

# Motivierung von Klienten im Therapieprozess: Herstellung und Steigerung von Änderungsmotivation

*Rainer Sachse, Thomas A. Langens*

## 7.1 Der Begriff der Motivation

Die Frage nach der Motivation eines Menschen ist die Frage nach den „Beweggründen“ des Handelns: Was veranlasst eine Person dazu, etwas zu tun, Ziele zu verfolgen, Anstrengungen dafür aufzuwenden, „bei der Sache zu bleiben“, Hindernisse zu überwinden?

Als „Beweggründe“ werden vor allem zwei Konstrukte betrachtet (vgl. Atkinson, 1964; Atkinson & Birch, 1970; Beckmann & Heckhausen, 2006; Feather, 1982; Heckhausen, 1963, 1980; Kuhl, 1983; McClelland et al., 1953):

*Der subjektive Wert eines Ziels:* Wie wichtig ist der Person ein Ziel, welche positiven Affekte und Konsequenzen verbindet sie damit? Oder, anders gefragt: „Was hat sie davon, wenn sie ein Ziel erreicht?“

*Die Erwartung:* Hat die Person die Erwartung, das Ziel auch erreichen zu können? Glaubt sie, dass die Bedingungen für eine Zielerreichung günstig sind? Geht sie davon aus, dass sie über die erforderlichen Fähigkeiten verfügt?

Motivationstheoretisch ist die Stärke der Handlungstendenz das Produkt aus Erwartung mal Wert: Je höher der Wert eines Ziels für eine Person ist *und* je höher die Erwartung einer Person, dieses Ziel erreichen zu können, desto stärker ist die Handlungstendenz, d.h.

- desto wahrscheinlicher führt die Person Handlungen aus, die geeignet sind, das Ziel zu erreichen;
- desto mehr Anstrengung investiert sie in die Zielerreichung;

- desto mehr „bleibt sie bei der Sache“;
- desto stärker kämpft sie gegen Widerstände und Hindernisse an;
- Und: Umso motivierter ist sie.

Motivation wird demnach mit der Stärke dieser Handlungstendenz gleichgesetzt: Je höher die Handlungstendenz, desto stärker die Motivation.

Motivation macht einen Unterschied, wenn es „schwierige“ Ziele zu erreichen gilt. Ziele, die sich im Hier und Jetzt mit ein paar geübten Handgriffen verwirklichen lassen – den Fernsehsender wechseln, eine Tüte Chips öffnen etc. benötigen für ihre Verwirklichung kein großes Maß an Motivation. Ein Ziel dagegen, das nur auf einem langen, über eine Vielzahl von Hindernissen führenden Weg erreicht werden kann, den man in Teilen noch gar nicht kennt und von dem man doch ahnt, dass er nur über einen steilen Pass führt, an dessen Wegrand eine Unzahl von Gefahren zum Umkehren einladen oder Versuchungen auf Abwege locken: Ein solches Ziel wird in der Regel nur dann erreichbar sein, wenn man zum einen genug Motivation aufbringen kann, um sich überhaupt auf den Weg zu machen und seine Motivation dann auch angesichts von Problemen, Hindernissen und Hemmnissen auf einem ausreichend hohen Niveau halten kann.

Therapieziele sind in diesem Sinne fast immer schwierige Ziele. Um sie zu erreichen, müssen Klienten gegen alte, sich über viele Jahre verfestigte und damit weitgehend automatisierte Gewohnheiten und Strategien angehen. Klienten, die Ängste überwinden wollen, müssen sich gerade den Situationen aussetzen, die sie am meisten fürchten. Menschen mit Depressionen müssen sich entschließen, Kraft und Ausdauer in – aus ihrer momentanen Sichtweise – zunächst einmal völlig aussichts- und sinnlose Aktivitäten zu stecken. Wenn das Therapieziel darin besteht, früh in der Biographie entstandene dysfunktionale Schemata außer Kraft zu setzen, dann müssen die Klienten sich nahezu ständig gegen die vielen automatischen Gedanken und Gefühle stemmen, die durch diese Schemata hervorgerufen werden. So attraktiv das Therapieziel auch scheinen mag, der Weg zu diesem Ziel hin ist meist alles andere als ein Sonntagsausflug. Um ihn wirklich durchzuhalten, brauchen Klienten in aller Regel ein großes Maß an Motivation.

## 7.2 Motivation in der Psychotherapie

Eine Psychotherapie ist für eine Klientin oder einen Klienten eine schwierige Angelegenheit: Man muss erkennen, dass das eigene Erleben und Handeln einem „Kosten“ bereitet, man muss sich entschließen, eine Psychotherapie aufzusuchen; in der Psychotherapie spricht Vieles dafür, den Zustand so zu belassen, wie er ist und es spricht Vieles dafür, den Zustand zu ändern; irgendwann muss man eine Entscheidung treffen und wenn man sich dafür entscheidet, sich zu verändern, dann muss man in der Therapie aktiv mitarbeiten. Man muss sich mit den Interventionen des Therapeuten auseinandersetzen, an Klärung arbeiten, seine Schemata bearbeiten, u.U. Trainings machen und Veränderungen in den Alltag umsetzen.

Für den gesamten Prozess spielen Faktoren der Motivation eine wesentliche Rolle: Man wird als Klient nicht ausreichend mitarbeiten, wenn man nicht ausreichend motiviert ist *und falls ein Klient nicht ausreichend motiviert ist, dann muss ein Therapeut ihn motivieren*: Ein Therapeut sollte es erreichen, dass ein Klient sich ändern möchte, dass er Vorteile einer Veränderung sieht und dass er erkennt, dass die Vorteile die Nachteile überwiegen; und ein Therapeut sollte erreichen, dass ein Klient entschlossen ist, sich dafür anzustrengen, Hindernisse zu überwinden. Motivation und Motivierung sind im Psychotherapieprozess von zentraler Bedeutung und sollten daher im Fokus der Aufmerksamkeit von Therapeuten stehen.

Viele Therapeuten gehen allerdings davon aus, dass Klienten grundsätzlich in Therapie kommen, um sich zu ändern und dass diese Motivation stark genug ist, um Klienten in allen Therapiephasen zu veranlassen, compliant zu sein, mitzuarbeiten und therapeutische Interventionen umzusetzen. Konsequenterweise schenken die Therapeuten dann auch Fragen der speziellen Motivierung von Klienten keine besondere Aufmerksamkeit mehr. Empirische Arbeiten (vgl. Sachse, 1988, 1990a, 1990b, 1990c, 1992a, 1992b, 1995, 1997a, 1997b) und unsere Erfahrungen zeigen jedoch, dass dies oft nicht berechtigt ist.

Klienten kommen keinesfalls immer in Therapie, um an sich zu arbeiten und um sich zu verändern. Klienten können zwar motiviert sein eine Therapie zu beginnen, dies ist jedoch nicht gleichbedeutend mit der Motivation sich zu ändern. Klienten können z.B. in Therapie kommen,

- weil ihre Partner sie dazu veranlassen,
- weil sie die Therapie als „Alibi“ brauchen (für Partner, für Chefs, für einen Rentenantrag u.ä.),
- weil sie hoffen, dass Therapeuten sie „erlösen“, ihnen „die Probleme wegmachen“ u.a.,
- weil sie ihr System mit Hilfe des Therapeuten stabilisieren wollen.

*Daher ist es wesentlich, zwischen Therapie- und Änderungsmotivation zu unterscheiden.* „Therapiemotivation“ ist lediglich die Motivation, eine Therapie aufzusuchen; Änderungsmotivation ist jedoch die Motivation, sich in und mit Hilfe der Therapie aktiv zu verändern.

Selbst wenn Hilfesuchende mit der Motivation, sich zu ändern, in die Beratung oder Therapie kommen, ist diese manchmal schon zu Beginn zu schwach, um eine ausreichende Mitarbeit zu gewährleisten. Und selbst wenn die Motivation zu Therapiebeginn ausreichte, so kann sie deutlich zu gering sein, wenn es im Therapieprozess darum geht, schwierige Aufgaben zu bewältigen.

*Und selbst dann, wenn Klientinnen oder Klienten änderungsmotiviert sind, sind sie trotzdem ambivalent:* Es gibt praktisch immer neben einer Tendenz in Richtung Veränderung auch Tendenzen in Richtung Nicht-Veränderung (oder „Beharrung“). Und beide Tendenzen nehmen im Verlauf der Therapie meist noch zu.

Wir sind der Meinung, dass Therapeuten der Motivation des Klienten oft viel zu wenig Aufmerksamkeit schenken und sich viel zu wenig bemühen, die Motivation der Klienten gezielt zu steigern. Wir sind der Ansicht, dass ein „Festsitzen“ in der Thera-

pie oder ein Scheitern oft auf *mangelnde Motivation* des Klienten zurückgeht und weniger auf die „Schwere des Problems“: Wir glauben damit auch, dass ein Klient, der hoch änderungsmotiviert ist, mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit auch Erfolge in der Therapie verbuchen wird. Daher ist es entscheidend, sich im Therapieprozess immer wieder mit der Motivation des Klienten auseinanderzusetzen, da dies eine wichtige Variable des Therapieerfolgs darstellt. Unsere Erfahrung ist: *Wer Veränderung wirklich will, wird auch Veränderung erreichen*. Die daraus resultierende Frage ist aber, wie ein Therapeut den Klienten dazu veranlassen kann, wirklich zu wollen.

Es ist naiv anzunehmen, Veränderungen von Klienten in der Therapie seien einfach (und Klienten müssten allein schon deshalb allen Therapievorschlügen begeistert und sofort folgen). *Therapeuten sollten sich vielmehr sehr deutlich machen, dass Veränderungen für Klienten schwierig und aufwendig sind*: Klienten müssen sich darauf einlassen, alte und vertraute Lösungen aufzugeben; sie müssen sich auf einen ungewissen Weg zu neuen Lösungen machen; wenn sie das tun, wissen sie noch nicht, ob sie diese Lösungen überhaupt erreichen werden; sie wissen nicht genau, welche Konsequenzen die Veränderungen haben und sie können am Anfang des Prozesses auch unmöglich alle Implikationen überblicken. Sie lassen sich auf einen Weg ein, der anstrengend, manchmal frustrierend und unsicher ist. Sie müssen sich Problemen und unangenehmen Aspekten des Selbst stellen. Sie müssen sich auf eine Führung durch den Therapeuten einlassen. *Veränderung kann gar nicht einfach sein!*

Wenn das aber so ist, dann wird auch deutlich, dass ein Klient sich nur dann auf den Weg macht, wenn er *hoch motiviert* ist, sich zu ändern; dass ein Klient schwierige Aufgaben nur dann in Angriff nimmt, wenn er *entschlossen* ist, sich den Problemen zu stellen, wenn er entschlossen ist, sich anzustrengen und Hindernisse zu beseitigen. Also kann die Änderungsmotivation eines Klienten gar nicht hoch genug sein. Daher sollte ein Berater oder eine Therapeutin immer einschätzen, wie hoch die Änderungsmotivation tatsächlich ist.

*Therapeutinnen und Berater sollten praktisch immer mit der Möglichkeit rechnen, dass sie etwas tun müssen, um die Motivation des Klienten zu steigern*. Wenn man einen bestehenden Zustand verändern will, dann muss man die Kosten, die dieser verursacht, reduzieren *wollen*; man muss aber auch positive Zustände erreichen *wollen* und man sollte *entschlossen* sein, das alles zu tun: Nur dann wird man sich anstrengen, durchhalten, Hindernisse angehen und genügend Geduld aufbringen.

Eine Therapie wie auch eine Beratung, das sollte uns immer klar sein, stellen hohe Anforderungen an die Klienten, welche deshalb in vielfältiger Weise unterstützt werden müssen, auch im Hinblick auf Motivation (vgl. Sachse, 2003; Sachse & Sachse, 2009). Das Problem mangelnder Motivation kann bei jedem neuen Schritt in der Therapie oder Beratung wieder virulent werden: bei einer neuen Aufgabe, z.B. der Bearbeitung eines Schemas, wenn Klienten sich nicht kooperativ bei Trainings zeigen, wenn sie keine Hausaufgaben machen, vielleicht, weil sie Angst haben, es nicht zu schaffen, Frustrationen nicht ertragen oder die Aktion zu anstrengend finden. Das Problem ist nicht, dass die Klienten die gestellte Aufgabe nicht bewältigen können, sie sind vielmehr nicht wirklich motiviert, an einer schwierigen und aufwendigen Veränderung von Schemata oder von Verhalten zu arbeiten. Natürlich kann es dann keinesfalls darum

gehen, jemandem mangelnde Motivation zum Vorwurf zu machen. Vielmehr ist es eine Aufgabe für Therapeutinnen und Berater als Prozess-Experten darüber nachzudenken, wie sie die Motivation des Klienten steigern können.

Mangelnde Motivation wirkt sich äußerst nachteilig auf die therapeutische Mitarbeit und damit natürlich auf den Therapieerfolg aus. Man kann annehmen, dass ein hoher Prozentsatz von Problemen im Therapieprozess sowie Scheitern von Therapien oder von Beratungen auf Probleme der Änderungsmotivation zurückgehen; und deshalb sollten Berater oder Therapeutinnen diesem Problem verstärkt Aufmerksamkeit schenken.

### 7.3 Therapie- und Änderungsmotivation

Therapeuten und Berater nehmen oft an, dass Klienten motiviert sind, sich bzw. ihr System zu verändern, weil sie zu ihnen kommen – nach der Devise: „Wer ein Problem hat, will es auch lösen.“ Diese Annahme verwechselt Therapie- und Änderungsmotivation. *Therapiemotivation* ist lediglich die Motivation, eine Therapie aufzusuchen. Dies kann bedeuten, dass der Klient motiviert ist, sich oder sein System zu verändern. Dies kann aber noch weitere, sehr unterschiedliche Gründe haben: Die Klienten können ein sogenanntes „Alibi-Spiel“ spielen (vgl. Sachse, 1999, 2001, 2004b; Sachse, Sachse & Fasbender, 2010): Sie wollen damit einem Partner zeigen, dass sie seinem Druck, „etwas zu tun“, nachgeben; tatsächlich können sie aber stark motiviert sein, sich gar nicht zu ändern. Sie behaupten zwar, sich ändern zu wollen, sabotieren eine therapeutische Arbeit aber.

Klienten können, wie viele mit Persönlichkeitsstörungen, stabilisierungsmotiviert sein (vgl. Sachse, 1999, 2001, 2002, 2004a): Sie machen nicht Therapie, um sich zu verändern, sondern um mit Hilfe der Therapie ihr System stabil zu halten, d.h.: sie machen Therapie, um sich nicht ändern zu müssen. Sie wollen von der Therapeutin oder dem Berater bestätigt werden oder von ihnen wissen, wie sie besser mit der Situation umgehen oder sogar, wie sie andere besser manipulieren können.

Klienten können auch in Beratung oder Therapie gehen, um sich „erlösen“ zu lassen: Sie wollen nicht aktiv an einer Veränderung arbeiten, sondern wollen, dass wir ihnen Ratschläge geben, ihnen Lösungen anbieten, ohne dass sie dazu etwas tun müssen. Sie wollen jemanden, der sie „durchs Leben führt“ (vgl. Sachse & Fasbender, 2010, 2011). In allen diesen Fällen ist mit einer *Therapiemotivation keinerlei Änderungsmotivation* verbunden, eher kann man sogar von einer „negativen“ Änderungsmotivation sprechen, einer „Stabilisierungsmotivation“.

*Änderungsmotivation* ist die Motivation, aktiv etwas dafür tun zu wollen, dass sich der eigene Zustand oder das eigene System ändert: Man will nicht nur, dass etwas „anders wird“, man will etwas „anders machen“.

Änderungsmotivation impliziert demnach,

- dass eine Person erkennt, dass sie Kosten *hat*;
- dass die Person erkennt, dass diese Kosten gegen ihre Motive laufen, dass sie Ziele sabotieren, die ihr wichtig sind, also dass sie diese Kosten *nicht will*;

- dass die Person erkennt, dass sie selbst durch ihr Verhalten, durch ihre Schemata oder durch andere persönliche Aspekte diese Kosten *selbst erzeugt*;
- dass die Person erkennt, dass sie *selbst* etwas an sich selbst ändern muss, wenn sie die Kosten reduzieren will;
- dass die Person sich dazu *entschließt*, diese Änderungen, unter Umständen mit Hilfe einer anderen Person, durchzuführen, d.h. dass sie sich zu einer aktiven Veränderung eigener Aspekte entschließt.

Änderungsmotivation impliziert damit immer, dass man für ein Problem und für die Kosten *Verantwortung* übernimmt und dass man sich dadurch für die Veränderung in hohem Maße selbst zuständig fühlt.

Diese Überlegungen machen aber auch schon deutlich, dass Änderungsmotivation kein „trivialer Prozess“ ist, der sich „von selbst ergibt“. Vielmehr hängt Änderungsmotivation psychologisch von vielen Faktoren ab, ist für eine Person nicht leicht zu entwickeln und ist in einer Therapie ein „kostbares Gut“. Eine Therapeutin oder ein Berater sollte darauf achten, wie stark die Motivation des Klienten ist und sollte darüber nachdenken, wie sich seine Änderungsmotivation aufrechterhalten und steigern lässt (mit Strategien der Steigerung der Motivation befasst sich das Buch von Sachse, Langens und Sachse (2012)).

Ein verbreiteter Irrtum ist auch anzunehmen, „Leidensdruck“ sei identisch mit Änderungsmotivation: *Leidensdruck* bedeutet aber erst einmal nur, dass ein Klient hohe Kosten wahrnimmt, „unter diesen Kosten leidet“ und diese Kosten „weg haben will“. „Weg haben wollen“ bedeutet aber keineswegs automatisch, dass man bereit ist, für die Kosten die Verantwortung zu übernehmen und bereit ist, zur Beseitigung der Kosten etwas zu tun.

Wenn eine Person z.B. annimmt, dass ihre Kosten von anderen erzeugt werden oder wenn sie annimmt, dass sie nicht für diese Kosten verantwortlich ist, dann kann sie diese Kosten zwar „weg haben wollen“, sie sieht aber in keiner Weise ein, dass sie selbst etwas dafür tun muss. Sie erwartet vielmehr, dass andere die Kosten „wegmachen“. *Änderungsmotivation entsteht erst dann, wenn man nicht nur Kosten sieht, sondern wenn man für die Kosten auch die Verantwortung übernimmt.*

In manchen Fällen lehnen es Klienten ab, Verantwortung für Veränderungsprozesse zu übernehmen, weil sie den Eindruck haben, dass andere Menschen (Eltern, Partner usw.) für ihre Probleme verantwortlich sind („Schuld haben“) und daher diese Personen Wiedergutmachung leisten und ihre Probleme lösen müssten. Ein solches „Beharren auf dem Verursacherprinzip“ hindert Klienten daran, selbst Verantwortung zu übernehmen, weil sie glauben, damit den Tätern „recht zu geben“, in irgendeiner Form also „selbst schuld“ zu sein.

Änderungsmotivation impliziert immer, dass eine Person wahrnimmt und akzeptiert, dass sie selbst durch Schemata, ihr Verhalten u.a. in wesentlichem Maße zu dem Problem beiträgt und wenn sie damit erkennt, dass sie selbst etwas tun kann und tun muss, um die Probleme zu lösen. Daher gilt:

Leidensdruck  $\neq$  Änderungsmotivation

Leidensdruck + Verantwortung = Änderungsmotivation

## 7.4 Steigerung der Änderungsmotivation

Da eine Änderungsmotivation von Klienten im Therapieprozess sehr oft nicht ausreicht, geht es darum, dass ein Therapeut diese steigert. Eine wesentliche Frage ist dabei, wie ein Therapeut dies tun kann. Prinzipiell kann man eine Änderungsmotivation dadurch entwickeln,

- dass einer Person die *Kosten* ihrer Probleme deutlich werden, also die Kosten ihres „dysfunktionalen Systems“: ihrer problematischen Schemata, ihrer ungünstigen Interpretationen und Denkweisen, ihres problematischen Handelns;
- dass einer Person die möglichen *Gewinne* einer konstruktiven Veränderung klar werden: Was kann er alles erreichen, gewinnen, erhalten, wenn sie ihr Verhalten verändert?

Die Motivation, die daraus resultiert, die Kosten des Systems zu reduzieren, wollen wir als *Kosten-Reduktionsmotivation* bezeichnen: Dies ist eine *konstruktive Art von Vermeidungsmotivation*, also eine Motivation, die dazu dient, negative Zustände zu reduzieren oder auf Null zu bringen. Diese Form einer Vermeidungsmotivation ist therapeutisch sinnvoll, weil sie den Klienten dazu veranlasst, aktiv Veränderungen einzuleiten, durchzuführen und durchzuhalten. Dennoch ist sie insofern eine Vermeidungsmotivation. Sie zielt darauf, negative Zustände zu beseitigen und ist damit auch in der Lage, negative Affekte und Emotionen zu reduzieren, aber sie führt kaum zu positiven Emotionen oder einem Gefühl von Zufriedenheit.

Die Motivation, die daraus resultiert, dass man Gewinne, also positive Zustände und positive Ziele ansteuert, wollen wir als *Gewinn-Motivation* bezeichnen: Dies ist eine *Annäherungsmotivation*, denn sie führt dazu, dass man positive Zustände erreichen kann, positive Emotionen erleben und einen Zustand von Zufriedenheit gewinnen kann.

Aus unserer Sicht sind für eine wirkliche Änderungsmotivation sowohl eine Kosten-Reduktionsmotivation als auch eine Gewinn-Motivation wesentlich: Die Kosten-Reduktionsmotivation macht deutlich, was man *nicht* (mehr) will, wovon man weg will, was man überwinden will; die Gewinn-Motivation macht deutlich, wo man hin will, was man erreichen will, welche Zustände man anstrebt.

Eine reine Kosten-Reduktionsmotivation reicht nie aus: Damit weiß man nur, was man nicht will, aber noch nicht, was man stattdessen will! Für eine stabile und gerichtete Motivation benötigt man immer auch positive Anreize, positive Zieldefinitionen. Beides ist nötig: Man braucht den „Drive“ von einem unangenehmen Zustand weg und man benötigt den „Drive“ auf einen anzustrebenden Zustand hin!

## 7.5 Langfristige und kurzfristige Ziele

Man kann zwischen langfristigen und kurzfristigen Zielen unterscheiden. Diese Unterscheidung leitet sich ab aus der hierarchischen Struktur komplexer Ziele (Carver & Scheier, 1998; Miller et al., 1960; Kuhl, 2001). Im Therapieprozess geht es zum einen

darum, langfristige Ziele, langfristige Anreize zu definieren: Was will man durch Therapie letztlich erreichen? Wohin kann und will man letztlich kommen? Welche langfristigen Zustände will man anstreben?

Zum anderen geht es um kurzfristige, kleinere Ziele: Um das Ziel, ein Schema zu klären, eine Annahme zu bearbeiten; um das Ziel, dass der Klient biographische Aspekte versteht u.a. Diese „kleinen Ziele“ sind „Anreize im Prozess“, die den Klienten im Hier und Jetzt des Prozesses zur Mitarbeit motivieren sollen. Der Klient soll motiviert werden, im Prozess mitzuarbeiten, compliant zu sein, sich auf einen konkreten Klärungsprozess einzulassen, sich einem Ein-Personen-Rollenspiel zu unterziehen u.ä. Kurzfristige und langfristige Ziele sind miteinander verbunden:



Aus der Erreichung einer Serie kurzfristiger Ziele ergeben sich die langfristigen Ziele: Man erreicht langfristige Ziele dadurch, dass man nacheinander die eher kleineren, kurzfristigen Ziele „abarbeitet“.

Umgekehrt ergeben sich aber die kurzfristigen Ziele auch aus den langfristigen: Je nachdem, welche langfristigen Ziele man anstreben will, muss man zuerst diejenigen kurzfristigen Ziele erreichen, die auch tatsächlich zu den langfristigen Zielen führen können.

Man kann kurzfristige Ziele aber auch vom Ausgangszustand aus entwickeln: Aus der Analyse eines problematischen Ausgangszustandes kann man ebenfalls ableiten, welche kurzfristigen Ziele man anstreben sollte. Kurzfristige Ziele lassen sich, wie deutlich wird, sowohl vom Ausgangszustand, als auch vom langfristigen Zielzustand ableiten:



In der Regel wird es im Beratungs- oder Therapieprozess so sein, dass zu Beginn der problematische Ausgangszustand stark im Vordergrund steht und langfristige Ziele noch nicht offenliegen. Die kurzfristigen Ziele zu Therapiebeginn werden durch den Ausgangszustand bestimmt. Damit wird die Motivationslage hier stark durch Kosten determiniert. Später, wenn die langfristigen Ziele herausgearbeitet sind, dominieren die kurzfristigen Ziele: Damit wird die Motivation immer mehr von den zu erwartenden Gewinnen bestimmt.

## 7.6 Makro- und Mikro-Motivation

Aus der Unterscheidung zwischen lang- und kurzfristigen Zielen leitet sich die Unterscheidung zwischen Makro- und Mikro-Motivation her:

Eine *Makro-Motivation* bedeutet, dass sich ein Klient entschlossen hat, ein langfristiges Ziel zu verfolgen und dieses nun auch erreichen will.

Eine *Mikro-Motivation* bedeutet, dass ein Klient ein kleines Ziel, ein Unterziel erreichen will. Eine Mikro-Motivation ist im Therapie- bzw. Beratungsprozess besonders wichtig. Um ein Teilziel, z.B. die Klärung eines Schemas, das Training einer sozialen Fertigkeit oder die Entwicklung eines alternativen Schemas, zu erreichen, braucht es Compliance, d.h. die aktive Mitarbeit der Klienten! Diese müssen sich auf die Aufgabe konzentrieren, sich anstrengen, den Interventionen folgen, Fragen beantworten, auf Feedback reagieren. Dazu müssen sie entschlossen sein, aktiv mitzuarbeiten; sie sollten das Schema jetzt klären wollen, die soziale Kompetenz jetzt entwickeln wollen, ein alternatives Schema jetzt aufbauen wollen.

Man kann annehmen, dass ein großer Teil einer Mikro-Motivierung aus einer Makro-Motivierung resultiert: Sind dem Klienten die Kosten des Ausgangszustandes sehr deutlich, ergibt sich daraus eine starke Motivation, die die Motivation des Klienten zur „Mitarbeit auf der Mikro-Ebene“ stark verstärken sollte; ebenso sollte sich diese Motivation verstärken, wenn dem Klienten die möglichen Gewinne deutlich sind.

Die Frage ist aber, ob diese Motivationsquellen immer präsent sind und immer so deutlich wirken oder ob Therapeuten nicht *auch auf der Mikro-Ebene* etwas tun sollten, um die Compliance des Klienten bei jeder Intervention zu unterstützen: Wir gehen davon aus, dass auch dies oft nötig ist, da Klienten große Ziele oft aus den Augen verlieren, sich Kosten „schönrechnen“ und aufgrund der starken Ambivalenz des Veränderungsprozesses oft eine starke Tendenz *gegen* eine aktive Mitarbeit erleben können.

## 7.7 Motivierung durch Selbst-Effizienz-Erwartung

Betrachtet man Erwartungs-mal-Wert-Theorien der Motivation, dann wird klar, dass Motivation nicht nur durch Anreize und deren persönlichen Wert geschaffen wird: Nach  $T = E \times W$  (Motivationstendenz gleich Erwartung mal Wert) erfordert Motivation auch die subjektive Erwartung, dass man Anreize erreichen kann. Ein Klient muss daher, um eine Änderungsmotivation zu entwickeln, nicht nur (positive oder negative) Anreize schaffen; er muss auch davon überzeugt sein, dass er die negativen Zustände vermindern und die positiven erreichen kann. Motivierung des Klienten bedeutet daher auch, seine *Erfolgserwartungen zu erhöhen*, also ihm z.B. deutlich zu machen, dass er

- eine ausreichende *Selbsteffizienz* aufweist oder sie mit Hilfe des Therapeuten erwerben kann, um Kosten effektiv reduzieren oder Gewinne realistischerweise erreichen zu können;
- in der Lage ist, mit Hilfe des Therapeuten auftretende Hindernisse zu überwinden und die angestrebten Effekte herzustellen.

## 7.8 Entwicklung von Zielen

Im Behandlungs- wie im Beratungsprozess sollte man davon ausgehen, dass Klienten viele Anreize und Ziele erst im Laufe der Therapie entwickeln und entwickeln können: In der Regel wissen Klienten zu Therapiebeginn über die Kosten ihres Systems einigermaßen Bescheid: Doch auch hier überblicken sie die wirklichen Kosten oft nicht, rechnen sie sich schön, unterschätzen sie systematisch.

Ganz schwierig ist es mit den positiven Anreizen: *Sehr oft haben Klienten zu Therapiebeginn gar keine Vorstellungen davon, was sie erreichen könnten, was sie erreichen wollen und welche Folgen Veränderungen haben.* Das liegt daran, dass sie

- oft noch gar kein Verständnis von ihren Problemen haben und deshalb auch gar nicht ableiten können, was Alternativen sein könnten;
- oft gar nicht wissen, was sie überhaupt wollen;
- ihre Ressourcen und Möglichkeiten nicht kennen und gar nicht einschätzen können, was eigentlich realistische Ziele sind.

Daher muss man annehmen: Ziele und damit Anreize entwickeln sich oft erst im Laufe der Therapie. Und oft entwickeln sie sich langsam; zuerst entwickeln sich vorläufige Ziele, die noch modifiziert und klar definiert werden müssen. Daher sollten Therapeuten und Beraterinnen

- früh mit der Entwicklung von Zielen beginnen, gerade weil die Entwicklung von Zielen schwierig ist und viel Zeit in Anspruch nimmt;
- auch vorläufige Ziele schon als Anreize nutzen und
- kontinuierlich weiter an der Klärung von Zielen arbeiten.

## 7.9 Andauernde Motivierung

Es ist wichtig zu verstehen, dass man im Therapie- oder Beratungsprozess Klienten nicht einmal motiviert und das war es dann, im Gegenteil: Sie müssen *immer wieder motiviert werden*, Therapeutinnen wie Berater müssen mit den Klienten immer wieder klären, was diese wollen, und sie müssen immer wieder betonen, wie wichtig es ist, „am Ball zu bleiben“, sich anzustrengen und auch Frustrationen auszuhalten. Gleichzeitig müssen sie ihre Klienten immer wieder darin bestärken, dass sie die angestrebten Ziele auch erreichen können!

Therapeuten wie Beratende müssen ihre Klienten aktiv unterstützen. Sie dürfen nicht davon ausgehen, dass Motivation sich von selbst einstellt – das wäre schön, nur leider ist es nicht so. Motivierung ist eine Aufgabe von Psychotherapie und Beratung und ein zentraler Faktor für ihren Erfolg (vgl. Mühlig, 2005).

## 7.10 Die Methoden der Motivierung

Widmen wir uns nun der Frage, wie man bei der Motivierung eines Klienten oder einer Klientin konkret vorgeht, welche Strategien der Motivierung man jeweils anwendet (siehe hierzu Sachse, Langens und Sachse (2012)).

Im Wesentlichen kann man zwei Arten von Strategien unterscheiden:

- Motivierung im Therapiegespräch: Gesprächsstrategien;
- Motivierung durch spezifische Techniken: spezielle Motivierungsstrategien.

## 7.11 Gesprächsstrategien

Der Therapeut kann versuchen, den Klienten zu motivieren, indem er immer wieder auf Kosten hinweist, die ein Klient hat; er kann ihn für realisierte Veränderungen loben usw. Solche Vorgehensweisen wollen wir als „Gesprächsstrategien“ bezeichnen.

Der Therapeut „streut“ hier sozusagen motivierende Interventionen „in den Gesprächsverlauf ein“: Auf diese Weise kann der Therapeut für eine Aufrechterhaltung oder eine Steigerung der Motivation sorgen, *während* er an der Klärung eines Schemas arbeitet oder während er ein Schema bearbeitet o.ä. Solche Strategien sind sehr nützlich, da sie immer wieder die Compliance des Klienten erhöhen und so für eine Aufrechterhaltung des Therapieprozesses sorgen.

## 7.12 Motivierungsstrategien

Man kann die Motivierung der Klienten auch durch spezielle Strategien steigern: In dem Fall setzt man explizit eine Technik ein, die im Wesentlichen dazu dient, die Änderungsmotivation zu steigern. Der Therapeut oder die Beraterin „sichert damit aus dem normalen Therapiegespräch aus“ und wechselt in einen anderen Modus: Damit wird dem Thema Motivation explizit Aufmerksamkeit geschenkt.

Sinnvoll ist dies vor allem dann, wenn es nötig erscheint, die Motivation des Klienten sehr deutlich und nachhaltig zu stärken, z.B. vor einer schwierigen therapeutischen Aufgabe. Man kann solche Strategien vor allem dann anwenden, wenn es nötig erscheint, dass jemand „den Rubikon überschreiten“ und eine explizite Entscheidung für eine Veränderung treffen soll. Die in diesem Buch behandelten Techniken des Ein-Personen-Rollenspiels und der Pro-und-Kontra-Diskussion eignen sich gerade für diesen Zweck ausgezeichnet.

## 7.13 Ziele, Motivierung und Strategien

Eine wesentliche Frage ist nun, welche Strategien man besonders gut für welche Ziele und welche Arten von Motivierung verwenden kann. Im Grunde kann man Gesprächstechniken und spezielle Motivierungstechniken zur Entwicklung sowohl kurz-

, als auch langfristiger Ziele, als auch zur Mikro- wie zur Makro-Aktivierung anwenden. Will man Ziele klären, entwickeln und elaborieren, dann eignen sich jedoch meist Gesprächstechniken (insbesondere Klärungstechniken) besonders gut. Auch zur Mikro-Motivierung sind Gesprächstechniken besonders gut geeignet. Durch Gesprächsstrategien kann man dem Klienten

- immer wieder deutlich machen, dass er Kosten hat und dass er jetzt bestimmte Dinge tun muss, wenn er die Kosten reduzieren will;
- immer wieder klarmachen, was er gewinnt, wenn er sich ändert und dass er jetzt bestimmte Dinge tun muss, um seine Ziele zu erreichen.

Will man dagegen einen Klienten dazu bewegen, grundsätzlich etwas gegen seine Kosten zu tun oder Gewinne anzustreben, will man jemanden zu einer grundlegenden Entscheidung bringen, dann eignen sich spezielle Motivationstechniken besonders gut. Motivierende Interventionen, die man in einen Gesprächsverlauf „einbettet“, bewirken die kleinere „Motivationsdosis“: Man muss viele davon geben, um Wirkung zu erhalten, man kann sie dafür aber gut verteilen und kann so andere therapeutische Strategien gut unterstützen. Spezielle motivationale Strategien erzeugen starke „Motivationsschübe“, die man manchmal braucht, bevor man schwierige therapeutische Strategien in Angriff nimmt, insbesondere dann, wenn es darum geht, bei einem Klienten eine Entscheidung einzuleiten.

## Literatur

- Atkinson, J.W. (1964). *An introduction to motivation*. Princeton, N.J.: van Nostrand.
- Atkinson, J.W. & Birch, D. (1970). *The dynamics of action*. New York: Wiley.
- Beckmann, J. C. & Heckhausen, H. (2006). Motivation durch Erwartung und Anreiz. In: J. Heckhausen & H. Heckhausen (Hrsg.), *Motivation und Handeln*, 105-134 (3. Aufl.). Berlin: Springer.
- Carver, C.S. & Scheier, M.F. (1998). *On the self-regulation of behavior*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Feather, N.T. (1982). *Expectations and actions: Expectancy-value models in psychology*. Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- Heckhausen, H. (1963). *Hoffnung und Furcht in der Leistungsmotivation*. Meisenheim: Hain.
- Heckhausen, H. (1980). *Motivation und Handeln: Lehrbuch der Motivationspsychologie*. Berlin: Springer.
- Kuhl, J. (1983). *Motivation, Konflikt und Handlungskontrolle*. Berlin: Springer.
- Kuhl, J. (2001). *Motivation und Persönlichkeit*. Göttingen: Hogrefe.
- McClelland, D.C., Atkinson, J.W., Clark, R.A. & Lowell, E.L. (1953). *The achievement motive*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Miller, G.A., Galanter, E. & Pribram, K.-H. (1960). *Plans and the structure of behavior*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Mühlig, S. (2005). Therapiemotivation und Compliance. In: F. Petermann & H. Reinecker (Hrsg.), *Handbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie*, 365-374. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (1988). Steuerung des Explizierungsprozesses von Klienten durch zentrale Bearbeitungsangebote des Therapeuten. In: W. Schönplflug (Hrsg.), *Bericht über den 36. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Berlin, Bd. 1*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (1990a). Acting purposefully in client-centered therapy. In: P.J.D. Drenth, J.A. Sergeant & R.-J. Takens (Eds.), *European perspectives in psychology*, 1, 65-80. New York: Wiley.

- Sachse, R. (1990b). Schwierigkeiten im Explizierungsprozeß psychosomatischer Klienten: Zur Bedeutung von Verstehen und Prozeßdirektivität. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 38, 191-205.
- Sachse, R. (1990c). The influence of therapists' processing proposals on the explication process of the client. *Person-Centered Review*, 5, 321-344.
- Sachse, R. (1992a). *Zielorientierte Gesprächspsychotherapie – Eine grundlegende Neukonzeption*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (1992b). Differential Effects of Processing Proposals and Content References on the Explication Process of Clients with Different Starting Conditions. *Psychotherapy Research*, 4, 235-251.
- Sachse, R. (1995). Psychosomatische Störungen als Beeinträchtigung der Selbstregulation. In: S. Schmidtchen, G.-W. Speierer, H. Linster (Hrsg.), *Die Entwicklung der Person und ihre Störung*, 2, 83-116. Köln: GwG.
- Sachse, R. (1997a). Klientgerichtete Psychotherapie bij psychosomatische stoornissen. *Tijdschrift voor Clientgerichte Psychotherapie*, 35, 5-32.
- Sachse, R. (1997b). Zielorientierte Gesprächspsychotherapie bei Klienten mit psychosomatischen Störungen. Therapiekonzepte und Ergebnisse. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 28, 90-107.
- Sachse, R. (1999). *Persönlichkeitsstörungen. Psychotherapie dysfunktionaler Interaktionsstile*. Göttingen: Hogrefe, 2. Auflage.
- Sachse, R. (2001). *Psychologische Psychotherapie der Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2002). *Histrionische und narzisstische Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2003). *Klärungsorientierte Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2004a). Histrionische und narzisstische Persönlichkeitsstörungen. In: R. Merod (Hrsg.), *Behandlung von Persönlichkeitsstörungen*, 357-404. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Sachse, R. (2004b). *Persönlichkeitsstörungen. Leitfaden für eine Psychologische Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. & Fasbender, J. (2010). Klärungsprozesse in der Psychotherapie. In: W. Lutz (Hrsg.), *Lehrbuch Psychotherapie*, 377-392. Bern: Huber.
- Sachse, R. & Fasbender, J. (2011). Focusing: Eine Therapietechnik zur Repräsentation affektiver Schemata. In: R. Sachse, J. Fasbender, J. Breil & M. Sachse (Hrsg.), *Perspektiven Klärungsorientierter Psychotherapie*, 131-155. Lengerich: Pabst.
- Sachse, R., Längens, T. & Sachse, M. (2012). *Klienten motivieren*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Sachse, R. & Sachse, M. (2009). Klärungsorientierte Psychotherapie: Empirische Ergebnisse und Schlussfolgerungen für die Praxis. In: R. Sachse, J. Fasbender, J. Breil & O. Püschel (Hrsg.), *Grundlagen und Konzepte Klärungsorientierter Psychotherapie*, 232-252. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R., Sachse, M. & Fasbender, J. (2010). *Klärungsorientierte Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.