



Dietmar Schulte

THERAPIE- MOTIVATION

Widerstände analysieren
Therapieziele klären
Motivation fördern



Dietmar Schulte

THERAPIE MOTIVATION

Therapiemotivation

**Widerstände analysieren - Therapieziele klären
- Motivation fördern**

**von
Dietmar Schulte**

HOGREFE  GÖTTINGEN · BERN · WIEN · PARIS · OXFORD · PRAG
TORONTO · BOSTON · AMSTERDAM · KOPENHAGEN
STOCKHOLM · FLORENZ · HELSINKI

Prof. Dr. Dietmar Schulte, geb. 1944. 1964–1968 Studium der Psychologie in Münster. 1968–1974 Wissenschaftlicher Assistent am Psychologischen Institut der Universität Münster, Abteilung für Klinische Psychologie. 1974–2009 Inhaber der Professur für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Fakultät für Psychologie der Ruhr-Universität Bochum. Seit 1988 Einrichtung und Leitung des „Zentrums für Psychotherapie“ der Fakultät für Psychologie sowie Aufbau und Leitung des weiterbildenden „Studiengangs Psychotherapie“. *Forschungsschwerpunkte:* Diagnostik in der Verhaltenstherapie, Angststörungen, Entscheidungsprozesse von Therapeuten, Therapiemotivation, Messung von Therapieerfolg.

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

© 2015 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG

Göttingen · Bern · Wien · Paris · Oxford · Prag · Toronto ·
Boston · Amsterdam · Kopenhagen · Stockholm · Florenz ·
Helsinki

Merkelstraße 3, 37085 Göttingen

<http://www.hogrefe.de>

Aktuelle Informationen · Weitere Titel zum Thema ·
Ergänzende Materialien

Copyright-Hinweis:

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Umschlagabbildung: © digital-fineart – Fotolia.com
Satz: ARThür Grafik-Design & Kunst, Weimar
Format: EPUB

Print: ISBN 978-3-8017-2641-6
E-Book-Formate: ISBN 978-3-8409-2641-9 (PDF), ISBN 978-3-8444-2641-0 (EPUB)
<http://doi.org/10.1026/02641-000>

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden.

Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

Anmerkung:

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

Zitierfähigkeit: Dieses EPUB beinhaltet Seitenzahlen zwischen senkrechten Strichen (Beispiel: |1|), die den Seitenzahlen der gedruckten Ausgabe und des E-Books im PDF-Format entsprechen.

|5| **Vorwort**

Die Verhaltenstherapie glich einer Revolution der Psychotherapie. Als sie Ende der sechziger Jahre des letzten Jahrhunderts mit berauschendem Tempo die Klinische Psychologie auch in Deutschland zu erobern begann, blieb nichts wie es war. Von Heft zu Heft erschien in der einzigen existierenden Verhaltenstherapie-Zeitschrift (Behavior Research and Therapy) mindestens ein Artikel darüber, wie erneut jemand bei einer weiteren Störung versucht hatte, mit lerntheoretisch begründeten Methoden eine Modifikation herbeizuführen – und es funktionierte. Das gesamte Tätigkeitsfeld der Klinischen Psychologen und ihr Selbstverständnis änderten sich radikal.

Aber es gab eine Bedingung dafür, dass das funktionierte – der Patient musste mitmachen, er musste sich ändern wollen. Und das Ärgerliche war, dass das manchmal nicht gegeben war. Es hat relativ lange gedauert bis auch die Vertreter der Verhaltenstherapie erkannten, dass dies nicht einfach eine Voraussetzung für Psychotherapie ist, sondern Teil der Therapie, Teil der Aufgabe des Therapeuten. Das war eine Herausforderung, nicht zuletzt für die Forschung. Aber nur wenige stellten sich dieser Herausforderung. Mich faszinierte das Phänomen, dass man wusste oder glaubte zu wissen, wie man einem Patienten helfen konnte, aber der Patient wollte nicht. Warum nicht?

Schon eine der ersten Diplomarbeiten brachte ein desillusionierendes Ergebnis: Nicht der Schweregrad der Störung ihres Kindes veranlasste die Eltern eine Erziehungsberatungsstelle aufzusuchen, sondern inwieweit sie selber dadurch gestört oder beeinträchtigt waren. Wie ist das mit der Rolle der selbstlosen Eltern vereinbar?

Es sollte nicht das einzige Ergebnis sein, das uns irritiert hat. Aber es waren stets spannende Fragen und oft auch spannende Ergebnisse, manchmal erfreuliche und manchmal ärgerliche, die in den folgenden über dreißig Jahren zusammenkamen, vor allem in vielen Dissertationen, aber auch in anderen Projekten und Publikationen. Ich möchte diejenigen nennen, die dazu wesentlich beigetragen haben (in alphabetischer Reihenfolge): Christine Alterhoff (Selbstwertstabilisierung), Susanne Annies (Selbsteffizienzerwartung), Bettina Becker (konflikthafte Therapieziele), Claudia Fedtke-Polley (Reaktanz), Johanna Hartung (volitionale Prozesse), Christoph Koban (positive Ziele), Joachim Kosfelder (Handlungsorientierung), Rainer Künzel (Leidensdruck), Frank Meyer (persönliche Ziele), Johannes Michalak (Zielkonflikte, Veränderungsmotivation), Inken Schröder (Selbstöffnung), Thomas Schulte-Bahrenberg (Veränderung von Therapiezielen), Andreas Veith (Therapiemotivation) Georg Vogel (therapeutische Entscheidungen) und last but not least Ulrike Willutzki (Konzepte zur Therapiemotivation). Bestimmt habe ^[6] ich jemanden vergessen, und die vielen Diplomanden und Masterstudierenden, die mit ihren Examensarbeiten dazu beigetragen haben, habe ich erst gar nicht versucht zu

nennen. Was in diesem Buch steht, fußt auf all diesen Beiträgen, und ich möchte allen dafür herzlich danken.

Es war mir ein Bedürfnis, all das am Ende zusammenzufassen. Mit dem vorliegenden Buch möchte ich das versuchen. Es stellt einen theoretischen Zugang vor, das Konzept des „motivierten Widerstands“, und darauf fußend das modularisierte Motivationsförderungsprogramm (MFP). Inwieweit es damit gelungen ist, das Problem des „unmotivierten Patienten“ besser in den Griff zu bekommen, bleibt dem Leser überlassen zu beurteilen.

Alle Forschung und Theorienbildung aufgrund nicht zuletzt auch großer Fortschritte der Grundlagenforschung reicht nicht, um einen Beitrag dafür zu leisten, wie der Herausforderung, vor die uns die Patienten in der Praxis stellen, Rechnung zu tragen ist. Hier brauchte ich Unterstützung und Rat, und ich fand dies in all den Jahren vor allem bei Burgi Schulte, meiner Frau. Ihre Erfahrung in unterschiedlichen Feldern psychotherapeutischer Tätigkeit mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen war oft genug eine Herausforderung für die Konzepte und die Umsetzung der Forschungsergebnisse und eine unerschöpfliche Quelle für die vielfältigen Erscheinungsformen von „Widerstand“, wenn die Patienten einfach nicht so wollten, wie sie wollen sollten. Ihr sei hier gedankt und dieses Buch gewidmet.

Ich hoffe, dass möglichst viele der Leser von diesen wechselseitigen Herausforderungen von Therapeuten, Forschern und nicht zuletzt Patienten und den gefundenen

Lösungswegen profitieren können, zum Nutzen der Patienten.

Schwerte, im April 2014

Dietmar Schulte

Inhalt

Vorwort

1 Widerstand

1.1 Definition von Widerstand: der frustrierte Therapeut

1.2 Erscheinungsformen von Widerstand: der schwierige Patient

1.2.1 Therapienachfrage

1.2.2 Mitarbeit

1.2.3 Umsetzung

1.3 Umgehen mit Widerstand: Basisverhalten fördern

1.4 Klassifikation von Widerstandstypen

Widerstand als Eigenschaft (Trait)

Störungsbedingter Widerstand

Motivierter Widerstand (mangelnde Therapiemotivation)

2 Motivationstheoretische Grundlagen

2.1 Absichten

2.2 Entstehung und Umsetzung von Absichten

2.3 Widerstand: Diskrepanz zwischen eigenen Absichten und fremden Ansprüche

2.4 Ziele

2.4.1 Ziele, Motive, Werte und Normen

2.4.2 Was macht Ziele erstrebenswert?

2.4.3 Zielkonflikte

3 Therapieziele und Therapienachteile

3.1 Therapieziel „Problemreduktion“

3.1.1 Leidensdruck als Voraussetzung von Problembewusstsein

3.1.2 Internale Attribuierung als Voraussetzung von Änderungsbereitschaft

3.2 Verlust von Störungsgewinn

3.2.1 Äußerer Störungsgewinn

3.2.2 Störung als Selbstwertschutz – Innerer Störungsgewinn

3.3 Positive Therapieziele

3.3.1 Keine positiven Ziele

3.3.2 Geringe Zielvalenz

3.3.3 Eingeschränkte Realisierbarkeit

3.4 Unerwünschte Nebenwirkungen

3.4.1 Ungewollte Effekte

3.4.2 Beeinträchtigung konfligierender Ziele

3.5 Kurzfristige Therapie Vorteile

3.5.1 Sozialer Druck

3.5.2 Behandlungsgewinn

3.5.3 Therapeutische Bindung und das Ziel „Therapeutenkontakt“

4 Psychotherapie – ein Weg zum Ziel?

4.1 Entwicklung von Handlungsplänen

4.2 Zweifel an der Therapie

4.2.1 Zweifel an der Passung (Therapiemodell)

4.2.2 Zweifel an der Wirksamkeit (Erfolgserwartung)

4.2.3 Zweifel am Nutzen bei hohem Therapieaufwand

4.2.4 Zweifel an der eigenen Kompetenz (Selbstwirksamkeit)

4.3 Zweifel am Therapeuten

4.3.1 Bedrohung der Handlungsfreiheit: Direktivität und Reaktanz

4.3.2 Der Psychotherapeut – kompetent und unterstützend?

5 Ausführung von Absichten – Realisierung des Verhaltens

5.1 Entscheiden

5.1.1 Qual der Wahl: Welche Absicht gewinnt?

5.1.2 Selbstverpflichtung: Ich tu's!

5.2 Planen

5.2.1 Ausgangsbedingungen: Wann soll ich handeln?

5.2.2 Konkretisierung und Differenzierung von Handlungsanweisungen: Was muss ich tun?

5.3 Durchhalten: Probleme der Absichtsstabilisierung

5.3.1 Schwächung von Absichten durch Veränderungen

5.3.2 Selbstkontrolle zum Schutz von Absichten

5.3.3 Schwächung von Absichten durch Emotionen

6 Wie wirkt Therapiemotivation?

6.1 Erster Teilprozess: Therapiemotivation beeinflusst Widerstand

6.2 Zweiter Teilprozess: Therapiemotivation und Widerstand beeinflussen den Therapieerfolg

6.2.1 Therapiemotivation als therapeutische Wirkvariable

6.2.2 Therapiemotivation als Therapievoraussetzung

6.2.3 Therapiemotivation reduziert Leidensdruck

7 Diagnostisch-therapeutisches Basisverhalten der Motivationsförderung

7.1 Motivationsförderndes Basisverhalten des Therapeuten

7.1.1 WEISE-Regel 1: Therapeutische Bindung durch Wertschätzung und Unterstützung

7.1.2 WEISE-Regel 2: Akzeptanz durch Empathie

7.1.3 WEISE-Regel 3 (I_1): Transparenz durch Information

7.1.4 WEISE-Regel 4 (I_2): Zuversicht durch beiläufige Information

7.1.5 WEISE-Regel 5: Kompetenz des Therapeuten durch sicheres Auftreten

7.1.6 WEISE-Regel 6: Autonomie durch ebenbürtige Direktivität

7.1.7 Zusammenfassung: sei WEISE

7.2 Diagnostisches Basisverhalten: Screening der Therapiemotivation

8 Das Motivationsförderungsprogramm (MFP)

8.1 Therapieprogramme zum Aufbau von Therapiemotivation

8.1.1 Motivational Counseling

8.1.2 Motivational Interviewing

8.2 Das Motivationsförderungsprogramm: Überblick

Zur Diagnostik

Zur Behandlung

Therapieziele

9 Zielentwicklung I: Förderung des Problembewusstseins

9.1 Strategie A1: Ist Leiden zu intensivieren?

Diagnostik von Leiden und Beeinträchtigungen

Therapeutische Methode: Intensivierung des Leidens

9.2 Strategie A2: Ist Änderungsbereitschaft zu fördern?

Diagnostik des subjektiven Störungsmodells

Therapeutische Methode: Reattribution von Leiden

9.3 Strategie A3: Ist Störungsgewinn zu relativieren?

Diagnostik positiver Störungsfolgen

Therapeutische Methode: Relativierung von
Störungsgewinn

9.4 Strategie A4: Sind selbstwertdienliche Fehlattritionen zu relativieren?

Diagnostik selbstwertdienlicher Fehlattritionen

Therapeutische Methode: Relativierung
selbstwertdienlicher Fehlattritionen

10 Zielentwicklung II: Förderung positiver Therapieziele

10.1 Strategie B1: Sind positive Therapieziele zu entwickeln?

Diagnostik: Analyse positiver Therapieziele

Therapie: Entwicklung positiver Therapieziele

Therapeutische Methode 1: Remoralisierung

*Therapeutische Methode 2: Entwicklung positiver
Therapieziele*

10.2 Strategie B2: Ist die Realisierbarkeit von Absichten zu verbessern?

Therapeutische Methode: Anpassung der Ziele

10.3 Strategie B3: Ist die Zielvalenz durch Harmonisierung von Ziel und Motiv zu stärken?

Diagnostik der zugrunde liegenden Motive

Therapeutische Methode: Ziele verändern

10.4 Strategie B4: Ist die Zielvalenz durch Harmonisierung von Wunsch und Norm zu stärken?

Diagnostik: Klären von Wunsch und Anspruch

Therapeutische Methode: Hinterfragen von Wunsch und Norm

10.5 Strategie B5: Sind unerwünschte Nebenwirkungen zu relativieren?

10.5.1 Unerwünschte Effekte

10.5.2 Beeinträchtigung konfligierender Lebensziele

10.6 Strategie B6: Sind Kurzfristige (unmittelbare) Vorteile zu berücksichtigen?

Sozialer Druck

Behandlungsgewinn

Therapeutische Bindung

11 Methodenentwicklung: Förderung der Therapieakzeptanz

11.1 Strategie C1: Sind Zweifel an der Therapie zu zerstreuen?

Diagnostik: Zweifel erkunden

Therapeutische Methode: Stärkung der Zuversicht – Zweifel zerstreuen

Grundsätzliche Zweifel an einer Psychotherapie

Zweifel an der Indikation (Passung)

Zweifel am Nutzen

Zweifel an der Selbstkompetenz

11.2 Strategie C2: Sind Zweifel am Therapeuten zu berücksichtigen?

12 Realisationsförderung I: Initiierung des Basisverhaltens

12.1 Strategie D1: Ist die Entscheidung des Patienten zu fördern?

Diagnostik

Therapeutische Methode: Entscheidungsförderung

12.2 Strategie D2: Ist der Patient bei der Planung der Durchführung zu unterstützen?

Therapeutische Methode: Planungsförderung

13 Realisationsförderung II: Stabilisierung des Basisverhaltens

13.1 Strategie E1: Sind die Ausgangsbedingungen an Veränderungen anzupassen?

13.2 Strategie E2: Ist die Absicht im Therapieverlauf zu stärken?

Diagnostik

Therapeutische Methode: Absichtsstärkung

14 Therapeutische Techniken

14.1 Technik 1: Änderung rationaler Überzeugungen

14.2 Technik 2: Intensivierung subjektiver Bedeutung/Wichtigkeit

14.3 Technik 3: Relativierung subjektiver Bedeutung/Wichtigkeit

14.4 Technik 4: Zusammenhänge erklären (Psychoedukation)

14.5 Technik 5: Änderung von Attributions-Überzeugungen

Reattribution nach dem Abwertungsprinzip

Schritt 1: Erarbeitung plausibler Alternativ-Erklärungen

Schritt 2: Gewichtung der Alternativ-Erklärungen

Reattribution nach dem Aufwertungsprinzip

14.6 Technik 6: Bilanzierung von Handlungsfolgen

14.7 Technik 7: Selbstverpflichtung

14.8 Technik 8: Entwicklung von Planungsstrategien

14.9 Technik 9: Exploration von Folgen

Explorationshilfen

Klärung des Ursache-Folge-Verhältnisses (Attribution)

Ein Wort zum Schluss

Karte: Widerstands-Checkliste

Literatur

Anhang

Sachregister

|11| 1 Widerstand

1.1 Definition von Widerstand: der frustrierte Therapeut

Young, attractive, verbal, intelligent, and successful – so beschrieb [1964](#) Schofield den idealen Psychotherapie-Patienten¹, den YAVIS-Patienten, der am meisten von einer (psychodynamischen) Psychotherapie profitieren würde. Neben solchen eher statischen Personmerkmalen ließen sich aus der Perspektive des Therapieprozesses einige weitere Merkmale ergänzen, etwa: *motiviert, änderungsbereit, vertrauensvoll, engagiert und zuversichtlich*: der MAVEZ-Patient. Aber zum Leidwesen der Therapeuten ist nicht jeder Patient ein YAVIS-Patient und auch kein MAVEZ-Patient.²

Therapeuten wissen häufig, wie sie ihren Patienten helfen könnten, welche Methoden Erfolg versprechend sind. Doch die Patienten „wollen nicht“. Sie sind nicht überzeugt von dem, was der Therapeut ihnen vorträgt, sie haben Bedenken, halten sich zurück, beantworten Fragen nur zögerlich, Hausaufgaben werden nicht erledigt, der Sinn von Methoden wird infrage gestellt und ihre Wirksamkeit bezweifelt. Manchmal drücken sie auch mehr oder weniger deutlich ihre Skepsis oder gar Kritik gegenüber der Therapie oder ihrem Therapeuten aus. Schließlich kann es dazu kommen, dass der Patient die Therapie vorzeitig abbricht.

Eventuell wird die Therapie aber auch fortgesetzt, bis der Therapeut mehr oder minder bewusst resigniert und sich mit seinem Patienten darauf „einigt“, dass doch schon einige Fortschritte erreicht sind und von daher die Therapie beendet werden könnte, obwohl die bisherigen Erfolge noch mehr oder weniger weit von dem entfernt sind, was zumindest der Therapeut ursprünglich für erreichbar gehalten hat.

[12] Freud hat dieses Phänomen bereits im Jahr [1900](#) beschrieben. Er nannte es Widerstand und meinte damit alles, „was die Fortsetzung der Arbeit stört“ (S. 521, zitiert nach [Thomä & Kächele, 1989](#), S. 101) – eine sehr treffende Beschreibung, die deutlich macht, dass Widerstand zunächst gewissermaßen auf Seiten des Therapeuten zu verorten ist. Es ist der Eindruck des Therapeuten, dass der Patient die therapeutische Arbeit behindert.

Der Begriff Widerstand soll auch im Folgenden benutzt werden, allerdings lediglich zur Beschreibung dessen, was der Therapeut wahrnimmt, als deskriptives Konstrukt. Freud hatte in späteren Arbeiten mit dem Begriff Widerstand auch eine bestimmte Erklärung des Phänomens verbunden (Widerstand als explikatives Konstrukt): Widerstand ist die Kraft, mit der sich der Patient gegen das Bewusstwerden der unbewussten Es-Ansprüche wehrt (siehe Begriffsklärung: Widerstand nach Freud).

Begriffsklärung: Widerstand nach Freud

Widerstand nach Freud ist Ausdruck der Verdrängung, also der Kraft, die unakzeptable Triebansprüche aus dem Bewusstsein fernhält. Während der

Therapie sorgt sie dafür, dass ein Aufdecken dieser Triebansprüche verhindert wird.

Widerstand ist demnach Folge der Neurose, genau genommen der Bedingungen, die auch die Neurose verursachen. So gesehen ist Widerstand dann auch nicht mehr ein Störfaktor, sondern ein notwendiger Teil des Änderungsprozesses. Denn mit der Bearbeitung des aktuell vorliegenden Widerstandes wird die Verdrängung bearbeitet. Spätere Autoren haben weitere Funktionen von Widerstand vermutet (Näheres bei [Thomä & Kächele, 1989](#)).

Die Vorstellung, dass Widerstand eine Kraft ist, die dem therapeutischen Fortschritt entgegensteht, spiegelt sich in fast allen Definitionen von Widerstand wieder. [Caspar \(1982\)](#) fasst die verschiedenen Definitionsversuche folgendermaßen zusammen: „Widerstand beinhaltet alles, was sich bei einem Patienten bewusst oder unbewusst gegen bestimmte therapeutische Interventionen oder die Therapie richtet“ (S. 452). Widerstand wird damit durch eine bestimmte Funktion definiert. Aber ist dies wirklich die einzige Funktion von Widerstand, „drohenden“ Therapiefortschritt zu verhindern? Tatsächlich werden in der Literatur vielfältige andere Funktionen und Gründe genannt, die zu Widerstand führen können; darauf wird später eingegangen.

Bleiben wir folglich dabei, mit dem Begriff Widerstand lediglich ein Phänomen zu beschreiben, ohne es gleich damit zu erklären. Das Phänomen stellt der Therapeut fest: Der Patient verhält sich in einer Art und Weise, die nach dem Eindruck des Therapeuten die Therapie oder den Therapiefortschritt stört.

[13] Wenn zum Beispiel ein Patient in der Therapie eine Interpretation oder Deutung seines Therapeuten

zurückweist, verweist dies für einen Analytiker auf „Widerstand“. Für einen Verhaltenstherapeuten könnte das gleiche Verhalten möglicherweise ein Hinweis auf engagierte Mitarbeit, auf das Mitdenken seines Patienten sein, also eher ein Zeichen für einen positiven Therapieverlauf. Er würde keinen Widerstand feststellen. Es ist also unumgänglich, den Therapeuten bei der Definition von Widerstand mit zu berücksichtigen. Entscheidend für den Eindruck von Widerstand ist nicht nur, welches Verhalten der Patient zeigt, sondern auch, welches Verhalten der Therapeuten erwartet oder gerade nicht erwartet! Das Verhalten eines Patienten wird dadurch zu Widerstand, dass es dem widerspricht, was der Therapeut von ihm erwartet oder wünscht.

Gelegentlich wird diskutiert, dass Widerstand ein positiv zu bewertendes Phänomen in der Therapie sei. Doch die empirische Befundlage ist eindeutig und sagt etwas anderes: [Beutler, Moleiro und Talebi \(2002a, S. 139; übersetzt\)](#) kommen nach einer Übersicht über die Literatur zu dem Schluss, „dass es zwingende und konsistente Belege für eine negative Beziehung zwischen der Auslösung von Widerstand beim Patienten und dem Therapieergebnis gibt.“

Merke:

Widerstand ist die vom Therapeuten wahrgenommene Diskrepanz zwischen einem Verhalten, das der Patient zeigt, und dem Verhalten, das der Therapeut oder andere relevante Dritte vom Patienten im Hinblick auf einen positiven Therapieverlauf wünschen. Widerstand des Patienten geht mit einem schlechteren Therapieergebnis einher.

1.2 Erscheinungsformen von Widerstand: der schwierige Patient

Es gibt verschiedene Versuche, die Auftretensformen von Widerstand aufzulisten oder zu kategorisieren (siehe Kasten). Doch die meisten Autoren sind sich einig darin, dass grundsätzlich alle Verhaltensweisen Widerstand sein können. Nach der oben genannten Definition von Widerstand ist dies auch nachvollziehbar: Entscheidend ist nicht ein bestimmtes Verhalten des Patienten, sondern entscheidend ist, dass es den Anforderungen oder Wünschen des Therapeuten widerspricht. Die Anforderungen von Therapeuten können unterschiedlich sein: von Therapeut zu Therapeut, je nach Therapieschule, von Patient zu Patient und von Situation zu Situation. Das gleiche Verhalten kann also in einem Moment Widerstand, in einem anderen Moment ein durchaus erwünschtes Patientenverhalten sein.

|14|

Beispiele für Widerstand:

Beispiele für Widerstand (nach [Caspar & Grawe, 1981](#), S. 351)

1. Verstöße gegen Grundregeln der Therapie.
2. Ständiges Vermeiden, Umgehen oder sprachlich gezwungenes Umschreiben bestimmter Schemata.
3. Lang anhaltender Smalltalk.
4. Vermeidung von subjektiv Bedeutsamem.
5. Vermeidung von Nachdenklichkeit.
6. Auffallend langes Schweigen.

7. Auseinanderfallen von Inhalten und Affekt.
8. Gebrauch von Klischees, um emotionale Beteiligung zu vermeiden.
9. Vergessen von Material.
10. Gähnen des Patienten.
11. Kurzdauerndes Einschlafen.
12. Auffallende Körperhaltung.
13. „Türpfosten-Bemerkungen“, d. h. Bemerkungen am Sitzungsende zwischen Tür und Angel.
14. Zuspätkommen.
15. Versäumen.
16. Falschdatieren von Sitzungen.
17. „Fixierung in der Zeit“ (Gegenwart, Vergangenheit, Zukunft ohne gelegentliches Zurückgreifen auf andere Zeiträume).

Klassifikation von Widerstandsverhalten nach [Otani \(1989\)](#)

1. Quantität der sprachlichen Äußerungen (z. B. Schweigen, anhaltendes Reden).
2. Inhalt der Nachricht (zum Beispiel Smalltalk, haften am Symptom, haften an der Zukunft oder Vergangenheit).
3. Kommunikationsstil (z. B. „Ja, aber“-Haltung, Vergessen von Unterlagen).
4. Einstellung zum Therapeuten und den therapeutischen Sitzungen (z. B. Termine nicht einhalten, Rechnungen nicht bezahlen).

Daher ist statt einer Auflistung von Widerstand eine Beschreibung derjenigen Verhaltensweisen sinnvoll, die für eine erfolgversprechende Therapie Voraussetzung sind und deren Realisierung sich Therapeuten von ihren Patienten erhoffen. Auch hier gilt natürlich, dass verschiedene Therapeuten bei verschiedenen Patienten zu unterschiedlichen Zeitpunkten unterschiedliches Verhalten erwarten oder wünschen. Doch bestimmte Verhaltensweisen von Patienten sind für jede Therapie erforderlich oder zumindest förderlich – das Basisverhalten des Patienten

([Schulte, 1996](#)). Dieses lässt sich in drei Kategorien einteilen, die ansatzweise den Therapieverlauf widerspiegeln: Therapienachfrage, Mitarbeit und Umsetzung.

|15| 1.2.1 Therapienachfrage

Für den idealen Patienten (den MAVEZ-Patienten) ist zunächst kennzeichnend, dass er die Therapie nachfragt, also eine entsprechende Institution oder einen Therapeuten aufsucht, zumindest den Kontakt zulässt. In diesem Fall kommt der Anspruch an das Verhalten natürlich noch nicht vom Therapeuten, sondern vielleicht von Angehörigen, vom Hausarzt oder anderen relevanten Personen – oder vom Patienten selber (siehe Kasten).

Der Weg zum Psychotherapeuten:

Der Weg in eine Psychotherapie ist für Menschen meist nicht leicht: Im Durchschnitt dauerte es zumindest in den achtziger Jahren sieben Jahre, bis ein Patient mit neurotischen oder psychosomatischen Erkrankungen erstmals psychotherapeutisch behandelt wurde ([Meyer, Richter, Grawe, Graf v. d. Schulenburg & Schulte, 1991](#)).

Gründe für diesen langen Weg liegen zum einen in der Person selbst: Im Allgemeinen bemüht sie sich zunächst, mit ihren Schwierigkeiten selbst zurechtzukommen oder hofft, dass die Probleme von allein verschwinden. Oft ist es der Person nicht klar, dass es sich um psychische Probleme handelt. Weitere Gründe liegen in der medizinischen und psychosozialen Versorgung: Informationsmängel bei Ansprechpartnern im Gesundheitssystem oder seinem Vorfeld führen teilweise zu Fehldiagnosen, Fehlbehandlungen und zu verspäteten Überweisungen an Psychotherapeuten. Hinzu kommen oft noch Wartezeiten, bis die Person schließlich dann einen Therapieplatz bekommt (näheres bei [Schulte, 1996](#)).

Nach Aufnahme der Therapie erwartet der Therapeut, dass sein Patient kontinuierlich und regelmäßig, über eine mehr

oder minder lange Zeit hinweg, zur Therapie kommt und die Therapie nicht vorzeitig abbricht. Doch das ist ganz häufig der Fall. Ein vorzeitiger Therapieabbruch, der nicht auf „technische“ Gründe wie Umzug oder Krankenhausbehandlung zurückzuführen ist, sondern auf „motivationale Probleme“, liegt in 15 % bis fast 50 % der Fälle vor ([Bados, Balaguer & Saldana, 2007](#); [Cincaya, Schindler & Hiller, 2011](#)).

Widerstand im Sinne fehlender Therapienachfrage kann auch vorliegen, wenn der Patient bereits in Therapie ist, nämlich dann, wenn im Verlauf einer Behandlung deutlich wird, dass noch weitere Probleme vorliegen, die von dem Patienten selber jedoch nicht gesehen oder als Probleme akzeptiert werden. So kann ein Patient beispielsweise seine phobische Angst als Problem ansehen und zur Therapie bereit sein, bezüglich seiner Partnerschaft weist er hingegen kein Problembewusstsein auf („In meiner Ehe ist alles in Ordnung!“). Dies ist besonders ^[16] dann problematisch, wenn Zusammenhänge zwischen den Problemen bestehen (im Beispiel: die Eheprobleme werden vom Therapeuten als mögliche aufrechterhaltende Bedingung des Vermeidungsverhaltens gesehen).

1.2.2 Mitarbeit

Während der Therapie wird sich der ideale Patient selber *aktiv beteiligen*. Dies ist notwendig, denn Psychotherapie ist zunächst nichts anderes als ein mehr oder minder gezieltes Verhalten eines Therapeuten in Interaktion mit seinem Patienten in einem geschützten Setting. Das Verhalten des