

Erwartungsklä rung, Motivationsklä rung und Aufbau von Therapiemotivation

• Dieter Schmelzer •
1998

Das Thema „Motivation“ zieht sich wie ein roter Faden durch den gesamten Therapieprozeß, für dessen Strukturierung Kanfer, Reinecker & Schmelzer (1990) ein Sieben-Phasen-Modell vorgeschlagen haben. Aus den vielen Einzelaspekten, die für eine effektive Therapiedurchführung notwendig sind, werden in diesem Abschnitt die Themen „Erwartungen klären“ sowie „Motivationsklä rung und Aufbau von Therapiemotivation“ als Schwerpunkte herausgegriffen und ausführlich behandelt.

Erwartungen klären

Unsere Patienten kommen mit bestimmten *Erwartungen* in die Therapie. Darunter werden alle Wünsche, Hoffnungen, Ziele (auch Befürchtungen) etc. verstanden, die sich auf die Abläufe, Inhalte und Ergebnisse einer Therapie beziehen. Therapieerwartungen sind immer das Resultat vorheriger Erfahrungen von Patienten mit „Therapie“ im weitesten Sinne - sei es direkt-persönlich, sei es indirekt via Informationen durch Bekannte bzw. über Medien etc. Diese Informationen haben bereits die Entscheidungen von Patienten auf dem Weg zur Therapie mitbestimmt. In der Regel handelt es sich um diffuse, implizite, ungeordnete, auch emotional gefärbte Annahmen, die bei aller Subjektivität, d.h., selbst wenn sie aus fachlicher Hinsicht noch so abwegig erscheinen mögen, für Patienten *handlungsleitend* sind.

Bereits ab dem Erstkontakt lohnt es sich, folgende *Bereiche* von Therapieerwartungen zu präzisieren (und ggf. zu verändern):

***Rollen*erwartungen** (“role expectancies”: Goldstein, 1966): z.B.: Welche Rollen im Therapieprozeß fallen - nach Ansicht des Patienten - dem Therapeuten bzw. dem Patienten zu?

***Prognostische Erfolg*erwartungen** (“prognostic expectancies”: Goldstein, 1966): z.B.: Mit welcher “Hoffnung auf Therapieerfolg” (bzw. umgekehrt mit welchem Grad von “Hoffnungslosigkeit”) beginnt der Patient die Therapie?

***Inhaltliche* Erwartungen**: z.B.: Was soll in der Therapie bearbeitet werden? Welche Probleme und welche Ziele sollen nach Meinung des Patienten im Mittelpunkt stehen? Welche Themen werden *vermieden* oder explizit *ausgeklammert*?

***Ablauf*erwartungen**: z. B.: Wie wird oder soll nach Ansicht des Patienten der Therapieprozeß ablaufen? Was soll umgekehrt *keinesfalls* passieren?

Erwartungen aufgrund subjektiver “Krankheitsüberzeugungen” (“health beliefs”): z.B.: Wie erklärt sich ein Patient seine Schwierigkeiten? Wodurch sind die Probleme seiner Ansicht nach bedingt, womit hängen sie zusammen? Wie beurteilt ein Patient bzw. sein soziales Umfeld die Probleme: als “Krankheit”, “Störung”, “Wink des Schicksals”, “abnormes Verhalten”? Welche Konsequenzen haben diese subjektiven Alltagsvorstellungen? etc.

Tabelle 1. Mögliche Bereiche von Therapieerwartungen (nach Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1990, S.126)

Normalerweise vollzieht sich die Erwartungsklä rung mit Hilfe entsprechender *direkter Fragen* (z.B. „Welche Hoffnungen oder Wünsche haben Sie denn für Ihre Therapie ... was sollte herauskommen?“ - „Woran könnten wir beide erkennen, daß eine Therapie nicht weiter notwendig wäre?“ - „Was soll Ihrer Ansicht nach als erstes

behandelt werden?“ etc.). Genauso wichtig ist jedoch das aufmerksame Registrieren aller *indirekten* Anzeichen für Therapieerwartungen:

Beispielsweise können aus bestimmten beiläufigen Bemerkungen der Patienten wichtige Therapieerwartungen abgeleitet werden („Mein Mann ist halt nun mal so, da kann man nichts machen!“ - „Unser Hausarzt sagt, Tabletten helfen nicht viel, ich muß zum Psychologen, der soll mich entspannen...“ - „Eine Frechheit war das von diesem Psychiater, mir einfach zu sagen, meine Schmerzen seien psychisch!“ - „Das Reden bei Ihnen tut mir schon gut bei meinen Ängsten, da brauchen wir gar nichts Zusätzliches mehr machen...“ etc.).

Die Erwartungsklärung erfüllt dabei folgende Hauptzwecke:

1. **Erleichterung der Kooperation zwischen Therapeut und Patient.** Da die Erwartungsklärung ein *beidseitiger* Prozeß ist, bei dem umgekehrt auch darüber informiert wird, was Patienten tatsächlich von uns erwarten können, entsteht zunehmend Klarheit über Möglichkeiten und Grenzen, über Spielregeln und Rahmenbedingungen der Therapie (siehe auch den Beitrag über „Kontextklärung“ in diesem Band). Dadurch brauchen Therapeut und Patient nicht auf der Basis unausgesprochener, illusionärer Hoffnungen und Wünsche zu interagieren, sondern erhalten explizite, konkrete Handlungsleitlinien (Beispiel: „Aha, das heißt also, daß ich auch selbst gut mitarbeiten muß, damit die Therapie Fortschritte bringt?!“).
2. **Modifikation bzw. Korrektur inadäquater Erwartungen.** Falls Patienten mit übertriebenen oder falschen Erwartungen auftauchen, muß eine behutsame aber eindeutige Korrektur versucht werden, da sich sonst sehr schnell destruktive Interaktionsmuster etablieren. Dies bedeutet für Therapeuten eine gewisse Gratwanderung zwischen den Polen „empathisches Verstehen“ und „Hinarbeiten auf Veränderungen“: Einerseits darf den Patienten wegen irriger Erwartungen (z.B. „Die Therapie muß meine Ängste sofort zum Verschwinden bringen!“) kein Vorwurf gemacht werden, andererseits sollten aus Gründen der Empathie keine unangebrachten Erwartungen unwidersprochen im Raum stehenbleiben. Günstig ist hier die Methode des „*empathischen Konfrontierens*“: „Ich verstehe, daß Sie sich wünschen würden, von heute auf morgen Ihre Ängste los zu sein. Wenn das möglich wäre, würde ich Ihnen natürlich sofort dabei helfen. Leider haben wir kein solches Zaubermittel. Wir wissen aber, daß es gute Chancen gibt, auf *andere* Weise mit seinen Ängsten besser umzugehen und viele davon im Lauf der Zeit zu überwinden. Möchten Sie, daß ich Ihnen darüber näher Auskunft gebe?“ Damit wird dem Patienten signalisiert, daß er sicher mit Unterstützung des Therapeuten rechnen kann, daß sich diese Hilfe aber auf *menschennögliche* Ziele beziehen muß. Oder aber es wird verdeutlicht, daß der Therapeut das zugrundeliegende Hauptziel zwar für legitim hält, daß es aber *andere* Mittel und Wege gibt, um es zu erreichen.
3. **Rollenstrukturierung.** Die klinische Grundlagenforschung dokumentiert Hinweise auf einen guten Erfolg von Maßnahmen zur *Rolleninduktion* (vgl. z.B. Wilson, 1985). Hiermit ist gemeint, daß Patienten (mit Hilfsmitteln wie Broschüren, Informationsmaterial, kurzen Videofilmen etc.) gezielt über die Therapie informiert und an die jeweiligen Rollen von Therapeut und Klient herangeführt werden. Eine solche Verdeutlichung der Interaktions-Spielregeln trägt auch dazu bei, Therapieabbrüchen vorzubeugen, die auf falschen Rollenerwartungen beruhen.
4. **Induktion positiver Therapieerwartungen.** Wenn die eben erwähnte Rollenstrukturierung z.B. durch ehemalige (erfolgreich behandelte) Patienten - oder in einer Klinik durch kurz vor der Entlassung stehende

Mitpatienten geschieht, ergeben sich positive Zusatzeffekte, weil meist auch ein „Fünkchen Hoffnung“ mitvermittelt wird. Diese Hoffnung wiederum hat sich als wichtiger genereller Faktor für Therapieerfolg herausgestellt (vgl. z.B. Bootzin, 1985; Frank, 1985; Goldstein, 1962 etc.). Sie hilft auch, der üblicherweise anzutreffenden Demoralisierung und Resignation der Patienten entgegenzuwirken und eine optimistische Grundeinstellung zu fördern (Scheier & Carver, 1992).

5. Beginn des Aufbaus von Therapie- und Änderungsmotivation. Während sich die (negativ geprägten) Eingangsbeschwerden von Patienten mit den Problemen und Schwierigkeiten beschäftigen, weisen Therapieerwartungen meist auf den positiven Gegenpol, d.h. auf eventuell erstrebenswerte Soll-Zustände hin. Sie geben Hinweise auf potentielle Therapieziele, eröffnen positive Zukunftsperspektiven und schaffen somit für einen sensiblen Therapeuten erste Grundlagen für den Aufbau von Therapiemotivation (siehe unten).

Motivationsklä rung und Aufbau von Therapiemotivation

Es gehört zu einer Kernüberzeugung jedweder Therapie, daß Patienten in irgendeiner Form für ihre Therapie „motiviert“ sein müssen (Garfield, 1986; Kanfer, 1992a, Meichenbaum & Turk, 1994). Ältere Sichtweisen des Themas betonten vor allem den „Leidensdruck“ von Patienten, gingen von einer gleichbleibend-statischen Motivation aus und beschränkten sich meist darauf, die „motivierten“ von den „unmotivierten“ Patienten zu trennen (sogenannte Aschenputtel- Taktik: „Die Guten ins Töpfchen...“). Eine Anbindung an Motivationstheorien der allgemeinen Psychologie (vgl. z.B. Heckhausen, 1989) oder gar eine schlüssige Ableitung klinischer Motivationsstrategien aus solchen theoretischen Überlegungen fehlten in den meisten Fällen. Allenfalls wurden - spekulativ und abgekoppelt von jeder Empirie - schulenspezifische (z.B. triebdynamische) Konzeptionen entworfen.

Auch in der Verhaltenstherapie dauerte es lange, bis sich Theoretiker *explizit* mit dem Thema beschäftigten. Zwar sind Motivationsaspekte schon in frühen Lerntheorien enthalten, eine dezidierte Auseinandersetzung verzögerte sich aber wohl auch deswegen, weil „Motivation“ in der Regel nicht direkt zu beobachten ist, sondern ein hypothetisches Konstrukt darstellt (vgl. unten).

Kanfer, Reinecker & Schmelzer (1990) haben sich mit unter den ersten bemüht, den Bogen von theoretischen Überlegungen und empirischen Befunden der Motivationspsychologie hin zur Verhaltenstherapie zu spannen und aus dieser Annäherung von Theorie und Praxis hilfreiche Strategien für Praktiker abzuleiten. Obwohl noch weit vom Ideal einer kohärenten Theorie der Therapiemotivation entfernt, sollen wesentliche Überlegungen dieser Autoren die Basis für den vorliegenden Beitrag bilden.

Therapiemotivation in der Verhaltenstherapie: Einige theoretische Grundlagen

In den meisten Theorien verkörpert Motivation die „energetisierende“ Komponente, mit der eine Person ihr Verhalten auf ein Ziel hin ausrichtet. In diesem (zielorientierten) Verständnis von Motivation geht es somit um eine zusammenhängende Folge von Abläufen und Ereignissen, die mit einem Ungleichgewichts- oder Bedürfniszustand in einer Person beginnt und dann zu Ende geht, wenn ein Zustand erreicht ist, der den Bedürfniszustand aufhebt bzw. das Ungleichgewicht in Richtung (neues oder wiederhergestelltes altes) Gleichgewicht hin verändert, d.h. *Homöostase* herstellt (Abbildung 1, siehe auch Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1990, S.63):

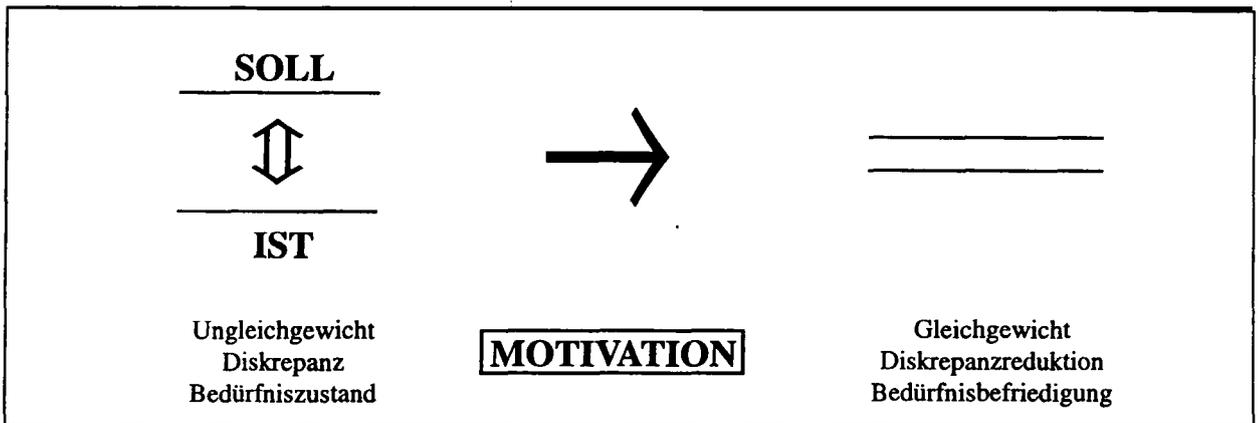


Abbildung 1. Basisprozeß der Motivation

Diese Bildung von Homöostase vollzieht sich auf allen Ebenen menschlichen Verhaltens von niedrigsten zellulären Regulationen des Autonomen Nervensystems bis hin zu den obersten bewußt-kontrollierten Vorgängen des Entscheidens und Handelns (vgl. Heckhausen, 1987, S.7). Aus diesem Grunde kann man festhalten, daß Lebewesen *immer* motiviert sind (oder deutlicher formuliert: Die „unmotivierten“ liegen längst unter der Erde...“).

Wie die nachstehende Abbildung zeigt, ist eine solche Sichtweise kompatibel zu Klinger (1975, 1977, 1987; Klinger, Barta & Maxeiner, 1981), der mit seinem Konstrukt der „Current Concerns“ (CCs) eine ähnliche Vorstellung entwickelt hat (Abbildung 2):

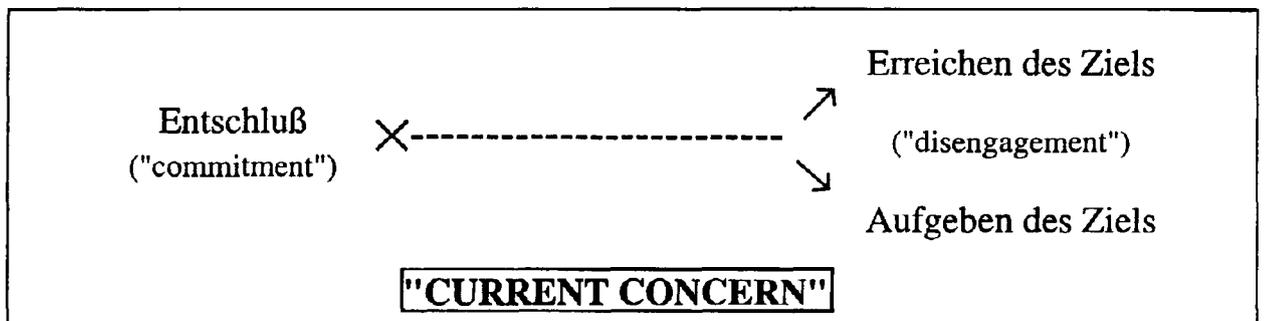


Abbildung 2. "Current Concern" in der Motivationstheorie von Klinger

Klingers Konzept der „Current Concerns“ hat den Vorteil, daß sowohl die dynamischen *Fluktuationen* von Motiven als auch die Tatsache, daß Menschen zu jedem Zeitpunkt ihres Lebens „im Griff“ *vieler* CCs sind, adäquat berücksichtigt werden können. Da insbesondere langfristige Ziele nicht ständig aktiv verfolgt werden (Zeigarnik, 1927), sondern zu bestimmten Zeiten „im Hintergrund“ weiterlaufen, während andere Handlungen dominant sind, lassen sich mit CCs auch Vordergrund-/Hintergrund-Verschiebungen von Motiven erklären. In der Therapie werden persönlich bedeutsame „Hintergrund“-Motive wieder zugänglich gemacht: Durch den Prozeß der *Ziel- und Wertklärung* (siehe unten), bei dem - unter anderem mit Hilfe gelenkter

Phantasien - die Aufmerksamkeit auf zielrelevante Inhalte gelenkt wird, kann ein *Querschnitt* durch die CCs einer Person vollzogen werden. Dabei handelt es sich sozusagen um die *Momentaufnahme* wichtiger Ziele aus der Werthierarchie der Patienten. Wenn sich ähnliche Ziele zu mehreren Erhebungszeitpunkten als persönlich bedeutsam herausstellen, ist die Annahme berechtigt, daß es sich um sehr *zentrale* Ziele und Werte der Person handelt. Solche Hierarchien können gut mittels der „Vertikalen Verhaltensanalyse“ oder auch „Plananalyse“ (Caspar, 1989; Grawe, 1987) strukturiert werden. Dabei ist erforderlich, daß die Therapie - zumindest für gewisse Zeit - ein vorrangiges Anliegen der Patienten werden und unter den ersten Prioritäten ihrer Zielhierarchie rangieren muß.

Klinger beschreibt außerdem anschaulich den sogenannten „*Motivationszyklus*“, der mit dem festen Entschluß zu einer Handlung („commitment“) beginnt und sich mit der erfolgreichen Handlungsausführung bzw. dem Aufgeben des Ziels wieder schließt („disengagement“: Klinger, 1975, 1987). Wie wir weiter unten sehen werden, sind je nach Stadium des Motivationszyklus *andere* Motivierungsstrategien sinnvoll.

Da Motivation nicht direkt zu beobachten ist, müssen *indirekte* Beobachtungskriterien zum Erschließen herangezogen werden. So fanden als Motivationsindikatoren z.B. Verwendung: Intensität eines Verhaltens, Widerstand gegenüber Ablenkung durch alternative Handlungsimpulse, zeitliche Dauer eines Verhaltens, Mühe und Kosten, die in eine Tätigkeit investiert werden etc. Neben der *Intensität* von Motivation ist auch die *inhaltliche Richtung* von Bedeutung. So unterscheiden sich Personen - trotz ähnlicher biologisch-physiologischer „Ausstattung“, d.h. trotz gleichartiger *primärer* Bedürfnisse - auch und gerade in persönlich bedeutsamen Lebensmotiven. Diese haben sich durch vielfältige Einflüsse im Verlauf der Lebensgeschichte entwickelt, und es versteht sich von selbst, daß eine erfolgreich verlaufende Therapie nicht gegen zentrale aktuelle Bedürfnisse der Patienten verstoßen darf. In der nachfolgenden Tabelle sind wichtige Gesichtspunkte zu „motivationstheoretischen Grundannahmen“ zusammengefaßt (Tabelle 2):

- Menschen sind *immer* zu etwas motiviert.
- Ziele und Motive befinden sich kontinuierlich im Fluß; Therapiemotivation ist daher ein multidimensionaler dynamischer Prozeß, der ständigen Fluktuationen unterliegt.
- Therapiemotivation ist keine stabile Persönlichkeitseigenschaft.
- Therapiemotivation ist nicht global zu erfassen oder mit Eingangsmotivation zu Beginn der Therapie gleichzusetzen.
- Therapiemotivation bezieht sich immer auf bestimmte Situationen bzw. Handlungen; sie muß also für *jede* Einzelhandlung und für *jede* Episode (z.B. zur Therapie kommen, in Therapie bleiben, Informationen geben, aktiv mitarbeiten etc.) neu unterstellt werden.
- „Current Concerns“ implizieren: Multiple, oft konfligierende Motive zum jeweiligen Zeitpunkt; Vordergrund-/Hintergrund-Relationen; Prioritätenänderungen; Querschnitt durch die momentane Motiv- und Zielhierarchie etc.
- Die Variabilität über die Zeit impliziert *Beeinflussbarkeit* (Möglichkeit des Motivationsaufbaus!) während der Therapie durch den Therapeuten bzw. durch den tatsächlichen Therapieverlauf (Nichts ist so erfolgreich wie der Erfolg...).
- Motivationsklärung ist *nicht* die Suche nach den „wahren“, „letzten“, „innersten“ oder „endgültigen“ Grundmotiven von Personen; sie bietet allenfalls kurz- bis mittelfristige Motivationshilfen.
- Motivation kann niemals *völlig* „geklärt“ sein (immer nur Momentaufnahme von „Current Concerns“ möglich; sicherlich deuten ähnliche Zielstrukturen, zu verschiedenen Zeitpunkten erhoben, auf eher überdauernde, persönlich relevante Motive hin (Grawe, 1987; Caspar, 1989) Trotzdem sind sie nicht als stabile Persönlichkeitsstrukturen interpretierbar.

Tabelle 2. Motivationstheoretische Grundannahmen

Speziell für Selbstmanagement-Therapeuten sind noch folgende Zusatzannahmen wichtig:

- Respekt vor den Zielen und Motiven anderer Personen (auch und gerade bei starken Diskrepanzen zu eigenen! Ausnahme: Gefahr der Selbst- und Fremdschädigung; Schutz anderer vor Übergriffen jedweder Art etc.).
- Grundsätzliches Akzeptieren der Annahme, daß Menschen - innerhalb von Grenzen - zu Selbststeuerung *fähig* sind und daher keine Bevormundung durch „besserwisserische“ Experten benötigen. Diese theoretischen Annahmen haben u.a. folgende Konsequenzen für die Praxis:
- Entsprechend der Tatsache, daß Menschen *immer* motiviert sind (nur nicht immer zu dem, was andere Personen - z.B. Therapeuten - von ihnen wollen...), ist die Frage, ob ein Patient „motiviert“ oder „unmotiviert“ ist, falsch gestellt. Entscheidend ist hingegen: Mit welcher *Intensität* ist der Patient zum *momentanen Zeitpunkt* auf *welche spezifischen Ziele* hin motiviert?
- Eine *funktionale Analyse* der jeweiligen Motivation zum jeweiligen Zeitpunkt hilft dem Therapeuten, die obige Frage besser zu beantworten und vorhandene Motivationen *für therapeutische Zwecke zu nutzen* („Wozu / wodurch ist der Patient motivierbar?“).
- Dazu ist zunächst die direkte *Beobachtung* sowie das *indirekte Erschließen* von Zielen, Werten und Motiven der Patienten notwendig. Sensible Therapeuten achten daher ab dem Erstkontakt kontinuierlich auf alle Anzeichen von Bedürfnissen, Motiven, Zielen und Werten ihrer Patienten (vgl. unten, Tabelle 3).
- Die Therapie muß selbst ein bedeutsames „Current Concern“ der Patienten werden und in deren Zielhierarchie sehr weit oben rangieren.
- Statt einer Selektion „motivierter“ Patienten geht es darum, alle Register zu ziehen, um einen *Motivationsaufbau* zu erreichen. - Motivation ist nicht nur zu Beginn der Therapie wichtig, sondern bleibt über den gesamten Therapieprozeß hinweg ein grundlegendes Thema.
- Selbstmanagement-Therapeuten begegnen ihren Patienten auch dann mit Respekt und Toleranz, wenn deren Lebensart ihren eigenen Überzeugungen widerspricht. Pluralismus der Weltanschauungen sowie Betonung von Selbstverantwortung sind vorrangig (bis zu dem Moment, an dem für Therapeuten eine ethische Pflicht zum Eingreifen entsteht).

Diese Gesichtspunkte fließen in die nachfolgenden Motivationsanregungen ein.

Möglichkeiten der Motivierung von Klienten im Rahmen der Therapie

Sensibilisieren für Ziele, Motive und Interessen

Ausgehend von der Prämisse, daß es genau genommen keine „unmotivierten“ Patienten gibt, stellt sich als erstes die Frage, *wofür* jemand zu diesem Zeitpunkt des Lebens gerade motiviert ist. Da Menschen aber nicht ständig über die Ziele ihres Lebens nachdenken und ihnen ihre Motive/Interessen nicht ständig bewußt sind, geht es zunächst darum, Patienten für zielrelevante Hinweisreize zu *sensibilisieren*. Hierzu können die sogenannten „Indikatoren für Ziele und Werte“ (vgl. Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1990, S.451) wichtige Anhaltspunkte geben (Tabelle 3).

Eine solche Sensibilisierung hilft auch *Therapeuten*, voreilige „Widerstands“-Zuschreibungen¹ zu vermeiden. Denn nach neueren Auffassungen beruhen viele „Widerstands“-Phänomene von Patienten auf der Tatsache, daß sie „natürliche Begleiteffekte“ bedeutsamer Veränderungen des menschlichen Lebens darstellen, oder aber darauf, daß Therapeuten in diesem Moment noch kein adäquates Verständnis für die zentralen (aber anders gerichteten) Motive ihrer Patienten haben (vgl. Wittmann & Wittmann, 1986). Widerstand kann

also auch ein „therapeutenproduziertes“ Problem sein (Birchler, 1988). Eine weitere Hilfe der Sensibilisierung für Therapeuten besteht folglich darin, alle Interventionen (dazu gehören auch bereits verhaltensanalytische Fragen) stimmig an das Ziel- und Wertesystem der Patienten anpassen zu können. Nur wenn es Klienten gelingt, das therapeutische Vorgehen als Mittel zum Erreichen persönlich bedeutsamer Ziele zu erkennen, wird die Therapie erfolgreich ablaufen.

Bereiche	Indikatoren für ...
Sorgen Beschwerden Befürchtungen Probleme	<i>Das Erreichen wichtiger Ziele könnte gefährdet/behindert sein</i>
Gefühle Emotionen (positiv wie negativ)	<i>Wichtige "Kernbereiche" der Person könnten betroffen sein</i>
Kognitionen Absichten Interessen Pläne	<i>Relativ direkte Indikatoren für Ziele und Werte</i>
Reales Verhalten Aktivitäten Umgang mit Zeit Umgang mit Geld	<i>Welche (u.U. impliziten) Ziele und Werte spielen im Alltag tatsächlich eine Rolle</i>

Tabelle 3. Indikatoren für Ziele und Werte (nach Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1990, S. 451)

Nutzung generell motivationsförderlicher Grundbedingungen des „Selbstmanagement“-Ansatzes

Entsprechend Kanfer, Reinecker & Schmelzer (1990, S.213/214) gibt es im Konzept des „Selbstmanagement“ mindestens sechs Aspekte, die - da sie sich wie ein roter Faden durch den gesamten Therapieprozeß ziehen - die Motivation von Patienten *generell* fördern:

- 1. Maximale Mitsprache und persönliche Kontrolle seitens des Patienten.** Je mehr Mitsprache einem Patienten bei therapeutischen Entscheidungen zugestanden wird, um so mehr wird er - da es dann ja um *seine* Therapie geht - aktiv mitarbeiten. „Widerstand“ wird in dem Maße unnötig, in dem Therapeuten vermeiden, restriktiv die Entscheidungsfreiheit ihrer Patienten einzuschränken oder sie in eine unerwünschte Richtung zu manipulieren.

2. **Selbstgesetzte Ziele als Motivationsquelle.** Im Gegensatz zu extern vorgegebenen Zielen, die meist nur wenig Anreize bieten, üben Ziele, die sich Patienten selbst wählen, starke Motivationswirkung aus. Das Verfolgen selbstgesteckter Ziele ist selbst eine Quelle der Motivation.
3. **Förderung der Selbsteffizienz („self-efficacy“).** Spätestens seit den Arbeiten Banduras (z.B. 1977) wissen wir, daß die Entdeckung der Wirksamkeit eigenen Verhaltens sowie das Erleben persönlicher Kompetenz („Ich kann es schaffen!“) die aktive Therapiebeteiligung von Patienten steigert. Durch Aufgaben und „Hausaufgaben“ in Form kleiner (und daher erfolgreich umsetzbarer) Schritte werden Patienten in unserem Ansatz dazu angeleitet, sich sozusagen selbst von ihren Bewältigungsfertigkeiten zu überzeugen. Dies ist außerdem Grundvoraussetzung für eigenverantwortliches Handeln auch außerhalb (bzw. nach Ende) der Therapie.
4. **Selbststeuerung und Selbstmotivation.** Die Anleitung zur Klärung persönlich bedeutsamer Ziele und Werte ermöglicht es Patienten allmählich, sich immer effektiver an eigenen Maßstäben zu orientieren. Wenn intern hochgeschätzte Ziele einen Anreiz bieten, sind Patienten in der Lage, sich selbst zu motivieren und ihr Verhalten selbst zu regulieren. Dazu gehören auch gute Fähigkeiten zur Selbstbeobachtung sowie zur Steuerung des eigenen Verhaltens anhand der tatsächlichen Handlungsergebnisse (Feedback). Es ist nur auf den ersten Blick paradox, wenn solche Fertigkeiten zur Selbststeuerung zunächst durch Anleitung von außen, d.h. fremdgesteuert erlernt werden müssen.
5. **Maximale Transparenz.** Wenn Patienten mitbestimmen sollen, müssen sie auch stets angemessen darüber informiert sein, wozu welche diagnostisch-therapeutischen Schritte gut sind, welche Alternativen es gibt bzw. worauf sie sich evtl. einlassen. Nicht erst auf Nachfragen hin, sondern schon von sich aus schafft der Therapeut (z.B. durch Aufklärung auf einem alltagssprachlichen Niveau) Voraussetzungen für einen „mündigen Patienten“.
6. **Prinzip der Freiwilligkeit.** Da eine zwangsweise Therapie unserem therapeutischen Selbstverständnis widerspricht und die dazu notwendige externe Kontrolle sowieso nie lückenlos ausgeübt werden könnte, betonen wir die Freiwilligkeit aller Schritte in Reden und Handeln. Im Extremfall bedeutet dies für Patienten auch die Freiheit, die Therapie zu beenden. Im positiven Sinne gibt dies den Patienten die Chance, unser Dienstleistungsangebot zu den von ihnen angestrebten Zielen in Anspruch zu nehmen, wodurch schon automatisch hohe Motivation zur Therapie entsteht.

Planen des Motivationsaufbaus mit Hilfe einer Motivationsanalyse

Entsprechend dem Flußdiagramm von Kanfer, Reinecker & Schmelzer (1990, S.218) sollte ein Motivationsaufbau gezielt mit Hilfe einer „Motivationsanalyse“ geplant werden. Dabei wird vorausgesetzt, daß Therapeuten alle in diesem Beitrag erwähnten Hinweise für eine *generelle* Motivierung ihrer Patienten sowieso befolgen. Trotzdem können konkrete Motivationsprobleme auftauchen, die einen speziellen Motivationsaufbau notwendig machen.

Ausgangspunkt für eine Motivationsanalyse ist die Beobachtung, daß ein Patient eine bestimmte zielorientierte und „therapeutisch sinnvolle“ Handlung nicht realisiert (z.B. „Hausaufgaben“ nicht oder nur teilweise erledigt, beim Rollenspiel nicht mitmacht, in der Gruppe nicht redet etc.). Je nach Resultat einer funktionalen Bedingungsanalyse, die in der angegebenen Reihenfolge durchgeführt werden sollte, sind unterschiedliche Abhilfemöglichkeiten sinnvoll (Tabelle 4).

Die in Tabelle 4 präsentierten Schritte können auch für eine „Widerstands“-Analyse bzw. *präventiv* zur Vorbeugung von Motivationsproblemen genutzt werden. Im folgenden Abschnitt werden besonders die *Motivationsstrategien im engeren Sinn* (vgl. Punkt 3 in Tabelle 4) betrachtet.

Resultat der Bedingungsanalyse ("Motivationsproblem bedingt durch...")	Mögliche Abhilfe
1. Fehlendes, inadäquates <i>Wissen</i>	Wissensvermittlung, Aufklärung bzw. selbständiges Einholen-Lassen von Information
2. Fehlendes, inadäquates <i>Können</i>	Kompetenzaufbau, Verbesserung bestehender Fertigkeiten
3. Fehlende, inadäquate <i>Motivation</i> (im eigentlichen Sinn)	Motivationsaufbau durch a) Nutzung vorhandener Motivation für therapeutische Ziele (Kanalisation/ Umlenkung) b) Bedürfniszustand/Ungleichgewicht vergrößern c) Ziele/Werte klären und positive Anreize schaffen d) Abbau von Motivationshindernissen e) Handlungstendenzen erhöhen

Tabelle 4. Motivationsanalyse

Spezifische Motivationsstrategien - ein cursorischer Überblick

Aus Platzgründen wird eine Auswahl häufig verwendeter Motivationsstrategien nur *stichpunktartig* in Tabellenform dargestellt. Viele davon sind bei Kanfer, Reinecker & Schmelzer (1990, S.220 ff.) ausführlicher beschrieben (Tabelle 5, siehe nächste Seite). Dabei soll nochmals darauf hingewiesen werden, daß diese Motivierungsversuche nie willkürlich erfolgen, sondern immer mittels der obigen „Motivationsanalyse“ (vgl. Tabelle 4) je nach den funktionalen Bedingungen des Einzelfalls eingesetzt werden.

Berücksichtigen des jeweiligen Motivationszustands im Motivationszyklus

Sowohl Heckhausen (1987; Heckhausen, Gollwitzer & Weinert, 1987; Heckhausen & Kuhl, 1985) als auch Klinger (1975) haben seitens der Motivationspsychologie verdeutlicht, daß es im „Motivationszyklus“ (vom langsamen „Auftauchen“ erster Motive bis hin zur tatsächlichen Handlungsausführung) gesetzmäßige Abläufe gibt. Der Ansatz der Heckhausen-Gruppe unterscheidet dabei die drei Phasen des WÜNSCHENS, WÄHLENS und WOLLENS, wobei die ersten beiden noch vor jeder Handlungsausführung ablaufen. Erst im dritten Stadium wird der „Rubikon“ überschritten, d.h., es kommt zur Umsetzung der Motive in reales Handeln. Dies hat für das praktisch-verhaltenstherapeutische Vorgehen folgende Konsequenzen (vgl. auch Kanfer, 1992a, 1992b):

Spezielle Motivierungsstrategien

a) Nutzung vorhandener Motivation für therapeutische Zwecke:

- Klären: Wozu ist Patient z. Zt. wie intensiv motiviert?
- Kann ich vorhandene Motivation für therapeutische Ziele nutzen (z. B. Oberziel, "für andere daseinwollen" geht auf Dauer nur, wenn ich zwischendurch auch auf mich schaue...)
- auch: Umdeuten/Umetikettieren (z. B. Wut = "Energie", die ich besser zu aktiv-konstruktiver Problembewältigung nutzen könnte...)

b) Bedürfniszustand/Ungleichgewicht vergrößern:

- Konfrontieren mit Implikationen/Konsequenzen der Fortsetzung des Status quo
- Rigidität/ Absurdität des Problemverhaltens verdeutlichen (Sokratischer Dialog, RET-Techniken etc.)
- Beobachtungs-/Selbstbeobachtungsaufgaben (Ziel: "Problembewußtsein" schaffen)
- Leidensdruck erhöhen

c) Ziele/Werte klären und positive Anreize schaffen:

- Beobachtung anderer Personen/Heranführen an andere Lebensperspektiven (Motto: "Es gibt viele Wege zum Glückhsein...")
- Neue Träume träumen ("Es könnte auch anders sein...")
- Intrinsische Motivation nutzen/entwickeln (z.B. kreativ/produktiv sein, Kontakte haben, neugierig sein, sich selbst herausfordern, Grenzen testen)
- Arbeit mit ZWK-Indikatoren (vgl. Tab. 3)
- Ziel- und Wertklärung (über gelenkte Phantasie-Anregungen, erlebnisorientierte Rollenspiele, Gedanken- und Verhaltensexperimente u.v.m.; vgl. unten im Text)

d) Abbau von Motivationshindernissen:

- Angst vor Veränderung: Kleine Schritte (behutsame "sukzessive Approximation" an neue, andersartige Erfahrungen); Ungekanntes mit Bekanntem verknüpfen; "Schnupperphasen" anbieten bzw. Bedenkzeit einräumen
- Alte Gewohnheiten: Unterbrechen und durch (anfangs kleine) Änderungsschritte ersetzen; auch: irgend etwas Neues/anderes ausprobieren; wichtig: bewußte/absichtsvolle Zuwendung der Aufmerksamkeit (Selbstbeobachtung!), u.U. über langen Zeitraum
- gelernte Inkompetenz: Erfahrungen mit eigeninitiierten Veränderungen vermitteln; "self-efficacy" aufbauen
- Sekundäre Gewinne: Kurzfristige/langfristige Konsequenzen aufzeigen; alternative Gewinne dagegensetzen (falls möglich); provokatives bzw. paradoxes Vorgehen ("Weshalb wollen sie bei diesem massiven Vorteilen eigentlich etwas ändern...?")
- Wissens- bzw. Fähigkeitsdefizite: Entsprechende Informationen/Kompetenzen vermitteln
- Widerstand gegen die Person des betreffenden Therapeuten: Widerstandsanalyse und -bearbeitung; Therapeutenwechsel?

e) Handlungstendenzen erhöhen:

- Hinweise zur Umsetzung von Vorsätzen in reales Handeln beachten (vgl. Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1990, S. 297-299)
- Globale, langfristige Ziele in kleine, kurzfristig handhabbare Einheiten zerlegen
- Begrenzte, überschaubare Ziele setzen
- Lernschritte so portionieren, daß Erfolg möglich wird
- Fuß-in-die-Tür/Schweizer-Käse-/Salami-Taktik (Prizip: "Große Portionen" zerkleinern, aber Patienten immer "am Thema" halten)

f) externe Verstärkung:

- materielle Anreize für Absolvieren der Therapie
- Token-Systeme
- Depot-Regelungen (eine hinterlegte Geldsumme wird in Teilbeträgen - kontingent auf Therapiebesuch - retourniert; für jede versäumte Stunde verfällt ein bestimmter Anteil)

g) Selbstmotivation (selbstverabreichte Kontingenzen):

- Selbstverstärkung (selbstverabreichte positive Konsequenzen)
- Selbstanwendung des PREMACK-Prinzips (z.B. "erst die Arbeit, dann das Vergnügen...")
- Vertrag mit sich selbst (klare Regeln, klare Selbstbelohnungen bzw. -bestrafungen)
- Testen eigener Leistungsgrenzen / Ziele als persönliche Herausforderung

h) Motivation durch optimale Handlungs-Rückmeldung (Feedback):

- Aufmerksamkeitslenkung auf (kleine) Fortschritte (Motto: minimale Erfolge erkennen und würdigen)
- Strukturierung der Therapie: Optimaler Schwierigkeitsgrad nächster Schritte (im Sinne "dosierter Diskrepanzerlebnisse": Heckhausen, 1965)
- Begrenzte, überschaubare Ziele setzen
- externes Feedback in interne Verstärkung überführen

i) Motivation in / durch natürliche Umgebung:

- materielle Ressourcen des natürlichen Umfelds nutzen
- soziales Netzwerk einbeziehen
- "Cues" setzen (lassen), um "gute Vorsätze" leichter umsetzen zu können
- Therapeutische Unterstützung bei Alltagspersonen suchen (positives Feedback!)

Tabelle 5. Einige spezielle Motivierungsstrategien im Überblick

1. Der Zustand des **Wünschens**, der alle möglichen „Motive“ (Anreize, Triebe, Bedürfnisse, Wunschthemen positiver und negativer Qualität) umfaßt, impliziert noch *keinerlei* Handlungsabsichten. Wünsche werden normalerweise - solange wir nicht schwer depressiv, bewußtlos oder tot sind, „überproduziert“; nur ein geringer Teil davon findet seine Verwirklichung: Viele Wünsche bleiben Träume, Lippenbekenntnisse, fallen anderen (konfliklierenden) Motiven zum Opfer oder werden wieder aufgegeben. Wir müssen Patienten daher dabei helfen, in dem Wust fluktuierender Motive (a) persönlich bedeutsame Wünsche zu erkennen und verbindlich zu formulieren, (b) sich in der Folgezeit auf diese zu konzentrieren und sie (c) - u.U. zunächst in kleinen Schritten - umsetzbar zu machen.
2. In der Phase des **Wählens** wird die Vielzahl potentieller Motive deutlich eingeengt (z.B. schon zwangsläufig durch die Fülle von Motiven sowie durch einander ausschließende, konflikthafte Wünsche). Personen treffen Entscheidungen, die z.B. von Fragen des subjektiven Nutzens, des nötigen Aufwands, negativen Begleiteffekten, Einschätzung der „self- efficacy“ (Bandura, 1977; hier etwa nach der Frage „Kann ich es mit meinen Mitteln schaffen?“) mit bestimmt sind. Therapeutische Unterstützung sollte sich hier besonders auf die Assistenz bei solchen Entscheidungen konzentrieren und helfen, daß sich Personen (a) auf relevante Entscheidungskriterien (z.B. Erfolgsaussichten, persönlicher Wert etc.) konzentrieren sowie (b) Nutzen und Aufwand „richtig“ beurteilen.
3. In der Phase des **Wollens** gibt es - zum Handeln entschlossen - kein Zurück mehr: Der „Rubikon“ ist überschritten, die Person drängt auf Realisierung ihres Wunsches und schirmt sich ab gegenüber widersprüchlichen Informationen. Als zweite Alternative kann sie bei der Zielerreichung scheitern oder sich entschließen, ein Ziel definitiv und endgültig aufzugeben. Falls sich Personen aber noch mit anderen Motiven in dieser „realisierungsorientierten“ Phase befinden, weil sie ihren alten problematischen Gewohnheiten folgen, müssen sie erst aus ihrer Sackgasse herausgeholt werden; umgekehrt müssen übereilte, impulsiv-spontane „Lösungen“ verhindert werden. Sobald nämlich die Handlungsumsetzung läuft, sind Grundsatzdiskussionen sinnlos: Dann werden kritische/störende Informationen normalerweise ausgeblendet (was z.B. die Sinnlosigkeit von Diskussionen mit zum Handeln entschlossenen Politikern erklärt...). In der Therapie gibt es diesbezüglich drei Hauptaufgaben: (1) Erleichterung der Umsetzung zielorientierter Handlungen durch die vorherige (vorbereitende) Arbeit an der *Entwicklung* von Motiven, Zielen und Vorsätzen; (2) Bremsen von dysfunktionalen, meist automatisierten „Bewältigungsversuchen“, angstmotivierten Vermeidungsstrategien und alten Gewohnheiten; (3) Assistenz beim Umsetzen konstruktiver Bewältigungsstrategien (d.h. Aufbau und Realisierung alternativer Verhaltensweisen, u.U. in kleinen Schritten, bei optimalem Einsatz bewährter Therapietechniken, unter adäquater Nutzung vorhandener Patientenkompetenzen).

Beim Motivationsaufbau ist daher auch zu berücksichtigen, in welcher *Phase* des Motivationszyklus sich ein Patient befindet. Im Motivationszustand des „Wünschens“ und „Wählens“ sind andere Strategien der Motivierung angezeigt als im (bereits realisierungsorientierten) Zustand des „Wollens“. Für das letztere Stadium, in dem es - falls die vorherigen Stadien gute Grundlagen geschaffen haben - „nur“ noch um die adäquate *Umsetzung* von Methoden geht, hat die Verhaltenstherapie gute Richtlinien entwickelt, die in jedem methodischen Einführungstext nachzulesen sind. Daher können wir uns hier auf die Anregungen für den *Beginn* des Motivationszyklus konzentrieren. Kanfer (1992b) empfiehlt dazu, am Anfang der Therapie nicht nur auf kurzfristige Erleichterungen des Status quo hinzuarbeiten oder gar schon übereilt auf Veränderungen zu drängen, sondern Patienten zunächst „neue Träume“ in Richtung verändertes Leben träumen zu lassen. Bereits der Umstand, daß sich Menschen mit potentiellen Zielen beschäftigen und sich Ziele setzen, begünstigt die spätere Zielverwirklichung (vgl. Locke & Latham, 1984). Auf der Basis einer kooperativen therapeutischen Beziehung (die oft die erste Motivationsquelle darstellt!) werden Patienten folglich zu

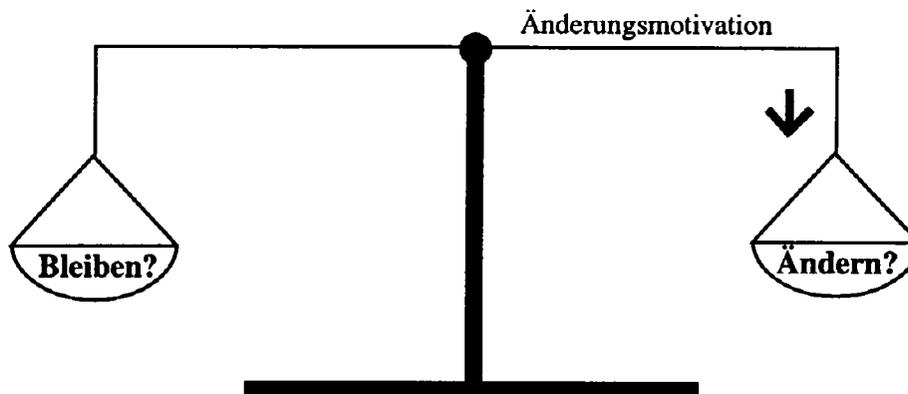
Überlegungen und Erfahrungen angeregt, die sich mit den *Möglichkeiten einer Veränderung* beschäftigen. Dabei geht es noch überhaupt nicht um die Frage, ob sie auch tatsächlich zu solchen Schritten *fähig* sind. Einige Techniken dazu sind: Gezieltes Beobachten anderer Personen und deren Art zu leben, Sammeln von Informationen über andere Lebensperspektiven (z.B. auch mittels verschiedener Medien), Beschäftigen mit positiven Konsequenzen einer Änderung (z.B. mittels erlebnisorientierter Rollenspiele des geänderten Zustands), unverbindliches, aber persönliches Explorieren potentieller Alternativen („Hineinschnüppern“), Einsatz von Modellen, gedankliche Experimente etc. Solche Maßnahmen machen Patienten zu Beginn der Therapie erst einmal neugierig, erlauben in geringer Dosis das Experimentieren mit Veränderungen und korrigieren durch direkte Erfahrungen das negative Denken über die Hoffnungslosigkeit von Änderungsversuchen. Ihre wichtigste Wirkung besteht wohl darin, daß Patienten die Erfahrung machen, ihr Leben *könnte* auch ganz anders sein.

Erst wenn der Patient die Attraktivität bestimmter Therapie- und Lebensziele erkannt hat, folgen Schritte der Entscheidung und Umsetzung (z.B. eine detaillierte Analyse von Hindernissen, Kosten-/Nutzen-Überlegungen sowie das Planen möglicher Wege zum Ziel).

Änderungsmotivation und die Grundfrage: Ändern vs. Akzeptieren?

Unter allen Facetten von „Therapiemotivation“ ist besonders die „Änderungsmotivation“ herauszuheben. So reicht es zwar zu Beginn einer Therapie aus, daß Patienten regelmäßig kommen, bereitwillig Informationen geben, den Therapeuten als vertrauenswürdig empfinden oder viele andere Dinge tun, die wir von „motivierten“ Patienten erwarten. Da Therapie als *Veränderungsprozeß* definiert ist, kommt früher oder später der Moment, wo Patienten etwas verändern müssen, damit sie ihre Ziele erreichen. Dies bedeutet, daß die Motivation in Richtung Veränderung die - leider sehr starke - Motivation zur Beharrung auf dem bisherigen Zustand überwiegen muß. Bildlich läßt sich die Situation mit einer Waage verdeutlichen, auf der die Pole „Bleiben“ vs. „Sich-Ändern“ in etwa gleichgewichtig sind (Abbildung 3).

Nur wenn es gelingt, daß sich Patienten davon überzeugen, daß ihre Therapieziele wichtiger sind als andere momentane Anliegen bzw. als das Fortsetzen des bisherigen dysfunktionalen Verhaltens (trotz dessen sekundärer Gewinne!), wird die Waage in Richtung Veränderung ausschlagen (vgl. auch Kanfer, 1992b, S.3).



Polaritäten:

Status quo akzeptieren vs. verbesserte Lebenssituation schaffen?

Beharrungstendenz alter Gewohnheiten vs. Anreize zu Veränderungen?

Vermeidungshaltung vs. Neues ausprobieren? Angst vor Veränderung vs. Mut zum Risiko?

Abbildung 3. Die Grundfrage: "Ändern vs. Bleiben?"

Dabei sind mindestens vier Aspekte praktisch relevant:

1. Durchbrechen alter Gewohnheiten und verfestigter Routinen (z.B. „automatisierte Informationsverarbeitung“, rigide Denk- und Verhaltensmuster, eingefahrene Vermeidungsstrategien)
2. Überwindung der Angst vor Veränderung (Bugenthal & Bugenthal, 1984) durch kleine, portionierte Änderungserfahrungen
3. Gemeinsame Kosten-/Nutzen-Überlegungen (Entscheidungshilfen)
4. Konzentration auf positive Aspekte einer Veränderung

Als weitere Hilfe für den Therapeuten zur Beurteilung der Frage „Ändern vs. Akzeptieren?“ können die 5 grundlegenden Motivationsfragen gelten, die Kanfer, Reinecker & Schmelzer (1990, S.237 ff.) wie folgt formuliert haben:

1. Wie wird mein Leben sein, falls ich mich ändere?
2. Wie werde ich besser dastehen, falls ich mich ändere?
3. Kann ich es schaffen?
4. Was muß ich für eine Änderung investieren? („Lohnt“ es sich?)
5. Kann ich auf die Unterstützung dieses Therapeuten bzw. dieser Institution bauen?

Nur wenn es gelingt, Patienten so zu motivieren, daß sie aus ihrer Sicht die obigen Fragen positiv beantworten, werden sie Änderungen vollziehen.

Es wäre allerdings eine Illusion (und widerspricht allen therapeutischen Erfahrungen) zu glauben, Therapie sei *immer* und *zwangsläufig* auf grundlegende Veränderungen beim Patienten und/oder dessen Umgebung ausgelegt. Motivation läßt sich nicht erzwingen, und auch bestgemeinte systematische Motivierungsversuche des Therapeuten haben keine automatische Erfolgsgarantie. Neben der Möglichkeit, daß sich Patienten den „Motivierungskünsten“ von Therapeuten widersetzen, sei eine andere Option abschließend ebenfalls erwähnt, daß Patienten sich nämlich nach einer ausgedehnten Phase des (rationalen wie emotionalen) Abwägens von Alternativen bewußt zu einem „Ich-will-so-bleiben-wie-ich-bin“ entscheiden. Es ist durchaus als „Therapieerfolg“ zu werten, wenn Patienten nach intensiven Motivierungsversuchen sowie nach einer detaillierten Exploration eigener Motive und Kompetenzen² für sich zu dem Schluß kommen, daß es besser ist, den Status quo beizubehalten als die Mühen einer Veränderung auf sich zu nehmen. In gewisser Weise entspricht dies einem „emotionalen Coping“, d.h. einem Anpassen an bestimmte (evtl. auch zum Teil selbstgeschaffene) „Tatsachen des Lebens“ (vgl. Lazarus & Folkman, 1984). Genaugenommen vollzieht sich auch hier eine - *innere* - Veränderung, indem Patienten nicht mehr verbissen gegen bestimmte Problemzustände ankämpfen; in der obigen Abbildung 1 (siehe S. 34) reduziert sich damit die Diskrepanz zwischen IST- und SOLL- Zustand, weil der Patient seine SOLL-Ideen an die IST-Situation anpaßt. Der Motivationszyklus schließt sich wieder, indem sich der Patient von seinem Motiv „Es muß auf alle Fälle anders werden!“ verabschiedet (= „disengagement“) und es durch ein bewußt-absichtsvolles „Ich bleibe lieber so; für eine Veränderung müßte ich zuviel investieren“ (= neues „commitment“) ersetzt.

Präventives Arbeiten

Wenn Therapeuten auch über keine hellseherischen Fähigkeiten verfügen, geht es in einem zielorientierten Verständnis von Therapie darum, immer ein paar Schritte *voraus*zudenken und möglichen Motivations-schwierigkeiten vorzubeugen. Wenn der Therapeut stets sensibel auf die Ziele und Motive seiner Patienten achtet und mit ihnen explizite Zielvereinbarungen trifft, kann er alle künftigen Interventionen leichter an die Ziele der Patienten anpassen. Zwei Beispiele: „Sie hatten ja vorhin erwähnt, Sie möchten selbst genauer erfahren, was bei einer Angstattacke bei Ihnen so alles abläuft. Es wäre für uns *beide* sehr wichtig, darüber

gut Bescheid zu wissen. Wir hatten außerdem schon darüber gesprochen, daß es bei unserer Art von Therapie ganz wichtig ist, auch *zwischen* den Therapiestunden aktiv zu sein. Könnten Sie sich vorstellen, sich bis zu unserem nächsten Termin ganz bewußt zu beobachten und schon auf kleinste Angstanzeichen zu achten? Vielen hilft es, sich danach auf einem Zettel gleich ein paar Notizen zu machen, die wir dann besprechen können.“ ... „Wie Sie in der letzten Stunde sagten, wollen Sie in der Therapie ja nicht nur ‘tolle Einsichten’ über sich selbst bekommen, sondern auch manche Dinge aktiv *ändern* lernen. Jetzt, hier in unserer Sitzung, vielleicht zunächst wieder im Rollenspiel, gibt es eine gute Gelegenheit dazu. Rollenspiele sind Ihnen ja schon vertraut ... OK, mit welcher der vorhin besprochenen Situationen möchten Sie anfangen?“

Den Beispielen ist gemeinsam, daß sich der Therapeut an bereits früher deutlich gewordene Motive der Patienten „anhängt“ und alle Interventionen stimmig als Mittel zu den jeweiligen Zielen des Patienten plant. Je expliziter Patienten Ziele mitbestimmen können und je besser sie über die Therapieabläufe informiert sind (Transparenz!), desto weniger Einwände sind normalerweise zu erwarten. Falls sie dann doch nicht wie vereinbart mitmachen, kann sie der Therapeut mit diesem Sachverhalt konfrontieren. Eventuell müssen sie feststellen, daß sie doch nicht so hinter ihren zuvor formulierten Zielen stehen. Dann kann ihnen der Therapeut die Verantwortung über das weitere Vorgehen wieder zurückgeben: „Ich verstehe jetzt nicht ganz... Sie hatten letzte Stunde den Vorsatz X geäußert ... jetzt zögern Sie, sich auf X einzulassen... (Einige Alternativen zur Fortsetzung der Intervention:) Was ist da im Moment los? Habe ich Sie da irgendwo falsch verstanden? Haben wir irgendetwas Wichtiges übersehen? Können Sie mir das erklären? Was machen wir jetzt damit?“ In solchen Fällen kann eine Analyse der Voraussetzungen und Hindernisse bzw. die gemeinsame Revision von Therapiezielen notwendig sein.

Eine andere präventive Gesprächstechnik läßt sich als „*Seeding*“ bezeichnen (vgl. Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1990, S.181): Hier „sät“ der Therapeut bestimmte Langzeiteffekte, deren „Ernte“ er erst später einbringt. Er stößt bestimmte Themen an, die er für sinnvoll hält, ohne den Patienten allerdings zu einer sofortigen Antwort oder gar Bearbeitung zu drängen. Einige Beispiele: „Wir stehen zwar noch ganz am Anfang der Therapie - wir sollten aber eine der nächsten Stunden auch dafür reservieren, darüber nachzudenken, wie denn ihr Leben in den nächsten Jahren *trotz* Ihres Unfalls aussehen könnte.“ - „Vielleicht müssen wir demnächst auch einmal über Ihr Verständnis von Partnerschaft reden...“ - „Sie haben jetzt zunächst einmal Ihre Tochter zur Testung einer Rechtschreibschwäche angemeldet, andererseits aber auch vorsichtig angedeutet, daß es Ihnen sehr zu schaffen macht, daß Ihnen Ihre Eltern ständig Vorwürfe wegen Ihrer Scheidung machen. Falls Sie in nächster Zeit auch zu diesem Thema meine Unterstützung möchten, bitte ich Sie, mir dies mitzuteilen. Ich bin gerne bereit, auch hieran mit Ihnen zu arbeiten - aber nur, wenn Sie das möchten...“ Dies signalisiert einerseits hohes Interesse am Patienten, andererseits auch Respekt vor dessen Entscheidungsfreiheit bzw. die Anerkennung der Tatsache, daß sich in vielen Fällen Motivation (genauso wie Vertrauen) erst entwickeln muß und nicht erzwungen werden kann.

Daß der Therapeut anhand einer impliziten Motivationsanalyse (vgl. Tabelle 4) auch immer für die notwendigen Informationen sorgt bzw. zuerst einmal die erforderlichen Kompetenzen aufbaut, gehört ebenfalls zu den präventiven Möglichkeiten.

Auf dem Weg zu „intrinsic Motivation“: Ziel- und Wertklärung als Prozeß

Ziel der Selbstmanagement-Therapie ist es ja, Menschen zu befähigen, ihre persönlichen Ziele und ihr reales Handeln eigenständig in Einklang zu bringen - auch und gerade in der *Zeit nach Ende* der Therapie. Wenn Patienten lernen sollen, sich innerhalb bestimmter Grenzen selbst zu steuern, müssen sie sich zunächst einmal mit ihren Ziel- und Wertvorstellungen beschäftigen². Mit einer Fülle von Phantasieanregungen, Gedanken-

experimenten und erlebnisorientierten Rollenspielen können Therapeuten die Wahrnehmung ihrer Patienten auf zielrelevante Inhalte lenken. Häufig geschieht dies in einer äußerlich ruhigen, entspannten Situation, die nach Klinger (1977) einen Zustand der nach innen gerichteten Aufmerksamkeit - ähnlich wie in Trance - ermöglicht. Das praktische Vorgehen ist an anderer Stelle ausführlich beschrieben (vgl. Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1990, S.442 ff. bzw. Schmelzer, 1983, 1994), so daß hier auf die angegebene Literatur verwiesen werden kann. In der nachfolgenden Tabelle 6 sind stichwortartig einige Beispiele angeführt:

Beispiele für Phantasie-Anregungen zur ZWK
<ul style="list-style-type: none"> • Bergtour (Problemrucksack) • Die gute Fee • 3-Jahres-Frage • 1/2-Jahres-Frage • Zeitreise in die eigene Vergangenheit (+/-) • Lebens-"Weichen" • Rückblick aus dem Rentenalter • Was wäre, wenn ... • Was ich zum Leben brauche... • Insel-Methapher • Lebenskuchen/Problemkuchen/Zielkuchen • Positive Ressourcen, Interessen, Hobbies und Talente etc.
(weitere Quellen mit Anregungen in Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1990, S. 453ff.)

Tabelle 6. Beispiel für Phantasie-Anregungen zur Ziel- und Wertklärung

Erfahrungsgemäß ist bereits das gezielte Sich-Beschäftigen mit eigenen Zielen und Werten in sich selbst motivierend. Zudem entsteht - anders als beim negativ geprägten Leidensdruck, der bei Linderung der Beschwerden die Motivation wieder absinken läßt - eine hohe *Positiv-Motivation*: Das Streben nach persönlich hochgeschätzten Zielen ist für Patienten ein „Motor“ für weiteres Handeln, der auch nach dem offiziellen Ende der Therapie nicht ins „Stottern“ gerät. Eine solche „intrinsische“ Motivation (Deci & Ryan, 1985) macht zunehmend unabhängig von externen Einflüssen (z.B. materielle Anreize, Anerkennung, sozialer Druck) und ist geeignet, eine *optimistische Grundhaltung* zu fördern, die für psychisches und physisches Wohlbefinden sorgt (vgl. Scheier & Carver, 1992). Dazu ist allerdings nötig, daß Patienten während der Therapie den *Prozeß* der Ziel- und Wertklärung lernen, der u.a. durch Antworten auf folgende Fragen gekennzeichnet ist (vgl. Schmelzer, 1994, S. 94):

- Was ist für mich und mein Leben wichtig? Was nicht?
- Welche Ziele setze ich mir mit Blick nach vorn?
- Welche Ziele sind unrealistisch, d.h., welche sollte ich besser aufgeben?
- Wie gehe ich mit Diskrepanzen zwischen IST/SOLL um?
- Welche Schritte kann ich tun, um mich meinem Ziel Y zu nähern? etc.

Das bessere Wahrnehmen wichtiger eigener Ziele - gekoppelt mit der Suche nach eigenen Grenzen - schafft gute Voraussetzungen für den Aufbau „selbstregulatorischer“ oder „intrinsischer“ Motivation. Idealerweise zeichnen sich intrinsisch motivierte Menschen dadurch aus, daß sie sich im Leben *selbst herausfordern*,

indem sie ihre bisherigen Fähigkeitsgrenzen testen und dann minimal überschreiten. Im Sinne von Heckhausen (1965) verschaffen sie sich „dosierte Diskrepanzerlebnisse“. Ein optimaler Einklang von (a) eigenen Fertigkeiten und (b) jeweiligen Handlungsanforderungen kann auch zu sog. „flow“-Erfahrungen (Czikszenmihalyi, 1987) führen, einem Zustand, der stark selbstmotivierend wirkt, weil Personen dabei „im Tun aufgehen“. Gerade die Selbstmanagement-Therapie schafft hierzu optimale Lernbedingungen. Interessanterweise erwirbt man die Fähigkeit zur *Selbstregulation* und *Selbstmotivation* aber zunächst einmal dadurch, daß man sich einem *fremdgesteuerten* Lernprozeß (= Therapie) unterzieht.

Schluß

Statt einer bloßen Selektion sogenannter „motivierter“ Patienten sollten es Therapeuten als ihre Aufgabe betrachten, Patienten - besonders zu Therapiebeginn, aber auch während des gesamten diagnostisch-therapeutischen Prozesses - zu *motivieren*. Unter Bezug auf Ergebnisse der Grundlagenforschung habe ich einige Möglichkeiten skizziert, die Therapeuten zum gezielten Aufbau von Therapiemotivation einsetzen können. Dabei dürfte auch deutlich geworden sein, daß Motivationsarbeit nichts mit billigen Tricks oder gar hinterhältigen Strategien zu tun hat, mit denen jeder Patient zu beliebigen Verhaltensweisen zu überreden oder zu manipulieren wäre. Für ein solches Vorgehen - sollte es überhaupt gelingen - ist der Begriff „Motipulation“ eher am Platze. Eine „gute“ Verhaltenstherapie zeichnet sich vielmehr auch dadurch aus, daß der Therapeut sehr sensibel die persönlich bedeutsamen Motive seiner Patienten berücksichtigt. Dazu achtet er kontinuierlich auf IST/SOLL-Diskrepanzen, die - wie die übrigen Indikatoren für Ziele und Werte in Tabelle 3 - wichtige Bedürfnisse der Patienten signalisieren. Transparentes Vorgehen, Freiwilligkeit, ständige Mitbestimmung, gemeinsames Sortieren und Ordnen von Zielen in Form einer (fluktuierenden) Zielhierarchie etc. erleichtern die Mitarbeit von Patienten während der Therapie, die letztlich als *Mittel* zum Erreichen der Patientenziele verstanden wird.

Motivationsklärung muß nicht immer und zwangsläufig einen *Aufbau von Änderungsmotivation* und die Arbeit an *Veränderungen* zur Folge haben. In Anerkennung von Grenzen des menschlichen Lebens wie auch therapeutischer Möglichkeiten kann in vielen Fällen das *Akzeptieren des Unabänderlichen* eine sinnvolle Entscheidung werden. Nach einem sorgfältigen Abwägen aller Gesichtspunkte kann der Patient zu dem Ergebnis kommen, daß es unter den derzeitigen Bedingungen mehr Nachteile als Vorteile brächte und daß es daher unklug wäre, etwas zu verändern. Veränderungen lassen sich nicht erzwingen, und selbst bei noch so ausgeklügelten Motivierungsversuchen von Therapeuten sorgt das Alltagsleben unserer Patienten dafür, daß die „motivationalen Bäume“ nicht in den Himmel wachsen.

¹ „Widerstand“ kann meist als der negative Gegenpol von „Therapiemotivation“ betrachtet werden. Ich konzentriere mich in diesem Beitrag auf die konstruktiven, positiven Lösungsansätze der Motivierung. Zum Umgang mit Widerständen vgl. auch Kanfer, Reinecker & Schmelzer (1990, S.474-481).

² Diese intensive Auseinandersetzung mit sich und seinen Problemen/Zielen gestattet eine positive Erfolgsbewertung und macht den Unterschied zu der anderen Alternative aus: daß nämlich der Patient während der Therapie aus Angst vor Veränderung nur seine Vermeidungsstrategien perfektioniert (und den Therapeuten zu diesem Zwecke für sich „einspannt“...). Letzteres wäre wohl als therapeutischer Mißerfolg zu werten.

Praxis-Literaturempfehlungen

- Kanfer, F. H. (1992a). Die Motivierung von Klienten aus der Sicht des Selbstregulationsmodells. *Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin*, 13, 137-152.
- Kanfer, F. H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (1990). *Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis*. Berlin: Springer (insbesondere S.61-72; S.211-232; S.236-242; S.442-469; S.474-481).
- Meichenbaum, D. & Turk, D.C. (1994). *Therapiemotivation des Patienten. Ihre Förderung in Medizin und Psychotherapie - ein Handbuch*. Bern: Huber.

Weitere Empfehlungen

Speziell zum Thema Motivation im Bereich „Sucht“ bzw. „Alkohol“:

- Horvath, A. T. (1993). Enhancing motivation for treatment of addictive behavior: Guidelines for the psychotherapist. *Psychotherapy*, 30, 473-480.
- Miller, W. R. (1985). Motivation for treatment: A review with special emphasis on alcoholism. *Psychological Bulletin*, 98, 84-107.
- Petry, J. (1993). *Behandlungsmotivation. Grundlagen und Anwendungen in der Suchttherapie*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Literatur

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Birchler, G. R. (1988). Handling resistance to change. In I. R. H. Falloon (Ed.), *Handbook of behavioral family therapy* (pp.128-155). New York: Guilford.
- Bootzin, R. R. (1985). The role of expectancy in behavior change. In L. White, B. Tursky & G. E. Schwartz (Eds.), *Placebo: Theory, research, and mechanisms* (pp.196-210). New York: Guilford.
- Bugenthal, J. F. T. & Bugenthal, E. K. (1984). A fate worse than death: The fear of changing. *Psychotherapy*, 21, 543-549.
- Caspar, F. (1989). *Beziehungen und Probleme verstehen. Eine Einführung in die psychotherapeutische Plananalyse*. Bern: Huber.
- Czikshentihiályi, M. (1987). *Das flow-Erlebnis: Jenseits von Angst und Langeweile: im Tun aufgehen* (2.Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum.
- Frank, J. D. (1985). *Die Heiler*. München: dtv/Klett-Cotta.
- Garfield, S. L. (1986). An eclectic psychotherapy. In J. C. Norcross (Ed.), *Handbook of eclectic psychotherapy* (pp.132-162). New York: Brunner-Mazel.
- Goldstein, A.P. (1962). *Therapist-patient expectancies in psychotherapy*. New York: Macmillan.
- Goldstein, A.P. (1966). Prognostic and role expectancies in psychotherapy. *Journal of Psychotherapy*, 20, 35-44.
- Grawe, K. (1987). Psychotherapie als Entwicklungsstimulation von Schemata - ein Prozeß mit nicht voraussehbarem Ausgang. In F. M. Caspar (Hrsg.), *Problemanalyse in der Psychotherapie* (S.72-87). Tübingen: DGVT.
- Heckhausen, H. (1965). Wachsen und Lernen in der Genese von Persönlichkeitseigenschaften. In H. Heckhausen (Hrsg.), *Bericht über den 24. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychologie* (S.125-132). Göttingen: Hogrefe.
- Heckhausen, H. (1987). Wünschen - Wählen - Wollen. In H. Heckhausen, P. M. Gollwitzer & F. E. Weinert (Hrsg.), *Jenseits des Rubikon: Der Wille in den Humanwissenschaften* (S.3-9). Berlin: Springer.
- Heckhausen, H. (1989). *Motivation und Handeln. Lehrbuch der Motivationspsychologie* (2.Aufl.). Berlin: Springer.
- Heckhausen, H., Gollwitzer, P. M. & Weinert, F. E. (Hrsg.). (1987). *Jenseits des Rubikon: Der Wille in den Humanwissenschaften*. Berlin: Springer.
- Heckhausen, H. & Kuhl, J. (1985). From wishes to action: The dead ends and short cuts on the long way to action. In M. Frese & J. Sabini (Eds.), *Goal-directed behavior: The concept of action in psychology* (pp.134-159). Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum.

- Kanfer, F. H. (1992b). Motivation and emotion in behavior therapy. Paper presented at Banff Conference, March 1992.
- Klinger, E. (1975). Consequences of commitment to and disengagement from incentives. *Psychological Review*, 82, 1-25.
- Klinger, E. (1977). *Meaning and void: Inner experience and the incentives in people's lives*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Klinger, E. (1987). Current concerns and disengagement from incentives. In F. Halisch & J. Kuhl (Eds.), *Motivation, intention, and volition* (pp.337-347). Springer: Berlin.
- Klinger, E., Barta, S. G. & Maxeiner, M. E. (1981). Current Concerns: Assessing therapeutically relevant motivation. In P. C. Kendall & S. D. Hollon (Eds.), *Assessment strategies for cognitive-behavioral interventions* (pp.161-196). New York: Academic Press.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Locke, E. A. & Latham, G. P. (1984). *Goal setting: A motivational technique that works!* Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall.
- Scheier, M. F. & Carver, C. S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy & Research*, 16, 201- 228.
- Schmelzer, D. (1983). Problem- und zielorientierte Therapie: Ansätze zur Klärung der Ziele und Werte von Klienten. *Verhaltensmodifikation*, 4, 130-156.
- Schmelzer, D. (1994). Ziel- und Wertklärung - ein zentraler Prozeß der Selbstmanagement-Therapie. In Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.), *Therapieziele im Wandel? Beiträge des 6. Heidelberger Kongresses 1993*, S.79-93. Geesthacht: Neuland.
- Wilson, D. O. (1985). The effects of systematic client preparation, severity, and treatment setting on dropout rates in short-term psychotherapy. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 3, 62-70.
- Wittmann, L. & Wittmann, S. (1986). Widerstand als Chance. Zur Rekonzeptualisierung des Widerstandsbegriffs in der Verhaltenstherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 34, 217-233.
- Zeigarnik, B. (1927). Über das Behalten von erledigten und unerledigten Handlungen. *Psychologische Forschung*, 9, 1-85.

Anschrift des Autors:

Dr. Dieter Schmelzer (Dipl.-Psych.), Kühnertsgasse 24, 90402 Nürnberg
info@dr-schmelzer.de

aus:

Sulz, Serge K.D. (Hrsg.)

DAS THERAPIEBUCH

**Kognitiv-Behaviorale Psychotherapie
 in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie**

CIP-Medien 1998, 600 Seiten, Paperback, DM 98.-
 ISBN 3-932 096-01-0

Bezugsquelle: CIP-Mediendienst, Nymphenburger Str. 185, 80634 München. Fax 089/132133