

Psychotherapie: Praxis

Almut Lippert

Motivation stärken in Therapie und Beratung

Ein Praxisbuch

MOREMEDIA



Springer

Psychotherapie: Praxis

Die Reihe Psychotherapie: Praxis unterstützt Sie in Ihrer täglichen Arbeit – praxisorientiert, gut lesbar, mit klarem Konzept und auf dem neuesten wissenschaftlichen Stand.

Weitere Bände in der Reihe: <http://www.springer.com/series/13540>

Almut Lippert

Motivation stärken in Therapie und Beratung

Ein Praxisbuch

Dr. Almut Lippert
Hannover
Deutschland

ISSN 2570-3285 ISSN 2570-3293 (electronic)
Psychotherapie: Praxis
ISBN 978-3-662-63302-1 ISBN 978-3-662-63303-8 (eBook)
<https://doi.org/10.1007/978-3-662-63303-8>

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© Springer-Verlag GmbH Deutschland, ein Teil von Springer Nature 2021

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von allgemein beschreibenden Bezeichnungen, Marken, Unternehmensnamen etc. in diesem Werk bedeutet nicht, dass diese frei durch jedermann benutzt werden dürfen. Die Berechtigung zur Benutzung unterliegt, auch ohne gesonderten Hinweis hierzu, den Regeln des Markenrechts. Die Rechte des jeweiligen Zeicheninhabers sind zu beachten.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag, noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Planung/Lektorat: Monika Radecki

Alle Arbeitsblätter finden Sie im Downloadbereich auf Springer Link

Springer ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer-Verlag GmbH, DE und ist ein Teil von Springer Nature.

Die Anschrift der Gesellschaft ist: Heidelberger Platz 3, 14197 Berlin, Germany

Für meinen Vater, der mich die Lust am Lehren lehrte.

Ein paar Worte vorweg ...

Liebe Leser,

Motivation von Menschen zu verstehen und sie für konstruktive Veränderungsprozesse nutzbar zu machen, ist eine ausgesprochen spannende und sinnstiftende Angelegenheit.

Warum tun Menschen das, was sie tun, obwohl ihnen die Beweggründe oft selbst nicht bewusst sind? Was hat Sie zum Beispiel bewogen, sich für dieses Buch zu interessieren und sogar das Vorwort aufzuschlagen?

Wenn Sie mögen, nehmen Sie sich doch einen Moment Zeit, Ihre persönlichen Motive zu erforschen! Was sind Ihre Beweggründe, sich mit diesem Thema auseinanderzusetzen zu wollen?

Starten Sie vielleicht gerade Ihre Tätigkeit in der Beratung und Therapie und wünschen sich grundsätzlich mehr Know-how, da Sie sich als „Anfänger“ insgesamt noch sehr insuffizient fühlen? Oder arbeiten Sie vielleicht mit einer vermeintlich schwierigen Klientel, der gerne nachgesagt wird, dass sie doch alle unmotiviert und schwierig seien, wie man es etwa Suchtpatienten nachsagt? Vielleicht erleben Sie auch in Ihrer Tätigkeit, dass Sie oftmals in schwer aufzulösende Beratungssituationen kommen, und wünschen sich (wie wir uns das ja eigentlich alle wünschen) bahnbrechende Tipps oder den berühmten Zauberstab, der einfach alle Gesprächsprobleme in Luft auflösen kann? Oder sind Sie eine Person, die es einfach liebt, lebenslang zu lernen und es genießt, mit Muße Fachliteratur zu lesen?

Sie sehen, allein bei dem Interesse für ein Buch gibt es zahlreiche, völlig unterschiedliche Motive. Vom eudämonischen Genuss, Wissen und Erkenntnis zu vermehren, über den Abbau von Insuffizienzgefühlen bis hin zu dem Versuch, eine höhere Kontrolle für schwierige Situationen zu erhalten, ist alles denkbar. Ob Sie das Buch dann letztendlich erstehen, wird u. a. davon abhängen, ob Sie diesem Kauf ambivalent gegenüberstehen oder nicht, z. B. weil Sie das Geld eigentlich für etwas anderes ausgeben wollten oder noch genug Bücher zu Hause haben, die Sie noch nicht gelesen haben.

Um wie viel komplexer ist es, wenn es nicht nur um eine Kaufentscheidung geht, sondern um echte Lebensthemen oder komplexe Veränderungen, wie sie in Beratungskontexten üblich sind? Wie können wir als Therapeuten Klienten darin unterstützen, hilfreiche und oft sehr anstrengende Veränderungsprozesse zu beginnen und sie nicht gleich bei der ersten Hürde wieder aufzugeben?

Hierbei spielt die Motivationsförderung eine zentrale Rolle! Veränderungsprozesse und Therapie erfordern in der Regel eine Menge Anstrengung und Kraft. Man muss aus vertrauten Gewohnheiten aussteigen, sich mit eigenen Verletzlichkeiten auseinandersetzen, seine bisherigen Bewältigungsstrategien hinterfragen, Neues ausprobieren und einüben, sowie mit Rückfällen umgehen lernen. Bis sich erwünschte Wirkungen zeigen, vergehen oft Wochen bis Monate. Selbst bei einem so überschaubaren Projekt, wie etwa dem Erlernen einer Entspannungstechnik, vergehen oft Monate täglichen Trainings, bis sich die gewünschten Effekte einstellen. Da bedarf es eines wirklich guten Motivs, damit eine Person genug Lust und Kraft hat, um diese „Durststrecke“ durchzuhalten.

Es ist ein wenig wie im Krimi: Ohne Motiv kein Mord, aber auch keine erfolgreiche Therapie. Viele Therapeuten sind bestens darin ausgebildet, mittels gut evaluierter Interventionen bei motivierten Klienten Veränderungen zu ermöglichen, und damit ausgesprochen hilfreich zu sein. Wie aber ein Klient dazu kommt, überhaupt ein ausreichend starkes Motiv aufzubauen, war lange Zeit eher ein Stiefkind in Beratung und Therapie.

■ Was erwartet Sie in diesem Buch?

Dieses Buch ist für alle diejenigen geschrieben, die ihr Know-how im Bereich der Motivationsförderung verbessern wollen. Die Stärkung der Motivation des Klienten ist essentieller Teil der gesamten Behandlung, und daher sowohl Thema für den Klienten wie auch den behandelnden Therapeuten. Es ist nicht länger Sache des Klienten, Motivation zu entwickeln, sondern gleichermaßen auch die des Behandlers.

Als Grundlage dient das gut etablierte und evaluierte Verfahren des Motivational Interviewings von Miller und Rollnick, welches ursprünglich für den Suchtbereich entwickelt wurde. Inzwischen wird es vielfältig auch in vielen anderen Gebieten eingesetzt. Dies reicht von der Erhöhung einer Medikamentencompliance, bis hin zur Behandlung von Psychosomaten (z. B. findet es sich als S3-Leitlinienverfahren bei der Diabetes-Typ-2 Behandlung). Allgemein ist es immer dann sinnvoll einzusetzen, wenn Klienten noch absichtslos bzgl. Veränderung sind oder dieser ambivalent gegenüberstehen.

Ergänzt wird es mit Interventionen aus anderen Therapieschulen, wie der Acceptance und Commitment Therapy nach Hayes, hypnotherapeutischen Ansätzen nach Milton Erickson, systemischen Elementen und Interventionen aus der lösungsorientierten Therapie sowie der motivorientierten Beziehungsgestaltung. Dass sich in diesem Buch keine Interventionen aus dem tiefenpsychologischen Bereich befinden, ist dem schlichten Umstand meiner therapeutischen „Herkunft“ als Verhaltenstherapeutin geschuldet. Selbstredend gibt es auch in diesem Bereich ausgesprochen innovative, hilfreiche und kluge Interventionen! Es wäre aber anmaßend von mir, diese ohne die notwendige Expertise hier zu beschreiben. Ziel ist es dennoch, Therapeuten schulenübergreifend ein Portfolio von möglichen Interventionen zur Verfügung zu stellen, die jeder in seinem therapeutischen Vorgehen individuell abgestimmt einsetzen kann.

Jede Intervention wird so konkret erklärt, dass es Therapeuten und Beratern möglich sein sollte, diese aufgrund der Anleitung selbst anzuwenden. Erleichtert werden soll dies durch Hinweise zum „Good-Practice“, sowie dem Vermeiden möglicher Stolperfallen. Diese Empfehlungen und Modifikationen von klassischen Interventionen beruhen oftmals auf den jahrelang gesammelten Erfahrungen, die ich im Rahmen meiner intensiven Seminar- und Supervisionstätigkeit zu diesem Thema erwerben konnte.

Es ist also ein Buch aus der Praxis für die Praxis und weniger ein wissenschaftliches Nachschlagewerk, das den Anspruch hat, Theorien und dazu gehörige Forschungsergebnisse erschöpfend zu beschreiben.

Erleichternd für den Lernprozess sollen neben der Darstellung der einzelnen Schritte auch kurze Zusammenfassungen und konkrete Formulierungsbeispiele sein. Auf die Darstellung von Interventionen anhand von Patientendarstellungen verzichte ich völlig, da sie aus meiner Sicht in der Regel wenig Neues beinhalten und ich

als Leser zu denjenigen gehöre, die diese oft seitenlangen Schilderungen einfach überspringen.

Und da man ja auch Fachbücher meist in der Freizeit liest, finde ich es wichtig, dass der „Konsum“ selbst, also das Lesen als solches, auch Spaß macht, und man sich nicht durch die Seiten quälen muss, weil es so trocken und kompliziert daher kommt. Mir machen immer Bücher Freude, die sich leicht lesen lassen, ohne dass sie dabei an Komplexizität verlieren und einen hohen Praxisbezug haben. Das sind hohe Ansprüche, und vielleicht ist es ein wenig vermessen, aber die Vision für dieses Buch ist genau diese!

Außerdem hoffe ich, Sie mit meiner Begeisterung für die Motivationsförderung mitzureißen und natürlich zu motivieren, selbige auch auszuprobieren und anzuwenden, um mit Freude diesen Beruf auszuüben. Dies ist übrigens meine Motivation für das Schreiben dieses Buches!

■ Ein paar kurze Anmerkungen ...

Abschließend noch ein paar kurze Statements zum Gender-Thema, der Ansprache an die Leser, den Begriffen „Klient“ und „Patient“ sowie der Verwendung von Anglizismen. Zum einen werde ich ganz tradiert bei den alten Schreibweisen bleiben, also z. B. der Therapeut statt TherapeutIn oder „Therapeut und Therapeutin“. Dies geschieht definitiv nicht als Absage an die Emanzipation, die mir persönlich sehr wichtig ist, sondern ist schlicht der einfacheren Lesbarkeit geschuldet.

Weiterhin spreche ich meist von Therapeuten und nicht von Beratern etc. Manchmal nutze ich den Begriff der Behandler, wenn es sich um Inhalte dreht, die nicht nur in therapeutischen Kontexten Relevanz haben. Liebe Berater, bitte fühlen Sie sich nicht diskreditiert!! Ich arbeite sehr gerne mit Beratern in unterschiedlichsten Settings und bin in Seminaren immer wieder beeindruckt, wie anspruchsvoll und fordernd Ihre Arbeitsfelder sind! Und Beratung ist keineswegs „weniger wert“! Auch hier ist es einfach der Lesbarkeit geschuldet. Als ich die ersten Kapitel geschrieben hatte, merkte ich, dass es zu anstrengend für mich war, zu entscheiden, welcher Begriff für den jeweiligen Inhalt besser geeignet wäre. Daher habe ich beschlossen, vorrangig den Begriff des Therapeuten zu wählen. Bitte ersetzen Sie ihn ggf. mit einem für Sie passenden Begriff!

Zum anderen verwende ich vorzugsweise den Begriff des Klienten, da er gerade in der Beratung der gängigere ist, und dieses Buch sich auch sehr bewusst an Berater wendet. Den Begriff „Patient“ habe ich aber dennoch für Kontexte hinzugenommen, in denen es unüblich ist, den Klienten-Begriff zu nutzen, wie etwa in der Arzt-Patient-Beziehung.

Und schließlich noch ein Wort zu Anglizismen: Hier zeigt sich bei mir eine deutliche Ambivalenz. Einerseits nehmen Anglizismen geradezu inflationär in unserer Sprache zu, obwohl es durchaus deutsche Begriffe dafür gäbe. Anscheinend ist es aber „trendy“ und macht Dinge „hip“, wenn man sie angliziert. Ein schönes Beispiel ist der Facility Manager. Trotz dieser persönlichen Abneigung habe ich dennoch einige Begriffe als Anglizismus übernommen, und zwar immer dann, wenn sie in der deutschen Fachliteratur üblich geworden sind. Dies ist vor allem bei Begriffen zum Motivational Interviewing der Fall, hier verwenden Autoren regelhaft die englischen Begriffe. Damit Sie also nicht verwirrt werden, habe ich mich diesem Trend angeschlossen, damit der Transfer zu anderen Werken leichter gelingen kann.

■ Danksagung

Zuallererst möchte ich mich bei Frau Monika Radecki, Senior Editorin beim Springer Verlag bedanken. Sie hat dieses Buch überhaupt erst ermöglicht und sehr kompetent begleitet. Auch danke ich der Projektmanagerin Frau Dr. Esther Dür für die gute Unterstützung während des Schreibprozesses und ihren wertvollen Anregungen.

Besonders danke ich aber meinem Vater, Prof. Dr. Dr. Herbert Lippert. Ohne ihn hätte ich wohl nie meine Liebe zum Schreiben entdeckt und nach wie vor ist er mein wichtigster Mentor! Für die wie immer sehr treffenden Anregungen und das Korrekturlesen danke ich ihm und seiner Frau Dr. Désirée Herbold auf das Herzlichste.

Auch danke ich meinem Freundeskreis für die Unterstützung und die vielen inspirierenden und motivierenden Gespräche über Motivation. Besonders bedanken möchte ich mich bei meinen guten Freundinnen Erika Blitz und Amala Peters, die wieder einmal unermüdlich und hochkompetent mein Manuskript Korrektur gelesen haben.

Almut Lippert

Hannover

März 2021

Inhaltsverzeichnis

1	Eine Sache des Motivs – Einführung	1
1.1	Ein kurzes Plädoyer für Motivationsförderung	3
1.2	Motiviert oder unmotiviert – das ist keine Frage!	5
1.2.1	„Glaubens“-Fragen?!	7
1.2.2	Das Drama der Einzelfallprognosen	8
1.2.3	Ressourcen sehen lernen	9
1.3	Was sind eigentlich Motive?	11
1.4	Veränderung muss sich lohnen! Erwartung-mal-Wert-Theorien	13
1.5	Was bedeutet das für Ihr therapeutisches Handeln? Einsatz von Bedeutsamkeits- und Zuversichtsratings	13
1.6	Wenn nichts mehr geht! Stagnation im Therapieverlauf	16
1.7	Motivation ist ein Prozess! Das transtheoretische Modell von Prochaska und DiClemente	17
1.7.1	Absichtslosigkeit	18
1.7.2	Absichtsbildung	18
1.7.3	Vorbereitung	19
1.7.4	Handlung	20
1.7.5	Aufrechterhaltung	20
1.7.6	Rückfall	20
1.7.7	Bewertung des TTM für die Praxis	21
1.8	In der Kürze liegt die Würze: Bereitschafts-Ratings	22
1.9	„Und die Moral von der Geschicht“?	22
	Literaturverzeichnis	23
2	„Reden wir drüber“ – Basics der Gesprächsführung	25
2.1	Einleitung – Von der Kunst ein gutes Gespräch zu führen	27
2.1.1	Von der Wichtigkeit der Beziehung	27
2.2	Wie man es besser nicht macht ... – Thomas Gordon's Roadblocks	29
2.2.1	Wenn der Klient zum Schüler wird ... – Belehren	30
2.2.2	„Sie könnten doch einfach mal ... ausprobieren“ – Von Tipps und gut gemeinten Lösungen	32
2.2.3	„Das wird schon wieder“ – Von den Tücken des Tröstens	35
2.3	Vorsicht Falle! – Typische Gesprächsfallen in den ersten Sitzungen	36
2.3.1	Die Frage-Antwort-Falle	37
2.3.2	Die Experten-Falle	37
2.3.3	Die Etikettierungs-Falle	38
2.3.4	Die Fokus-Falle	38
2.3.5	Die Schuld-Falle	38
2.3.6	Die Chat-Falle	39
2.4	Motivational Interviewing– Gespräche auf Augenhöhe	39
2.4.1	R = Resist the righting reflex	40
2.4.2	U = Understand Motivation	41
2.4.3	L = Listen empathically	41
2.4.4	E = Empowerment	41

2.5	Gelebte Empathie – Basics der Gesprächstechniken im MI.	41
2.6	Offene Fragen	42
2.7	Affirmationen, Loben, Bekräftigen	42
2.7.1	Schadet Lob? Hindernisse auf dem Weg zum Loben und Verstärken	43
2.7.2	Ein kurzes Loblied auf das Lob	45
2.7.3	Wie geht „gutes“ Loben?	47
2.7.4	... und wie man es besser nicht macht: Don'ts beim Lob	49
2.7.5	Der „Lobkatalog“ oder: Was man alles loben kann.	51
2.7.6	„Ach, das ist doch selbstverständlich!“ – Typische Probleme bei Lob und Affirmation	53
2.7.7	„Ich bin gut!“ – Vom Fremd- zum Selbstlob	55
2.8	Reflexionen	56
2.9	Zusammenfassungen	60
2.10	Von Beginn an – das Erstgespräch.	62
2.11	„Schau mir in die Augen, Kleines!“ – Nonverbale Kommunikation.	64
2.11.1	Soll ich oder soll ich nicht?	66
2.11.2	Der „Therapeuten-Knigge“ für Nonverbales	68
2.11.3	Das Konzept des Pacings und Leadings.	69
2.12	„Und die Moral von der Geschicht“?	71
	Literaturverzeichnis	72
3	Wofür lohnt sich Veränderung? Auf der Suche nach dem tragfähigen Motiv!	75
3.1	Auf Schatzsuche gehen – Veränderungsmotive finden	78
3.2	Wer die Wahl hat, hat die Qual! – Ambivalenzkonflikte verstehen	79
3.2.1	Der Annäherungs-Annäherungs-Konflikt	79
3.2.2	Der Vermeidungs-Vermeidungs-Konflikt	80
3.2.3	Der Annäherungs-Vermeidungs-Konflikt	80
3.2.4	Der doppelte Annäherungs-Vermeidungs-Konflikt.	80
3.2.5	Change Talk versus Sustain Talk	81
3.3	Kurzer Exkurs über ethische Dilemmata.	83
3.4	Vom „Ich sollte ...“ zum „Ich will ...!“ – Formen von Change Talk.	86
3.4.1	Vorbereitender Change Talk.	87
3.4.2	Mobilisierender Change Talk	89
3.4.3	Sag ja zur Veränderung! – Überblick der Interventionen zur Förderung von Change Talk	92
3.5	Basics nutzen – Das OARS Modell im Rahmen von Change Talk	92
3.6	Bedeutsamkeits-, Zuversichts- und Bereitschaftsratings	93
3.7	Ein Blick zurück – Veränderungen bewusst machen.	94
3.8	In die Glaskugel schauen – Einen Blick in die Zukunft wagen.	95
3.9	Botschaften aus der Zukunft – Briefe vom älteren weisen Selbst	97
3.10	Voll Extrem! – „Worst-Case“ und „Best-Case“ nutzen.	98
3.11	Zeit- und Energiekuchen – Sich Veränderungen vor Augen führen	98
3.12	Soll ich oder soll ich nicht! – Kosten-Nutzen-Analysen	99
3.13	Sustain Talk nutzen lernen – das Prinzip des Utilisierens	106
3.14	Stuhlarbeiten	107
3.14.1	„Quo vadis?“ – Ambivalenzklärung mittels Stuhlarbeit.	108

3.14.2	Kritiker enttarnen! – Stuhlarbeit zur Bewusstmachung und Externalisierung des inneren Kritikers.....	111
3.15	Von Wundern, Hollywood und Träumen – Stärkung der Motivation durch Zukunftsvisionen.....	113
3.15.1	Wenn Wunder wahr werden – Die Wunderfrage mit Entwicklung einer Zielimagination.....	113
3.15.2	Einmal Hollywood bitte! – Drehbücher des eigenen Lebens schreiben.....	117
3.15.3	Träumen lernen – Die Walt Disney-Strategie.....	119
3.16	Was wirklich zählt – Die eigenen Werte explorieren.....	122
3.16.1	Werte explorieren mit OARS.....	125
3.16.2	Werte explorieren mittels Wertelisten und Wertekarten.....	128
3.16.3	Was von mir bleibt! – Die Essenz des eigenen Lebens.....	134
3.17	„Und die Moral von der Geschicht’?“.....	138
	Literaturverzeichnis.....	140
4	„Ich schaff’ das nicht!“ Umgang mit Resignation und Hoffnungslosigkeit.....	141
4.1	„Ich pack’ das nicht!“ – Wenn Klienten nicht (mehr) an sich glauben.....	143
4.2	„Ich schaff’ das schon!“ – Überblick der Interventionen zur Förderung von Zuversicht.....	145
4.3	Stärkung von Confidence Talk im Motivational Interviewing.....	146
4.3.1	Basics nutzen – Das OARS-Modell und das Zuversichtsrating.....	146
4.3.2	Der Experte sein – Informationen und Vorschläge anbieten.....	146
4.3.3	Stärken stärken.....	147
4.3.4	In guten wie in schlechten Zeiten – Rückblick auf vergangene Erfolge und Lebenskrisen.....	147
4.3.5	Brainstorming.....	148
4.3.6	Auf die Betrachtungsweise kommt es an – Reframings.....	148
4.3.7	So tun, als ob ... – Hypothetische Veränderungen nutzen.....	149
4.4	„I am, what I am!“ – Eigene Stärken und Ressourcen erkennen.....	151
4.4.1	Ich bin Vieles! – Stärkenlisten.....	151
4.4.2	Meine Stärke des Tages – Eigene Stärken internalisieren und leben lernen.....	154
4.4.3	„Ich hab’ doch nichts zu bieten!“ – Selbst- und Fremdbild abgleichen.....	156
4.4.4	Kaffeebohnen einmal anders! – Stärken im Alltag wahrnehmen.....	157
4.5	„Mann, bin ich gut!“ – Lernen, Fortschritte und Erfolge zu sehen.....	158
4.5.1	Schwarz auf Weiß! – Sich Erfolge vor Augen führen.....	158
4.6	Fragen Sie doch jemand, der sich damit auskennt! – Erfolgreiche Klienten befragen.....	159
4.7	Das Ein-Personen-Rollenspiel nach Sachse.....	160
4.8	Vorbilder gesucht – Innere Helfer etablieren.....	161
4.9	„Und die Moral von der Geschicht’?“.....	163
	Literaturverzeichnis.....	163
5	„Ja, aber ...!“ – Was tun bei Widerstand und Sustain Talk?.....	165
5.1	Widerstand und Sustain Talk – Begriffsklärung.....	166
5.2	„Psychologisches Judo“ – Umgang mit Sustain Talk.....	168
5.2.1	Die Kür der Reflexionen.....	169

5.2.2	Einen anderen Rahmen finden – Reframings	170
5.2.3	Autonomie betonen	170
5.2.4	Sich auf die Seite des Klienten stellen	171
5.3	„Aufforderung zum Tanz“ – Umgang mit Widerstand	171
5.3.1	Widerstand leicht gemacht für jedermann – Die Gesprächsfallen	172
5.3.2	„Hausgemachte“ Probleme – Sensitivieren für eigene Anteile am Widerstand	173
5.3.3	„Rauchalarm“ – Warnzeichen für beginnenden Widerstand erkennen	174
5.3.4	„Das Feuer löschen“ – Interventionen zum Abbau von Widerstand	175
5.4	Einmal maßgeschneidert, bitte! – Motivorientierte Beziehungsgestaltung	176
5.4.1	Der Therapeut als Erfüllungsgehilfe von Bedürfnissen des Klienten?	178
5.5	„Füttern“ lernen – Motivorientierte Beziehungsgestaltung in der Praxis	179
5.6	„Und die Moral von der Geschicht?“	180
	Literaturverzeichnis	180
6	„Ja, ich will!“ – Wie man innere Selbstverpflichtung und Durchhaltungsmotivation stärkt	183
6.1	Reif für Veränderung? – Zeichen für Veränderungsbereitschaft	184
6.1.1	„Ja, ich will!“ – Mobilisierenden Change Talk stärken	185
6.2	Ziele sollen motivieren!	185
6.2.1	„Smarte“ Ziele!	186
6.2.2	Auf dem richtigen Weg? – Goal Attainment Scales	186
6.2.3	Was tun bei unrealistischen Zielen?	187
6.2.4	Nachteile der Veränderung im Blick haben!	188
6.2.5	Zielkonflikte erkennen	189
6.3	Trotz aller Widrigkeiten! – Commitment stärken in der Handlungsphase	189
6.3.1	„Ich bleib‘ dabei!“ – Veränderungsmotive aktivieren	190
6.3.2	Öffentlich machen!	190
6.3.3	Soziale Ressourcen nutzen?!	191
6.3.4	Innere Monologe führen! – Selbstverbalisationen	192
6.3.5	VT „pur!“ – Selbstverträge und Belohnungspläne	193
6.3.6	Reminder im Alltag	193
6.3.7	Die Happy End-Vision – Zielimaginationen	195
6.4	„Und die Moral von der Geschicht?“	196
	Literaturverzeichnis	196
	Serviceteil	
	Stichwortverzeichnis	201

Über die Autorin

Dipl.-Psych. Dr. Almut Lippert

geb. 1966 in München, Studium der Psychologie mit Auszeichnung in Trier und Bielefeld, Approbation als Psychologische Psychotherapeutin in Hannover. Zahlreiche Weiterbildungen, u. a. zur Verhaltens- und Hypnotherapeutin, zur Supervisorin sowie dem NLP-Master. Sie ist eine international anerkannte Trainerin für die Motivierende Gesprächsführung (MINT). Langjährige Tätigkeit in der Psychiatrie mit dem Schwerpunkt der suchtmmedizinischen Behandlung sowie Behandlung von Patienten mit chronischen Schmerzzuständen und Tinnitus, seit 2010 in eigener Praxis. Schwerpunkt ist seit vielen Jahren ihre Tätigkeit als Supervisorin und Dozentin bei zahlreichen Fachgesellschaften und verhaltenstherapeutischen Aus- und Weiterbildungsinstituten. Schließlich ist sie als Autorin tätig.



Eine Sache des Motivs – Einführung

Inhaltsverzeichnis

- 1.1 Ein kurzes Plädoyer für Motivationsförderung – 3**
- 1.2 Motiviert oder unmotiviert – das ist keine Frage! – 5**
 - 1.2.1 „Glaubens“-Fragen?! – 7
 - 1.2.2 Das Drama der Einzelfallprognosen – 8
 - 1.2.3 Ressourcen sehen lernen... – 9
- 1.3 Was sind eigentlich Motive? – 11**
- 1.4 Veränderung muss sich lohnen! Erwartungsmal-Wert-Theorien – 13**
- 1.5 Was bedeutet das für Ihr therapeutisches Handeln? Einsatz von Bedeutsamkeits- und Zuversichtsratings – 13**
- 1.6 Wenn nichts mehr geht! Stagnation im Therapieverlauf – 16**
- 1.7 Motivation ist ein Prozess! Das transtheoretische Modell von Prochaska und DiClemente – 17**
 - 1.7.1 Absichtslosigkeit – 18
 - 1.7.2 Absichtsbildung – 18
 - 1.7.3 Vorbereitung – 19
 - 1.7.4 Handlung – 20
 - 1.7.5 Aufrechterhaltung – 20
 - 1.7.6 Rückfall – 20
 - 1.7.7 Bewertung des TTM für die Praxis – 21

- 1.8 In der Kürze liegt die Würze:
Bereitschafts-Ratings – 22
- 1.9 „Und die Moral von der Geschicht’? – 22
Literaturverzeichnis – 23

Wenn ein Mensch keinen Grund hat, etwas zu tun, hat er einen Grund, es nicht zu tun.

Sir Walter Scott

In diesem Kapitel erfahren Sie, was Motive eigentlich genau sind und warum der Aufbau von Veränderungsmotivation ein integraler Bestandteil von Therapie- und Beratungsprozessen sein sollte. Sie lernen die sog. Erwartung-mal-Wert-Theorien kennen, inkl. der Möglichkeiten, diese Faktoren im therapeutischen Prozess zu überprüfen. Anhand des transtheoretischen Modells von Prochaska und DiClemente erlernen Sie die Stages of Change, um Klienten phasenspezifisch zu unterstützen. Weiterhin wird auf die Wichtigkeit eingegangen, Motivations- von Kompetenzproblemen zu differenzieren. Schließlich wird der Einfluss der eigenen Haltung auf den therapeutischen Prozess beleuchtet.

1.1 Ein kurzes Plädoyer für Motivationsförderung

Lange Zeit war die Förderung von Veränderungsmotivation in der Therapie eher ein ungeliebtes Stiefkind. Allzu oft wurde darauf verwiesen, dass der Klient halt „schon was wollen“ müsse, und Motivation wurde eher als Voraussetzung für eine Therapie denn als wichtiger Teil derselben betrachtet. Der Aufbau von Motivation war somit eher die „Aufgabe“ des Klienten als die des Therapeuten. Falls jemand ein Angebot nicht annehmen wollte, dann „war er halt noch nicht so weit“ oder eben schlicht unmotiviert. Dies hatte zur Folge, dass keine weiteren Bemühungen auf Behandlerseite mehr stattfanden, sondern man im Stillen hoffte, dass demjenigen – wie auch immer – irgendwann „ein Licht aufgehen“ und sich von alleine eine Behandlungsmotivation entwickeln würde. Gängig war die Meinung, dass solche Klienten eben „noch tiefer fallen müssten“, ehe der Leidensdruck soweit an-

steigen würde, bis die Betroffenen zur Einsicht kämen.

Diese Haltung vernachlässigt, dass die Prognose mit zunehmender Dauer von psychischen Störungen immer schlechter wird, und bei vielen Störungen generell nur geringe Spontanremissionswerte zu erwarten sind. Es ist also wenig sinnvoll einfach nur abzuwarten, wo doch zahlreiche Studien zeigen, dass Veränderungsmotivation förderbar ist (s. Miller und Rollnick 2012). Weiterhin lässt diese Sichtweise außer Acht, dass Veränderung in der Regel auch Ängste auslöst, die oft Veränderungsprozesse blockieren können. Neues zu erlernen heißt in der Regel auch Aufgeben von vertrauten und sicherheitsgebenden Verhaltensweisen und Gewohnheiten.

■ Veränderungen sind anstrengend...

Hinzu kommt, dass der Aufbau von neuem Verhalten in der Regel anstrengend ist und eine Menge Willenskraft erfordert. Und dies gilt für jegliches Verhalten, auch ohne dass man in den Bereich der psychischen Störungen blicken müsste. Vielleicht haben Sie auch schon einmal versucht, „einfach“ nur gesünder zu leben, z. B. mehr Sport zu treiben, sich gesünder zu ernähren, mehr Selbstfürsorge zu betreiben, ausreichend zu schlafen etc., sprich Veränderungen im Alltag zu etablieren, die wir ja nur zu gern unseren Klienten vermitteln. Obwohl sicher jedem die Sinnhaftigkeit solcher Bemühungen präsent ist, ist es dennoch ein zeit- und energieaufwendiges Unterfangen. So bedarf es z. B. wöchentlich mehrerer Stunden, um sich sportlich so zu betätigen, dass man einen gesundheitsfördernden Effekt erzielt. Diese Zeit muss von anderen Beschäftigungen „abgeknapst“ werden, was zu weiteren Veränderungen im Alltag führt. Zudem muss man oft liebgewonnene, aber wenig hilfreiche Verhaltensmuster aufgeben, wie etwa lieber mit einer Tüte Chips abends auf dem Sofa zu lümmeln, statt gesundheitsbewusst joggen zu gehen. Schließlich kommt noch hinzu, dass man sich gar nicht

1

so sicher sein kann, dass die angepriesenen Veränderungen uns wirklich zufriedener machen werden.

Zudem lassen die positiven Effekte oft längere Zeit auf sich warten oder bestehen vor allem darin, dass negative Folgen nicht auftreten. Wer z. B. bei Bluthochdruck lernt sich zu entspannen, betreibt sicherlich eine effektive Tertiärprophylaxe. Wahrscheinlich wird der Blutdruck nach Wochen bis Monaten regelmäßigen Übens deutlich und nachweisbar absinken. Es kann aber nicht garantiert werden, ob es gelingen wird, z. B. Medikamente wieder absetzen zu können, oder jemanden zu bescheinigen, dass er auf diese Weise wirklich länger leben wird, obwohl dies statistisch gesehen so ist. Auf der anderen Seite kann man argumentieren, dass Personen, die sich gut entspannen können, insgesamt ein besseres Lebensgefühl erhalten, ihr Immunsystem nachhaltig stärken und so insgesamt mehr Lebensqualität erlangen (Lippert 2007). Erleben Personen erst einmal diese vielfältigen positiven Effekte auf ihr Leben, ist es in der Regel leicht, das neue Verhalten auch dauerhaft zu etablieren. Das Problem daran ist die Zeit, die es benötigt, bis man diese Veränderungen erleben kann. Bei Entspannungstechniken, wie etwa der progressiven Muskelrelaxation nach Jacobson, dauert es durchschnittlich ein Vierteljahr, bis die Technik ihre Wirkung, z. B. im Hinblick auf Schmerzreduktion bei chronischen Schmerzen, entfaltet. Bis dahin aber heißt es Üben und Durchhalten, obwohl man noch keinen Erfolg verspürt. Dies ist motivational die schwierigste Phase, und Behandlungsabbrüche sind daher gerade zu Beginn häufig.

Veränderungen benötigen also viel Kraft und Frustrationstoleranz. Diese werden nur aufgebracht, wenn die Person ein Motiv hat, das stark und attraktiv genug ist, um derlei Anstrengungen zu rechtfertigen. Sich zu verändern, bedeutet neben der Aufgabe von Gewohnheiten, dem Erlernen und Eintrainieren neuer Verhaltensweisen, oft auch eine Auseinandersetzung mit eigenen De-

fiziten. Gerade zu Beginn fordert Therapie einem Klienten also eine Menge aversiver Gefühle ab, bevor oft erst nach Monaten sich auch der Nutzen dieser Bemühungen einstellt. Um dies zu ermöglichen, benötigt es **zumindest ein zugkräftiges Motiv**, für das es sich lohnt, all das zu ertragen. Ohne Motiv wird Therapie nicht gelingen, völlig unabhängig von den eingesetzten Methoden (Kaner et al. 2012). Grawe (2004) extrahierte aufgrund seiner umfangreichen Metaanalysen zu Psychotherapieerfolgen allgemeine und schulenunabhängige Wirkfaktoren, wozu auch die Motivationsklärung gehört.

Die übrigen Faktoren sind die therapeutische Beziehungsgestaltung, die Ressourcenaktivierung sowie die Problemaktualisierung und -bewältigung. Etwas salopp gesagt heißt das:

Ohne Motiv keine erfolgreiche Therapie!

■ Ist Motivation nicht „Sache“ des Klienten?

Aber warum muss der Klient das Motiv nicht selbst „mitbringen“? Er sollte doch selbst erkennen, dass er etwas tun muss!

So einfach ist das nicht. Viele Klienten vermeiden die Auseinandersetzung mit Problemen oder stehen der Veränderung ambivalent gegenüber, z. B. weil sie Nachteile befürchten, die sich dadurch ergeben könnten. Darüber hinaus sind sich aber viele Menschen ihrer Motive gar nicht bewusst und stecken sich Ziele, die nicht mit den darunter liegenden Motiven vereinbar sind. Dies führt zu scheiternden Prozessen oder dem Ausbleiben von gewünschten Effekten. Den mangelnden Zugang zu den eigenen Motiven nennt man **Alienation**. Dies bedeutet so viel wie Entfremdung (Kuhl und Beckmann 1994). Personen, die keinen Zugang zu ihren Bedürfnissen haben, sind oftmals nicht in der Lage, für sie passende Lebensentscheidungen zu treffen, z. B. weil sie durch normative Schemata überlagert sind. So haben z. B. viele Klienten einen überhöhten

Leistungsanspruch an sich und arbeiten daher hoch perfektionistisch und ordnen andere Lebensbereiche, wie etwa das Führen einer Partnerschaft, dem Erfüllen von Leistung unter. Dieses Muster findet sich häufig bei Psychosomaten. Betroffene, die in Behandlung gehen, formulieren zunächst oft nur das Ziel, wieder arbeitsfähig zu werden. Hier ist hilfreich, mit Klienten daran zu arbeiten, was die eigenen originären Motive sind. Erst, wenn er erkennt, dass z. B. Bindung und Nähe zentrale Bedürfnisse für ihn darstellen, kann er für seine Bedürfnisstruktur angemessenere Lebenspläne entwickeln. Grawe (2004) betont, dass Menschen sich in der absoluten und relativen Ausbildung der Grundbedürfnisse unterscheiden. Er entwickelte, als allgemeines störungsunabhängiges Pathogenese-Modell von psychischen Störungen, seine **Konsistenztheorie**. Dem liegt die Idee zugrunde, dass Menschen Konsistenz anstreben, womit er meint, dass es eine hohe Übereinstimmung zwischen Grundbedürfnissen, daraus abgeleiteten Annäherungs- und Vermeidungszielen und dem Erleben in der Realität gibt. Je weniger dies gegeben ist, desto inkonsistenter wird das Leben. Dies erzeugt einen chronischen Stresszustand und fördert die Entwicklung von psychischen Störungen. Anstatt also auf störungsspezifische Interventionen zu beharren, sollten Therapeuten versuchen, die Konsistenz ihrer Klienten zu verbessern. Dies gelingt nur, wenn der Klient erkennt, welche Grundbedürfnisse und daraus abzuleitenden Schemata er selbst hat. Erst wenn die Lebensgestaltung passender zu diesen wird, kann der Klient die Störung dauerhaft überwinden.

Neben der Bedeutung eines klaren Motivs bedarf es aber auch der Zuversicht, überhaupt Veränderungen erzielen zu können. In der Regel sinkt die **Selbstwirksamkeitserwartung** der Klienten mit zunehmender Dauer der Problematik, da sie immer wieder scheiternde Erfahrungen im Rahmen ihrer Problematik erleben. So entsteht eine

zunehmend resignative Haltung, die dazu führt, dass der Klient „aufgibt“ und keine weiteren Anstrengungen mehr unternimmt, was zur weiteren Chronifizierung beiträgt.

Die Wichtigkeit der eigenen Erwartung, etwas für sich verändern zu können, ist eine der zentralen Voraussetzungen, damit Menschen sich aktiv verändern (Bandura 1997; McLelland 1988). Nur ein Mensch, der von sich glaubt, er könne selbst etwas gegen seine Probleme unternehmen, wird Versuche initiieren und anfangen zu handeln. Die Stärkung der Selbstwirksamkeit ist daher ein wichtiges Ziel in der Therapie, ist sie doch ein Grundthema bei den meisten psychischen Störungen, wie etwa Depressionen, wo Hilf- und Hoffnungslosigkeit Kernsymptome darstellen. Self-Efficacy zu fördern ist in den meisten Therapien und Beratungen ein zentrales Ziel und stellt einen validen Prädiktor für Therapieerfolg dar (Voderholzer und Hohagen 2019).

➤ Ohne ein tragfähiges Motiv keine erfolgreiche Therapie!

1.2 Motiviert oder unmotiviert – das ist keine Frage!

Miller und Rollnick (2012) entwickelten ihr Behandlungskonzept zur Förderung von Veränderungsmotivation, das Motivational Interviewing, zunächst im Rahmen der Suchttherapie. Dies ist sicher kein Zufall, galten (und gelten) leider diese Klienten immer noch oft als unmotiviert. Viele Behandler erleben die Therapie und Beratung als frustrierend, schnell fällt der Satz: „Die wollen doch einfach nicht“.

Aber auch in anderen Kontexten werden Klienten gerne dichotomisiert. Da gibt es auf der einen Seite die „Guten“, die „was wollen“, und auf der anderen Seite die „Schlechten“, die unmotiviert sind. Solche eher globalen Aussagen im Sinne von „Klient ist motiviert/nicht motiviert“, findet man auch gerne in Verlaufsdocumentationen etc.

1

Um diese Dichotomisierung bewusst zu machen, bitte ich in Seminaren zu Beginn die Teilnehmer, Faktoren zu sammeln, anhand derer sie beurteilen können, ob jemand motiviert ist oder nicht. Was müssen Klienten tun, damit sie zu den Hoffnungsträgern gehören oder zu den vermeintlich hoffnungslosen Kandidaten? Wie kommen sie ins Büro, was müssen sie sagen oder eben auch nicht, wie verhalten sie sich? Was lässt bei Ihnen als Behandler die Motivation schrumpfen und Sie resignieren?

Spannend ist, dass fast nie ein Teilnehmer nachfragt, für was der Klient denn motiviert sein sollte! Das zeigt sicher keine Unterwürfigkeit gegenüber der Dozentin oder stellt gar Unwissenheit zur Schau, es zeigt aber: Wir sind es gewohnt, in diesen globalen Etiketten zu denken, so dass es keinem mehr auffällt, dass ich eigentlich eine dumme und nicht differenzierte Frage gestellt habe. Die Nachfrage müsste lauten: Was meinen Sie damit? Motiviert im Hinblick auf was?

Viele Teilnehmer lösen dies, indem sie unausgesprochen bearbeiten, woran man Veränderungsmotivation festmachen kann (die oftmals nur wenig mit der Therapiemotivation überlappt!). Letztere beinhaltet erst einmal nur den Wunsch nach Therapie. Das dahinterstehende Motiv kann auch ein Wunsch nach Veränderung sein, vielleicht geht es aber lediglich darum, seinem Umfeld nachzuweisen, dass man was unternimmt. Weitere Motive können sein, dass der Klient auf Verständnis hofft und sich entlasten kann oder im Therapeuten einen Verbündeten sucht, ohne irgendeine Absicht, sich verändern zu wollen.

In ■ Tab. 1.1 gebe ich die häufigsten Antworten zu „motivierter versus unmotivierter Klient“ wieder:

Wie wirken diese Faktoren auf Sie? Könnte man diese nutzen, um eine zuverlässige Einschätzung der Veränderungsmotivation im Rahmen von wissenschaftlichen Studien zu erlangen?

■ Tab. 1.1 Häufig genannte Erkennungsmerkmale für motivierte und unmotivierte Klienten

Motivierte Klienten	Unmotivierte Klienten
- kommen pünktlich, halten Termine ein oder sagen sie rechtzeitig ab	- sind unpünktlich oder versäumen unentschuldigt Termine
- sind interessiert, stellen Fragen	- sind desinteressiert und eher gelangweilt, unaufmerksam
- sind offen, freundlich	- sind abweisend, feindselig
- bringen relevante Unterlagen mit, wie etwa Entlassbriefe	- kommen unvorbereitet zu den Terminen
- haben bereits Dinge versucht, um das Problem selbst zu lösen	- haben bislang nichts selbst aktiv unternommen, fordern, dass andere etwas machen müssen
- Körperhaltung ist zugewandt, Blickkontakt	- Körperhaltung ist abweisend, kein Blickkontakt, „Rumfletzen“
- arbeiten aktiv mit, probieren auch neue Dinge aus	- sind passiv, machen Aufgaben nicht, suchen Ausreden
- sehen eigene Anteile bei der Problematik	- externalisieren die Verantwortung: „Andere sind schuld, dass es mir so geht!“
- setzen sich mit sich auseinander, reflektieren sich selbstkritisch	- antworten häufig mit „Ja, aber...“ oder „Ich weiß nicht“
- sind bereit Anstrengungen für die Veränderung in Kauf zu nehmen	- vermeiden Anstrengung und aversive Gefühle
- können benennen, was in Vorbehandlungen hilfreich war und was nicht	- äußern, dass alles nichts bringt oder gebracht hat - entwerten Vorbehandler

Wohl kaum!

Und das liegt wiederum nicht daran, dass ich es mit unmotivierten oder unwissenden Teilnehmern zu tun habe. Ich fürchte, es sind vielmehr die Faktoren, nach denen wir unbewusst handeln, sind sie doch auch in vielerlei Hinsicht naheliegend.

Die Seite der motivierten Patienten erinnert stark an die sogenannten YAVIS Patienten.

Solche Patienten machen in der Regel gut in der Therapie mit, erreichen schnell Erfolge, sind sympathisch und zugänglich. Wer möchte da nicht mit ihnen arbeiten? (Schofield 1986)

Definition

YAVIS steht für:

Young
Attractive
Verbal
Intelligent
Successful

Nichts desto trotz, diese Kriterien lassen wenig Rückschlüsse über die Motivationslage zu! Viele Punkte lassen sich auch durch ganz andere Parameter erklären, wie etwa eine gewisse Zwanghaftigkeit oder einfach eine gute soziale Kompetenz. Auch für die Kriterien der vermeintlich Unmotivierten gilt dies, hier ist es aber fast noch von größerer Bedeutung: Wenn jemand resignativ ist und äußert, dass es alles nichts brächte, ist er vielleicht einfach „nur“ depressiv und deshalb inaktiv. Auch kann jemand, der Termine vergisst, unaufmerksam oder unkonzentriert ist, schlicht ein ADS haben. Diese Liste ließe sich fortsetzen, wichtig ist zu erkennen, dass wir oftmals vorschnell Symptome als Kriterium für mangelnde Motivation bewerten. Dies erleben z. B. viele Depressive in ihrem Umfeld, das nach anfänglichem Verständnis zunehmend aggressiv auf die Inaktivität der Betroffenen reagiert. So wird ihnen z. B. vorgeworfen,

dass „es doch wohl nicht so schwer sein könne“, wenigstens irgendetwas Kleines zu erledigen, sie sollten sich doch nur ein wenig zusammenreißen! Das ist dieselbe Haltung, man unterstellt mangelnde Motivation oder Willen. Wir verwechseln Krankheits-symptome mit mangelnder Motivation, was ausgesprochen unfair ist. Die meisten Depressiven sind hochmotiviert, aus diesem fürchterlichen Zustand herauszufinden, sie schaffen es aber nicht wegen des mangelnden Antriebs oder dem intensiven Gefühl der Hoffnungslosigkeit, was jegliche Selbstwirksamkeit untergräbt.

1.2.1 „Glaubens“-Fragen?!

Was ist aber die Folge solcher Zuschreibungen? Was passiert, wenn der Therapeut glaubt, sein Klient sei unmotiviert?

Die Antwort ist frustan: Ab diesem Moment hat der Klient wahrscheinlich eine deutlich schlechtere Prognose, was eine erfolgreiche Behandlung anbetrifft! Ein Behandler, der selbst nicht mehr glaubt, dass sich etwas ändern wird, wird – völlig unbewusst – anders agieren! Er wird vielleicht schneller ungeduldig, sieht weniger Fortschritte, dafür aber mehr Defizite, er bestärkt den Klienten weniger etc. Das ist keinesfalls böse Absicht oder bewusst initiiert, aber der „Glaube“ an den Klienten ist nur noch gering.

Und dieser spielt eine große Rolle und ist unter dem Begriff des Placeboeffektes hinlänglich bekannt! Primär verbinden wir damit den Glauben des Klienten an die Behandlung, was in unzähligen Studien nachgewiesen werden konnte, von Scheinmedikamenten (eben sog. Placebos) bis hin zu Scheinoperationen. Nicht umsonst sagt der Volksmund: „Der Glaube versetzt Berge!“

Weniger bekannt, aber ebenso wirksam, ist, dass der Arzt in dem, was er macht, einen unterschiedlich heilenden Effekt erzeugt, er also letztlich auch einen **Placeboeffekt** erzeugen kann. Ein Arzt, der davon überzeugt