 13</p> <p>2.2 Diagnostik von Therapie- bzw. Veränderungsmotivation – 15</p> <p>2.3 Motivierende Gesprächsführung als Beispiel für motivationsfokussiertes therapeutisches Vorgehen – 18</p> | <p>2.4 Fazit und Ausblick – 20</p> <p>2.5 Literaturverzeichnis – 21</p> |
|--|---|

Lernziele

- Sich die Bedeutung von Therapie- und Veränderungsmotivation für den Therapieerfolg bewusst machen.
- Veränderungsmotivation nicht als fixe Größe und notwendige Voraussetzung für eine Therapie, sondern als dynamisches Konstrukt sehen, welches mit spezifischen Interventionen gezielt beeinflusst werden kann und sollte.
- Einen exemplarischen Überblick über wichtige motivationsfördernde Vorgehensweisen gewinnen.

2.1 Grundlagen und Relevanz

Definitionen

Therapiemotivation: Die Motivation, eine Therapie zu beginnen und fortzuführen.

Veränderungsmotivation: Die Motivation, das eigene Leiden zu überwinden und die dafür notwendigen Veränderungen vorzunehmen.

► Definitionen Therapiemotivation & Veränderungsmotivation

Patienten müssen bereit sein, neue Ansätze auszuprobieren und sich zu verändern.

Um psychopathologische Symptome zu reduzieren und die Lebenszufriedenheit zu erhöhen, ist es in der Regel notwendig, dass Patienten vertraute Wege verlassen und sich trauen, neue Wege zu suchen und auszuprobieren. Häufig sind die therapeutischen Veränderungsschritte dabei von unangenehm erlebten Konsequenzen begleitet, die Vermeidungsschemata aktivieren (Grawe, 2004), welche darauf ausgerichtet sind, aversive Erfahrungen zu verhindern oder so schnell wie möglich zu beenden. Solche Vermeidungstendenzen sind legitim und zu erwarten: Wenn es keine motivationalen Bestrebungen gäbe, die gegen die notwendigen **Verhaltensänderungen** sprechen, hätten viele Patienten diese oft längst von selbst umgesetzt.



■ **Abb. 2.1** Teufelskreis aus Misserfolgen und Motivationsbeeinträchtigungen

Vermeidungstendenzen können Verhaltensänderungen behindern.

Die Veränderungsmotivation muss erfasst und gefördert werden.

Im dualen Therapiemodell von Schulte und Eifert wird zwischen dem Methoden- und dem Motivationsstrang unterschieden.

Vermeidungstendenzen können sich u. a. beziehen auf:

- die Psychotherapie als Gesamterfahrung (inkl. der damit verbundenen Zeit, Mühen, Stigmatisierungsgefahr und Patientenrolle)
- die Arbeit mit dem Therapeuten als Person (wenn »die Chemie nicht stimmt« oder ein gleich- bzw. gegengeschlechtlicher Therapeut gewünscht wird)
- in der Therapie eingesetzte Strategien und grundsätzliche Vorgehensweisen (z. B. die Forderung nach Eigenaktivität und Verantwortungsübernahme)
- spezifische, als besonders aversiv eingeschätzte therapeutische Übungen (z. B. bei der Traumaexposition)
- schmerzhaft Klärungsprozesse und Erkenntnisse (z. B. bewusste Reflexion von Missbrauchserfahrungen und deren Folgen)
- Nachteile, die aus den durch Übungen und Erkenntnissen eingeleiteten Veränderungen resultieren (z. B. der Patient erhält weniger Aufmerksamkeit/Schonung).

Wenn es dem Therapeuten nicht gelingt, diese Vermeidungstendenzen zu reduzieren oder ein motivationales Gegengewicht zu schaffen, ist die Gefahr groß, dass Patienten die Therapie abbrechen, sich zu wenig auf die Therapie einlassen oder die in der Therapie gemachten Erfahrungen so interpretieren, dass grundlegende dysfunktionale Schemata nicht an die neuen Erfahrungen angepasst werden müssen.

Beeinträchtigungen der Therapiemotivation und mangelnde therapeutische Fortschritte können sich dabei wechselseitig verstärken: Ein wenig motivierter Patient lässt sich weniger auf den therapeutischen Prozess ein, wodurch dieser weniger Erfolge bewirken kann, was den Patienten in der Meinung bestärkt, dass ihm die Therapie nicht helfen kann, was dann wiederum die Therapiemotivation reduziert und so fort (■ Abb. 2.1). Vor diesem Hintergrund ist es für den Erfolg psychotherapeutischen Handelns von zentraler Bedeutung, die Veränderungsmotivation des Patienten sorgfältig zu erfassen und ggf. systematisch zu fördern.

Eine ausreichende Veränderungsmotivation sollte nicht als unveränderbare Eigenschaft oder als Vorbedingung für den Beginn einer therapeutischen Behandlung gesehen werden. Vielmehr gehört es zur Aufgabe des Therapeuten, die Ursachen etwaiger Beeinträchtigungen der Veränderungsmotivation zu identifizieren und diese bei Bedarf mit spezifischen Interventionen zu stärken. In diesem Sinne wird im **dualen Therapiemodell** von Schulte und Eifert (2002) zwischen dem Methoden- und dem Motivationsstrang unterschieden (► Exkurs).

Exkurs

Duales Therapiemodell von Schulte und Eifert (2002)

Methodenstrang

Der Therapeut...

- identifiziert aufrechterhaltende Bedingungen für die zu behandelnde Symptomatik,
- wählt auf der Basis der empirischen Befundlage und der individuellen Fallkonzeption therapeutische Strategien und Techniken aus, die die höchste Erfolgswahrscheinlichkeit haben, und
- setzt ausgewählte Strategien lege artis um.

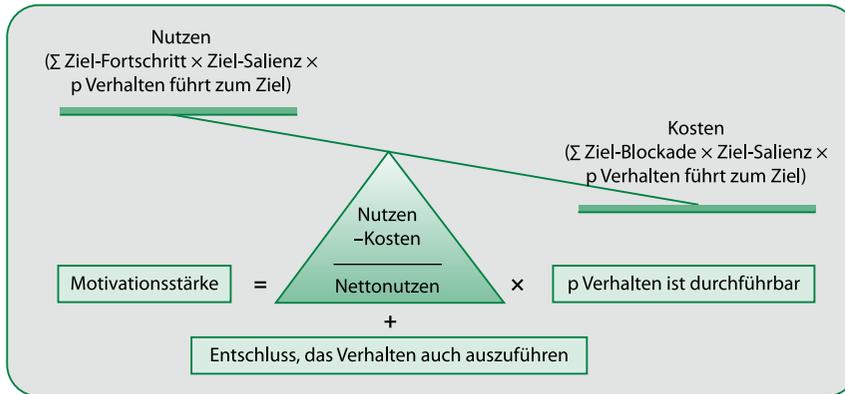
Motivationsstrang

Der Therapeut...

- prüft kontinuierlich, ob ausreichend Therapie-/Veränderungsmotivation vorliegt,
- identifiziert motivationale Probleme, die sich bezüglich der geplanten therapeutischen Intervention ergeben (könnten), und deren Ursachen und
- setzt bei Bedarf gezielt Methoden zur Stärkung der Therapie-/Veränderungsmotivation ein.

Für den Methodenstrang gibt es viele empirisch-validierte Vorgehensweisen, für den Motivationsstrang hingegen nur wenige.

Für den Methodenstrang liegt mittlerweile eine schwer überschaubare Zahl von Manualen vor, die für prototypische Problemstellungen konkrete und effektive Vorgehensweisen beschreiben. Im Gegensatz dazu finden sich zurzeit für den Motivationsstrang relativ wenige Ansätze, die für bestimmte Motivationsprobleme konkrete Vorgehens-



■ **Abb. 2.2** Faustformel zur Bestimmung der Veränderungsmotivation

weisen entwickelt und evaluiert haben (Berking, 2005). Dies liegt vielleicht in der Natur der Sache. Psychotherapeutisches Arbeiten ist immer sowohl Handwerk als auch Kunst. Und vielleicht zeigt sich dieser Kunst-Aspekt vor allem in der Art und Weise, wie Therapeuten Patienten für das Durchführen therapeutischer Techniken gewinnen.

Zur grundsätzlichen **Strukturierung des Vorgehens** im Rahmen des Motivationsstranges lassen sich therapeutische Veränderungsschritte als ein Abwägeprozess konzipieren, bei dem der erwartete subjektive Nutzen eines potenziellen Veränderungsschrittes die erwarteten Kosten überschreiten muss (■ Abb. 2.2). Der Nutzen bestimmt sich dabei als Produkt der gewichteten Summe der antizipierten Zielerreichungen, bei der jedes Ziel mit seiner Wichtigkeit (Salienz) und mit der Wahrscheinlichkeit, dass das Verhalten (p) den erwarteten Einfluss auf das Ziel hat, gewichtet wird. Die subjektiven Kosten bestimmen sich analog als Produkt der gewichteten Summe antizipierter Zielblockierungen. Um die Motivationsstärke zu bestimmen, muss der Netto-Nutzen (Nutzen-Kosten) noch mit der Wahrscheinlichkeit multipliziert werden, mit der der Patient glaubt, das Verhalten auch ausführen zu können. Eine weitere Erhöhung der Motivations- (oder genauer Volitions-) Stärke ergibt sich dann, wenn der Patient den Entschluss fasst, das konkret geplante, zielführende Verhalten auch tatsächlich durchzuführen (Margraf & Berking, 2005).

2.2 Diagnostik von Therapie- bzw. Veränderungsmotivation

Aufbauend auf dem oben dargestellten Motivationsmodell ergibt sich für die Motivationsdiagnostik die konkrete **Aufgabe**, zu erfassen,

- welche Ziele den Patienten *für* die therapeutische Intervention und die damit angestrebten Veränderungen motivieren,
- welche Ziele den Patienten *gegen* die therapeutische Intervention und die damit angestrebten Veränderungen motivieren,
- wie wichtig diese Ziele jeweils sind,
- für wie wahrscheinlich der Patient es hält, dass die tangierten Ziele durch die therapeutische Handlung erreicht oder blockiert werden,
- ob der Patient sich in der Lage sieht, den notwendigen Veränderungsschritt auch auszuüben und
- ob der Patient sich bewusst für die Durchführung des zielführenden Verhaltens entschieden hat.

Zur Abklärung der Punkte 1–3 ist eine möglichst gründliche Diagnostik des **Zielsystems** des Patienten notwendig. Um wichtige Ziel zu identifizieren, können standar-

Die Veränderungsmotivation lässt sich mit einer Faustformel abschätzen.

Aufgaben der Motivationsdiagnostik

Die Erfassung relevanter persönlicher Ziele und Pläne stellt einen wichtigen Schritt in der Diagnostik von Veränderungsmotivation dar.

Fragen zur Abklärung von Erwartungen und Entschlüssen

disierte Fragebögen (Fragebogen zur Messung von Lebenszielen, Pöhlmann & Brunstein, 1997; Fragebogen zur Analyse Motivationaler Schemata, Grosse Holtforth & Grawe, 2000), offene Verhaltensbeobachtungen (Was strebt der Patient offensichtlich an?), gezielte Exploration im Gespräch (»Was ist Ihnen im Leben wichtig?«) und meditative Techniken (»Beobachten Sie einmal eine Minute nur Ihren Atem. Immer wenn Sie abschweifen, versuchen Sie einmal zu erkennen, welches Ziel hinter den Gedanken steckt, die Ihnen da in den Sinn kamen«) eingesetzt werden. Zur Organisation der Ziele untereinander lässt sich die Plananalyse (► Kap. 14) anwenden.

Zur Abklärung von **Erwartungen und Entschlüssen** (Punkte 4–6) lassen sich u. a. folgende Fragen einsetzen:

- Was möchten Sie gern ändern?
- Wieso möchten Sie das gern ändern?
- Was spricht gegen eine solche Änderung?
- Warum begeben Sie sich gerade jetzt in Therapie, um an diesem Problem zu arbeiten?
- Wie wäre das für Ihre Frau/Mann/Kinder/Arbeitgeber etc. wenn Sie diese Änderung vornähmen?
- Was könnten Sie tun, um X zu verändern?
- Kriegen Sie das hin? Wie lief das bisher, wenn Sie sich so etwas vorgenommen haben? Was könnten Sie anders machen, damit das zukünftig besser läuft?
- Wie entschlossen sind Sie, diesen Plan auch tatsächlich umzusetzen? Wann, wo und wie werden Sie das tun?

Vor- und Nachteilsanalysen

Zur **systematischen Zusammenfassung** der Motivationsexploration lassen sich 4-Felder-Schemata nutzen, wie sie in ■ Tabelle 2.1 exemplarisch dargestellt sind. Vor- und Nachteilsanalysen lassen sich sowohl in Bezug auf die Frage, ob eine Therapie überhaupt begonnen werden soll, als auch in Bezug auf einzelne anstehende Verhaltensänderungen durchführen. Da Patient und Therapeut in der Regel erst im Laufe der Therapie ein Verständnis dafür entwickeln, welche Ziele und Pläne den Patienten motivieren, sind Vor- und Nachteilsanalyse dieser Art eher als provisorisch zu erachten, und sollten bei Bedarf durch weitere Erkenntnisse, die sich im Laufe fortschreitender Klärung ergeben, sukzessive ergänzt werden.

Fragebögen zur Erfassung der Therapie- und Veränderungsmotivation

Als **Motivations-Screening** kann zusätzlich der Fragebogen zur Messung von Therapieerwartung und Therapiemotivation von Patienten (PATHEV; Schulte, 2005) eingesetzt werden, der neben »Hoffnung auf Verbesserung« und »Furcht vor Veränderung« auch die wahrgenommene »Passung« zwischen dem therapeutischen Angebot und der Ausgangslage auf Seiten des Patienten erfasst. Ähnliche und weitere motivationsrelevante Skalen finden sich auch im Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation (FMP; Schneider, Basler & Beisenherz, 1989) und im Fragebogen zur Psychotherapiemotivation (FPTM; Schulz, Nübling & Rueddel, 1995).

■ **Tab. 2.1** Beispiel für eine Vor- und Nachteilsanalyse zu Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung

	Vorteile	Nachteile
Kurzfristig	Ich hab jemanden, der mir zuhört und mir hilft.	Ich muss über Sachen nachdenken, die schmerzhaft sind. Ich muss üben, mich meinen Ängsten auszusetzen, was sehr unangenehm und anstrengend sein wird.
Langfristig	Ich kann (wenn alles gut läuft) meine Ängste überwinden und wieder frei auf Leute zugehen. Ich habe wieder ein harmonischeres Verhältnis zu meiner Frau, die zurzeit sehr von meiner Ängstlichkeit genervt ist.	Meine Umwelt (meine Frau) wird mich weniger schonen als bisher. Mit den Ängsten fällt meine Lieblingsausrede weg, warum ich im Leben nicht das geschafft habe, was mein Vater von mir erwartet hat.

Anmerkung. In Anlehnung an Bents (2006).

Bei allen Selbstauskunftsverfahren ist jedoch zu bedenken, dass Patienten zuweilen **keine verlässlichen Auskünfte** über ihre Therapie- und Veränderungsmotivation geben. Dieser Fall ist z. B. dann nicht unwahrscheinlich, wenn ein Patient zur Gewährung einer vorzeitigen Berentung einerseits zeigen muss, dass er sich in Therapie begeben und in dieser Therapie engagiert daran gearbeitet hat, seine Symptomatik zu überwinden, andererseits aber auch zeigen muss, dass die Therapie keine Verbesserung seines Zustandes bewirkt (► Fallbeispiel).

Selbstauskünfte sind kritisch zu prüfen!

Beispiel

Motivationsbeeinträchtigung durch Krankheitsgewinn

Der 58-jährige Herr M. wurde aufgrund beruflicher Überlastung depressiv. Seine Frau und sein Therapeut kümmerten sich in der Folge mit großem Engagement um ihn. Außerdem merkte er, dass er den Tag auch ohne Arbeit gut füllen konnte. Die innere Hürde, sich wieder der anstrengenden Arbeit auszusetzen, wuchs mit jeder Woche, in der er krankgeschrieben war. Als er dann von der Rentenversicherung in eine psychosomatische Reha-Maßnahme geschickt wurde, lernte er Mitpatienten kennen, die mit beachtlichem Einsatz und Kreativität für ihre frühzeitige Berentung kämpften. Als Herr M. seinen Bezugstherapeuten gegen Ende der Maßnahme fragt, ob eine solche Lösung für ihn auch infrage

käme, winkt der Therapeut ab: Herr M. habe schon großartige Fortschritte gemacht, und Ziel müsse es doch nun sein, sich den Aufgaben des Lebens wieder zu stellen. Daraufhin sagt Herr M. den Abschlusstermin mit seinem Therapeuten unter einem Vorwand ab und kreuzt im Entlassungsbogen an, sein Zustand habe sich »nicht gebessert«. In der anschließend geplanten Einzeltherapie bei einer Therapeutin vergisst er die erste Sitzung, kommt in der zweiten zu spät und macht in den weiteren Stunden kaum Fortschritte. Die Therapeutin ist zunehmend genervt und überlegt sich, ob sie die Therapie nicht abbrechen soll, weil der Patient nicht ausreichend motiviert ist.

Bei einem solchen Mangel an Veränderungsmotivation bei gegebener Therapiemotivation sind erhebliche Zweifel an der Validität von Selbstauskunften indiziert. Hier gilt es, sich über die Identifikation motivationsrelevanter Faktoren (Rentenantrag gestellt?), Befragung Dritter, Verhaltensbeobachtung und ggf. durch Thematisierung der konfliktbeeinträchtigten Veränderungsmotivation ein valides Bild von der Motivationslage des Patienten zu machen.

Für die Praxis

Therapeuten sollten sich in Acht nehmen vor persönlichem, selbstwertschützenden Bias bei »Der-Patient-ist-nicht-ausreichend-motiviert«-Erklärungen! Diese dürfen nicht als Ausrede für ausbleibende Therapiefortschritte missbraucht werden. Therapeuten müssen stets andere Erklä-

rungen für Misserfolge offen prüfen und dürfen nur dann auf mangelnde Veränderungsmotivation attribuieren, wenn dafür über den Misserfolg hinaus belastbare Hinweise vorliegen.

Bei der Erfassung der Veränderungsmotivation ist ferner zu beachten, dass diese ein **dynamisches Geschehen** darstellt, welches kurz-, mittel- und langfristigen Einflüssen unterliegt. Nach dem Transtheoretischen Modell von Prochaska und Di Clemente (1983) lässt sich die erfolgreiche Realisierung von Verhaltensänderungen in fünf Phasen (»stages of change«) unterteilen (► Tab 2.2).

Jede Phase zeichnet sich durch eine spezifische Motivationslage aus, die durch Exploration des Patienten (und informierter Beteiligter) und spezifische Fragebögen erfasst werden kann und bei der jeweils spezifische motivationsfördernde Interventionen indiziert sind. Das Modell wurde ursprünglich zur Motivationsdiagnostik und -förderung bei Abhängigkeitserkrankungen (speziell Alkohol und Nikotin) entwickelt (Prochaska & DiClemente, 1983), kommt aber mittlerweile mit entsprechenden Modifikationen in der Therapie einer Vielzahl von Störungen zum Einsatz (z. B. bei Alkoholtherapie, s. Rollnick et al., 1992; bei Schmerztherapie, s. Kerns et al., 1997; bei diätetischen Maßnahmen, s. Glanz et al., 1994).

Verhaltensänderungen laufen in verschiedenen Phasen ab.

■ **Tab. 2.2** Phasen der Veränderung

Veränderungsstadium	Inhalte	Therapeutischer Fokus
Precontemplation (Präkontemplation)	Das Problemverhalten wird nicht als Problem gesehen (»Problem? Was für ein Problem?«).	Zusammenhänge zwischen Problemen und dem zu ändernden Verhalten erkennen; Gründe für Verhalten klären; Abwägen von Vor- und Nachteilen einleiten
Contemplation (Kritische Kontemplation/Reflexion)	Es bildet sich eine Absicht, etwas zu verändern (»Ich bin unglücklich mit dem Problemverhalten, aber ich weiß nicht, was ich tun soll«).	Veränderungsmöglichkeiten identifizieren
Determination/Preparation (Entschlussfassung/Vorbereitung)	Es werden erste Schritte zu Veränderung geplant (»Ich werde die folgenden Veränderungen vornehmen: ...«).	Erfolgsversprechende Veränderungsmöglichkeiten auswählen; Umsetzung planen
Action (Handlung)	Die geplante Veränderung wird vollzogen (»Jetzt lege ich los!«).	Aufrechterhaltung der Handlungsorientierung
Maintenance (Aufrechterhaltung)	Das problematische Verhalten wird seit längerem nicht mehr praktiziert, aber die Gefahr eines Rückfalls ist nach wie vor gegeben (»Fürs Erste hab ich's hinbekommen, aber trotzdem sollte ich wachsam bleiben«).	Erarbeiten von nachhaltigen Motivationsstrategien; Identifikation von Risikosituationen für Rückfälle; Erarbeiten von konkreten Coping-Strategien für den Umgang mit Risikosituationen
Termination (Beendigung der angestrebten Verhaltensänderung) vs. Relapse (Rückfall in Problemverhalten)	Neues Verhalten ist ohne weitere Anstrengungen stabil vs. Rückfall in alte Verhaltensmuster (»Ist doch egal, das schaffe ich doch eh nicht ...«).	Verstärkung des Erfolgs, ggf. Setzen neuer Veränderungsziele bzw. Rückfall entpathologisieren und als Quelle wichtiger Information nutzen; Selbsteffizienz fördern, Teilerfolge betonen und intendierte Verhaltensänderung wieder aufnehmen

Anmerkung. In Anlehnung an Prochaska und DiClemente (1983).

Motivierende Gesprächsführung (MG) wird mittlerweile bei einer Vielzahl von Störungsbildern zur Stärkung der Veränderungsmotivation eingesetzt.

2.3 Motivierende Gesprächsführung als Beispiel für motivationsfokussiertes therapeutisches Vorgehen

Motivierende Gesprächsführung (MG; original: »**motivational interviewing**«) wurde ursprünglich von William Miller und Stephan Rollnick in den 80er-Jahren als klientenzentrierte, semidirektive Form der Gesprächsführung zur Behandlung von Suchterkrankungen entwickelt. Sie zeichnet sich durch spezifische Frage- und Explorations-techniken aus, mit denen die intrinsische Veränderungsmotivation der Patienten gestärkt werden soll. Mittlerweile wird dieser Ansatz aber auch bei einer Vielzahl anderer Störungen zur Motivationsförderung eingesetzt. Dabei kann MG als allein stehende Intervention, als übergeordneter Behandlungsstil in komplexen Behandlungsprogrammen, als vorgeschaltete Maßnahme zur Therapievorbereitung oder als ergänzende Intervention, auf die bei Bedarf (sprich bei Motivationsproblemen) zurückgegriffen wird, eingesetzt werden.

Der Ansatz beruht auf den **Annahmen**, dass

- Autonomieverletzung (beim Patienten durch zu direktives Vorgehen des Therapeuten) zu Widerstand führt (Reaktanz),
- Patienten nicht änderungsresistent, sondern ambivalent motiviert sind,
- Menschen sich eher von sich selbst überzeugen lassen als von anderen,
- die Eigenmotivation zur Veränderung wächst, wenn die Motive *für* die Veränderung gestärkt und gleichzeitig die Motive *gegen* die Veränderung wertgeschätzt werden.

Wie in den Grundannahmen bereits ersichtlich, soll es bei MG nicht darum gehen, den Patienten mit subversiven Tricks zu etwas zu bringen, was er nicht will. Vielmehr versteht sich MG als eine Art Geburtshilfe, bei der der Therapeut durch respektvolle, nicht-wertende Erkundungen den Zielen, Werten und Überlegungen des Patienten mehr Gewicht verschafft, die mit dem zu ändernden Verhalten nicht kompatibel sind.

Das therapeutische Vorgehen gliedert sich dabei in zwei Phasen/Ansatzpunkte, die je nach Grad der Veränderungsbereitschaft zum Tragen kommen: Wenn Patienten noch keine intrinsische Veränderungsbereitschaft (»readiness to change«) zeigen, zielen die therapeutischen Interventionen auf den Aufbau derselben ab (Phase 1). Wenn Patienten bereits veränderungsmotiviert sind, fokussieren die Interventionen auf die Stärkung der Selbstverpflichtung (»commitment«) durch das Setzen konkreter Ziele und das Erarbeiten und Umsetzen konkreter Veränderungspläne (Phase 2).

Das therapeutische Vorgehen orientiert sich an den folgenden **Prinzipien**:

- **Empathie/Wertschätzung:** Therapeuten sehen das Problem aus der Perspektive des Patienten und kommunizieren dies im Kontakt mit ihm. Dysfunktionales Verhalten wird dabei als lerngeschichtlich bedingter Versuch gesehen, letztlich legitime Ziele zu erreichen.
- **Herausarbeiten von Diskrepanzen:** Dieser Punkt bezieht sich vor allem auf Diskrepanzen zwischen den Konsequenzen, die sich aus dem Störungsverhalten ergeben, und wichtigen Zielen, Anliegen oder Werten der Patienten.
- **Geschmeidiger Umgang mit Widerstand:** Therapeuten akzeptieren, dass es normal und nicht pathologisch ist, wenn Patienten gegenüber der Verhaltensänderung ambivalent motiviert sind. Wenn der Patient die Kompetenz des Therapeuten anzweifelt, den Therapeuten unterbricht, das Problem verleugnet oder bagatellisiert oder sich aus der therapeutischen Interaktion »ausklinkt«, wird dies als Ausdruck dieser Ambivalenz und als interaktionelles Problem gesehen, auf das der Therapeut mit geschicktem Verhalten Einfluss ausüben kann (u. a. »Rechthaber-Reflex bändigen«).
- **Stärkung der Selbsteffizienz:** Unabhängig davon, welche Ziele der Patient verfolgt (und ob er sich tatsächlich für eine Verhaltensänderung entscheidet), versucht der Therapeut, die Zuversicht des Patienten zu fördern, dass er sein Verhalten beeinflussen kann (wenn er sich dafür entscheiden würde).

Als **therapeutische Interventionen** werden dabei u. a. eingesetzt:

- **Offene Fragen:** Diese zeichnen sich dadurch aus, dass sie nicht durch ein Ja oder Nein beantwortet werden können (z. B. »Wie würden Sie selbst Ihren Alkoholkonsum einschätzen?«). Sie laden den Patienten dazu ein, den thematisierten Problem-aspekt zu elaborieren, und ermöglichen daran ansetzende therapeutische Interventionen.
- **Aktives und empathisches Zuhören:** Charakteristisch sind z. B. Paraphrasieren, Reflektieren, interessiertes Nachfragen, Zusammenfassen, Nachfragen, ob die Zusammenfassungen korrekt waren, sowie Hilfsangebote, die sich auf die intrinsischen Ziele des Patienten beziehen.
- **Würdigung:** Sämtliche (vielleicht auf den ersten Blick vernachlässigbar erscheinende) Leistungen des Patienten werden mit Berücksichtigung der Schwierigkeiten, die es dabei zu überwinden galt, als aner kennenswert gesehen und als solche dargestellt und wertgeschätzt.
- **Informationsvermittlung:** Der Therapeut stellt sein Fachwissen (z. B. bezüglich Diagnose, Prognose, zu erwartender Folgen, Effektivität von Therapie) zur Verfügung.
- **Non-Direktivität/geleitetes Entdecken:** Der Therapeut zeigt verschiedene Optionen auf, wie Ziele erreicht werden können, lässt aber den Patienten entscheiden, welche er wählt.

Patienten sollen nicht ausgetrickst, sondern zu eigenen Einsichten geführt werden.

Das therapeutische Vorgehen gliedert sich in zwei Phasen.

Prinzipien des therapeutischen Vorgehens bei MG

Therapeutische Interventionen, die in MG zum Einsatz kommen

- **Systematische Förderung von »change talk«:** »Change talk« beinhaltet alle Aussagen des Patienten, die sich auf die Nachteile des bisherigen Verhaltens, auf die Vorteile der Verhaltensänderung, auf die Zuversicht, die Änderung ausführen zu können (»confidence talk«) sowie auf konkrete Änderungsabsichten und -pläne beziehen. Aussagen dieser Art werden vom Therapeuten systematisch verstärkt.
- **Konstruktiver Umgang mit Widerstand:** Für den konstruktiven Umgang mit Widerstand stellen Miller und Rollnik verschiedene konkrete Vorgehensweisen vor. Dazu zählt z. B. das überzogene Widerspiegeln: Patient: »Ich habe meinen Alkoholkonsum im Griff. Ich stehe noch aufrecht, wenn andere schon unter dem Tisch liegen.« Therapeut: »Sie müssen sich um nichts Sorgen machen. Alkohol kann Ihnen überhaupt nichts anhaben.«
- **Systematische Förderung von Handlungsorientierung:** Sobald eine Veränderungsentention gefasst ist, werden konkrete Ziele vereinbart, verschiedene Wege zur Zielerreichung diskutiert, ein konkreter Veränderungsplan entwickelt, gezielte Maßnahmen zur Steigerung der Selbstverpflichtung initiiert (z. B. öffentliche Verlautbarung) und möglichst zeitnah mit konkreten Verhaltensänderungen begonnen.

Die **Effektivität** von MG ist mittlerweile für verschiedene Anwendungsbereiche in einer Reihe von Studien belegt worden. In der Regel zeigen sich dabei kleine bis mittlere Effekte für die Vergleiche mit Wartekontrollgruppen und keine signifikanten Unterschiede in Vergleichen mit anderen evidenzbasierten Verfahren (s. z. B. Burke et al., 2004).

2.4 Fazit und Ausblick

Klaus Grawe hat einmal gesagt: »Wo soll die Kraft für die Veränderung denn herkommen, wenn nicht aus den positiven Zielen der Patienten selber?« Dieser Satz mag grammatikalisch etwas schief klingen, drückt aber die Wichtigkeit aus, die Maßnahmen zur Förderung der Veränderungsmotivation im Rahmen psychotherapeutischer Behandlungen zugeschrieben werden muss. Vor diesem Hintergrund ist es bedauerlich, dass sich, wie bereits angemerkt, vor allem in der von kognitiver Verhaltenstherapie geprägten, empirisch-wissenschaftlichen Konzeptentwicklung zu diesem Thema zurzeit noch relativ wenige elaborierte und evaluierte Ansätze finden (zu den rühmlichen Ausnahmen zählt u. a. der Ansatz zur Elaboration positiver Perspektiven in der Psychotherapie (EPOS) von Koban & Willutzki, 2001, s. u.). Die zukünftige Psychotherapieforschung sollte sich somit nicht nur der Evaluation komplexer Therapieprogramme, sondern auch therapeutischer Einzelinterventionen widmen und dabei in einem ausgewogenen Verhältnis auf störungs- und motivationsbezogene Interventionen fokussieren.

Mit Elaboration positiver Perspektiven in der Psychotherapie (EPOS) sollen positive Annäherungsziele identifiziert bzw. aufgebaut werden.

Für die Praxis

EPOS – eine Methode zur Generierung von persönlich relevanten positiven Annäherungszielen, welche als Energiequellen für adaptive Veränderungen genutzt werden können

EPOS lässt sich gut in zwei mit etwas Abstand aufeinanderfolgenden Sitzungen (je ca. 50 Minuten) durchführen. In der ersten Sitzung wird zunächst mit dem Patienten erarbeitet, wie wichtig es ist, sich bewusst zu machen, was man sich eigentlich tief im Herzen wünscht (»Nur wenn man das weiß, kann man sich persönlich relevante Ziele setzen und mit der

Leidenschaft und der Energie anstreben, die für das Erreichen wichtiger Ziele in der Regel notwendig sind«). Außerdem wird ausgeführt, dass es zuweilen aus verschiedenen Gründen gar nicht so leicht ist, herauszufinden, was man eigentlich will (»Wir trauen uns in der Regel gar nicht mehr zu träumen«) und dass die folgende Übung einem helfen kann,



einen Zugang zu den eigenen Wünschen zu bekommen. Dann stellt der Therapeut die Übung in groben Zügen vor und lädt den Patienten ein, die Übung durchzuführen.

Wenn der Patient diese Einladung annimmt, wird er vom Therapeuten durch eine Fantasiereise geführt, in der der Patient sich vor dem inneren Auge möglichst bildhaft vorstellt, wie ein Tag in seinem Leben in fünf Jahren aussehen würde, wenn bis dahin alles, aber auch alles, komplett nach seinem Willen laufen würde. Der Fokus liegt dabei auf dem unzensurierten Sich-Vorstellen noch so fantastischer positiver Zustände. Der Therapeut leitet den Patienten mit möglichst offenen Fragen durch den Tag (»Wo wohnen Sie? Können Sie sich das vor dem inneren Auge vorstellen, wo Sie da wohnen? Ah, in einer alten Villa ... Wie sieht die denn aus?«) und elaboriert den Bericht des Patienten mit dem Ziel, ein möglichst angenehmes und intensives Erleben der Vorstellung auf allen Sinneskanälen zu fördern und durch den Tag zu führen (»Wie fühlt sich das an, wenn Sie nach dem Aufwachen einfach so mit viel Zeit im Bett liegen können? Was ist das Angenehme dabei? Ah, die Sonne auf der Haut! Wo spüren Sie die am stärksten? Wie fühlt sich das an? Was für ein Licht ist das? Was für Gedanken gehen Ihnen dabei durch den Kopf? Was für eine Stimmung löst das aus? Gibt es da noch andere Personen, die mit Ihnen in dieser

Villa wohnen? Wie geht der Tag dann weiter?«). Wenn möglich sollte man den Dialog zwischen dem visualisierenden Patienten und dem (sich ebenfalls mit in die Vorstellung gebenden) Therapeuten auf einen Audio-Träger aufnehmen. Am Ende dieser Fantasiereise kann der Patient die Audio-Aufnahme mitnehmen mit der Instruktion, sich diese einfach noch einmal anzuhören und anmuten zu lassen.

In der nächsten Stunde erfolgt dann eine Verlagerung des bislang imaginativ-holistischen Verarbeitungsmodus in Richtung eines analytisch-zielgerichteten Modus. Dabei werden zentrale Bilder der Fantasiereise identifiziert und für jedes Bild erarbeitet, was für ein Wunsch sich in diesem Bild niederschlägt. Anschließend kann der Patient überlegen, ob er sich bewusst für das aktive Anstreben des Wunsches entscheidet und den Wunsch dadurch zu einem langfristigen Ziel macht (welches zumindest persönlich bedeutsam, konkret und realistisch sein sollte). Alternativ kann an dieser Stelle auch die Einsicht erfolgen, dass ein Wunsch nicht erreichbar ist und dass es besser wäre, sich von diesem Wunsch über systematische Trauerarbeit zu lösen. Aus diesem langfristigen Ziel lassen sich dann mittelfristige Ziele (im Laufe des nächsten Jahres) und kurzfristige Ziele (in den nächsten sechs Wochen, in dieser Woche, heute) ableiten.

- Bents, H. (2006). Entscheidungswürfel. In: Fliegel, S. & Kämmerer, A. (Hrsg.), *Psychotherapeutische Schätze* (S. 51-52). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Kanfer, F. H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2000). *Selbst-Management-Therapie* (3. Aufl.). Berlin: Springer.
- Koban, C. & Willutzki, U. (2001). Die Entwicklung positiver Perspektiven in der Psychotherapie: Die Interventionsmethode EPOS. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 34, 225-239.
- Margraf, M. & Berking, M. (2005). Mit einem »Warum« im Herzen lässt sich fast jedes »Wie« ertragen: Konzeption und empirische Evaluation eines psychotherapeutischen Entscheidungstrainings. *Verhaltenstherapie*, 12, 254-262.
- Prochaska, J. O., Norcross, J. C. & DiClemente, C. C. (1994). *Changing for good*. New York: Avon Books.

► Weiterführende Literatur

2.5 Literaturverzeichnis

- Bents, H. (2006). Entscheidungswürfel. In: Fliegel, S. & Kämmerer, A. (Hrsg.), *Psychotherapeutische Schätze* (S. 51-52). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Berking, M. (2005). Beeinträchtigungen der Psychotherapiemotivation. In: Lutz, W., Kosfelder, J. & Joorman, J. (Hrsg.), *Ungünstige Behandlungsverläufe rechtzeitig erkennen und daraus lernen* (S. 163-183). Göttingen: Hogrefe.
- Burke, B. L., Dunn, C. W., Atkins, D. C. & Phelps, J. S. (2004). The emerging evidence base for motivational interviewing: A meta-analytic and qualitative inquiry. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 18, 309-322.
- Glanz, K., Patterson, R. E., Kristal, A. R., DiClemente, C. C., Heimendinger, J., Linnan, L. et al. (1994). Stages of change in adopting healthy diets: Fat, fiber, and correlates of nutrient intake. *Health Education and Behavior*, 21, 499-519.
- Grawe, K. (2004). *Psychoneurotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grosse Holtforth, M. & Grawe, K. (2000). Fragebogen zur Analyse Motivationaler Schemata (FAMOS). *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 3, 170-179.
- Kerns, R. D., Rosenberg, R., Jamison, R. N., Caudill, M. A. & Haythornthwaite, J. (1997). Readiness to adopt a self-management approach to chronic pain: The Pain Stages of Change Questionnaire (PSOCQ). *Pain*, 72, 227-234.

- Koban, C. & Willutzki, U. (2001). Die Entwicklung positiver Perspektiven in der Psychotherapie: Die Interventionsmethode EPOS. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 34, 225-239.
- Margraf, M. & Berking, M. (2005). Mit einem »Warum« im Herzen lässt sich fast jedes »Wie« ertragen: Konzeption und empirische Evaluation eines psychotherapeutischen Entscheidungsstrainings. *Verhaltenstherapie*, 12, 254-262.
- Pöhlmann, K. & Brunstein, J. C. (1997). GOALS: Ein Fragebogen zur Messung von Lebenszielen. *Diagnostica*, 43, 63-79.
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.
- Rollnick, S., Heather, N., Gold, R. & Hall, W. (1992). Development of a short »Readiness to Change Questionnaire« for use in brief, opportunistic interventions among excessive drinkers. *British Journal of Addiction*, 87, 743-754.
- Schneider, W., Basler, H. D. & Beisenherz, B. (1989). *Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation (FMP)*. Weinheim: Beltz.
- Schulte, D. (2005). Messung der Therapieerwartung und Therapieevaluation von Patienten (PATHEV). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 34, 176-187.
- Schulte, D. & Eifert, G. H. (2002). What to do when manuals fail? The dual model of psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 312-328.
- Schulz, H., Nübling, R. & Rueddel, H. (1995). Entwicklung einer Kurzform eines Fragebogens zur Psychotherapiemotivation. *Verhaltenstherapie*, 5, 89-95.

🔍 Kap. 2, Bd. 2: Kontrollfragen

Die Antworten auf die folgenden Fragen finden Sie im Lerncenter zu diesem Kapitel unter ► www.lehrbuch-psychologie.de (Projekt Klinische Psychologie und Psychotherapie für Bachelor).

1. Was ist der Unterschied zwischen Therapie- und Veränderungsmotivation?
2. Welche Stadien der Veränderungen unterscheiden Prochaska und DiClemente? Was kennzeichnet diese Stadien, und welche Interventionsstrategien sind bei den einzelnen Stadien indiziert?
3. Auf welchen Grundannahmen beruht die Motivierende Gesprächsführung, und welche Techniken werden dabei eingesetzt?
4. Welches Ziel verfolgt die Elaboration positiver Perspektiven in der Psychotherapie (EPOS)?



<http://www.springer.com/978-3-642-25522-9>

Klinische Psychologie und Psychotherapie für Bachelor
Band II: Therapieverfahren. Lesen, Hören, Lernen im Web
(Eds.)M. Berking; W. Rief
2012, XII, 184 S. 11 Abb. in Farbe. Mit online files/update.,
Softcover
ISBN: 978-3-642-25522-9