

Rainer Sachse

8 Änderungs- und Stabilisierungsmotivation in der Therapie und ihre therapeutische Beeinflussung

8.1 Änderungs- und Beharrungstendenz

Veränderungen, die ein Klient im Psychotherapieprozess vornimmt, sind immer anstrengend, erfordern Energie und Ausdauer und sind Aktionen mit ungewissem Ausgang. Dagegen bedeutet ein „alles beim Alten lassen“ zwar Kosten, bietet aber auch Sicherheit und manchmal auch Vorteile.

Daher ist eine therapeutische Veränderung keine leichte Aufgabe: Es gibt viele Aspekte, die dafür sprechen, es gibt jedoch, und das sollte man als Therapeut niemals vergessen, *immer* auch einige Aspekte, die dagegen sprechen.

Motivationstheoretisch muss man davon ausgehen, dass es im Therapieprozess *immer gleichzeitig zwei Tendenzen* gibt:

- *Eine Änderungstendenz*: Eine motivationale Tendenz, etwas zu verändern, aus der wiederum Tendenzen resultieren, etwas zu unternehmen, *aktiv* zu werden, im Therapieprozess compliant zu sein.
- *Eine Beharrungstendenz*: Eine motivationale Tendenz, nichts zu verändern, alles stabil zu halten, „alles beim Alten zu belassen“ (man kann sie auch „Trägheitstendenz“ nennen); aus dieser Tendenz resultiert, nichts zu unternehmen, was zu einer Veränderung beitragen könnte, nicht aktiv zu sein, im Therapieprozess nicht aktiv zu sein (und damit auch nicht compliant) und auch, therapeutische Maßnahmen zu sabotieren.

8.2 Die Kosten von Veränderung und Beharrung

Mit jeder Veränderung sind nun positive und negative Konsequenzen verbunden: Gewinne und Kosten. Das Gleiche gilt für jede Beharrung: Auch diese hat immer sowohl Vor-, als auch Nachteile: Auch hier gibt es Gewinne und Kosten.

Somit setzt sich jede dieser Tendenzen aus Kosten und Gewinnen zusammen, sodass sich ein Vier-Felder-Schema ergibt (Abbildung 8.1):

	Kosten	Gewinne
Veränderung	V_K	V_G
Beharrung	B_K	B_G

Abbildung 8.1: Die Kosten von Veränderung und Beharrung

Dabei sind:

- V_K : *Veränderungskosten*: Dies sind die Kosten, die jemand aufbringen muss, um sein Verhalten, seine Schemata, sein „System“ aktiv zu verändern: Hier sind vor allem relevante Faktoren
 - die nötige Anstrengung: Sich aufraffen, sich bemühen müssen, Ausdauer zeigen, Energie aufwenden müssen etc.;
 - Frustrationen: Veränderungen erfolgen meist nicht linear; es gibt Enttäuschungen, Frustrationen, Rückschläge, die man verkraften und bewältigen muss;
 - Risiken: Macht man sich auf, ein System zu verändern, dann kann man an dieser Aufgabe scheitern; man geht damit also immer das Risiko des Scheiterns ein.

V_K ist somit der subjektiv eingeschätzte Kostenfaktor einer Veränderung, es geht also um die Kosten, die man hätte und die man durch seine Aktionen erzeugen würde. Verhaltenstheoretisch geht es hier also um ein C-.

- V_G : *Veränderungsgewinne*: Hier geht es darum einzuschätzen, was man durch eine Veränderung gewinnen könnte. Um dies einzuschätzen, muss man *Ziele* definieren, also bestimmen, was man erreichen *möchte* und was man erreichen *kann*. Und hier muss man unterscheiden zwischen
 - kurzfristigen Zielen: Was kann man schnell erreichen und gewinnen, was bekommt man unmittelbar?
 - Langfristigen Zielen: Was kann man langfristig erreichen und gewinnen, welche positiven Effekte werden sich nach einiger Zeit einstellen?

Hier geht es um *Annäherungsziele*, also um das Gewinnen *positiver Konsequenzen*, verhaltenstheoretisch gesprochen also um C+. Dabei geht es auch hier um Ziele, die man selbst erreichen kann und die man sich selbst zuschreibt.

- B_K : *Beharrungskosten*: Hier geht es um die Kosten, die das dysfunktionale System *im Augenblick schon erzeugt*: Also die Kosten des eigenen ungünstigen Verhaltens, der

eigenen Schemata usw. Und es geht um die Kosten, die das dysfunktionale System auch in Zukunft erzeugen wird (falls man es nicht verändert).

Hier geht es um die Kosten, von denen eine Person nicht nur wahrnimmt, dass sie sie *hat*, sondern von der eine Person wahrnimmt, dass sie sie *erzeugt*, also um Kosten, *die sie auf sich selbst und auf ihr System attribuiert*.

- *B_G: Beharrungsgewinne*: Hier geht es um die Gewinne, die eine Person durch ihr dysfunktionales System erwirkt: Sie bekommt z.B. Zuwendung für Symptome, kann sich von Belastungen befreien usw. Solche Gewinne können z.T. sehr erheblich sein, sie werden jedoch oft von der Person selbst gar nicht wahrgenommen oder die Person möchte diese Aspekte nicht wahrnehmen oder wahrhaben.

8.3 Änderungsmotivation

Analysiert man die psychologischen Aspekte von *Änderungsmotivation*, dann wird deutlich, dass dies ein komplexes Konstrukt ist: Es setzt sich aus unterschiedlichen Teilkomponenten zusammen.

Nach der klassischen Motivationsformel von Atkinson (1964) setzt sich eine motivationale Tendenz (T) zusammen aus $T = E \times V$ (E = „expectancy“ (subjektive Wahrscheinlichkeit, mit der eine Person ein angestrebtes Ziel erreichen kann); V = Valenz (Wert/Bedeutung/Attraktivität des zu erreichenden Ziels)).

In die Einschätzung der „Expectancy“ gehen, neben der Einschätzung von Umwelthindernissen, vor allem die Einschätzungen eigener Kompetenzen und Ressourcen ein: Wie wahrscheinlich ist es, dass *ich*, mit meinen Möglichkeiten, das Ziel erreichen kann?

Die Einschätzung von Valenz ist vor allem abhängig von den Motiven einer Person:

- Welche Motive werden durch die Erreichung des Ziels befriedigt?
- Wie relevant sind diese Motive für mich?
- Welche positiven affektiven Zustände erwarte ich durch die Zielerreichung? usw.

Diese Fragen gelten für *Annäherungsziele*, d.h. Ziele, deren Erreichung Motive befriedigt und zu positiven affektiven Zuständen führt.

Entsprechende Fragen lassen sich auch für *Vermeidungsziele* definieren, also für Ziele, deren Erreichung negative Zustände (die zu Motiv-Frustrationen führen könnten) beendet und die negative affektive Zustände vermeidet oder beendet:

- Welche negativen Zustände (Kosten) werden durch die Zielerreichung abgewendet oder beendet?
- Wie relevant ist die Vermeidung der negativen Zustände (wie stark wäre die Frustration von Motiven)?
- Welche negativen affektiven Zustände können dadurch vermieden oder verhindert werden?

Man kann annehmen, dass sich die Gesamt-Änderungsmotivation ($\ddot{A}M$) aus zwei Komponenten zusammensetzt:

- Änderungstendenz ($T_{\ddot{A}}$) und
- Beharrungstendenz (T_B),

wobei die Beharrungstendenz von der Änderungstendenz abgezogen werden muss: $\ddot{A}M = T_{\ddot{A}} - T_B$. Setzt man die Einzelfaktoren ein, dann ergibt sich: $\ddot{A}M = (E_{\ddot{A}} \times V_{\ddot{A}}) - (E_B \times V_B)$.

Betrachtet man die Komponenten des oben beschriebenen Vier-Felder-Schemas, dann setzt sich $V_{\ddot{A}}$ zusammen aus:

- B_K : Den Kosten des dysfunktionalen Systems: Je höher die Kosten des Systems sind, desto höher sollte die Tendenz sein, das System zu verändern.
- V_G : Den Gewinnen der Veränderung: Je höher die Gewinne aus einer Veränderung sind, desto größer sollte die Tendenz sein, das System auch zu verändern.

Damit gilt: $T_{\ddot{A}} = E_A \times (B_K + V_G)$.

Man kann annehmen, dass bei der Änderungstendenz der Term E_A mit der Selbst-Effizienz-Erwartung (SEE) gleichgesetzt werden kann, also mit der Erwartung, die Kosten auch reduzieren und die Ziele auch erreichen zu können, also gilt: $T_{\ddot{A}} = SEE \times (B_K + V_E)$.

Dementsprechend sollte sich die Beharrungstendenz T_B aus den Komponenten zusammensetzen:

- V_K : Den Kosten einer Veränderung: Je höher die Kosten einer Veränderung eingeschätzt werden, desto stärker sollte die Tendenz sein, das System *nicht* zu verändern.
- B_G : Den Gewinnen des dysfunktionalen Systems: Je stärker das dysfunktionale System zu Gewinnen führt, desto höher sollte die Tendenz sein, das System *nicht* zu verändern.

Damit gilt: $T_B = E_B \times (V_K + B_G)$.

Bei der Beharrungstendenz ist der Term E_B gleichzusetzen mit der *Misserfolgserwartung* (ME), also der Erwartung, eine Veränderung nicht erzielen zu können, also: $T_B = ME \times (V_K + B_G)$.

Damit ergibt sich die Änderungsmotivation als:

$$\begin{array}{c} \text{ÄM} = \text{SEE} (\text{B}_K + \text{V}_G) - \text{ME} (\text{V}_K + \text{B}_G) \\ \underbrace{\hspace{10em}} \quad \underbrace{\hspace{10em}} \\ \text{Änderungs-} \quad \text{Beharrungs-} \\ \text{Term (T}_{\text{Ä}}) \quad \text{Term (T}_{\text{B}}) \end{array}$$

8.4 Änderungs- und Stabilisierungsmotivation

Aus der Formel kann man ableiten, wann und unter welchen Bedingungen eine Änderungsmotivation und wann eine Stabilisierungsmotivation vorliegt.

Das Verhältnis von $T_{\text{Ä}}$ zu T_{B} kann nun drei Fälle annehmen.

Fall 1: $T_{\text{Ä}} > T_{\text{B}}$

In diesem Fall ist die Änderungstendenz größer als die Beharrungstendenz, der Klient ist positiv *änderungsmotiviert*; und zwar je stärker, je größer $T_{\text{Ä}}$ im Verhältnis zu T_{B} ist.

In diesem Fall

- kann ein Klient nicht nur motiviert, sondern *entschlossen* sein, sein System mit Hilfe der Therapie aktiv zu verändern;
- wird der Klient in der Therapie aktiv mitarbeiten und damit compliant sein.

Fall 2: $T_{\text{Ä}} = T_{\text{B}}$

Ist T_{B} in etwa gleich groß wie $T_{\text{Ä}}$, dann „bremst“ die Beharrungstendenz die Änderungstendenz und zwar umso stärker, je größer T_{B} im Verhältnis zu $T_{\text{Ä}}$ wird. Damit kommen alle Veränderungsaktivitäten zum Erliegen, der Klient arbeitet in der Therapie nicht mehr aktiv mit und ist nicht mehr compliant.

Fall 3: $T_{\text{Ä}} < T_{\text{B}}$

Sollte T_{B} deutlich größer werden als $T_{\text{Ä}}$, dann ist jedoch kein Stillstand mehr zu erwarten, sondern eine *aktive* Beharrungstendenz: Der Klient kann nun motiviert sein, die Therapie *aktiv* zu sabotieren, Interventionen des Therapeuten zu blockieren etc. In einem solchen Fall sprechen wir von *Stabilisierungsmotivation*: Dies ist nicht nur „fehlende Änderungsmotivation“, sondern eine *aktive Tendenz, Veränderungen zu verhindern*.

Dabei muss die Sabotage keineswegs offen erfolgen: Der Klient kann sogar offen behaupten, er sei hoch kooperativ, tatsächlich aber

- beantwortet er keine Frage,
- setzt er keine Interventionen des Therapeuten um,
- nimmt er keine Anregung auf etc.

Wir bezeichnen die Strategie als *Pseudo-Compliance*.

8.5 Ist die Änderungsmotivation ausreichend?

Man muss annehmen, dass ein Therapieprozess nur dann voranschreitet, wenn ein Klient compliant ist: Wenn er sich mit den Interventionen des Therapeuten *auseinandersetzt*, wenn er sich *bemüht*, Fragen zu beantworten, wenn er daran arbeitet, Schemata zu klären usw.

Und der Klient wird nur dann compliant sein, wenn seine Änderungsmotivation ausreicht.

Hier muss man davon ausgehen, dass es noch einen anderen relevanten Faktor gibt: *Die Anforderungen, die die therapeutische Aufgabe an den Klienten stellt*.

Jede therapeutische Aufgabe (sei es eine Frage, eine Verbalisierung, eine Hausaufgabe etc.), *stellt Anforderungen* an den Klienten: Der Klient muss zuhören, die Intervention verarbeiten, sie umsetzen, sich dabei bemühen, sich anstrengen usw.

Und: Zur Erledigung dieser Anforderungen muss der Klient motiviert sein: Hier gibt es also zwei Faktoren:

- Die psychologische Einschätzung des Schwierigkeitsgrades der Aufgabe bzw. des zur Erledigung notwendigen Anstrengungsgrades (AN).
- Die Tendenz, sich dieser Aufgabe zu stellen und sie in Angriff zu nehmen; ich möchte diese Tendenz hier grob mit dem Ausmaß der Änderungsmotivation gleichsetzen.

Das bedeutet: Ein Klient wird eine Intervention eines Therapeuten umsetzen, wenn $\text{ÄM} > \text{AN}$. Ist die Änderungsmotivation größer als die eingeschätzte Anstrengung, dann ist der Klient compliant.

Analysiert man einen Therapieprozess, dann wird sehr deutlich, dass verschiedene therapeutische Aufgaben sehr unterschiedlich hohe Anforderungen an Klienten stellen: Fragen stellen höhere Anforderungen als Verbalisierungen; ein Ein-Personen-Rollenspiel stellt höhere Anforderungen als ein Klärungsprozess usw.

Ein Klient, der im Therapieprozess ein bestimmtes Ausmaß an Änderungsmotivation mitbringt, kann bei bestimmten Aufgaben compliant sein da hier $\text{ÄM} > \text{AN}$ ist. Nehmen die

Aufgabenanforderungen jedoch im Verlauf der Therapie zu, dann kann $\ddot{A}M < AN$ werden und der Klient wird plötzlich nicht mehr compliant.

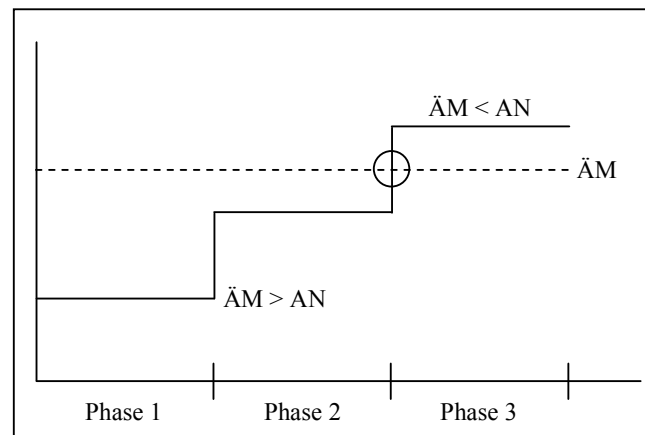


Abbildung 8.2: Aufgabenanforderungen und Änderungsmotivation

Das Ausmaß der Aufgabenanforderungen kann dann plötzlich das bestehende Ausmaß an Änderungsmotivation übersteigen und der Klient arbeitet plötzlich nicht mehr mit.

Betrachtet man diese Faktoren, dann wird deutlich, dass es mehrere Gründe für Therapeuten gibt, die Änderungsmotivation von Klienten im Therapieprozess ständig und kontinuierlich zu *steigern* und keineswegs einfach davon auszugehen, diese Motivation sei „ausreichend“:

1. Klienten weisen eine (mehr oder weniger starke) Beharrungstendenz auf, die die Änderungsmotivation „bremst“: Diese sollte daher systematisch reduziert werden.
2. Klienten können zu Therapiebeginn eine schwache Änderungsmotivation aufweisen, die dringend gesteigert werden muss, insbesondere Klienten mit Persönlichkeitsstörungen.
3. Da die Anforderungen an den Klienten im Therapieprozess zunehmen, sollten Therapeuten immer und immer wieder Maßnahmen zur Steigerung der Änderungsmotivation realisieren.

8.6 Maßnahmen zur Steigerung der Änderungsmotivation

Aus der Analyse der relevanten Faktoren lassen sich Schlüsse ableiten über die Strategien, die ein Therapeut zur Steigerung der Änderungsmotivation verwenden kann.

Zunächst einmal wird deutlich, dass ein Therapeut zweierlei tun muss:

- Er muss die Faktoren der Änderungstendenz *steigern*.

- Er muss die Faktoren der Beharrungstendenz *senken*.

8.6.1 Steigerung der Änderungstendenz

8.6.1.1 Beharrungskosten

Die Faktoren, die Klienten in der Regel, zumindest zum Teil, schon zu Beginn der Therapie deutlich sind, sind die Kosten des dysfunktionalen Systems (B_K). Klienten bemerken,

- dass sie unzufrieden sind,
- dass ihr Verhaltensspielraum eingeschränkt ist,
- dass sie wichtige Ziele nicht erreichen oder Motive frustrieren,
- dass sie interaktionelle Kosten haben,
- dass ihre Partnerschaft schlecht läuft,
- dass ihre Gesundheit leidet etc.

Therapeuten sollten nun aber von zwei wesentlichen Aspekten ausgehen und diese unbedingt mit berücksichtigen:

1. Wenn Klienten Kosten wahrnehmen, dann erzeugt das „Leidensdruck“: Also ein „Leiden an den Kosten“. Dies kann u.U. eine *Therapiemotivation* erzeugen, also die Motivation, eine Therapie aufzusuchen.

Es erzeugt jedoch noch keine Änderungsmotivation: Denn nur Kosten zu „haben“, kann leicht die Tendenz erzeugen zu erwarten, dass *andere* (einschließlich des Therapeuten!) etwas tun sollten, um die Kosten zu reduzieren!

Es ist sehr wesentlich, dass Therapeuten begreifen: Erst dann, wenn Klienten erkennen, dass sie Kosten erzeugen, d.h. wenn sie die Ursache der Kosten bei sich selbst sehen, erzeugen Kosten auch Änderungsmotivation!

Es genügt daher nicht, wenn Klienten erkennen, dass sie Kosten *haben*, sie müssen auch erkennen, dass sie Kosten *erzeugen*!

2. Klienten weisen aber noch eine andere Tendenz auf, die ihre Änderungsmotivation reduziert: *Die Tendenz, sich Kosten schönzurechnen!*

Subjektiv spielen sie Kosten herunter, indem sie z.B.

- sich sagen, die Kosten seien eigentlich gar nicht so hoch (z.B. „im Vergleich zu dem, was andere aushalten müssen“),
- sagen, dass sie die Kosten gut aushalten können,
- sagen, dass die Kosten irgendwann schon nachlassen werden,

– sagen, dass es zu den Kosten keine Alternative gibt etc.

Therapeuten müssen deshalb Maßnahmen ergreifen, Klienten diese Strategie systematisch zu sabotieren!

Da Kosten-Faktoren die ersten Aspekte sind, die Klienten wahrnehmen und da sie schon einige Kosten wahrnehmen, beginnt ein Therapeut immer mit der Strategie, Kosten zu bearbeiten: Damit kann ein Therapeut schon sehr früh im Therapieprozess beginnen.

Hier hat ein Therapeut drei prinzipielle Vorgehensweisen zur Verfügung, die er letztlich *alle* anwenden sollte:

1. Kosten salient machen.
2. Kosten relevant machen.
3. Deutlich machen, dass Klienten Kosten erzeugen.

Die Vorgehensweisen werden von oben nach unten konfrontativer: Dem Klienten zu zeigen, dass er selbst Kosten erzeugt, kann durchaus schon konfrontativ sein; d.h. der Therapeut benötigt für diese Strategie schon deutlich mehr Beziehungskredit.

1. Kosten salient machen

Der Therapeut spiegelt dem Klienten an jeder möglichen Stelle die vom Klienten angesprochenen Kostenfaktoren: Damit „hält er die Kosten immer wieder auf dem Schirm des Klienten“, bringt sie damit ins Bewusstsein und macht sie bedeutsam. Dabei understatet der Therapeut nicht, er übertreibt aber auch nicht (denn das könnte Reaktanz auslösen), sondern „bringt die Kosten einfach auf den Punkt“, konkret, zentral, ohne Euphemismen. Damit wirkt er auch der Tendenz des Klienten entgegen, „sich Kosten schönzurechnen“.

2. Kosten relevant machen

Kosten sind für einen Klienten deshalb relevant, weil sie mit dem Motivsystem des Klienten in Zusammenhang stehen: Ein Ereignis X ist ein Kostenfaktor, weil es die Erreichung eines Zieles sabotiert, zu einer Frustration eines Motivs führt u.ä. Und je stärker ein Faktor Ziele sabotiert oder Motive frustriert und je relevanter die Ziele oder Motive sind, desto relevanter sind die Kosten und damit: Desto höher ist die Änderungstendenz.

Daher gilt: Der Therapeut sollte dem Klienten immer und immer wieder deutlich und explizit machen, wie relevant seine Kosten sind. Z.B. was es für ihn tatsächlich bedeutet, wenn Arbeitskollegen auf ihn sauer sind, wenn er seine Partnerin verliert, welche weiteren Folgen

das hat und welche wichtigen Ziele blockiert werden und welche negativen Affekte dadurch erzeugt werden usw.

3. Deutlich machen, dass der Klient Kosten erzeugt.

Hier sollte der Therapeut *Zusammenhänge* herstellen zwischen den Kosten und dem Verhalten des Klienten, seinen Regeln, Schemata usw.: „Ihre Frau ist sauer, *weil Sie XY tun.*“; „Ihr Blutdruck steigt, *weil Sie sich ärgern.*“; „Sie genießen kein Hobby, *weil Sie es immer wieder zu einer Leistungssituation machen.*“

8.6.1.2 Gewinne einer Veränderung

Um potentielle Gewinne aus einer Veränderung antizipieren zu können, muss ein Klient Ziele abgeleitet haben: Er muss bestimmen,

- was er durch die Therapie erreichen *möchte*,
- was er durch die Therapie erreichen kann.

Motivationstheoretisch gehen wir davon aus, dass die Bestimmung dieser Ziele schwierig ist und zwar aus mehreren Gründen:

- Klienten weisen oft zu Therapiebeginn ein hohes Ausmaß an Alienation auf, sie haben einen schlechten Zugang zu ihrem Motivationssystem: Damit können sie aber noch gar nicht wirklich bestimmen, was sie wirklich möchten und welche Ziele sich im Laufe der Therapie als wirklich relevant herauskristallisieren.
- Die Ziele, die die Klienten zu Therapiebeginn ableiten, werden oft aus dysfunktionalen (Regel- und Norm-)Schemata abgeleitet und sollten daher gar nicht über die Therapie hinweg verbindlich bleiben: Diese Ziele ändern sich (und sollen das auch!) mit der therapeutischen Veränderung der entsprechenden Schemata.
- Klienten können am Anfang der Therapie, wenn sie noch wenig über ihre Ressourcen, Möglichkeiten usw. realistisch wissen, noch nicht wirklich bestimmen, welche Ziele sie wirklich erreichen können; sie können unrealistische Ziele angeben oder können Ziele als „jenseits ihres Horizonts“ wahrnehmen.
- Klienten haben oft zu Therapiebeginn keine gute Vorstellung von langfristigen Zielen: Gerade diese haben aber wichtige Motivationsfunktionen.

Aus all diesen Gründen muss man davon ausgehen,

- dass es meist illusorisch ist anzunehmen, dass Klienten zu Therapiebeginn schon wirklich relevante Ziele angeben können;

- dass man Ziele erst im Laufe der Therapie und *durch die Therapie* entwickelt;
- dass man aber im Verlauf der Therapie an der Entwicklung solcher Ziele *auch aktiv arbeiten* muss.

Therapeut und Klient sollten daher sich immer wieder explizit Zeit nehmen, um über die Frage zu arbeiten: *Was kann ich durch die Therapie kurz- und langfristig Positives erreichen?* Der Therapeut sollte den Klienten darin unterstützen, seine Motive zu klären, Phantasien zu entwickeln, was er möchte, was ihm gut tut; er sollte mit dem Klienten langfristige Phantasien entwickeln, welche weiteren Entwicklungen aus kurzfristigen Effekten folgen können und was diese für den Klienten bedeuten würden. (Beachte, dass es hier um Annäherungs- und nicht um Vermeidungsziele geht: Also nicht um die Reduktion negativer Effekte (!!), sondern um die Entwicklung positiver!)

Ähnlich wie bei Kosten gibt es also auch hier drei Arten von Strategien:

1. *Gewinne salient machen*: Mit dem Klienten herausarbeiten, welches die Ziele sein können, was kurzfristig erreicht werden kann und was langfristig; und der Klient soll sich all das möglichst plastisch und konkret vorstellen!
2. *Gewinne relevant machen*: Der Therapeut sollte den Klienten anleiten herauszuarbeiten, was eine Erreichung eines Ziels für den Klienten persönlich bedeuten würde: Was wäre gut daran? Wie würde es sich anfühlen? Welche Konsequenzen hätte es noch? Der Klient soll diese Zustände auch *fühlen*, genießen, damit sie ihre Anreizfunktion voll entfalten können.
3. *Deutlich machen, dass der Klient die Gewinne selbst erreicht*: Der Therapeut sollte dem Klienten auch immer klar machen,
 - dass er die Ziele, die positiven Zustände selbst (mit Hilfe des Therapeuten) erreichen kann und
 - dass er die Ziele aber auch selbst erreichen muss; sie fallen ihm nicht zu, er gewinnt sie nicht im Lotto, er muss auch aktiv etwas dafür tun.

Therapeuten sollten nicht vergessen, dass der Term $T_{\bar{A}} = SEE \times (B_K + V_G)$ heißt: D.h. der Faktor SEE ist ebenfalls relevant und die multiplikative Verknüpfung impliziert, dass $T_{\bar{A}} = 0$ ist, wenn $SEE = 0$ ist, unabhängig vom Ausmaß der Valenz! Es genügt therapeutisch damit nicht, die Valenz zu erhöhen: Wenn die Erwartung niedrig bleibt, bleibt auch die Änderungstendenz niedrig.

D.h. um Änderungsmotivation zu erhöhen, muss der Therapeut die Selbst-Effizienz-Erwartung des Klienten steigern. Er kann dies tun

- durch Betonung/Verbesserung der konkreten Fähigkeiten des Klienten,
- durch Abbau von Hindernissen wie von dysfunktionalen Schemata,
- indem er alle diese Fortschritte des Klienten immer wieder dem Klienten salient macht, also immer wieder „auf den Schirm des Klienten bringt“,
- durch ein hohes Ausmaß von Ressourcenaktivierung beim Klienten.

Therapeuten sollten hier damit deutlich erkennen, dass Methoden der Ressourcenaktivierung nicht nur Kompetenzen stärken, sondern auch Änderungsmotivation steigern.

8.6.2 Maßnahmen zur Reduktion der Beharrungstendenz

Aus der Formel zur Änderungsmotivation wird deutlich, dass oft Maßnahmen zur Steigerung der Änderungstendenz nicht genügen: Es kann bei Klienten (insbesondere bei Klienten mit Persönlichkeitsstörungen) erforderlich sein, parallel dazu Maßnahmen anzuwenden, *die die Beharrungstendenz reduzieren*.

Tatsächlich sind diese Maßnahmen meist deutlich schwieriger zu realisieren und erfordern einen höheren therapeutischen Aufwand.

8.6.2.1 Kosten der Veränderung

Natürlich kann ein Therapeut die Einschätzung der Veränderungskosten nicht auf Null reduzieren: *Jede* Veränderung ist mit Anstrengung und mit Risiken verbunden, daran geht kein Weg vorbei! Von daher gesehen sind diesen Maßnahmen schon deutliche Grenzen gesetzt.

Ein Therapeut kann jedoch versuchen, Aspekte zu „entschärfen“ und zu reframein.

Der Therapeut kann dem Klienten hier verschiedene Aspekte verdeutlichen:

- Er kann dem Klienten klar machen, dass dieser *schrittweise* vorgehen kann („baby steps“) und dass jeder Schritt nicht aufwendig sein muss, jedoch trotzdem ein Fortschritt ist. Und dass es wichtig ist, sich überhaupt in die richtige Richtung zu bewegen.
- Er kann dem Klienten deutlich machen, dass er sein eigenes Tempo selbst bestimmen kann, dass er Pausen machen kann, wenn es ihm zu viel wird und dass er jeden Schritt gut vorbereiten kann.
- Er kann dem Klienten klar machen, dass er jeden Schritt als Herausforderung wahrnehmen kann, als wichtige Aufgabe, die der Klient bewältigen kann.

- Er macht dem Klienten klar, dass er, der Therapeut, ihn unterstützt, ihn vorbereitet, ihm hilft.
- Er macht deutlich, dass die mit dem Schritt verbundenen Risiken (z.B. zu scheitern) gering sind.
- Er macht deutlich, dass er dem Klienten helfen kann, sollten dennoch Frustrationen und Rückschläge eintreten.
- Der Therapeut macht dem Klienten eine „individuelle Bezugnorm-Orientierung“ deutlich: Der Klient soll jeden Fortschritt damit vergleichen, wo er vorher war, damit er auch kleine Veränderungen bemerken und wertschätzen kann.
- Der Therapeut macht in hohem Maße eine Ressourcenaktivierung, betont Fähigkeiten und Möglichkeiten, macht aber auch deutlich, dass kleine Veränderungen nicht „ehrenrührig“, sondern notwendig sind.
- Der Therapeut macht auch deutlich, dass der Klient in der Therapie wesentliche Fertigkeiten erlernen und erarbeiten kann und dass auch das eine Herausforderung ist.
- Der Therapeut macht deutlich, dass er dem Klienten diese Fähigkeiten und Veränderungen zutraut und dass er sich über das Zögern des Klienten wundert.

8.6.2.2 Gewinne der Beharrung

Gewinne aus dem dysfunktionalen System spielen oft eine wesentliche Rolle, vor allem, weil diese oft erst im Laufe der Therapie deutlich werden: Sie sind oft verdeckt, getarnt, fallen nicht direkt auf. Besonders relevant ist dieser Faktor bei Klienten mit Persönlichkeitsstörungen (PD): Hier zeigen die Personen manipulative Verhaltensweisen („Images“ und „Appelle“), mit deren Hilfe sie Interaktionspartner dazu bringen, ihnen Aufmerksamkeit zu geben, Belastungen abzunehmen, für sie da zu sein etc. *Die Gewinne aus manipulativem Verhalten können extrem groß sein und damit zu starken Beharrungstendenzen führen.*

Therapeuten können hier prinzipiell

- das manipulative Handeln der Klienten transparent machen und aufdecken, was bei Klienten mit PD in aller Regel erforderlich ist, was jedoch (stark bis sehr stark) konfrontativ wirkt, weshalb Therapeuten vorher über ein ausreichendes Ausmaß an Beziehungskredit verfügen müssen;

- die Gewinne transparent machen, also deutlich machen, was die Klienten von diesem Verhalten haben, wie sie sich entlasten usw. (was ebenfalls konfrontativ wirkt); auf diese Weise werden Art, Ausmaß und Relevanz der Gewinne langsam deutlich;
- dem Klienten deutlich machen, dass das Verhalten (immer, kurz- oder langfristig) nicht nur zu Gewinnen, sondern auch zu (hohen) Kosten führt; dazu soll eine Bereitschaft geschaffen werden, das Verhalten zu modifizieren;
- mit dem Klienten herausarbeiten, ob und wie er die Gewinne auf funktionalerem Wege erreichen kann: Kann er ähnliche Effekte durch funktionaleres Handeln gewinnen? Erhält er durch besseres Handeln andere, ebenfalls positive Effekte? Muss er auf bestimmte Gewinne verzichten und (wie) kann er das?

Auch hier ist es noch erforderlich, die *Misserfolgserwartung* des Klienten zu reduzieren: Dies wird zu einem großen Teil schon bei „Kosten der Veränderung“ mitbearbeitet, kann aber noch einmal ein eigener Punkt werden: Der Therapeut sollte die Zweifel des Klienten mit diesem systematisch herausarbeiten, sie systematisch prüfen, sie bearbeiten und wenn möglich widerlegen. Hier ist es hilfreich, wenn ein Therapeut davon ausgeht, dass ein Klient, der *nicht* aktuell mit einer Rotweinflasche unter der Brücke liegt, konkrete Ressourcen hat und dass man diese finden kann – allerdings auch finden muss.

Literatur

Atkinson, J.W. (1964). *An introduction to motivation*. Princeton, N.J.: van Nostrand.