



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

Fachbereich Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung

**Motivierende Gesprächsführung –
eine Methode
im Rahmen der psychosozialen Arbeit**

Diplomarbeit zur Erlangung des akademischen Grades:
Diplom-Sozialarbeiterin / Sozialpädagogin (FH)

vorgelegt von: **Kirsten Gruel**

Erstgutachter: **Prof. Dr. Volker Kraft**

Zweitgutachter: **Prof. Dr. Roland Haenselt**

urn:nbn:de:gbv: 519 - thesis 2012 - 0082 - 6

Neubrandenburg, am 29.05.2012

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	IV
Einleitung	1
1. Das Konzept der Motivierenden Gesprächsführung	3
1.1 Definition der Motivierenden Gesprächsführung	4
1.2 Ziele der Motivierenden Gesprächsführung	6
1.3 Die spezifische Grundhaltung der Motivierenden Gesprächsführung	7
1.3.1 Partnerschaftlichkeit	9
1.3.2 Evokation	9
1.3.3 Autonomie des Klienten	10
1.3.4 Ambivalenzmodell	11
1.4 Prinzipien der Motivierenden Gesprächsführung	15
1.4.1 Empathie ausdrücken	15
1.4.2 Diskrepanzen entwickeln	17
1.4.3 Widerstand umlenken	19
1.4.4 Selbstwirksamkeit fördern	21
1.5 Strategien der Motivierenden Gesprächsführung	23
1.5.1 Offene Fragen stellen	24
1.5.2 Aktives Zuhören	24
1.5.3 Bestätigen	26
1.5.4 Zusammenfassen	27
1.5.5 Change Talk hervorrufen	27
1.5.6 Strategien zum Umgang mit Widerstand	31

1.5.7	Strategien zur Förderung von Selbstwirksamkeit	35
1.6	Strukturelle Vorgehensweise	38
1.6.1	Phase 1 – Motivation zur Veränderung aufbauen	39
1.6.2	Phase 2 – Selbstverpflichtung für Veränderungen stärken	40
2.	Die theoretischen Grundlagen der Motivierenden Gesprächsführung ...	43
2.1	Das Transtheoretische Modell der Verhaltensänderung	43
2.2	Die Selbstregulationstheorie	50
2.3	Die Kognitive Dissonanztheorie	56
2.4	Die Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie	59
3.	Die Grenzen und die ethischen Aspekte der Motivierenden Gesprächs- führung	65
4.	Die Anwendung der Motivierenden Gesprächsführung in der psycho- sozialen Arbeit	70
4.1	Die Vorstellung der psychosozialen Tagesstätte	72
4.2	Die Anwendung der der Motivierenden Gesprächsführung in der psy- chosozialen Tagesstätte	74
5.	Schlussbetrachtung	90
	Literaturverzeichnis	94
	Eidesstattliche Erklärung	98

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
bzgl.	bezüglich
bzw.	beziehungsweise
ebd.	ebenda
f.	folgende
ff.	fortfolgende
ggf.	gegebenenfalls
Hrsg.	Herausgeber
i.V.m.	in Verbindung mit
MG	Motivierende Gesprächsführung (in allen Kasus)
S.	Seite(n)
SGB	Sozialgesetzbuch
TTM	Transtheoretisches Modell (in allen Kasus)
u.a.	und andere / unter anderem
vgl.	vergleiche
z.B.	zum Beispiel

Einleitung

Für jeden Sozialpädagogen ist das Gespräch mit Klienten, deren Angehörige, kooperierenden Fachkräften und Institutionsmitgliedern beruflicher Alltag. Soziale Arbeit ist ein Beruf mit einem überdurchschnittlich hohen Anteil an sozialkommunikativem Handeln. Dementsprechend werden an die Gesprächskompetenz des Sozialarbeiters hohe Anforderungen gestellt und sie ist eine notwendige Voraussetzung für ein erfolgreiches sozialarbeiterisches Handeln. In der Sozialen Arbeit werden Klienten in ihrem Bemühen um Lebensbewältigung durch strukturelle, materielle, soziale und personelle Hilfen unterstützt. Dies erfolgt in einem dialogischen und verständnisorientierten Prozess, der auch unter widrigen Bedingungen wie beispielsweise Unfreiwilligkeit möglichst auf eine Kooperation zur Problemlösung ausgerichtet ist. Hier sind gute Gespräche die unverzichtbare Basis. Gespräche sind ebenfalls unverzichtbares Mittel in der Beziehungsarbeit zwischen Sozialarbeiter und Klienten. Insbesondere ist Arbeit an und in der Beziehung im Fall der psychosozialen Unterstützung bei beschädigter Autonomie, Desintegration und beeinträchtigter Lebensbewältigung notwendig. Durch das Gespräch werden ein Großteil der personen- und sachbezogenen Hilfen und Unterstützungsmaßnahmen an die Adressaten der Sozialen Arbeit vermittelt (vgl. Widulle 2011, S. 11f.). In der Sozialen Arbeit haben Gespräche eher selten ausschließlich die alltägliche Begegnung und Geselligkeit zum Zweck. Der Sozialarbeiter kann sie selten spontan ‚laufen lassen‘, denn auf der Grundlage der psychologischen Handlungstheorie sind Gespräche zielorientiertes soziales Handeln (vgl. ebd. 2011, S. 50). Gesprächsführung ist als methodisches, kooperatives und kommunikatives Handeln und Problemlösen im Kontext der Sozialen Arbeit verortet. Wie aufgezeigt, weisen die Gespräche in der Sozialen Arbeit eine große Vielfalt auf und erfordern ein breit anwendbares Repertoire an Methoden der Gesprächsführung. Die Motivierende Gesprächsführung ist ein bedeutsamer Ansatz der Gesprächsführung, der von Miller und Rollnick entwickelt wurde. Mit der Motivierenden Gesprächsführung können grundlegende Methoden der Gesprächsführung vermittelt werden, und sie vermag besonders die Veränderungsmotivation von Klienten zu mobilisieren (vgl. ebd. 2011, S. 89).

Die folgende Arbeit soll sich mit dem Konzept der Motivierenden Gesprächsführung auseinandersetzen, wobei ihre Anwendbarkeit im Kontext der Sozialen Arbeit näher zu betrachten und zu überprüfen sein wird. Es wird weiterhin herauszuarbei-

ten sein, welche theoretischen Konzepte der Motivierenden Gesprächsführung zu Grunde liegen und wo in der sozialpädagogischen Arbeit die Grenzen der Methode liegen.

Hierzu wird zunächst das Konzept der Motivierenden Gesprächsführung vorgestellt, wobei insbesondere auf die ihm zugrundeliegende Haltung des professionell Tätigen sowie die Prinzipien und Strategien, die in der Motivierenden Gesprächsführung zum Einsatz kommen, eingegangen wird. Im Folgenden werden die theoretischen Grundlagen der Motivierenden Gesprächsführung und dabei insbesondere das Transtheoretische Modell der Verhaltensänderung, die Selbstregulationstheorie, die kognitive Dissonanztheorie und die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie dargestellt. Im dritten Kapitel werden die Grenzen des Konzeptes erörtert, die sowohl auf Seiten des Klienten als auch auf Seiten des Sozialarbeiters bestehen. Im besonderen Maße werden hier die ethischen Aspekte diskutiert und die daraus abgeleiteten Leitlinien für den Gebrauch der Motivierenden Gesprächsführung aufgeführt. Nach einer kurzen Vorstellung einer psychosozialen Tagesstätte mit ihren Angeboten und Aufgaben wird im Anschluss daran die Anwendung der Motivierenden Gesprächsführung in der Sozialen Arbeit beschrieben, wobei der Schwerpunkt auf der psychosozialen Arbeit im Rahmen dieser Tagesstätte liegt. In der Schlussbetrachtung werden schließlich die Potentiale und Grenzen der Motivierenden Gesprächsführung in der Sozialen Arbeit zusammengefasst.

Soweit im Rahmen dieser Arbeit der Begriff der Sozialen Arbeit verwendet wird, ist hiermit sowohl Sozialarbeit als auch Sozialpädagogik gemeint und dementsprechend sind auch die verwendeten Bezeichnungen Sozialarbeiter und Sozialpädagoge gleichzusetzen. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in dieser Arbeit für Personen die männliche Sprachform benutzt. Es sind jedoch stets auch Personen weiblichen Geschlechts gemeint.

1. Das Konzept der Motivierenden Gesprächsführung

Das Konzept der Motivierenden Gesprächsführung¹ wurde erstmals 1983 von den Psychologen William R. Miller und Stephen Rollnick beschrieben. Miller, Professor an der Universität von Albuquerque in New Mexico, USA und Rollnick, Professor an der Universität von Cardiff, Wales, UK entwickelten das Konzept im klinischen Kontext, und es wurde ursprünglich in der Behandlung von Menschen mit Alkoholproblemen eingesetzt. Das Verfahren hat sich auch international zunehmend in der Behandlung von Menschen mit Suchtproblemen durchgesetzt und findet darüber hinaus Anwendung in vielen anderen Bereichen. Die Motivierende Gesprächsführung wird in der allgemeinen medizinischen Behandlung, in der Gesundheitsförderung, in der Sozialarbeit und im Vollzugswesen eingesetzt. So wurde der Fokus vom abhängigen Verhalten auf Verhaltensänderungen im Allgemeinen ausgedehnt (vgl. Miller/Rollnick 2004, S. 14).

Die Wirksamkeit dieser Form der Gesprächsführung wurde in zahlreichen internationalen wissenschaftlichen Studien validiert und das Interesse an der Anwendung dieser Methode ist fortlaufend gewachsen. Die MG wird weltweit als klassischer Leitfaden von den Therapeuten genutzt, die die Motivierende Gesprächsführung in ihrer Arbeitspraxis anwenden. Die Methode ist flexibel und kann daher als eigenständiger Ansatz, in Kombination mit anderen Therapien oder als zusätzliches Hilfsmittel für andere Therapien verwendet werden (vgl. Arkowitz u.a. 2010, S. XV).

Das Konzept der MG zeigt sich als besonders hilfreich, wenn Klienten festgefahren zu sein scheinen, denn es führt den Therapeuten zu einem besseren Verständnis der Veränderungsmotivation der Klienten und zeigt Möglichkeiten auf, wie sich Veränderung fördern lässt. Die Autoren der MG gehen davon aus, dass Klienten eine ambivalente Einstellung gegenüber Veränderung haben und dass im Verlaufe der Therapie ihre Motivation Höhen und Tiefen durchläuft. Aus diesem Wissen heraus, ist es dem Therapeuten möglich, sich auf diese Schwankungen einzustellen und diese in seine Arbeit einzubeziehen und nicht gegen sie anzukämpfen (vgl. ebd. 2010, S. 1f.).

Die Motivationsarbeit vollzieht sich dementsprechend entlang der Exploration und Reduzierung von Ambivalenzen des Klienten. Die praktische Umsetzung erfolgt in

¹ Motivierende Gesprächsführung wird im Original als „Motivational Interviewing“ bezeichnet und wird in dieser Arbeit häufig mit MG abgekürzt.

zwei aufeinander folgenden Phasen, in denen jeweils spezifische Ziele bearbeitet werden. In der ersten Phase besteht das Ziel im Aufbau der Veränderungsbereitschaft, und in der zweiten Phase geht es um die Erarbeitung und Vereinbarung persönlich verbindlicher Ziele und Wege zur Veränderung, die in einem konkreten Veränderungsplan festgehalten werden. Der Einsatz von vier Prinzipien, die Veränderungssequenzen im Gespräch hervorrufen, und fünf Strategien, die miteinander verbunden sind, kennzeichnen die MG in den beiden Phasen. Insbesondere ist jedoch die spezifische Grundhaltung, mit der dem Menschen in der Therapie begegnet wird, hervorzuheben. Die aufgeführten strukturellen Komponenten werden im Folgenden eingehend dargestellt.

In der MG liegt der Fokus auf dem Kommunikationsprozess, der zwischen dem Therapeuten und dem Klienten stattfindet und dieser soll im Nachfolgenden detailliert dargestellt werden. Diese Methode kann durch ihre grundlegende Orientierung nicht nur als Therapie verstanden werden, sondern als Kommunikationsstil in der täglichen Begegnung mit den Klienten in den verschiedenen Arbeitsfeldern. Sie stellt damit keine weitere therapeutische Schule dar, sondern eher eine Umgangsweise mit dem Klienten.

1.1 Definition der Motivierenden Gesprächsführung

Das Grundverständnis der MG liegt darin, dass es möglich ist, mit einem Menschen in einer Art und Weise zu kommunizieren, die bewirkt, ihn in Richtung Veränderung zu bewegen. Miller und Rollnick haben bewusst die Bezeichnung „Gesprächsführung“ – im Englischen „Interview“ – gewählt, um das eher gleichberechtigte gemeinsame Betrachten des Prozesses und Wahren der Autonomie des Klienten und die Partnerschaftlichkeit der Gesprächspartner zu unterstreichen. Damit ist eine deutliche Abgrenzung zur Expertenberatung gegeben.

Die Autoren definieren MG als: *„...eine klientenzentrierte, direkte Methode zur Verbesserung der intrinsischen Motivation für eine Veränderung mittels der Erforschung und Auflösung von Ambivalenz“* (Miller/Rollnick 2004, S. 47).

Die einzelnen Elemente dieser Definition sollen im Nachfolgenden genauer definiert werden.

Klientenzentriert bedeutet hierbei, dass die MG ganz auf die gegenwärtigen Interessen und Sorgen des Klienten gerichtet ist und die Sichtweise und das Erleben

des Klienten entscheidend sind. Ebenso wird hier auf den klientenzentrierten Therapieansatz von Carl Rogers Bezug genommen, der wesentliche Therapeutenfertigkeiten für die Förderung von Verhaltensänderung herausarbeitete. Rogers hat belegt, dass durch Empathie, Wertschätzung und Kongruenz des Therapeuten gegenüber seinem Klienten bestmögliche Bedingungen für das Eintreten von Veränderung geschaffen werden. In dieser vertrauensvollen, unterstützenden Atmosphäre der Akzeptanz ist es dem Klienten möglich, seine Erfahrungen zu explorieren und selbst zur Lösung seiner Probleme vorzudringen (vgl. Miller/Rollnick 2004, S. 21). Die MG achtet und respektiert dabei die Entscheidungsfreiheit des Individuums.

Im Weiteren ist die MG *direktiv*, da sie bewusst auf die Auflösung von Ambivalenz in eine bestimmte Richtung der Veränderung ausgerichtet ist. Der Therapeut ruft *change-talk*² hervor und entwickelt im Gespräch Diskrepanzen durch eine ganz bewusste Art, auf Sprache zu reagieren, so dass Ambivalenzen aufgelöst werden können und Veränderung gefördert wird (vgl. ebd. 2004, S. 47). Diese spezifisch direktive Strategie der MG wird im Laufe dieser Arbeit ausführlich dargestellt.

Die Autoren betonen ausdrücklich, dass die MG eine *Methode* der Kommunikation und keine Ansammlung von Techniken ist. Sie ist keine Kiste, aus der man bestimmte Tricks zieht, um andere Menschen zu manipulieren. Sie zeichnet sich durch eine bestimmte Art und Weise, mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, aus und kann so auf natürliche Weise Veränderungen hervorrufen und fördern (vgl. ebd. 2004, S. 48).

Des Weiteren geht die MG davon aus, dass die Motivation zur Verhaltensänderung im Klienten selbst vorliegt und diese *intrinsische Motivation* geweckt und hervorgebracht werden kann. Die MG konzentriert sich in jedem Fall auf die intrinsische Motivation – auch bei Klienten, die anfänglich durch äußeren Druck (z.B. durch die Auflage einer Behörde) in die Therapie kommen (vgl. ebd. 2004, S. 48). Die extrinsischen Motivatoren gehören trotz ihrer Wirksamkeit nicht zum Betrachtungsfeld der MG. Veränderungen, die man auf sich selbst zurückführen kann, sind nachweislich von längerer Dauer, als Veränderungen, die auf äußere Einflüsse zurückzuführen sind.

² Der Begriff *change-talk* wurde in der deutschen Übersetzung als Fachbegriff in englischer Sprache beibehalten. Unter *change-talk* sind Äußerungen der Klienten zu verstehen, mit denen sie ihre Bereitschaft, ihre Fähigkeit, ihre Gründe, ihre Wünsche und ihre Selbstverpflichtung darlegen (vgl. Miller/Rollnick 2004, S. 25).

Weiterhin konzentriert sich diese Methode auf die *Erforschung und Auflösung von Ambivalenz* als Schlüssel, um eine Veränderung hervorzurufen. Es wird davon ausgegangen, dass der Klient nicht unmotiviert ist, sein jeweils problematisches Verhalten zu ändern, sondern ambivalent. Ambivalenz wird hierbei im Veränderungsprozess als etwas Normales angesehen. Im Rahmen der MG gilt es, diese Ambivalenzen zu explorieren, zu bearbeiten und aufzulösen. Dabei wird beachtet, dass die Veränderung, damit sie stattfinden kann, in den eigenen Interessen des Klienten begründet ist. Hiermit wird wieder der Bezug der Beachtung der Bedeutsamkeit der Sorgen und Werte des Klienten zur Entstehung der Veränderung deutlich (vgl. Miller/Rollnick 2004, S. 48).

1.2 Ziele der Motivierenden Gesprächsführung

Die MG ist entwickelt worden, um Motivationsprobleme aufzulösen, die eine positive Veränderung verhindern, und Veränderungsprozesse in Bewegung zu bringen. Motivation zur Veränderung ist hierbei nicht Voraussetzung, sondern Ziel des Vorgehens. Die Methode verfolgt dabei zwei grundlegende Ziele, die durch den Einsatz von bestimmten Strategien, die auf fundamentale Prinzipien der Intervention beruhen, erreicht werden (vgl. Körkel/Veltrup 2003, S. 116). Die spezifische Grundhaltung des Therapeuten in der MG, die eine Atmosphäre von Respekt und Partnerschaftlichkeit hervorbringt, ist eine wichtige Voraussetzung für einen gelingenden Veränderungsprozess. In der praktischen Umsetzung der Methode werden die Ziele definiert, die in zwei aufeinander folgenden Phasen bearbeitet werden. In der ersten Phase wird die Motivation zur Veränderung entwickelt, die Ambivalenz aufgelöst und die Veränderungsbereitschaft aufgebaut. In der zweiten Phase wird die Selbstverpflichtung für Veränderungen verstärkt und ein verbindlicher und konkreter Veränderungsplan vereinbart.

Das primäre Ziel des Ansatzes der MG besteht in der ersten Phase darin, den Klienten bei der Verbesserung seiner intrinsischen Motivation gegenüber der Veränderung zu unterstützen, die Ambivalenzen zu entdecken und aufzulösen, damit eine Verhaltensänderung ermöglicht wird (vgl. Arkowitz u.a. 2010, S. 2). In der MG werden Ambivalenzen als normale Erscheinungsform in einer Verhaltensänderung gesehen, und durch das gemeinsame Erkunden und Betrachten der Ambivalenzen wird dem Klienten die Möglichkeit gegeben, seine Ambivalenzen zu verstehen

und diese im Blick auf ihm wichtigen Ziele und Werte in seinem Leben einzuordnen.

Damit erhält er die Möglichkeit, die bereits angelegten Veränderungsimpulse freizusetzen und eine Entscheidung hin zu einer Verhaltensveränderung zu treffen. Die erste Phase ist der schwierigste und zeitaufwendigste Teil der Methode. Nachdem der Klient zu einer Veränderung bereit ist, wird die zweite Phase eingeleitet. In dieser werden Veränderungsziele bestimmt, der Veränderungsweg sowie ein konkreter Plan erarbeitet (vgl. Körkel/Veltrup 2003, S. 117).

1.3 Die spezifische Grundhaltung der Motivierenden Gesprächsführung

Die spezifische Grundhaltung, der „Geist“ in der MG oder auch der *„Motivational Interviewing Spirit“*, wie ihn die Autoren Miller und Rollnick bezeichnen, ist gekennzeichnet durch Partnerschaftlichkeit, Herlocken oder „Evozieren“ des Veränderungspotentials und durch Betonung der Autonomie des Klienten. Diese innere Haltung des Therapeuten durchdringt alle Bestandteile des Konzeptes und ist von größter Relevanz in der Gestaltung des Gespräches.

Sie lässt sich wie folgt charakterisieren: *„Wenn motivierende Gesprächsführung eine Art und Weise des Zusammenseins mit Menschen darstellt, dann liegt der ihr zu Grunde liegende spirit in einem Verständnis und einer Erfahrung der menschlichen Natur, die diese Art und Weise des Seins entstehen lässt“* (Miller/Rollnick 2004, S. 53).

Hier wird besonders die Nähe zur klientenzentrierten Gesprächsführung von Rogers deutlich. Rogers ist davon überzeugt, dass jeder Mensch in sich die Fähigkeit besitzt, sich in konstruktiver Weise zu entwickeln und dass eine tragfähige Beziehung zwischen Therapeut und Klient den Menschen dazu befähigen kann, positive Schritte in Richtung Veränderung zu unternehmen. Für den Therapieerfolg ist eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Therapeut und Klient ausschlaggebend und diese wird durch die spezifische Grundhaltung in der MG gefördert und gefestigt. Der Schwerpunkt der Methode liegt nach Miller und Rollnick nicht auf den Techniken der motivierenden Gesprächsführung, sondern eher auf dem ihr zu Grunde liegenden „Geist“ (vgl. ebd. 2004, S.53).

Dieser Geist, die Grundhaltung, ermöglicht ein ruhiges, respektvolles und konstruktives Gespräch, in dem konfrontative Elemente nicht vorkommen und so den inneren Motiven des Klienten erlaubt wird, Richtung und Ergebnis der Sitzung zu

bestimmen. Hierbei geht es nicht um Strategien oder Techniken, sondern um eine bewusste Wahrnehmung der Wertevorstellungen des Klienten und der Einflüsse dieser Wertevorstellungen auf mögliche Verhaltensänderungen (vgl. Miller/Rollnick 1999, S.11).

Als zentrale Basiskompetenz des Therapeuten in der MG führen die Autoren Empathie an. Empathie ist keine Technik, die zum Einsatz gebracht wird, sondern sie ist in der MG eine Grundhaltung. Ohne eine empathische Einstellung sind die Techniken, die in der MG zum Einsatz kommen nach allgemeiner Auffassung nicht wirkungsvoll. Auch für Rogers war Empathie oder einfühlsames Verstehen eine grundlegende Einstellung des Respekts, der Nichtbeurteilung, der Wertschätzung und der Zusammenarbeit, die jede Interaktion durchdringt. Der Therapeut in der MG glaubt darüber hinaus an das inne liegende Veränderungspotential des Klienten und die sozialpsychologische Forschung hat die Existenz und den Einfluss solcher interpersoneller Erwartungseffekte bestätigt (vgl. Arkowitz u.a. 2010, S. 39).

Die spezifische Grundhaltung der MG, mit der man den Menschen gegenübertritt, ist durch das der humanistischen Psychologie nahestehenden Menschenbild geprägt.

Das Menschenbild der Motivierenden Gesprächsführung:

- Jeder Mensch hat zu jeder Zeit spezifisch eigene Stärken, Ressourcen und Fähigkeiten.
- Jeder Mensch verfügt über eigenes Veränderungspotential.
- Das Tempo der Veränderung bestimmt und verantwortet jeder einzelne Mensch nur für sich selbst.
- Jeder Mensch kann sich letztlich auch gegen eine Veränderung entscheiden (URL 1, Happel 2012).

Das Menschenbild stellt einen wichtigen Bezugspunkt im sozialkommunikativen Handeln dar. In der Interaktion mit ihren Beziehungspartnern entwickeln sich Menschen ihr ganzes Leben lang und werden als flexibel und veränderungsfähig betrachtet. Auch in problematischen und kritischen Lebenssituationen sind sie Experten für ihr Leben und dessen Deutung, für ihre Bedürfnisse, Wünsche und Ziele (vgl. Widulle 2011, S. 46f.).

Therapeuten mit einem ressourcenorientierten und optimistischen Menschenbild, die dieses auch Menschen in schwierigen Lebenskrisen, mit Suchtverhalten, mit

delinquentem oder anderweitig abweichendem Verhalten, zugeschrieben, wird eher ein konstruktives und ressourcenorientiertes Zugehen auf ihre Klienten möglich sein (vgl. Widulle 2011, S.46).

1.3.1 Partnerschaftlichkeit

Ein wesentliches Merkmal der therapeutischen Beziehung ist die partnerschaftliche Ausrichtung. Sie ist gekennzeichnet durch Kooperation und Akzeptanz. Der Therapeut ist eher unterstützend als direktiv und würdigt die Kenntnisse und Standpunkte des Klienten. Es wird unbedingt auf einen konfrontativen und autoritären Stil verzichtet. Dabei muss sich der Therapeut seiner eigenen Wertevorstellungen und Erwartungen bewusst sein, sie stetig überprüfen und diese berücksichtigen, darf sie jedoch nicht bewusst oder unbewusst auf den Klienten übertragen. In den Gesprächen treffen unterschiedliche Ansichten aufeinander, und daher ist es von Bedeutung, dass sich der Therapeut bewusst ist, was er selber mit in die Beziehung einbringt. Es ist eine gleichberechtigte positive zwischenmenschliche Atmosphäre in der MG zu schaffen, die einer intrinsisch motivierten Veränderung förderlich ist und diese nicht erzwingt (vgl. Miller/Rollnick 2004, S. 54).

1.3.2 Evokation

Auf der Grundlage der partnerschaftlichen Beziehung zwischen Therapeut und Klient und davon ausgehend, dass Ressourcen und Motivation zur Veränderung im Klienten vorhanden sind, gilt es, im Gespräch die Motivation im Klienten zu finden und hervorzulocken, zu evozieren. Bei der MG geht es nicht darum, dem Klienten die Motivation einzutrichtern oder aufzupropfen, sondern vielmehr um ein Herauskitzeln, ein Hervorlocken der intrinsischen Motivation (vgl. ebd. 2004, S. 54). Als Ressourcen für eine Veränderung und Grundlage intrinsischer Motivation dienen eher die Sichtweisen, Ziele und Werte des Klienten, die gemeinsam erarbeitet werden.

Mit der Annahme der Ambivalenz wird in der MG davon ausgegangen, dass jede Person ein Veränderungspotential besitzt. Bei der Definition der MG wurde bereits auf das Veränderungspotential der Klienten eingegangen und aufgezeigt, dass der Klient zum Fürsprecher der eigenen Motivation werden kann. Dazu müssen die

Argumente für eine Veränderung an Gewicht zunehmen (vgl. Körkel/Veltrup 2003, S. 117).

1.3.3 Autonomie des Klienten

Das dritte Merkmal der spezifischen Grundhaltung der MG ist das Prinzip der Autonomie, mit dem das Recht und die Fähigkeit auf Selbstbestimmung des Klienten hervorgehoben werden. Damit liegt die Verantwortung für eine Veränderung beim Klienten selbst, der auch jederzeit entscheiden kann, ob und wie er die Veränderung angeht. Bei der Anwendung der MG ist eine Haltung der eigenen Bescheidenheit des Therapeuten gefragt (vgl. ebd. 2003, S. 118). Das übergeordnete Ziel ist die Förderung der intrinsischen Motivation, die von innen heraus entstehen muss, damit die Veränderung den Zielen und Werten des Klienten dient. Unter Beachtung der Grundhaltung der MG, ist der Klient in der Lage, die Argumente für eine Veränderung selbst zu benennen (vgl. Miller/Rollnick 2004, S. 54f.).

Die folgende Übersicht bietet eine Gegenüberstellung der spezifischen Komponenten der MG mit einer prägnanten Erläuterung und zeigt die konträren Einstellungen anderer, insbesondere konfrontativer Therapieverfahren im Überblick.

Grundsätzliche Einstellungen der Motivierenden Gesprächsführung	Gegensätzliche Einstellungen anderer Therapieverfahren
<p><i>Partnerschaftlichkeit</i></p> <p>Es besteht eine Partnerschaft, die die Kenntnisse und Standpunkte des Klienten würdigt.</p> <p>Der Therapeut schafft eine Atmosphäre, die Veränderung eher fördert als erzwingt.</p>	<p><i>Konfrontation</i></p> <p>Da das Realitätsverständnis des Klienten beeinträchtigt ist, beinhaltet die Therapie, ihn durch Konfrontation zu einer Wahrnehmung und Akzeptanz der „Realität“, die er nicht sehen oder zugeben will, zu bewegen.</p>
<p><i>Evokation</i></p> <p>Es wird angenommen, dass Ressourcen und Motivation zur Veränderung im Klienten selbst vorhanden sind.</p> <p>Diese intrinsische Motivation zur Veränderung wird durch Einbeziehung der Wahrnehmungen, Ziele und Werte des Klienten verstärkt.</p>	<p><i>Ratschläge</i></p> <p>Es wird angenommen, dass dem Klienten notwendiges Wissen, Einsicht oder Fertigkeiten, die für eine Veränderung notwendig sind, fehlen. Der Therapeut versucht, diese Defizite durch entsprechende Ratschläge auszugleichen.</p>
<p><i>Autonomie</i></p> <p>Der Therapeut bestätigt das Recht und die Fähigkeit des Klienten auf Selbstbestimmung und fördert eine ausgewogene Entscheidungsfindung.</p>	<p><i>Autorität</i></p> <p>Der Therapeut sagt dem Patienten, was er tun muss.</p>

Übersicht 1: Die Grundhaltung der Motivierenden Gesprächsführung (Miller/Rollnick 2004, S. 55)

1.3.4 Ambivalenzmodell

Neben diesen drei Komponenten, die die innere Grundhaltung der MG kennzeichnen, nennen die Psychologen Joachim Körkel und Clemens Veltrup in ihrer Publikation weitere wesentliche Aspekte im Zusammenhang mit der Grundhaltung der MG, die sie aus Veröffentlichungen und Trainerseminaren herausgearbeitet haben (vgl. Körkel/Veltrup 2003, S 117). Sie führen hier das Ambivalenzmodell, die Achtung vor dem Klienten und den Widerstand als interaktionelles Phänomen an. Auf das Ambivalenzmodell soll wegen seiner besonderen Bedeutung in der MG im Folgenden ausführlicher eingegangen werden.

Wie bereits vorher beschrieben, wird Ambivalenz in der MG als etwas Normales, ein natürlicher Schritt im Veränderungsprozess angesehen. Die Ambivalenz ist aus der Sicht der MG ein normaler Teil des menschlichen Erlebens und Verhaltens (vgl. Körkel/Veltrup 2003, S.117). Es wird die Annahme zu Grunde gelegt, dass Menschen nicht unmotiviert sind, sondern ambivalent, sich zwiespältig bezüglich einer Sache oder einer Person fühlen. Miller und Rollnick widmen diesem zentralen Thema der MG in ihrem Buch ebenfalls eine ausführliche Darstellung, auch wenn sie die Ambivalenz nicht zur spezifischen Grundhaltung zuordnen, ist sie jedoch eine wichtige Grundannahme und für das weitere Verständnis des Veränderungsprozesses im Rahmen der MG von Bedeutung (und daher werden hier auch ihre Ausführungen zum Thema dargestellt). Sie stellen das Phänomen der Ambivalenz, das auch bei psychischen Störungen oft im Vordergrund steht, anschaulich dar: „Eine Person, die an Agoraphobie leidet, mag zum Beispiel sagen, ‚ich will ja die Wohnung verlassen, aber ich habe Angst, dass ich die Kontrolle verliere““ (vgl. Miller/Rollnick 2004, S. 31).

Hier wird ein Annäherungs-Vermeidungs-Konflikt deutlich, der auch für abhängiges Verhalten kennzeichnend ist. Die Menschen erkennen, dass ihr Verhalten mit Risiken und Kosten verbunden ist, fühlen sich jedoch aus verschiedenen Gründen zu ihrem – in diesem Fall vermeidenden – Verhalten hingezogen und sitzen darin fest. Sie wollen sich einerseits ändern, und gleichzeitig wollen sie sich auch nicht ändern. Es ist entscheidend, dass die Ambivalenz erkundet und aufgelöst wird. Der Ambivalenzkonflikt ist nicht als krankhaft zu deuten, und es ist nicht davon auszugehen, dass der Klient mit Informationen und Ratschlägen überzeugt werden muss, sein Verhalten zu ändern. Die Ambivalenz kann eine zentrale Herausforderung darstellen, die jedoch aufgelöst werden muss, damit eine Veränderung eintreten kann. Unaufgelöste Ambivalenzen können die Probleme verstärken und diese fortbestehen lassen (vgl. ebd. 2004, S. 31f.).

In psychologischen Theorien sind Konflikte ein wichtiges Konzept, und der Psychologe Kurt Lewin hat die inneren Konflikte in drei verschiedene Typen eingeteilt, die alle eine verschiedene innere Zerrissenheit ausdrücken.

Der *Annäherungs-Annäherungs-Konflikt* ist der angenehmste von den drei Konfliktformen, denn zwischen den Alternativen, zwischen denen die Person zu wählen hat, sind beide gleich attraktiv für sie und die wichtigsten Entscheidungsgründe sind alle positiv. Das heißt, die negativen Gründe können bei der Entscheidung

vernachlässigt werden. Beide Alternativen können jedoch nicht gleichzeitig erreicht werden, und daher muss sich die Person für eine Alternative entscheiden (vgl. Pascheka 2001, S. 28f.). Ein Beispiel hierfür wäre die Entscheidung, die eine Person treffen muss, ob sie zum Essen ins Restaurant geht oder der Einladung von Freunden folgt.

Der *Vermeidungs-Vermeidungs-Konflikt* ist der unangenehmste der Konfliktformen, da beide Alternativen gleichermaßen unattraktiv und unangenehm durch die Person bewertet sind und egal, wie die Person sich entscheidet, sie immer nur zwischen zwei Übeln wählen kann (vgl. ebd. 2001, S. 29). Die wichtigsten Entscheidungsgründe sind alle negativ, und sie ist eigentlich bestrebt, beide Alternativen zu vermeiden. Als Beispiel für einen Vermeidungs-Vermeidungs-Konflikt könnte man sich eine Person vorstellen, die zwischen dem weiteren Ertragen der Zahnschmerzen und dem Aufsuchen des Zahnarztes zu wählen hat.

Die dritte Form des inneren Konfliktes, die von Lewin aufgeführt wurde, ist der *Annäherungs-Vermeidungs-Konflikt*, bei dem die Entscheidung sowohl Wertvolles und Angenehmes als auch Unangenehmes mit sich bringt (vgl. ebd. 2001, S. 29). In diesem *Annäherungs-Vermeidungs-Konflikt* scheinen viele Menschen gefangen zu sein, und er scheint einen auffallend hohen Stress zu bewirken. Die Person fühlt sich vom gleichen Sachverhalt angezogen als auch abgestoßen. Bezugnehmend auf das o. g. Beispiel der an Agoraphobie leidenden Person heißt das, egal ob sich die Person für oder gegen das Verlassen der Wohnung entscheidet, beide Optionen beinhalten gleichermaßen Vor- und Nachteile, die für die Person relevant sind. Ein typisches Merkmal, das sich aus dem Annäherungs-Vermeidungs-Konflikt ergibt, ist das Hin- und Herpendeln zwischen dem ambivalenten Sachverhalt und die damit verbundenen ambivalenten Gedanken, Gefühle und das Verhalten (vgl. Miller/Rollnick 2004, S. 33).

Die hier beschriebenen Konflikttypen kommen jedoch im Alltag nur selten in Reinform vor, und die Psychologen Carl Iver Hovland und Robert Richardson Sears identifizierten einen vierten Konflikttyp, den sie als den *doppelten Annäherungs-Vermeidungs-Konflikt* bezeichneten. Bei diesem Konflikt wird das Verhalten der Person von zwei Alternativen beeinflusst, die jeweils sowohl anziehende positive als auch abstoßende negative Aspekte beinhalten (vgl. Rothermund/Eder 2011, S. 56).

Personen, die sich in einem Annäherungs-Vermeidungs-Konflikt befinden, sehen häufig die Alternativen, die ihre Entscheidung hat, nicht und bei der Verdeutlichung der Vor- und Nachteile der jeweiligen Handlungsalternativen kann sich aus dem Annäherungs- Vermeidungs- Konflikt ein doppelter Annäherungs- Vermeidungs- Konflikt entwickeln.

Zur Darstellung von Ambivalenz ist die Entscheidungswaage eine hilfreiche Metapher. Die Person schwankt zwischen beiden Seiten der Balkenwaage hin und her, weil beide Seiten mit Kosten und Nutzen verbunden sind. Auf beiden Seiten der Waage sind jeweils zwei Arten von Gewichten: eines stellt die wahrgenommenen bzw. erhofften Vorteile / Nutzen des Status Quo und der Veränderung dar, das andere die wahrgenommenen Nachteile / Kosten des jeweiligen Verhaltens (vgl. Miller/Rollnick 2004, S. 33f.).

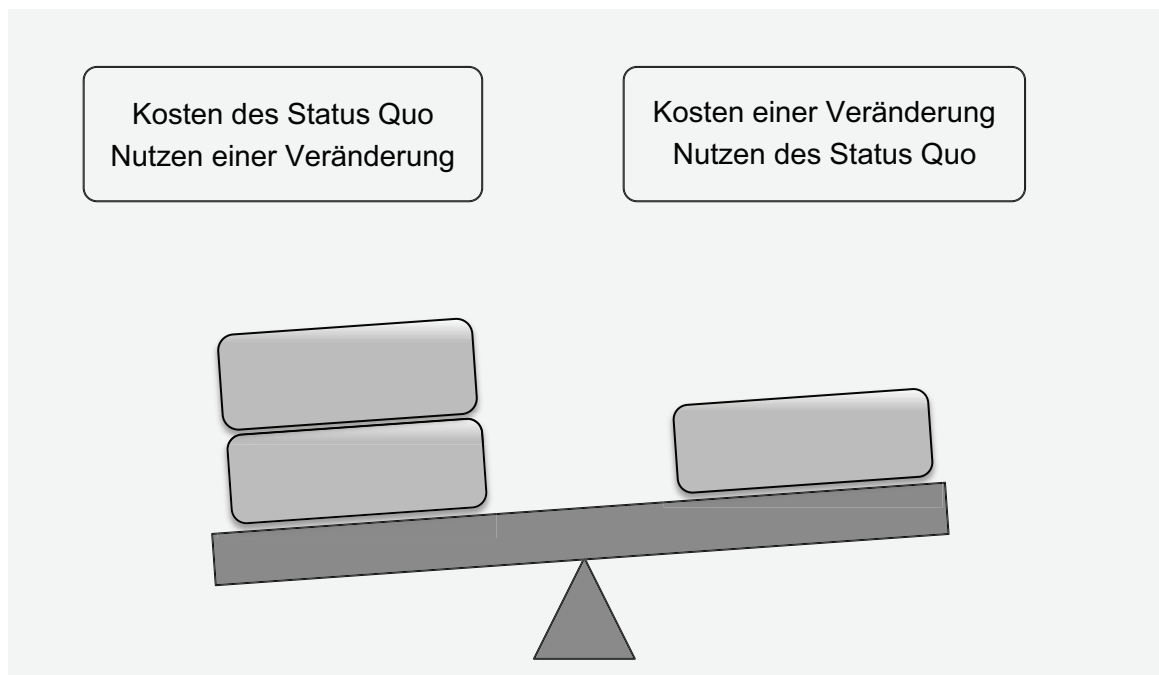


Abbildung 1: Entscheidungswaage zur Abwägung zwischen Kosten und Nutzen einer Veränderung bzw. Nichtveränderung (vgl. Miller/Rollnick 2004, S. 34)

Die einfache und übersichtliche Vier-Felder-Matrix erlaubt zusätzlich eine ausführliche Auflistung aller relevanten Argumente, die die Person als den Nutzen oder die Kosten des jeweiligen Verhaltens ansieht. Durch die schriftliche Fixierung der jeweiligen Argumente ist es dem Klienten möglich, diese zu betrachten, sowie abzuwägen und die Ambivalenz aufzulösen. Die verschiedenen Darstellungsmög-

lichkeiten der Ambivalenz werden im Laufe der Methode noch von Bedeutung sein und somit wird in den weiteren Ausführungen dieser Arbeit darauf eingegangen.

Die Therapeuten der MG sehen Ambivalenz in all ihren Erscheinungsformen als normales Phänomen an und durch die akzeptierende, wertschätzende und empathische Haltung des Therapeuten, ist es dem Klienten möglich, seine Ambivalenz zu verstehen und aufzulösen und eine Verhaltensänderung anzustreben. Somit ist das Verstehen der Ambivalenz ein zentrales Ziel der MG.

Die Sichtweise, dass sich der Klient im Moment durchaus sinnhaft verhält und sich nicht einfach anders zu verhalten vermag, da er in seiner inneren Ambivalenz gefangen ist, bedarf der Achtung vor dem Klienten und dem Respekt vor seinem Gewordensein (vgl. Körkel/Veltrup 2003, S. 117f.).

1.4 Prinzipien der Motivierenden Gesprächsführung

Die vier Prinzipien verbinden die spezifische Grundhaltung und die Grundannahmen der MG mit den bestimmten Strategien, die in der MG zum Einsatz kommen. Sie bilden die Leitlinien für den Dialog mit dem Klienten ab. Empathie als zentrale Basiskompetenz, die Entwicklung von Diskrepanzen zwischen dem aktuellen Verhalten des Klienten und seinen persönlichen Zielen, der Umgang mit Klientenwiderstand und die Förderung von Selbstwirksamkeit können Veränderungssequenzen im Gespräch hervorrufen und erhöhen die Wahrscheinlichkeit der Veränderung. Auf diese vier allgemeinen Prinzipien die im Folgenden näher ausgeführt werden, baut die praktische Anwendung der MG auf.

1.4.1 Empathie ausdrücken

Als grundlegendes Merkmal der MG bezeichnen Miller und Rollnick den klientenzentrierten und empathischen Therapiestil. Diese von Empathie geprägte Grundhaltung der Kommunikation zieht sich von Beginn an durch den gesamten Prozess der MG.

Die Autoren der MG schließen sich der Definition von Rogers an, nach der Empathie ein kunstvolles Reflektieren beinhaltet, durch das die Erfahrungen und Bedeutungen des Klienten geklärt und verstärkt werden, ohne dass eine Vermischung mit den Bewertungen des Therapeuten erfolgt (vgl. Miller/Rollnick 2004, S. 22).

Empathie ist folglich die Bereitschaft und die Fähigkeit des Therapeuten, sich in Empfindungen und Einstellungen des Klienten einzufühlen. Empathie erfordert für jede neue Äußerung des Klienten eine hohe Sensibilität sowie eine kontinuierliche Überprüfung von Hypothesen über deren mögliche Bedeutung (vgl. Miller/Rollnick 1999, S. 41).

Ein empathischer Therapeut versucht, die Handlungen des Klienten durch respektvolles Zuhören aus dessen Perspektive zu sehen und die Welt aus dem Blickwinkel des Klienten zu erleben. Es gilt, zu versuchen, die Gefühle und Sichtweisen des Gegenübers zu verstehen, ohne sie beurteilen, zu kritisieren oder Schuld zuzuweisen. Das heißt nicht, dass der Therapeut die Verhaltensweisen für gut befindet, sondern dass die Verhaltensweisen nachvollziehbarer werden (vgl. Arkowitz u.a. 2010, S. 5).

Durch aktives Zuhören wird es dem Therapeuten möglich, die Innensicht des Klienten zu verstehen und ihn so zu akzeptieren, wie er ist. Die Akzeptanz ist nicht gleichzusetzen mit Zustimmung, und der Therapeut kann durchaus anderer Meinung sein oder andere Werte haben (vgl. Körkel/Veltrup 2003, S. 118). Wichtig für den Klienten ist das respektvolle und um Verständnis bemühte Zuhören des Therapeuten. Beim Aufbau der therapeutischen Beziehung hilft die akzeptierende und respektvolle Einstellung des Therapeuten, und unterstützt das Selbstwertgefühl des Klienten, welches wiederum die Veränderung fördert. Ambivalenz wird entsprechend der Grundannahme der MG als normaler Teil der menschlichen Erfahrung und Veränderung akzeptiert und nicht als schädliche Abwehrhaltung angesehen (vgl. Miller/Rollnick 2004, S. 59).

Forschungsergebnisse haben ergeben, dass die Empathie des Therapeuten ein signifikanter Prädiktor für die Therapieerfolge des Klienten ist, da er mit geringem Widerstand des Klienten und einer andauernden Verhaltensänderung einhergeht (vgl. ebd. 1999, S. 41). Die Menschen gehen das Risiko der Veränderung leichter ein, wenn sie sich angenommen fühlen und ihnen ihre Defizite nicht vorgehalten werden (vgl. Körkel/Veltrup 2003, S. 118).

In der Übersicht 2 sind die grundlegenden Ansätze des Empathieprinzips dargestellt.

Prinzip 1: *Empathie ausdrücken*

- Akzeptanz fördert Veränderung.
- Geschicktes aktives Zuhören ist unabdingbar.
- Ambivalenz ist normal.

Übersicht 2: Prinzip 1: Empathie ausdrücken (Miller/Rollnick 2004, S. 59)

1.4.2 Diskrepanzen entwickeln

Bei diesem Prinzip der MG steht das Bewusstmachen der Diskrepanzen zwischen dem aktuellen Verhalten und den grundsätzlichen Lebenszielen des Klienten im Vordergrund. Im Gegensatz zur klientenzentrierten Therapie von Rogers ist die MG hierbei bewusst direktiv, indem der Therapeut durch zielgerichtetes Vorgehen die positiven und negativen Seiten des Verhaltens erkundet und um die Auflösung der Ambivalenzen zu Gunsten einer Verhaltensänderung bemüht ist (vgl. Miller/Rollnick 2004, S. 60).

Diskrepanzen entwickeln heißt, dass der Therapeut dazu beiträgt, dass der Klient Widersprüche oder Dissonanzen zwischen seinem gegenwärtigen Verhalten und seinen bedeutsamen Zielen und Wertevorstellungen wahrnimmt. Häufig spüren Klienten, die in die Therapie kommen, bereits gewisse Diskrepanzen, sind jedoch im Annäherungs-Vermeidungs-Konflikt gefangen. Um die Ambivalenz aufzulösen, entlockt der Therapeut dem Klienten Argumente, die für eine Veränderung sprechen und erkundet sie mit dem Klienten. In der MG lenkt der Therapeut seine besondere Aufmerksamkeit auf die Argumente des Klienten, die er für eine Veränderung vorbringt und setzt diese zu den Argumenten gegen eine Veränderung in Beziehung (vgl. Arkowitz u.a. 2010, S. 6).

Der Therapeut unterstützt den Klienten, seine inneren Diskrepanzen bewusst und erlebbar zu machen und verstärkt diese bei Bedarf im Verlaufe des Prozesses soweit, dass der Klient von sich aus sein gegenwärtiges Verhalten in Frage stellt. Dabei regt der Therapeut den Klienten an, selbstständig Argumente für eine Verhaltensänderung zu artikulieren und spricht vor allem die inneren Motive des Klienten an. Verhaltensveränderung kann nur selten durch äußeren Druck, wie beispielsweise durch den Ehepartner oder durch gerichtliche Auflagen, erreicht werden. Die Klienten lassen sich eher von sich selbst als von anderen überzeugen.

Es werden gemeinsam die Ziele und Wünsche des Klienten herausgefunden, die im Konflikt mit dem Verhalten stehen. Durch geschickte Anwendung der MG verändert sie die Wahrnehmung des Klienten hinsichtlich der Diskrepanz, ohne dass dieser das Gefühl bekommt, dass er gezwungen oder gedrängt wurde. Das bedeutet, dass die Diskrepanz zwischen dem aktuellen Verhalten und den grundsätzlichen Lebenszielen besteht, die der Person wichtig sind und die Wichtigkeit einer Veränderung an innerer Kraft gewinnt (vgl. Miller/Rollnick 2004, S. 61). Das wird in selbstmotivierenden Äußerungen, change-talk, deutlich, der in vier Varianten auftreten kann:

- Der Klient benennt die *Nachteile des Status Quo*: Diese Äußerungen zeigen die Unzufriedenheit oder die Sorgen bezüglich des Ist-Zustandes auf, was noch kein Eingeständnis des Problems beinhalten muss. z.B.: „Ich mache mir wegen des Drogenkonsums Sorgen um meine Gesundheit.“
- Der Klient benennt die *Vorteile einer Veränderung*: Hierbei trifft der Klient Äußerungen, die Erkenntnisse über mögliche Vorteile einer Veränderung enthalten. Beide Varianten sind Gründe für eine Veränderung. z.B.: „Ich würde wieder eine bessere Beziehung zu meiner Frau haben.“
- Der Klient drückt *Optimismus bezüglich einer Veränderung* aus: Bei dieser Variante drückt der Klient seine Zuversicht und Hoffnung aus, die er in seine Fähigkeit hat, sich zu verändern. z.B.: „Ich glaube, ich kann es schaffen.“
- Der Klient formuliert die *Absicht zur Veränderung*: Die Absichts- und Bereitschaftsäußerungen zu einer Veränderung können in ihrer Stärke sehr variieren. z.B.: „So werde ich nicht mehr weiter machen.“ (vgl. ebd. 2004, S. 45f.)

Die Beispiele machen deutlich, dass der Therapeut dem Klienten aufmerksam zuhören muss, um change-talk zu erkennen und ihn entsprechend fördern zu können.

Übersicht 3 fasst die Erkenntnisse zum Entwickeln von Diskrepanzen zusammen.

Prinzip 2: Diskrepanz entwickeln

- Der Klient soll die Argumente für eine Veränderung selbst liefern, nicht der Therapeut.
- Eine wahrgenommene Diskrepanz zwischen gegenwärtigem Verhalten und persönlich wichtigen Werten und Zielen motiviert zu Veränderung.

Übersicht 3: Prinzip 2: Diskrepanz entwickeln (Miller/Rollnick 2004, S. 62)

1.4.3 Widerstand umlenken

Aufkommender Widerstand auf der Seite des Klienten ist in der MG ein Signal für den Therapeuten, seine Vorgehensweise zu verändern, denn es ist ein Zeichen von Dissonanz in der therapeutischen Beziehung. Widerstand ist nicht das Werk einer Person, sondern wird als Produkt der Interaktion zwischen dem Therapeut und dem Klienten aufgefasst und als natürlich und verständlich angesehen. Dem Widerstand wird nicht mit Gegenargumenten begegnet, da solche Argumente eher kontraproduktiv sind und den Klienten möglicherweise noch dazu in die entgegengesetzte Richtung drängen.

In der MG wird Widerstand nicht direkt angegangen, sondern es wird eher mit ihm mitgegangen oder er wird umgelenkt. Den Widerstand umzulenken bedeutet, den Klienten aktiv in den Prozess der Problemlösung einzubeziehen. Die MG geht in ihrer Grundannahme davon aus, dass der Klient autonom und kompetent genug ist, selbst wichtige Einsichten und Ideen zur Lösung seiner Probleme zu finden. Der Klient wird eingeladen, neue Perspektiven zu betrachten und neue Informationen zu bedenken (vgl. Miller/Rollnick 2004, S. 63).

Trefflich wird der Ansatz in diesem Satz beschrieben: „*‘Nimm’ was du willst und lass` den Rest zurück` ist die freizügige Art der Beratung, die diesen Ansatz durchzieht*“ (ebd. 2004, S. 63).

Die Methoden, mit denen in der MG auf Widerstand geantwortet wird, sind in zwei Kategorien unterteilt. Bei der ersten kommen Variationen reflektierender Aussagen zum Einsatz, und bei der zweiten Kategorie gehen die Erwiderungen über die Reflexionen hinaus (vgl. ebd. 2004, S. 144). Auf diese speziellen Kategorien mit ihren verschiedenen Variationen der Erwiderungen wird in einem folgenden Kapitel gesondert eingegangen.

Bei diesem Prinzip ist es wiederum wichtig für den Therapeuten, die Widerstandsreaktionen des Klienten zu erkennen und entsprechend darauf zu reagieren, damit ein relativ niedriges Niveau an Widerstand im Therapieprozess hervorgerufen wird. Auf der Grundlage eines Beobachtungssystems konnten Verhaltensmuster herausgearbeitet werden, die Klientenwiderstand während der Therapiesitzungen abbilden. Hierbei wurden vier Hauptarten von Widerstandsverhalten herausgearbeitet, die alle das Ausbleiben einer zukünftigen Verhaltensänderung anzeigen. Es geht nicht darum, die Reaktionen des Klienten den entsprechenden Kategorien zuzuordnen, sondern die Reaktionen, die eine Dissonanz im therapeutischen Prozess signalisieren, wahrzunehmen und damit eine mögliche Entfernung der Person von einer Veränderung zu erkennen. Die vier Hauptarten von Klientenwiderstand, die Miller und Rollnick unterscheiden sind:

- *Argumentieren*: Der Klient stellt die Kompetenz des Therapeuten in Abrede. z.B.: „Sie haben doch keine Ahnung, wie mich meine Zwangsrituale beeinträchtigen.“
- *Unterbrechen*: Der Klient schneidet dem Therapeuten das Wort ab oder fällt ihm ins Wort. z.B.: „Jetzt reicht es aber. Sie haben genug gesagt.“
- *Negieren*: Der Klient weist anderen Personen Schuld für seine Probleme zu, reagiert ablehnend, bagatellisiert oder leugnet eigene Probleme, lehnt Vorschläge ab und zeigt eine negativistische Haltung. z.B.: „Ich habe mit dem Alkohol kein Problem.“
- *Ignorieren*: Der Klient demonstriert eindeutig, dass er den Therapeuten ignoriert, in dem er unaufmerksam ist, keine Antworten gibt, nicht reagiert oder das Thema wechselt. z.B.: „Über meine Beziehung zu meiner Frau haben wir jetzt genug geredet. Lassen Sie uns mal über meine handwerklichen Fähigkeiten reden“ (vgl. Miller/Rollnick 2004, S. 72ff. / vgl. Körkel/Veltrup 2003, S. 119).

Die Grundprinzipien für einen konstruktiven Umgang mit Widerstand sind nochmals zusammenfassend in der Übersicht 4 angegeben.

Prinzip 3: *Widerstand umlenken*

- Nicht für die Veränderung argumentieren.
- Widerstand nicht direkt begegnen.
- Neue Perspektiven einladen, nicht vorschreiben.
- Widerstand ist ein Signal, die Vorgehensweise zu ändern.
- Der Klient ist die beste Quelle für Antworten und Lösungen.

Übersicht 4: Prinzip 3: Widerstand umlenken (Miller/Rollnick 2004, S. 63)

1.4.4 Selbstwirksamkeit fördern

Das vierte Prinzip betrifft das Konzept der Selbstwirksamkeit. Der Psychologe Albert Bandura entwickelte in den 70er Jahren in den USA das Konzept der Selbstwirksamkeit.

Er definierte Selbstwirksamkeit wie folgt: „*Bewusste Selbstwirksamkeit bezeichnet den Glauben an die eigene Fähigkeit, die notwendigen (erforderlichen) Handlungen so zu planen und auszuführen, dass künftige Situationen gemeistert werden können*“ (Übersetzung C. F.). (Fuchs 2005, S. 18)“.

Bandura stellte die zentrale Rolle des Glaubens hinsichtlich der Wirksamkeit oder der Überzeugung an die eigenen Fähigkeiten und Kompetenzen heraus. Jemand, der an seine Fähigkeiten glaubt, wird ein Vorhaben eher umsetzen können als jemand, der sich selbst als unfähig einschätzt. Dieser Glaube stellt eine intrinsische Motivationskomponente dar, die beim menschlichen Handeln eine entscheidende Rolle spielt. Daneben beeinflusst der Glaube an die eigenen Fähigkeiten menschliches Handeln im Zusammenspiel mit menschlichen Emotionen entscheidend. Weiterhin spielen nach der Definition von Bandura Situationen in der Zukunft ebenso eine Rolle, wie selber gesteckte Ziele oder persönliche Vorhaben. Es entspricht dem menschlichen Grundbedürfnis, selbstwirksam zu sein und Kontrolle auszuüben. Kontrolle bezieht sich hierbei auf Vertrauen in das eigene Können, den Glauben an persönliche Handlungsmöglichkeiten oder die Überzeugungen bezüglich eigener Wirksamkeit. Diese Kognitionen - Ideen, Vorstellungen und Bilder - beruhen auf individuelle Erfahrungen, die aus der Wahrnehmungen entstehen (vgl. ebd. 2005, 18ff.).

Das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten wird im Rahmen der MG als Motivationsquelle verstanden, und die Stärkung des Vertrauens und des Glaubens ist daher entscheidend für die Entwicklung der Motivation. Folglich ist es von besonderer Bedeutung, die Wahrnehmung des Klienten für seine eigene Fähigkeit mit Schwierigkeiten auf dem Weg zu einer Veränderung fertig zu werden, zu fördern. Die Betonung der persönlichen Verantwortung des Klienten für seine Veränderung ist ebenfalls eine Möglichkeit, die Selbstwirksamkeit zu verstärken. Hierbei steht der Therapeut dem Klienten hilfreich zur Seite, nimmt ihm jedoch nicht die Verantwortung für die Veränderung ab. Dabei ist der therapeutische Optimismus bzw. die Überzeugung, dass in jedem Menschen das Potential zur Veränderung steckt, grundlegend und kann einen starken Effekt auf das Ergebnis haben. Beim Klienten soll das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und in die erfolgreiche Umsetzung der Veränderung gestärkt werden.

Eine Person, die die Absicht hat, sich zu verändern, benötigt jedoch genügend Zuversicht, Selbstwirksamkeitserwartung also, um die Veränderung auch anzugehen. Die Zuversicht des Klienten, Veränderungen zu erreichen, kann vom Therapeuten gezielt hervorgehoben und verstärkt werden. Äußerungen des Klienten, die Änderungszuversicht zum Ausdruck bringen, werden als *confidence-talk*³ bezeichnet, der eine Art von *change-talk* ist (vgl. Miller/Rollnick 2004, S. 65). Durch den Einsatz von bestimmten Methoden, auf die später detailliert eingegangen wird, kann *confidence-talk* gefördert werden.

In der fünften Übersicht sind Grundannahmen zur Förderung der Selbstwirksamkeit zusammengefasst.

³ Der Begriff *confidence-talk* wurde in der deutschen Übersetzung in englischer Sprache beibehalten. Der Begriff „confidence“ beinhaltet mehr als Zuversicht, auch ein grundsätzliches Gefühl von Selbstvertrauen (vgl. Miller/Rollnick 2004, S. 155).

Prinzip 4: Selbstwirksamkeit fördern

- Der Glaube, sich verändern zu können, ist ein wichtiger Motivator.
- Der Klient, nicht der Therapeut, ist für die Entscheidung zur Veränderung und deren Umsetzung verantwortlich.
- Der Glaube des Therapeuten an die Fähigkeit der Person, sich zu verändern, wird zu einer Selffulfilling Prophecy.

Übersicht 5: Prinzip 4: Selbstwirksamkeit fördern (Miller/Rollnick 2004, S. 65)

1.5 Strategien der Motivierenden Gesprächsführung

Die zuvor beschriebenen Prinzipien der MG werden durch bestimmte Strategien in die Praxis umgesetzt. Besonders in der ersten Phase der MG, in der es um die Erforschung und Auflösung der Ambivalenzen des Klienten und um den Aufbau der Motivation zur Veränderung geht, sind diese Strategien besonders notwendig. Sie bilden das Gerüst der MG, sind miteinander verbunden und werden von Beginn an angewandt

Die ersten vier Strategien, zu denen offene Fragen stellen, aktives Zuhören, bestätigen und zusammenfassen gehören, stammen aus der klientenzentrierten Gesprächsführung und werden in der MG eingesetzt, um dem Klienten zu helfen, seine Ambivalenzen zu erforschen und persönliche Gründe für eine Veränderung zu finden. Sie ermutigen den Klienten zum Reden, und insbesondere in der Anfangsphase sollte der Klient Zeit zum Reden haben, um seine Sorgen erkunden zu können. Die fünfte Strategie, change-talk hervorrufen, ist spezifisch für die MG und eindeutig direktiv (vgl. Miller/Rollnick 2004, S. 98f.). Die beiden weiteren speziellen Strategien dienen zur praktischen Umsetzung der Prinzipien „Widerstand umlenken“ und „Selbstwirksamkeit fördern“. Zu den Schlüsselbereichen der Fertigkeiten, die grundlegend für die MG sind, gehören: Aktives Zuhören, Antworten auf change-talk und Umgang mit Widerstand (vgl. ebd. 2004, S. 66).

Auf die einzelnen Strategien wird im Folgenden näher eingegangen.

1.5.1 Offenen Fragen stellen

Besonders in der Anfangsphase ist es wichtig, eine Atmosphäre der Akzeptanz und Wertschätzung zu schaffen, die es dem Klienten ermöglicht, Vertrauen zu entwickeln. Eine solche Atmosphäre ermöglicht es dem Klienten, sich offen zu äußern und so mit seinen Problemen auseinander zusetzen. Offene Fragen laden den Klienten zum Erzählen ein, wobei der Therapeut aufmerksam zuhört, ihn ermutigt und ihm relativ viel Freiraum bietet, indem er sich selbst mit dem Reden zurückhält (vgl. Miller/Rollnick 2004, S. 98).

Offene Fragen unterscheiden sich von geschlossenen Fragen dadurch, dass sie nicht mit „ja“ oder „nein“ beantwortet werden können und keine kurzen Antworten erlauben. Sie ermöglichen hingegen eine weitere Exploration durch den Klienten und fördern eine Auseinandersetzung des Klienten mit seinem Problemverhalten. Sie ermutigen den Klienten, über sein Problemverhalten und die dazugehörige Motivation zu sprechen. Auch bei den offenen Fragen gilt, nicht mehr als drei aufeinander folgende Fragen zu stellen. Beispiele für offene Fragen sind: „Sie erzählten mir, dass Sie einige Probleme mit ihrem Sohn haben. Was möchten Sie gern besprechen?“

In der MG geht es darum, den Klienten zu unterstützen, sich mit eigenen Erfahrungen auseinander zu setzen und die eigenen Ambivalenzen offen zu erforschen. Hierbei wird der Klient durch offene Fragen eingeladen, seine Sichtweise offen und ausführlich darzulegen. Durch das Stellen offener Fragen ist es möglich, ein Thema für die Exploration vorzuschlagen und dann im Folgenden die anderen Strategien anzuwenden. Das Problemverhalten bleibt dabei jedoch im Mittelpunkt der besonderen Aufmerksamkeit des Therapeuten, um Änderungssequenzen hervorzurufen. Durch den Einsatz selektiver offener Fragen durch den Therapeuten fokussiert dieser den Klienten auf die Bereiche, die ihm für die Arbeit an Ambivalenz und Veränderung bedeutend erscheinen (vgl. Arkowitz u.a. 2010, S. 7).

1.5.2 Aktives Zuhören

Gewöhnlich bedeutet zuhören, still zu sein und seinem Gegenüber zuzuhören. Beim aktiven Zuhören geht es jedoch darum, wie der Therapeut auf das Gesagte des Klienten reagiert. Der Therapeut hört nicht nur passiv zu, sondern meldet dem Klienten das Verstandene in möglichst vertiefter Form zurück. Das betrifft ebenso

den verbal geäußerten Inhalt des Gespräches als auch die emotionalen Zwischentöne und Reaktionen des Klienten. Im aktiven Zuhören wird die klientenzentrierte und emphatische Grundhaltung, die in der MG kennzeichnend ist, praktisch umgesetzt (vgl. Körkel/Veltrup 2003, S. 119). Aktives Zuhören bietet eine Möglichkeit, die Fähigkeit, sich in andere hineinzusetzen und ihre persönliche Bedeutungswelt verstehen zu können, zu überprüfen. Aktives Zuhören gehört, wie bereits erwähnt, zu den wichtigsten und gleichzeitig schwierigsten Fertigkeiten, die in der MG notwendig sind.

Das grundlegende Ziel des aktiven Zuhörens ist nach Miller und Rollnick die Ergründung der Ambivalenz und das Anregen, mit dem Erzählen und Explorieren fortzufahren. Das Hauptaugenmerk dieser Strategie liegt auf der Einschätzung dessen, was der Klient gesagt hat. Der Therapeut spiegelt im Sinne des aktiven Zuhörens dem Klienten die Bedeutung des Gesagten, so wie er dieses verstanden hat, in Form einer Feststellung wieder (vgl. Miller/Rollnick 2004, S. 104).

Eine Voraussetzung, um aktiv zuhören zu können, ist, reflektiv zu denken. Das heißt, dass man sich bewusst ist, dass die eigene Bedeutung, die man der Äußerung des Gegenübers zuschreibt, nicht mit der der Person übereinstimmen muss. Aktives Zuhören gibt dem Therapeuten eine Möglichkeit, sein Verständnis der Mitteilung nachzuprüfen, ohne es gleich für das einzig Richtige anzusehen (vgl. ebd. 2004, S. 104f.). Dabei ist sich der Therapeut der Vielfalt möglicher Bedeutungen einer Äußerung bewusst und überprüft seine Interpretation der Äußerung, indem er seine Feststellung dem Klienten zur Überprüfung anbietet. Das bewirkt, dass sich der Klient verstanden fühlt und ermöglicht dadurch eine weitere Auseinandersetzung mit der Problematik.

Es werden vier Formen der Reflexion beim aktiven Zuhören unterschieden:

- *Wiederholung*: weicht kaum von dem Gesagten ab und fragt den Klienten ab.
- *Neuphrasieren*: das Gesagte wird leicht umformuliert und mit eigenen Worten wiedergegeben.
- *Paraphrasieren*: stellt das Gesprochene in einem anderen Zusammenhang dar oder beinhaltet Hypothesen darüber, was hinter dem Gesprochenen stehen könnte.
- *Reflexion der Gefühle*: die emotionalen Aspekte des Gesagten werden durch Gefühlsaussagen betont (vgl. Arkowitz u.a. 2010, S. 8).

Beim aktiven Zuhören verzichtet der Therapeut auf Befehle, Vorschläge machen, belehren und kritisieren. Diese Reaktionen bezeichnete Thomas Gordon, ein Psychologe aus den USA, als Kommunikationssperren, die u.a. zur Folge haben, dass sich der Klient im Folgenden aus der Diskussion des Problems heraushält, keine Lösungsbeiträge mehr liefert, aufhört, über sich selbst zu sprechen und sich nun auf die Äußerung der Kommunikationssperre konzentriert (vgl. Gordon 2012, S. 100ff.). Kommunikationssperren tendieren dazu, die Verantwortung dem Problembesitzer zu entziehen und signalisieren den Wunsch, den Anderen zu verändern statt ihn zu akzeptieren. Aktives Zuhören hingegen lässt das Problem beim Gegenüber und hilft ihm, es selbst zu lösen.

Innerhalb der MG gibt es Zeitpunkte, bei denen Anregungen in konstruktiver Form durch den Therapeuten in das Gespräch einfließen können, sofern der Klient dem zustimmt und es wünscht (vgl. Körkel/Veltrup 2003, S. 119).

Reflektieren kann direktiv sein, denn der Therapeut bestimmt, was er reflektiert, was er ignoriert, was er verstärkt bzw. was er abschwächt und welche Worte er für die Reflexion benutzt (vgl. Miller/Rollnick 2004, S. 109).

Insbesondere in der Anfangsphase ist es angezeigt, auf offene Fragen reflektierend zu antworten, um so änderungs- und zuversichtsbezogene Aussagen verstärken zu können. Der Klient hört seine eigene Aussage damit wenigstens zweimal, fühlt sich durch den Therapeuten wahrgenommen und wird ermutigt, seine Ambivalenzen weiter zu erkunden.

1.5.3 Bestätigen

Durch die Würdigung bzw. Wertschätzung von Verhaltensweisen und Äußerungen des Klienten stärkt der Therapeut das therapeutische Bündnis und ermutigt den Klienten, das Risiko einer Veränderung einzugehen. Bestätigen ist ein Ausdruck der empathischen Grundhaltung und unterstützt den Klienten während des Veränderungsprozesses (vgl. Körkel/Veltrup 2003, S. 119).

Aktives Zuhören wird häufig schon vom Klienten als bestätigend wahrgenommen. Die direkte Bestätigung jedoch ist eine weitere Möglichkeit, positives Verhalten aufzubauen und eine offene Exploration zu verstärken. Es geht bei dieser Strategie darum, die Stärken und Bemühungen des Klienten wahrzunehmen und in angemessener Weise zu bestätigen (vgl. Miller/Rollnick 2004, S. 109f.).

1.5.4 Zusammenfassen

Zusammenfassungen dienen dazu, das Gespräch zu strukturieren, wichtige Aspekte des Gespräches hervorzuheben, miteinander zu verbinden und zeigen dem Klienten, dass der Therapeut aufmerksam zugehört hat. Dieses wirkungsvolle Vorgehen sollte von Beginn an in der MG eingesetzt werden. Es gibt dem Klienten die genannten Inhalte, die für die Änderungsmotivation bedeutsam sind, wieder. Zusammenfassende Aussagen werden vor allem dazu genutzt, change-talk zusammenzutragen und zu verstärken. Miller und Rollnick führen drei Arten von Zusammenfassungen auf, die in der MG förderlich sind.

Sammelnde Zusammenfassungen werden im Verlauf der Exploration, nachdem der Klient eigene Aussagen zur Veränderungsmotivation getroffen hat, angeboten und laden den Klienten ein, fortzufahren.

Verbindende Zusammenfassungen verknüpfen die Inhalte der Ausführungen des Klienten miteinander und ermutigen ihn, über die Beziehung zwischen zwei oder mehreren zuvor besprochenen Themen nachzudenken. Mit Hilfe der verbindenden Zusammenfassung können dem Klienten die Ambivalenzen deutlich gemacht werden. Sie ermöglicht eine gleichzeitige Betrachtung der positiven als auch negativen Aspekte. Der Klient hat die Möglichkeit, seine vorgetragenen Argumente erneut zu hören, und damit wird die Auseinandersetzung mit der eigenen Ambivalenz gefördert.

Die *überleitende Zusammenfassung* zeigt den Wechsel von einem Thema auf ein anderes an. Zusammenfassungen können nach einzelnen Gesprächsabschnitten und am Sitzungsende erfolgen. Überleitende Zusammenfassungen können auch am Beginn der nächsten Sitzung einen geeigneten Einstieg in das Gespräch darstellen. Die Zusammenfassung erlaubt dem Klienten, diese zu berichtigen oder zu ergänzen (vgl. Miller/Rollnick 2004, S. 110ff.).

1.5.5 Change Talk hervorrufen

Die vorher beschriebenen Strategien helfen, die Ambivalenzen zu erforschen. Jedoch zur Auflösung der Ambivalenzen des Klienten und zur Hervorrufung von änderungsbezogenen Äußerungen ist die folgende bewusst direktive Strategie notwendig. Hierbei äußert der Klient selbst die Gründe für seine Verhaltensveränderung, und der Therapeut unterstützt den Klienten bei der Entwicklung selbstmoti-

vierenden Aussagen. Die Varianten, in denen sich change-talk darstellt, umfassen kognitive, emotionale und behaviorale Dimensionen der Verpflichtung zur Veränderung (vgl. Miller/Rollnick 2004, S. 116). Sie zeigen sich wie bereits beschrieben im Erkennen der Nachteile des Status Quo, im Erkennen der Vorteile einer Veränderung, in der Zuversicht bezüglich einer Veränderung und in der Veränderungsabsicht des Klienten.

Das Hervorrufen solcher änderungsbezogenen Äußerungen aus einem ambivalenten Klienten ist eine komplexe Fertigkeit, weil sie durch viele verschiedene Methoden erreicht werden kann und gilt als eine der Schlüsselfertigkeiten in der MG (vgl. ebd. 2004, S. 116). Die acht Methoden, um change-talk hervorzurufen, dienen der Umsetzung des Prinzips „Diskrepanzen entwickeln“ (vgl. Körkel/Veltrup 2003, S. 119).

Nach änderungsbezogenen Äußerungen zu fragen, ist die einfachste und direkteste Methode. Durch das *Stellen von offenen Fragen* können Wahrnehmungen und Befürchtung des Klienten ergründet werden.

Wenn ein Grund für eine Veränderung im Gespräch genannt wird, kann es hilfreich sein, den Klienten dieses *Thema weiter entwickeln* zu lassen. Das bietet die Chance, weiteren change-talk hervorzurufen und die Veränderungsbereitschaft weiter zu verstärken. Dies kann zum Beispiel durch die Schilderung eines typischen Tages durch den Klienten erfolgen.

Durch das *Erwägen von Extremen*, können mögliche Folgen des Verhaltens illustriert werden. Hierbei bittet der Therapeut den Klienten, die Extreme seiner Besorgnisse bzw. positive Extreme einer Verhaltensänderung darzustellen, was besonders nützlich sein kann, wenn scheinbar wenig Verlangen nach einer Veränderung vorliegt.

Der Blick in die Vergangenheit und in die Zukunft können Perspektiven des derzeitigen Problemverhaltens bzw. einer Verhaltensänderung aufzeigen. Das *Zurückblicken* in die Zeit, bevor das Problem auftrat, kann die Diskrepanz mit dem gegenwärtigen Zustand veranschaulichen und ebenso die Option auf ein besseres Leben anbieten. Der *Blick in die Zukunft* lädt den Klienten ein, herauszufinden und zu beschreiben, wie sein Leben nach einer Veränderung aussehen könnte bzw. wie es aussehen könnte, wenn keine Verhaltensänderung umgesetzt wird.

Davon ausgehend, dass der Klient nicht unmotiviert ist, werden subjektiv bedeutsame *Ziele und Werte des Klienten exploriert*, die dem Problemverhalten entge-

genstehen können. Dabei geht es um das Aufspüren und Entwickeln von Dissonanzen zwischen den herausgearbeiteten Werten und Zielen des Klienten und der aktuellen Lebensrealität.

Zwei strukturierte Verhaltensweisen, die sich bei der Hervorrufung von Änderungssequenzen bewährt haben, sollen im Folgenden detaillierter dargestellt werden. Um die Ambivalenz des Klienten zu verstehen, ist es nützlich, seine Wahrnehmung bezüglich der Wichtigkeit der Veränderung zu kennen. Ein wesentliches Element der Verhaltensänderung ist die Bedeutung, die der Klient dieser zumisst. Für eine Verhaltensänderung ist es wichtig, dass das Problemverhalten als bedeutsam vom Klienten angesehen wird. Mittels Hilfe einer *Wichtigkeitsskala* kann die Bedeutung einer möglichen Verhaltensänderung exploriert werden und so können bereits vorhandene und noch nicht vorhandene Gründe, die für eine Verhaltensänderung des Klienten von Bedeutung sind, erarbeitet werden. Das ist insbesondere angezeigt, wenn die Motivation zur Verhaltensänderung noch nicht ausreichend vorhanden ist.

Beispiel: „*Wie wichtig ist es für Sie auf einer Skala von null bis zehn, etwas an ihrem Verhalten zu ändern, wenn null ‚gar nicht wichtig‘ und zehn ‚extrem wichtig‘ bedeutet?*“

Im Anschluss daran werden Fragen gestellt, die beim Klienten Denkprozesse anregen und ihm somit neue Sichtweisen eröffnen und wahrscheinlich change-talk enthalten werden:

„*Warum sind Sie bei fünf und nicht bei null?*“

„*Was wäre nötig, um Sie von fünf auf acht zu bringen?*“

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
gar nicht									extrem	
wichtig									wichtig	

Abbildung 2: Wichtigkeitsskala (Miller/Rollnick 2004, S. 81)

Eine weitere Methode ist das *Explorieren der Ambivalenzen mit Hilfe der Entscheidungswaage*. Es wurde bereits in dieser Arbeit auf die hilfreiche Metapher der Entscheidungswaage zur Darstellung der Ambivalenz hingewiesen, mit deren Hilfe die positiven und negativen Aspekte des gegenwärtigen Verhaltens und der Veränderung ergründet und gegenübergestellt werden können. Mit Hilfe der über-

sichtlichen Vier-Felder-Matrix können die Vor- und Nachteile einer Veränderung und die Vor- und Nachteile einer Beibehaltung des Status Quo exploriert und in die vier Felder eingetragen werden. Diese Darstellung regt den Klienten zum Erzählen an und ermöglicht, beide Seiten der Ambivalenz aufzuklären und Änderungsmotivation zu entwickeln oder zu fördern. Je größer die Diskrepanzen sind und je größer das Bewusstsein über diese Diskrepanzen ist, desto größer ist die Motivation zur Veränderung.

<p>Vorteile des Status Quo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alkohol hilft mir, zu entspannen • habe angenehme Rauscherlebnisse 	<p>Nachteile des Status Quo</p> <ul style="list-style-type: none"> • gefährde eine Ehe • bin schlechtes Vorbild für die Kinder • ruiniere meine Gesundheit • verschwende Zeit und Geld
<p>Mögliche Nachteile der Verhaltensänderung</p> <ul style="list-style-type: none"> • weniger Entspannung • keinen Rausch mehr • was soll ich den Freunden sagen 	<p>Mögliche Vorteile der Verhaltensänderung</p> <ul style="list-style-type: none"> • führe glücklichere Ehe • habe mehr Zeit für die Familie • habe weniger finanzielle Probleme

Übersicht 6: Vier-Felder-Matrix (vgl. URL 2, Kremer 2012)

Die MG ist eine direktive Methode, die bewusst auf die Auflösung von Ambivalenzen und Förderung einer Veränderung gerichtet ist. Daher ist es nicht ausreichend, wenn eine bestimmte Verhaltensänderung das Ziel der MG darstellt, change-talk nur hervorzurufen, sondern auch die bestimmte Art und Weise, wie der Therapeut auf die änderungsbezogenen Aussagen reagiert, ist von Bedeutung. Die Reaktionen des Therapeuten haben entscheidenden Einfluss darauf, ob sich der Klient dem Veränderungsziel nähert oder ob er sich davon entfernt (vgl. Miller/Rollnick 2004, S. 125).

Die vier Basisstrategien, die zur Verstärkung und Förderung von change-talk dienen, sind in diesem Kapitel bereits dargestellt worden. Tätigt der Klient Äußerungen, die in Richtung des Veränderungsziels deuten, sollte der Therapeut mit Interesse reagieren und ermutigende und offene Fragen stellen, die change-talk weiter entwickeln. Das einfache Reflektieren von change-talk führt zu einer Fortsetzung des Explorationsprozesses, indem es die Bedeutung dessen, was der Klient

gesagt hat, klärt und ihn ermutigt. Dabei ist das Reflektieren immer selektiv. Die Zusammenfassung der änderungsbezogenen Aussagen ist eine weitere Möglichkeit, auf change-talk zu reagieren. Durch die Zusammenfassung erhält der Klient die Gelegenheit, seinen eigenen change-talk noch einmal zu hören und es wird die gleichzeitige Anwesenheit beider Seiten der Ambivalenz betont. Ebenso kann durch die positive Bestätigung change-talk verstärkt werden. Bei der Anwendung der verschiedenen Strategien darf die Grundhaltung der MG nicht vergessen werden. Die Verhaltensänderung ist ein kooperativer Prozess der gemeinsamen Entscheidungsfindung, bei dem die Autonomie des Klienten respektiert wird und die Gründe für eine Veränderung aus den Werten und Zielen des Klienten selbst hervorgehen (vgl. Miller/Rollnick 2004, S. 126ff.).

1.5.6 Strategien zum Umgang mit Widerstand

Neben den beschriebenen Strategien besitzt der Umgang mit Widerstand eine große Bedeutung beim Aufbau der Veränderungsmotivation und stellt die Umsetzung des Prinzips Widerstand umlenken in konkretes Handeln dar. Widerstand ist ein Zeichen von Dissonanz in der therapeutischen Beziehung und ein bedeutsames Signal für den Therapeuten, sein Verhalten zu überprüfen. Change-talk und Widerstand sind zentrale Dimensionen in der MG und bedingen sich gegenseitig. Change-talk ist, wie beschrieben, der Ausdruck des Klienten in Richtung Veränderung und ein Zeichen für Konsonanz in der therapeutischen Beziehung. Widerstand hingegen ist ein Zeichen für Dissonanz und als Ausdruck der Entfernung von einer bestimmten Veränderung zu verstehen. Ein gutes motivierendes Gespräch sehen Miller und Rollnick wie „tanzen“, ein harmonisches Zusammenspiel von Klient und Therapeut (vgl. ebd. 2004, S. 67).

Widerstand des Klienten wird als Dissonanz in der Beziehung angesehen, und es bedarf mindestens zweier Personen, um nicht zu kooperieren und Widerstand entstehen zu lassen (vgl. ebd. 2004, S. 69). In der Kommunikation gibt es verschiedene Dissonanzquellen. So können die beteiligten Personen unterschiedliche Intentionen und Anliegen haben, und die Kommunikation wird zum Ringen darum, wessen Anliegen besprochen wird. Ist der Klient gegenüber einer Veränderung noch ambivalent und der Therapeut eilt der Auseinandersetzung des Klienten mit der Ambivalenz voraus, entsteht Dissonanz. Eine weitere Ursache für Dissonanz kann das Fehlen einer Einigung über die Rollen in der Beziehung sein. So kann

Dissonanz in Verbindung mit dem Thema Autonomie entstehen, wenn Therapeut und Klient verschiedene stillschweigende Annahmen darüber haben, wer das Sagen in der Beziehung hat und wer darüber bestimmt, was der Klient tun soll (vgl. Miller/Rollnick 2004, S. 70f.).

Konsonanz und Dissonanz sind zwei Pole des Beziehungskontinuums und ein dynamischer Zustand innerhalb der Beziehung. Bei Auftreten von Dissonanz liegt es in der Verantwortung des Therapeuten, die Dissonanz wahrzunehmen, die Ursachen zu verstehen und Wege zur Wiederherstellung der Konsonanz in der therapeutischen Beziehung zu finden (vgl. ebd. 2004, S. 71).

Spezifische Methoden, die in der MG angewandt werden, ermöglichen, auf Widerstand zu reagieren und diesen zu minimieren und damit ein hohes Maß an change-talk hervorzurufen. Das Erkennen dieser beiden Arten von Klientenverhalten ist eine wichtige Fertigkeit in der MG. Beide dienen zur Auflösung der Ambivalenzen und zur Förderung der Verhaltensänderung.

Change-talk	Widerstand
<ul style="list-style-type: none"> • Nachteile des Status Quo • Vorteile der Veränderung • Intention, sich zu verändern • Optimismus bzgl. der Veränderung 	<ul style="list-style-type: none"> • Vorteile des Status Quo • Nachteile der Veränderung • Intention, sich nicht zu verändern • Pessimismus bzgl. der Veränderung

Übersicht 7: change-talk und Widerstand (Miller/Rollnick 2004, S. 75)

Miller und Rollnick bezeichnen Therapeutenreaktionen, die Widerstand hervorrufen und verstärken, als Bevormundung. Sie unterscheiden sechs Arten von Bevormundung und verstehen Bevormundung als Verhaltensweise des Therapeuten, der versucht, dem Klienten eine ganz bestimmte Veränderung aufzudrängen. Das ist generell schädigend für die therapeutische Beziehung und hat einen Dissonanzverstärkenden Effekt.

Therapeuten Bevormundungen zeigen sich z.B. darin,

- dass der Therapeut *für eine bestimmte Veränderung argumentiert* und versucht, den Klienten zu überreden;

- dass der Therapeut die *Expertenrolle einnimmt* und dem Klienten das Gefühl gibt, auf alle Fragen eine Antwort zu haben;
- dass der Therapeut den Klienten *kritisiert, beschämt oder Schuld zuweist* und ihn dadurch zu einer Veränderung drängt;
- dass der Therapeut *in Eile* ist und dem Klienten vorausseilt, um den Prozess zu beschleunigen (vgl. Miller/Rollnick 2004, S. 76ff.).

Zeigt sich im Klientenverhalten Widerstand, ist es folglich ein deutliches Anzeichen von Dissonanz im Therapieprozess. So zeigt sich an, dass der Klient dem Therapeuten nicht folgen kann bzw. ihm nicht zustimmt. Die Aufgabe des Therapeuten ist es nun, innezuhalten, den Grund für das Widerstandsverhalten und die Dissonanz in der therapeutischen Beziehung zu verstehen und diese Schwierigkeiten anzusprechen (vgl. ebd. 2004, S. 139).

In beiden Phasen der MG können die im Folgenden beschriebenen allgemeinen Methoden zum geschmeidigen, nicht konfrontativen Umgang mit Klientenwiderstand angewandt werden. Die ersten drei Methoden sind Variationen reflektierender Aussagen. Einfaches, verstärktes und doppelseitiges Reflektieren sind relativ leicht umsetzbar und signalisieren dem Klienten, dass der Therapeut sein „Stop!“ gehört hat und ihn ernst nimmt (vgl. Körkel/Veltrup 2003, S. 120). Die *einfache Reflexion* erkennt die Gefühle, Wahrnehmungen oder die Tatsache an, dass der Klient anderer Meinung ist. Die *verstärkte Reflexion*, die in einer aufrichtigen, unterstützenden und konkreten Art und Weise gemacht werden muss, spiegelt das, was der Klient gesagt hat, in verstärkter oder überzogener Form zurück (vgl. Miller/Rollnick 2004, S. 143). Bei der *doppelseitigen Reflexion* wird die Ambivalenz widergespiegelt. Der Therapeut spiegelt das wider, was der Klient gesagt hat und gleichzeitig die andere Seite der Ambivalenz des Klienten.

Neben dem reflektierenden Zuhören gibt es weitere hilfreiche Methoden, auf Widerstand zu antworten und dadurch die zu Grunde liegende Dissonanz zu entschärfen und den Widerstand zu verringern. Der Therapeut kann den *Fokus verändern* und damit die Aufmerksamkeit des Klienten von dem Hindernis, das im Moment für den Klienten unüberwindbar scheint, abzulenken. So wird der Fokus erst einmal auf ein Thema gelenkt, das eher bearbeitet werden kann (vgl. ebd. 2004, S. 145f.).

Das Umdeuten, das Reframing, ist eine weitere Möglichkeit, mit Widerstand umzugehen. Der Therapeut bestätigt die Validität der Wahrnehmung des Klienten,

bietet ihm jedoch eine neue Bedeutung oder Interpretation dieser Wahrnehmung an. Diese Methode ermöglicht dem Klienten, seine Wahrnehmung aus einem anderen Blickwinkel zu betrachten, der hilfreicher ist und eine Veränderung unterstützt (vgl. Miller/Rollnick 2004, S. 146).

Durch das Reframing kann der Therapeut negative Aussagen neutralisieren oder umformen, indem er die in der Aussage verborgenen positiven Aspekte herausstellt. Reframing ist eine Methode aus dem Neurolinguistischen Programmieren⁴ und dabei werden Ereignisse oder auch Informationen in einem anderen Zusammenhang wiedergegeben. Menschliche Denkmuster weisen in der Regel einen Rahmen (frame) auf, nach dem Ereignisse interpretiert und wahrgenommen werden. Die Aussage wird in einem neuen Rahmen konstruiert oder in einen anderen Kontext gesetzt, der zu neuen Einsichten führt. Dies ermöglicht dem Klienten eine neue Art der Wahrnehmung, eine neue Interpretation der Aussage. Weiterhin werden dem Klienten dabei neue Informationen vermittelt, um sein Verständnis für die Situation zu verbessern (vgl. ebd. 2004, S. 146f.).

Besonders wirkungsvoll kann eine Kombination von Reflexion und Umformulierung, eine sogenannte *Zustimmung mit einer Wendung*, sein (vgl. Brueck/Mann 2007, S. 17). Der Therapeut stimmt zunächst einmal dem Klienten zu, jedoch mit einer leichten Richtungsänderung, die dem Therapeuten erlaubt, die Richtung zur Veränderung weiter zu beeinflussen (vgl. Miller/Rollnick 2004, S. 148).

Widerstand entsteht, wenn sich der Klient in seiner Entscheidungsfreiheit bedroht sieht, und er reagiert darauf oft mit einer Betonung seiner Autonomie. Das ist eine natürliche Reaktion, und eine frühzeitige Zusicherung der tatsächlichen Wahlfreiheit des Klienten durch den Therapeuten minimiert den Widerstand. Dieser Widerstand entsteht häufig aus dem Phänomen der psychologischen Reaktanz, und die *Betonung der persönlichen Kontrolle und Entscheidungsfreiheit* kann die Abwehrhaltung mindern (vgl. ebd. 2004, S. 149).

Die Theorie der psychologischen Reaktanz geht auf Jack W. Brehm zurück und wurde erstmals 1966 vorgestellt. Sie ist eine Motivationstheorie und beschreibt, wie Personen auf empfundene Einengung ihrer Freiheitsspielräume reagieren. Die motivationale Erregung mit dem Ziel, eine bedrohte oder eingeengte oder gänzlich

⁴ Die Neurolinguistische Programmierung (NLP) ist ein Kommunikationsmodell aus Erkenntnissen der Gehirnforschung (Neuro), der Sprachwissenschaft (Linguistik) und der Kognitions- bzw. Verhaltenswissenschaften (Programmieren). Die Sprache spiegelt unsere Denkstrukturen wider und ist im NLP ein wichtiger Bereich (vgl. Feustel/Komarek 2008, S.8).

eliminierte Freiheit wiederherzustellen, wird als Reaktanz bezeichnet (vgl. Gniech/Dickenberger 1997, S. 259). Es wird angenommen, dass eine Person psychologische Reaktanz entwickeln wird, wenn sie in einer bestimmten Situation davon ausgeht, sich grundsätzlich frei verhalten zu können und eine Einengung dieser subjektiven Freiheit erlebt (vgl. Frey u.a. 2010, S.52).

Den *Klienten begleiten*, mit der Position des Klienten konform gehen, ist eine direkte Erweiterung des Ambivalenzmodells. MG führt einen Dialog über die Ambivalenz des Klienten, und der Therapeut erforscht beide Seiten der Ambivalenz. Dabei liegt es in der Natur der Ambivalenz, dass der Klient nur eine Seite der Ambivalenz exploriert, wenn der Therapeut nur die andere Seite vertritt. Auf der Grundlage des Wissens um diese Prozesse gilt es, dem Klienten zur Seite zu treten, während er gegen eine Veränderung argumentiert, um die Argumente zu entschärfen und change-talk hervorzurufen (vgl. Miller/Rollnick 2004, S. 151).

Die Anwendung der letzten fünf beschriebenen Methoden, auf Widerstand zu antworten, erfordern höhere Anwendungserfahrungen und sollten mit Bedacht eingesetzt werden (vgl. Körkel/Veltrup 2003, S. 120).

1.5.7 Strategien zur Förderung von Selbstwirksamkeit

Die Umsetzung des Prinzips „Selbstwirksamkeit fördern“ erfolgt durch Methoden zur Stärkung der Änderungszuversicht. Die Stärkung des Selbstvertrauens des Klienten in seine Fähigkeiten, mit Schwierigkeiten umzugehen und eine Veränderung erfolgreich umzusetzen, ist das allgemeine Ziel der MG. Auf dem Weg des Erreichens dieses Zieles gilt es, die Zuversicht des Klienten, die Veränderung zu erreichen, zu verstärken.

Zuversicht wird in der MG auch als ein Ambivalenzthema behandelt, denn es ist unwahrscheinlich, dass sich ein Klient absolut unfähig fühlt, sich zu verändern. Der Klient hat sicher Argumente dafür, zuversichtlich in Bezug auf eine Veränderung zu sein als auch Argumente, warum eine Veränderung nicht realisierbar ist (vgl. Miller/Rollnick 2004, S. 156).

Durch bestimmte Methoden kann confidence-talk gefördert werden, der Zuversicht und Selbstvertrauen des Klienten zum Ausdruck bringt. *Offene Fragen* werden auch bei der Umsetzung dieser Strategie genutzt. Evokative Fragen werden eingesetzt, um Ideen, Erfahrungen und Wahrnehmungen des Klienten, die seine

Veränderungsfähigkeiten unterstützen, hervorzuheben (vgl. Miller/Rollnick 2004, S. 158).

Die *Zuversichtsskala* kann, wie bereits beim Hervorrufen von change-talk beschrieben, auch zum Hervorrufen von confidence-talk genutzt werden.

Beispiel: „*Wie zuversichtlich sind Sie auf einer Skala von null bis zehn, dass Sie die Veränderung erreichen können, wenn null ‚gar nicht zuversichtlich‘ und zehn ‚extrem zuversichtlich‘ bedeutet?*“

Desgleichen werden die weiterführenden Fragen eingesetzt, um die Perspektive des Klienten hinsichtlich seiner Zuversicht zu entwickeln.

„*Warum sind Sie bei fünf und nicht bei null?*“

„*Was wäre nötig, um Sie von fünf auf acht zu bringen?*“ (vgl. ebd. 2004, S. 159)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
gar nicht									extrem	
zuversichtlich									zuversichtlich	

Abbildung 3: Zuversichtsskala (Miller/Rollnick 2004, S. 81)

Das *Besprechen früherer Erfolge* unterstützt ebenfalls den Aufbau der Zuversicht. Durch Fragen nach früheren erfolgreichen Veränderungen, nach dem Weg dorthin und nach dem Umgang mit Hindernissen auf dem Weg zur Veränderung, werden diese ausführlich mit dem Klienten erörtert. Es werden Fertigkeiten und Stärken des Klienten herausgearbeitet und Einzelheiten des erfolgreichen Veränderungsprozesses analysiert, die der Klient im Gespräch selbst hervorbringen soll (vgl. ebd. 2004, S. 159f.).

Das *Ansprechen persönlicher Stärken und sozialer Unterstützungsmöglichkeiten*, die in dem angestrebten Veränderungsprozess förderlich sein könnten und deren Exploration, ist eine weitere Methode, um confidence-talk hervorzurufen. Hierbei achtet der Therapeut auf positive Eigenschaften (z.B. kreativ, geduldig, gründlich), die dem Klienten bei Veränderungen helfen können, bittet um weitere Ausführungen und reflektiert diese (vgl. ebd. 2004, S. 160).

Brainstorming ist eine gruppenorientierte Kreativitätstechnik zur gemeinsamen Ideenfindung, die gewöhnlich vorherrschende Denkschemata verlässt und neue

Vorschläge und innovative Lösungsansätze anstrebt (vgl. Kamiske/Brauer 2008, S. 250).

In den 1930-er Jahren entwickelte Alex F. Osborn die Idee des Brainstormings. Diese Technik kann auch in der Einzeltherapie angewandt werden (vgl. Ellebracht u.a. 2003, S. 152).

Die Methode des Brainstormings zur kreativen Förderung der Ideenfindung in Gruppen ist mittlerweile in der Literatur durchaus umstritten. Mehrere empirische Forschungen (z.B. Bond und Van Leeuwen, 1991; Stroebe und Diehl, 1994) haben deutlich gezeigt, dass Brainstorming-Gruppen deutlich schlechter abschneiden als die gleiche Anzahl von Personen, die individuell arbeiten. Durch drei Effekte werden die Verluste beim Brainstorming zu erklären versucht: Motivationsverluste und soziale Faulenzen, soziale Bewertung und Produktionsblockierung. Die Motivation sinkt, da die Leistung des Einzelnen nicht erkennbar ist und entbehrlich erscheint. Die Instruktionen der Methode zur Vermeidung der sozialen Bewertung scheinen nicht zu funktionieren, da die Originalität und Anzahl der guten Ideen nicht ansteigt. Produktionsblockierung bedeutet hierbei, dass man nicht gleichzeitig zuhören, das Gesagte speichern und neue Ideen produzieren kann. Die Produktionsblockierung ist eine der Hauptfaktoren zur Erklärung des Produktionsverlustes in Brainstorming-Gruppen. Der persönliche Eindruck der Gruppenmitglieder hingegen zeigt, dass sie Spaß in der Gruppe empfinden, sich positiv bestärkt und kreativ fühlen. Die Kapazitäten des Einzelnen werden durch die Komplexität der Brainstorming-Bedingungen überfordert, können jedoch in der Anwendung im Einzel-Brainstorming förderlich sein (vgl. Witte 2005, S. 18ff.).

Beim Brainstorming werden zunächst frei Ideen, Einfälle und Vorschläge, die bei der Umsetzung einer Veränderung hilfreich sein könnten, vom Klienten geäußert und vom Therapeuten gesammelt. Es kommt nicht darauf an, wie ausgereift, realistisch und qualitativ hochwertig die Ideen zu sein scheinen, sondern es geht um das Hervorbringen möglichst vieler Ideen. Der Klient äußert seine Ideen, ohne dass der Therapeut diese kritisiert. Beim Brainstorming geht es um die konstruktive Erfindung von Lösungsmöglichkeiten, die neue Wege ermöglichen.

Die geäußerten Ideen werden schriftlich fixiert und anschließend werden sie mit dem Klienten ausgewertet, und es wird erfragt, welche dieser Ideen annehmbar oder erfolversprechend erscheinen und warum (vgl. Miller/Rollnick 2004, S. 160).

Der Therapeut unterstützt hierbei die Kreativität des Klienten, um so viele Ideen wie möglich zu generieren, die ihm die Veränderung erleichtern.

Der Therapeut kann dem Klienten durchaus *Informationen und Ratschläge* unterbreiten, um die Erfolgszuversicht zu erhöhen. Diese werden dabei entsprechend der Grundhaltung der MG angeboten, indem dem Klienten vermittelt wird, dass er die Freiheit besitzt, diese anzunehmen oder nicht (vgl. Miller/Rollnick 2004, S. 162).

Die Methode des *Umformulierens*, die im Vorfeld ausführlich beschrieben wurde, wird ebenfalls bei der Stärkung von confidence-talk eingesetzt und kann die Zuversicht fördern.

Die Probleme, der Umfang und die Komplexität der Veränderung ziehen oftmals die gesamte Aufmerksamkeit des Klienten auf sich, und er fühlt sich in seinem Denken, seinen Emotionen und Verhalten wie gelähmt (vgl. Bamberger 2005, S. 33). In diesen Situationen lädt das *Thematisieren hypothetischer Änderungen* den Klienten ein, sich vorzustellen, dass die Veränderung bereits erfolgreich durchgeführt wurde und er vom Standpunkt des Erfolges aus auf den Veränderungsprozess zurückblickt. Der Therapeut erfragt beispielsweise, wie der Klient diese Veränderung erfolgreich umgesetzt hat und weckt damit neue Zuversicht (vgl. Miller/Rollnick 2004, S. 163).

Auf die beschriebenen Methoden, die alle zum Ziel haben, dass der Klient über Zuversicht hinsichtlich einer erfolgreichen Veränderung reden soll, wird in der gleichen Form geantwortet, wie es beim change-talk dargestellt wurde. In der MG wird davon ausgegangen, dass Zuversicht durch das Ausdrücken eigener Ideen und Vorstellungen hervorgerufen werden kann. Dabei wird auf den Einfallsreichtum des Klienten vertraut (vgl. ebd. 2004, S. 173).

1.6 Strukturelle Vorgehensweise

Die MG läuft grundsätzlich in zwei Phasen ab, die unterschiedliche, jedoch überlappende Ziele haben. In der ersten Phase wird die intrinsische Motivation des Klienten für eine Veränderung aufgebaut. In der zweiten Phase wird die Selbstverpflichtung zur Veränderung verstärkt, und es wird gemeinsam mit dem Klienten ein Plan zu deren Umsetzung entwickelt.

Die nachfolgende Übersicht zeigt die einzelnen Bestandteile, die in die MG einfließen.

Geist von Motivierender Gesprächsführung						
Partnerschaftlichkeit		Evokation		Autonomie des Klienten		
Ziele von Motivierender Gesprächsführung						
		<i>Phase 1</i> Motivation zur Veränderung aufbauen		<i>Phase 2</i> Selbstverpflichtung zur Veränderung stärken		
Prinzipien der Motivierenden Gesprächsführung						
Empathie ausdrücken		Diskrepanzen entwickeln		Widerstand umlenken		Selbstwirksamkeit fördern
Strategien der Motivierenden Gesprächsführung						
offene Fragen stellen	aktives Zuhören	bestätigen	zusammenfassen	change-talk hervorgerufen	Umgang mit Widerstand	Förderung von Selbstwirksamkeit

Übersicht 8: Komponenten der Motivierenden Gesprächsführung (vgl. Körkel/Veltrup 2003, S. 116)

1.6.1 Phase 1 – Motivation zur Veränderung aufbauen

Das Hauptziel in dieser Phase ist die Auflösung der Ambivalenz und der Aufbau der Veränderungsbereitschaft. Das Ausmaß der Arbeit in der ersten Phase ist abhängig vom Ausgangspunkt des Klienten. Einige Klienten haben schon zu Beginn der Therapie genügend Gründe, die für eine Veränderung sprechen, eruiert. Bei diesen Klienten besteht die Aufgabe darin, die Zuversicht und das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten zu stärken, damit die Veränderung erfolgreich umgesetzt werden kann. Bei Klienten, die in ihrer Ambivalenz gefangen sind, ist es erforderlich, change-talk hervorzurufen und Diskrepanzen zu entwickeln.

In der ersten Phase müssen die Wahrnehmungen bezüglich der Dringlichkeit und der Zuversicht des Klienten angesprochen werden, da beide Bestandteile der intrinsischen Motivation für Veränderungen sind und zum Verständnis der Ambivalenz des Klienten wichtig sind (vgl. Miller/Rollnick 2004, S. 80).

Beide Dimensionen der Veränderung werden in der ersten Phase, wie beschrieben, eruiert und bearbeitet, wobei die Reihenfolge der Bearbeitung flexibel ist. Damit ist verbunden, dass Diskrepanzen entwickelt und Zuversicht gestärkt wird.

Die in der Arbeit dargestellten Prinzipien und Strategien sind von Beginn der Therapie an anzuwenden und durch die spezifische Grundhaltung, durch die das Handeln in der MG geprägt ist, kann eine vertrauensvolle und positive Atmosphäre geschaffen werden.

1.6.2 Phase 2 – Selbstverpflichtung für Veränderungen stärken

Ist der Klient vornehmlich änderungsbereit und zuversichtlich, kündigt sich der Übergang in Phase 2 der MG an, und es geht um die Erarbeitung und Vereinbarung eines persönlich verbindlichen Änderungsplanes.

Die dritte Dimension, die Bereitschaft, kommt zur Realisierung der Veränderung noch hinzu. Sie setzt ein Mindestmaß an Dringlichkeit und Zuversicht voraus (vgl. Miller/Rollnick 2004, S. 82). Der Klient zeigt beim Übergang in die zweite Phase Anzeichen für Bereitschaft, und jetzt ist es angezeigt, dass der Therapeut den Fokus auf die Verstärkung der Selbstverpflichtung richtet (vgl. ebd. 2004, S. 175).

Der Übergang von Phase 1 in Phase 2 kann durch unterschiedliche Anzeichen für Veränderungsbereitschaft gekennzeichnet sein, auf die der Therapeut reagieren muss, um diese Phase aktiv einzuleiten. Als Anzeichen werden beispielsweise nachlassender Widerstand des Klienten, Äußerungen des Klienten, wie das Leben nach einer Veränderung aussehen könnte und selbstmotivierende Äußerungen des Klienten benannt (vgl. ebd. 2004, S. 176).

Mit Erreichen der zweiten Phase ist die schwierigste Arbeit der MG geleistet, jedoch birgt dieser Teil des Prozesses einige Risiken, die nicht unterschätzt werden dürfen. Es gilt zu beachten, dass Entscheidungen für eine Veränderung nicht plötzlich getroffen werden und auch nicht endgültig sind. Auch wenn der Veränderungsprozess begonnen hat, verschwindet die Ambivalenz nicht allein wegen des Beginns des Veränderungsprozesses (vgl. ebd. 2004, S. 177). Ein weiteres Risiko besteht in der Verordnung eines für den Klienten inakzeptablen Plans. Dieses Vorgehen ist nicht vereinbar mit der Grundhaltung der MG, die auch in der zweiten Phase elementarer Bestandteil des therapeutischen Prozesses ist und des Weiteren wird bei der MG Wert auf die Eigenverantwortung und Entscheidungsfreiheit des Klienten gelegt.

Es gilt, einen Veränderungsplan auszuhandeln, in den die intrinsische Motivation des Klienten einfließt und durch den die Selbstverpflichtung des Klienten gestärkt wird, damit dieser Plan umgesetzt werden kann (vgl. ebd. 2004, S. 178).

Durch eine Zusammenfassung der gegenwärtigen Situation des Klienten, wie sie sich in den bisherigen Gesprächen dargestellt hat, wird die erste Phase abgeschlossen und die zweite Phase eingeleitet. In dieser Zusammenfassung werden möglichst viele Gründe für eine Veränderung zusammengefasst und ebenso die Ambivalenz oder das Zögern des Klienten achtend wahrgenommen. Sie dient als letzte Vorbereitung für den Übergang zur Selbstverpflichtung, und an die Rückversicherung hinsichtlich der Korrektheit der Zusammenfassung schließt sich die sogenannte Schlüsselfrage an (vgl. Miller/Rollnick 2004, S. 179): *„Nachdem wir noch einmal alles betrachtet haben und Sie möchten, dass es so nicht mehr weitergeht, was ist der nächste Schritt für Sie?“*

Es geht in der Schlüsselfrage immer um den nächsten Schritt und sie verlangt vom Klienten, konkret über seine Veränderung nachzudenken. Die Methoden, die in den vorherigen Kapiteln vorgestellt wurden, können auch in Phase 2 hilfreich sein.

Klienten können motiviert sein, sich zu verändern, wissen aber nicht, was sie tun müssen, um die Veränderung zu erreichen. In diesen Situationen darf der Therapeut Ratschläge und Informationen anbieten, wenn er vom Klienten gefragt wird oder ihm die Erlaubnis vom Klienten erteilt wird. Es ist vom Therapeuten darauf zu achten, dass sie nicht voreilig erteilt werden und mehrere Alternativen angeboten werden, aus denen der Klient wählen kann (vgl. ebd. 2004, S. 180). Dadurch wird dem Klienten Respekt vor seiner Fähigkeit, sich das auszuwählen, was für ihn am besten ist, gezeigt und gleichzeitig liefert der Therapeut Informationen, die zu einer Veränderung führen. Im Anschluss an die Schlüsselfrage geht es in einem Prozess der gemeinsamen Entscheidungen und Verhandlungen darum, das Ziel der Veränderung zu bestimmen, Veränderungsmöglichkeiten zu erwägen, einen konkreten Veränderungsplan zu erarbeiten und die Selbstverpflichtung des Klienten hervorzurufen. Für diesen Prozess können die Antworten auf die Schlüsselfrage und die Informationen und Ratschläge des Therapeuten dienen (vgl. ebd. 2004, S. 183).

Die Motivation des Klienten lässt sich durch die Diskrepanz zwischen den Zielen des Klienten und seiner aktuellen Situation steigern. Bevor eine Veränderung eingeleitet werden kann, ist zu Beginn das Bestimmen von klaren Zielen notwendig. Diese Veränderungsziele sind in dieser Phase im gemeinsamen Dialog entspre-

chend der Grundhaltung der MG zusammen mit dem Klienten zu erarbeiten (vgl. Körkel/Veltrup 2003, S. 121).

Häufig stimmen die Ziele des Klienten nicht mit denen des Therapeuten überein, jedoch ist die Entscheidung des Klienten zu respektieren, und es sollten die Ziele verfolgt werden, die sich der Klient selbst setzt. Es kann hilfreich für den Klienten sein, im gemeinsamen Prozess Prioritäten zu setzen und eine Hierarchie der wichtigsten und dringlichsten Ziele zu entwickeln (vgl. Miller/Rollnick 2004, S. 185).

Nachdem die Ziele vereinbart wurden, besteht der nächste Schritt im Finden von alternativen Wegen zur Erreichung der Ziele. Die Aufgabe des Therapeuten besteht darin, den Klienten anzuregen, eigene Vorstellungen über einen angemessenen Weg zur Veränderung zu erfragen und ihn bei Bedarf über alternative Handlungsmöglichkeiten zu informieren. Damit wird ihm die Möglichkeit eingeräumt, eine Alternative aus mehreren Optionen zu wählen, die er für sich selbst annehmbar hält.

Im Anschluss wird ein Veränderungsplan erstellt, in dem die vorher erörterten Eckdaten konkretisiert werden und das genaue Vorgehen festgelegt wird (vgl. Körkel/Veltrup 2003, S. 122). Der Klient selbst sollte diesen Plan formulieren und seine wichtigsten Ziele, die er durch die Veränderung erreichen möchte und den konkreten Weg, den er zu deren Erreichung gehen will, benennen. Es kann hilfreich sein, diesen Plan in schriftlicher Form festzuhalten. Der Therapeut fasst das Ergebnis des gemeinsam entwickelten Planes zusammen, der die Ziele, Bedürfnisse und Absichten des Klienten befriedigt (vgl. Miller/Rollnick 2004, S. 187f.).

Im Idealfall mündet die Zusammenfassung des Planes in die Selbstverpflichtung des Klienten, und er stimmt ihm zu und nimmt ihn an. Miller und Rollnick empfehlen, sich die Zustimmung des Klienten zum erarbeiteten Plan durch die Frage: *„Ist es das, was Sie tun möchten?“* einzuholen. Durch die Bekanntmachung des Planes gegenüber der Familie und Freunden kann die Selbstverpflichtung für den Plan erhöht werden, was dem Klienten soziale Unterstützungsmöglichkeiten bei der Realisierung der Umsetzung ermöglicht (vgl. ebd. 2004, S. 189).

Nun können konkrete Schritte zur Umsetzung unternommen werden. Zögert der Klient noch, ist der Therapeut aufgefordert, dem Zögern entgegenzukommen und keinen Druck auszuüben. Dieser Umgang vermeidet den Kontaktabbruch oder gar den Ausstieg aus dem Veränderungsprozess (vgl. Miller/Rollnick 2004, S. 189).

2. Die theoretischen Grundlagen der Motivierenden Gesprächsführung

Die MG wurde im klinischen Kontext entwickelt und berücksichtigt und respektiert die Ergebnisse wissenschaftlicher Untersuchungen und integriert diese in ihr Konzept. Die Strategien der MG greifen auf Prinzipien der Sozialpsychologie, der Kognitions- und der Motivationspsychologie zurück (vgl. Miller/Rollnick 1999, S. 14).

Einer der Kernbereiche der Psychologie ist das Erklären der Veränderungen im menschlichen Verhalten, wozu unterschiedliche Modelle entwickelt wurden. Diese werden genutzt, um zu erklären, warum und unter welchen Bedingungen Personen Verhaltensänderungen ausführen. Hierbei handelt es sich sowohl um Verhalten hin zum Erlangen einer besseren Gesundheit, als auch zu risikoreichem Verhalten, das sich negativ auf die Gesundheit auswirkt. Auf der Grundlage des Wissens, um die einzelnen Aspekte der Modelle, kann das gesundheitliche Handeln beeinflusst werden. Für die Erklärung von Verhaltensänderungen, das Aufzeigen ihrer Systematik und die Verwertung dieser Erkenntnisse in der Planung von Interventionen sind theoretische Konzepte gefragt. Der theoretische Hintergrund schafft eine Verbindung für die Koordinierung der Bemühungen der unterschiedlichen Disziplinen und stellt ein gemeinsames Verständnis bereit (vgl. Keller 1999, S. 11).

Zum vertiefenden Verständnis werden einige für die MG relevante theoretische Konzepte dargestellt und ihre wesentlichen Aspekte aufgezeigt. Miller und Rollnick nehmen in ihren Werken auf das Transtheoretische Modell der Verhaltensänderung, auf die Selbstregulationstheorie und die kognitive Dissonanztheorie Bezug, und diese werden in den folgenden Kapiteln mit ihren wesentlichen Erkenntnissen vorgestellt. Weiterhin wird auf die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie von Carl R. Rogers eingegangen und Gemeinsamkeiten und Unterschiede zur MG herausgearbeitet.

2.1 Das Transtheoretische Modell der Verhaltensänderung

Das Transtheoretische Modell (in Folge kurz: TTM) der Verhaltensänderung wurde maßgeblich von den amerikanischen Psychologen James O. Prochaska und Carlo DiClemente entwickelt. Das Modell systematisiert den Prozess der intentionalen Verhaltensänderung als das aktive zeitliche Durchschreiten von unterschiedlichen,

inhaltlich aufeinander aufbauenden Stufen der Veränderung (vgl. Keller 1999, S. 11). Das TTM wurde im Bereich der Raucherentwöhnung entwickelt und wird inzwischen auch auf viele andere Gesundheitsverhaltensweisen übertragen (vgl. Faller/Lang 2006, S. 276).

Durch empirische Forschungen konnten die Kernannahmen des TTM vielfach bestätigt werden. Auf Grund dieser empirischen Arbeiten lässt sich der Prozess der Veränderung in fünf bzw. sechs diskrete, aufeinander aufbauende Stufen einteilen. Insbesondere werden hierbei die zeitliche Dimension und der Prozesscharakter von Veränderungen berücksichtigt. Im TTM wurden weitere Konstrukte für den Prozess der Verhaltensänderung identifiziert und bestätigt. Diese erlauben eine differenzierte Charakterisierung des Veränderungsprozesses, und daraus können empirisch basierte Anleitungen für die Interventionspraxis abgeleitet werden. Neben den Strategien und Stufen der Verhaltensänderung bilden diese die Kernkonstrukte des TTM. Diese Konstrukte sind meist aus anderen Bereichen und Modellen entliehen, denn der Ausgangspunkt für die Entwicklung des TTM war eine vergleichende Analyse und Integration der Wirkmechanismen unterschiedlicher (psycho-) therapeutischer Ansätze (vgl. Keller/Velicer/Prochaska 1999, S. 17f.). So führte das schulenübergreifende Verständnis und die Integration relevanter Veränderungsstrategien aus unterschiedlichen Theorien zu der Bezeichnung „Transtheoretisches Modell“ (vgl. ebd. 1999, S. 25). Das TTM integriert diese Konstrukte und bietet gleichzeitig ein differenziertes, aber pragmatisches Konzept zur Beschreibung und Erklärung von Verhaltensänderung, in dessen Mittelpunkt die jeweiligen Entscheidungsprozesse des Individuums stehen (vgl. ebd. 1999, S. 17f.).

Der Prozess der Verhaltensänderung wird, wie bereits erwähnt, in einzelne aufeinander aufbauende Stufen eingeteilt. Dabei können die Zeiträume, die Personen in den einzelnen Stufen verbringen, individuell sehr stark voneinander abweichen. Das Durchlaufen aller Stufen und das Umsetzen der in diesen Stufen relevanten Verhaltensstrategien sind für eine erfolgreiche Veränderung eines Problemverhaltens entscheidend. Das Risiko für Rückfälle in die hinderlichen Verhaltensgewohnheiten ist andernfalls deutlich erhöht (vgl. ebd. 1999, S. 18f.).

Die Autoren unterteilen den Prozess der Verhaltensänderung in folgende Phasen:

- Absichtslosigkeit (precontemplation)
- Absichtsbildung (contemplation)

- Vorbereitung (preparation)
- Handlung (action)
- Aufrechterhaltung (maintenance)
- Stabilisierung (termination).

Diese einzelnen Stufen unterscheiden sich deutlich in einer Reihe von Merkmalen. Für die Stufe der *Absichtslosigkeit* ist kennzeichnend, dass keine Intention zur Veränderung eines spezifischen Problemverhaltens in absehbarer Zukunft besteht. Als absehbarer Zeitraum werden in der Regel die nächsten sechs Monate angesehen, da dieser als der Zeitabschnitt angesehen wird, den Personen in Bezug auf eine beabsichtigte Verhaltensänderung realistischer Weise überblicken können. Die Gründe für die fehlende Absicht zur Verhaltensänderung können unterschiedlicher Art sein. Zum einen können ein Mangel an relevanten Informationen, und/oder zum anderen ein Mangel an Problembewusstsein bzgl. der ungünstigen Konsequenzen des entsprechenden Risikoverhaltens vorliegen. Personen, die nach mehreren erfolglosen Veränderungsversuchen resigniert haben und sich von einem weiteren Änderungsversuch keinen Erfolg versprechen, befinden sich ebenfalls in der Stufe der Absichtslosigkeit. Häufig begeben sich Personen in diesem Stadium eher fremd- als eigenbestimmt in die Behandlung. Das Hauptmerkmal für Personen in der Absichtslosigkeitsstufe ist der Widerstand gegen das Erkennen oder Verändern eines Problemverhaltens. Aus diesem Grund werden diese Personen vielfach als nicht therapierbar und unmotiviert betrachtet. Nach Auffassung der Autoren des TTM ist das unbegründet, und sie sehen die Gründe für den Widerstand in ungeeigneten Interventionsansätzen, die nicht genügend auf die Bedürfnisse dieser Person abgestimmt sind. Ebenso führt starker externer Druck bei diesen Personen häufig zu Reaktanz (vgl. Keller/Velicer/Prochaska 1999, S. 20). Im Konzept der MG wurde bereits auf die Theorie der psychologischen Reaktanz eingegangen. Im Rahmen des Modells kann die Stufe der Absichtslosigkeit als die stabilste aller Stufen verstanden werden, und ohne aktive Intervention ist die Wahrscheinlichkeit des Übergangs der Person in die nächste Stufe verhältnismäßig gering (vgl. ebd. 1999, S. 21).

In der Stufe der *Absichtsbildung* setzt sich die Person bewusst mit ihrem Risikoverhalten auseinander, ohne jedoch unmittelbar Maßnahmen zur Veränderung zu ergreifen. Die Personen zeigen eine ambivalente Einstellung gegenüber Veränderungen, äußern dennoch die Absicht, Veränderungen in absehbarer Zeit einzulei-

ten und unterscheiden sich somit von Personen in der Absichtslosigkeitsstufe. Auch diese Stufe ist sehr stabil, so dass Personen sehr lange in ihr verharren können, ohne dass ein weiteres Fortschreiten im Veränderungsprozess erkennbar wird (vgl. Keller/Velicer/Prochaska 1999, S. 21).

Charakteristisch für Personen in der Stufe der *Vorbereitung* ist, dass sie hoch motiviert sind, unmittelbar mit der Veränderung des problematischen Verhaltens zu beginnen. Es wird eine klare Entscheidung für eine Verhaltensänderung getroffen. Diese Phase ist gekennzeichnet, durch das Vorhandensein einer Handlungsintervention, als auch durch bereits gezeigtes Verhalten zur Einleitung einer Veränderung. Im Gegensatz zu den beiden vorangegangenen Stufen ist diese weniger stabil, da sie sich auf einen eng begrenzten Zeitraum bezieht (meist die folgenden 30 Tage). Personen in dieser Stufe fühlen sich am ehesten von konkreten Angeboten zur Unterstützung einer Verhaltensänderung angesprochen (vgl. ebd. 1999, S. 21f.).

In der *Handlungsstufe* werden aktive Versuche zum Abbau des problematischen Verhaltens unternommen und dafür notwendige Veränderungen im eigenen Erleben und in den Umweltbedingungen herbeigeführt. In dieser Phase stehen stärker offene, beobachtbare Verhaltensweisen im Vordergrund als kognitive-affektive Prozesse. Demzufolge erfährt die Person in dieser Phase die häufigsten Rückmeldungen von außenstehenden Personen. Sie ist die aktivste Phase im Prozess der Verhaltensänderung und das Risiko eines eventuellen Rückfalls in frühere Phasen ist hier auf Grund des hohen erforderlichen Aufwandes am größten (vgl. ebd. 1999, S. 22).

Konnte das Zielverhalten über mehr als sechs Monate stabil beibehalten werden, befindet sich die Person in der Stufe der *Aufrechterhaltung*. Der Zeitraum von sechs Monaten wurde auch hier auf der Grundlage der Erfahrungen in der Rauchentwöhnung gewählt und hat sich auch in anderen Bereichen bewährt. Die Phase der Aufrechterhaltung ist ebenfalls eine aktive Phase, da in ihr das Zielverhalten durch Beibehaltung gezeigter Strategien weiter gefestigt wird und aktive Maßnahmen zur Rückfallprophylaxe ausgeübt werden (vgl. ebd. 1999, S. 22).

Prochaska und DiClemente beschrieben 1982 fünf Stufen der Verhaltensänderung und in späteren Veröffentlichungen fügten sie noch eine sechste Stufe hinzu. Diese hat sich jedoch nur bei der Rauchentwöhnung bewährt (vgl. Bill 2011, S. 51). In anderen Verhaltensbereichen muss davon ausgegangen werden, dass eine le-

benslange aktive Auseinandersetzung mit den entsprechenden Versuchungssituationen erfolgt und damit keine terminale Stabilisierung des Zielverhaltens entsteht. Diese Phase der *Stabilisierung* ist gekennzeichnet durch absolute Zuversicht, das Zielverhalten beizubehalten und durch das Nichtvorhandensein einer Rückfallgefahr (vgl. Keller/Velicer/Prochaska 1999, S. 22f.).

Die jeweiligen Stufen bauen nach den Annahmen des TTM aufeinander auf. Dabei ist das lineare Durchlaufen der Phasen von der Absichtslosigkeit bis zur Aufrechterhaltung eher die Ausnahme. So können beispielsweise Personen in der Handlungsphase in die Phase der Absichtsbildung zurückgehen und dann wieder in die Handlungsphase zurückkehren oder sich in die Absichtslosigkeit zurückziehen. Das Zurückfallen in frühere Stufen wird als Rückfall bezeichnet und als integraler Bestandteil des Veränderungsprozesses angesehen. Der Prozess der Veränderung wird als ein spiralförmiges Geschehen verstanden, in dem Personen nach einem Rückfall auf eine frühere Stufe zurückkehren. Das Spiralmodell der Verhaltensänderung symbolisiert, dass Personen nach einem Rückfall nicht wieder „bei null“ anfangen, sondern dass die konstruktive Verarbeitung der Misserfolgserfahrungen zur Auswahl günstiger Strategien führt und somit zu einem Fortschreiten innerhalb des Stufengefüges beiträgt (vgl. ebd. 1999, S. 23).

Neben den Stufen sind die Strategien der Verhaltensänderung ein zweites Kernkonstrukt des TTM. Die Veränderungsstrategien charakterisieren, wie diese Veränderung stattfindet. Die Bewältigungsstrategien, die Personen beim Voranschreiten von einer Stufe in die nächste Stufe anwenden, sind unterschiedlichen Therapieansätzen entliehen. Innerhalb des TTM werden zehn Bewältigungsstrategien differenziert, die während der Stadien systematisch angewandt werden, um im Prozess der Verhaltensänderung fortzuschreiten. Sie werden in kognitiv-affektive und verhaltensorientierte Strategien unterteilt. Die kognitiv-affektiven Strategien beziehen sich hauptsächlich auf subjektive Bewertungsprozesse und das emotionale Erleben eines problematischen Verhaltens bzw. dessen Alternative und sind vor allem für Personen in den ersten drei Stufen von Bedeutung (vgl. ebd. 1999, S. 25). Zu den kognitiv-affektiven Strategien gehören:

- *das Steigern des Problembewusstseins*
- *das emotionale Erleben*
- *die Neubewertung der persönlichen Umwelt*
- *die Selbstneubewertung*

- das *Wahrnehmen förderlicher Umweltbedingungen* (vgl. Keller/Velicer/Prochaska 1999, S. 26f.).

Die verhaltensorientierten Strategien hingegen beschreiben vornehmlich handlungsbezogene Strategien, die sich in beobachtbarem Verhalten zeigen, und sind vor allem für die Stufen der Vorbereitung bis zur Aufrechterhaltung bedeutsam (vgl. ebd. 1999, S. 28). Dazu zählen:

- die *Selbstverpflichtung*
- die *Kontrolle der Umwelt*
- die *Gegenkonditionierung*
- das *Nutzen hilfreicher Beziehungen*
- die *Selbstverstärkung* (vgl. ebd. 1999, S. 28f.).

Als weitere Marker für die Charakterisierung des Veränderungsprozess bzw. für das Fortschreiten innerhalb der Stufen wurden die Entscheidungsbalance und die Selbstwirksamkeitserwartung identifiziert. Diese werden im TTM als „abhängige“ Variablen⁵ betrachtet.

Die *Entscheidungsbalance* basiert auf dem von Janis und Mann (1977) beschriebenen Entscheidungsmodell. Demzufolge gewichtet die Person die wahrgenommenen Vor- und Nachteile einer Verhaltensänderung unter besonderer Berücksichtigung der subjektiven Wahrnehmung der verschiedenen Optionen. Der Prozess der Entscheidungsfindung ist eine elementare Komponente der Verhaltensänderung. Mit Hilfe der Entscheidungsbalance kann die aktuelle Veränderungsmotivation innerhalb des Veränderungsprozesses – insbesondere in den frühen Stufen – beschrieben werden (vgl. ebd. 1999, S. 29ff.).

Die *Selbstwirksamkeitserwartung* beschreibt im Kontext des TTM das Ausmaß der Zuversicht einer Person, ein bestimmtes Verhalten ausführen und dieses auch aufrechterhalten zu können (vgl. ebd. 1999, S. 32). Mit fortschreitendem Durchlaufen der Stufen der Veränderung zeigt sich ein deutlicher Anstieg der Selbstwirksamkeitserwartung. Besonders der Übergang von der Stufe der Vorbereitung zur Handlungsstufe wird durch eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung gefördert.

⁵ Die beiden Konstrukte Entscheidungsbalance und Selbstwirksamkeitserwartung werden im TTM als „abhängige“ Variablen betrachtet, in deren Modifikation sich die fortschreitende Einstellungs- und Verhaltensänderung darstellt. Sie sind zwei Personenmerkmale, die nach Prochaska und DiClemente den Übergang von einer Stufe zur nächsten unterstützen. Durch diese Konstrukte wird es möglich, den Prozess der Verhaltensänderung noch differenzierter abzubilden als durch die Stufen oder ein reines Verhaltensmerkmal allein (vgl. Keller/Velicer/Prochaska 1999, S. 29).

Glaut eine Person daran, ihre Absicht in die Tat umsetzen zu können, wird sie dies auch eher tun (vgl. Faller/Lang 2006, S. 277).

Als externe Beeinflussung auf das Verhalten werden soziale und biologische Einflüsse verstanden, die die Verhaltensveränderung beeinflussen und sie erleichtern oder erschweren können (vgl. Keller/Velicer/Prochaska 1999, S. 18).

Zwischen der MG von Miller und Rollnick und dem TTM von Prochaska und DiClemente bestehen gewisse Ähnlichkeiten, obschon beide unabhängig voneinander entwickelt wurden. Beiden Modellen ist gemein, dass sie davon ausgehen, dass Menschen eine Veränderung mit unterschiedlichem Bereitschaftsniveau in Angriff nehmen (vgl. Arkowitz u.a. 2010, S. 2). Dementsprechend müssen sich die Interventionen zur Förderung der Verhaltensänderung an der individuellen Bereitschaft orientieren. Motivation wird nicht als persönliches Merkmal oder Problem angesehen, das die Person mit in die Behandlung bringt, sondern wird als ein beeinflussbarer Zustand von Veränderungsbereitschaft verstanden, welcher von Situation zu Situation schwankt (vgl. Miller/Rollnick 1999, S. 30). In den Ausführungen zum TTM wurde beschrieben, dass in jeder Phase unterschiedliche Strategien und Unterstützungsmöglichkeiten zum Tragen kommen, die jeweils auf die Motivationslage des Klienten in der jeweiligen Phase abgestimmt sind. In der MG wird dieses berücksichtigt. Dadurch ist sie einerseits sehr offen und klientenzentriert und andererseits aber auch sehr strukturiert und zielgerichtet (vgl. Langosch 2008, S. 29).

Das TTM stellt eine Hilfe und Basis für individuelle Beratungsansätze in unterschiedlichen Verhaltensbereichen dar. Mit den verschiedenen Stadien werden unterschiedliche Veränderungsstrategien assoziiert, die wiederum ein entsprechendes unterstützendes therapeutisches Begleitverhalten anzeigen. Das Modell ist hilfreich bei der Einordnung der Klienten in die entsprechenden Stufen, woraufhin das Therapieverhalten entsprechend abgestimmt werden kann. Im Stadium der Absichtsbildung ist für den Therapeuten die Unterstützung des Prozesses der Auseinandersetzung mit den Pro- und Kontrapunkten durch die Exploration der Ambivalenz und der Entwicklung von Diskrepanzen angezeigt. Im Stadium der Vorbereitung ist die Planung konkreter Umsetzungsschritte, die Analyse von Rückfallgefährdung und die Entwicklung von Rückfallvermeidungsstrategien angebracht (vgl. Frick/Brueck 2010, S. 29). Das Ziel der MG ist vom Ansatz her die Verbesserung der Motivation durch die Auflösung der Ambivalenz in Richtung Veränderung. Die Verbindung der MG und des TTM wird insbesondere in den

Strategien der MG deutlich, die ein Voranschreiten in den einzelnen Stufen innerhalb des Veränderungsprozesses ermöglichen. Des Weiteren kann mit Hilfe des TTM der Prozess der Veränderung für den Klienten transparent gemacht werden, indem der Veränderungsprozess am Stufenmodell dargestellt wird.

2.2 Die Selbstregulationstheorie

Vom Psychologen Frederick H. Kanfer (1925-2002) wurde 1970 das Selbstregulationsmodell entwickelt, dem die Annahme zugrunde liegt, dass eine Vielzahl von Verhaltensweisen im Routinealltag von Gewohnheiten bestimmt sind (vgl. Kanfer/Reinecker/Schmelzer 2000, S.49) und quasi „automatisch“ in eingefahrenen Sequenzen ablaufen (vgl. Kriz 2007, S. 127). Die Selbstregulation setzt immer dann ein, wenn ein gewohnter Verhaltensfluss unterbrochen wird. Das kann unterschiedliche Gründe haben, wie z.B. plötzliche Hindernisse bei der Verfolgung bisheriger Interessen oder Konflikte zwischen mehreren Verhaltensweisen. Wird folglich entweder eine fortlaufende Aktivität unterbrochen oder sind durch ein Verhalten entsprechende Ziele nicht zu erreichen, setzt die Selbstregulation ein. Dabei geht Kanfer von drei aufeinander aufbauenden Schritten aus, die bei der Wahrnehmung einer Diskrepanz zwischen dem Ist- und Sollzustand beginnen und in denen die Person ihr eigenes Verhalten steuert. Die Person richtet in diesen Fällen ihre Aufmerksamkeit auf das eigene Verhalten, in dem sie zuerst die Informationen über die momentanen Handlungen einholt – *Selbstbeobachtung*. Im zweiten Schritt werden diese Informationen mit bestimmten Kriterien bzw. Standards verglichen – *Selbstbewertung*. Diese Standards sind kognitive Maßstäbe für das eigene Verhalten und werden im Laufe der persönlichen Entwicklung erworben. Das sich daraus ergebende Ergebnis führt zu positiven oder negativen Konsequenzen für das Verhalten (im Sinne von Selbstbelohnung und Selbstbestrafung) – *Selbstverstärkung* (vgl. Kanfer/Reinecker/Schmelzer 2000, S.37f. / Kanfer/Goldstein 1977, S. 353). Diese Komponente bildet ein wesentliches motivationales Element für weitere Aktionen, ob beispielsweise das Verhalten beibehalten wird, die Standards verändert werden oder selbstkontrolliertes Verhalten beginnt (vgl. Reinecker 2009, S.631). Beim Selbstregulationsmodell handelt es sich um ein Denk- und Arbeitsmodell und nicht um die Postulierung dreier unterschiedlicher psychischer Prozesse (vgl. Kriz 2007, S. 127).

Selbstkontrolle ist ein Spezialfall von Selbstregulation, da sich die Person im Ablauf des Verhaltens in einer Konfliktsituation befindet. Zwei Typen von Konflikten werden hierbei unterschieden, die einerseits mit „Widerstehen einer Versuchung“ und andererseits als „heldenhaftes Verhalten“ charakteristisch beschrieben sind. Beim ersten Konflikttyp entscheidet sich die Person im Sinne der Selbstkontrolle gegen ein mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwartendes Verhalten. Damit verzichtet die Person auf eine kurzfristige positive Konsequenz zugunsten langfristig bedeutsamerer Konsequenzen. Selbstkontrolle im Sinne des „Widerstehens einer Versuchung“ besteht beispielsweise bei einem Gewohnheitsraucher, der trotz der Möglichkeit eine Zigarette zu rauchen und damit kurzzeitig angenehme Konsequenzen zu erfahren, auf diese verzichtet und damit langfristige positive gesundheitliche Konsequenzen für sich erzielt. Beim „heldenhaften Verhalten“ im Sinne der Selbstkontrolle entscheidet sich die Person für ein im Prinzip wenig wahrscheinliches Verhalten und führt dieses auch aus. Um langfristig bedeutsamere Konsequenzen zu erzielen, nimmt die Person eine kurzfristig aversive Situation in Kauf. Bei Selbstkontrolle in diesem Sinne kann z.B. das Aufsuchen eines Zahnarztes ohne Zahnschmerzen verstanden werden, um dadurch langfristige positive Konsequenzen zu erzielen (vgl. Reinecker 2009, S. 631f.).

Kanfer geht bei der Beschreibung und Erklärung menschlichen Verhaltens von einem Systemmodell aus, das die unterschiedlichen Aspekte und Bedingungen zu berücksichtigen versucht. Er hat ein Modell menschlichen Verhaltens entwickelt, bei dem sich menschliches Verhalten als ein Resultat des Zusammenwirkens von drei Variablenbereichen verstehen lässt. Diese bezeichnet er als Alpha-, Beta- und Gamma-Variablen (vgl. Kanfer/Reinecker/Schmelzer 2000, S. 28).

Alpha-Variablen:

- damit sind alle Einwirkungen der externen (physikalischen / soziokulturellen) Umgebung gemeint – alle Einflüsse außerhalb der Person
- stellen die beobachtbare Ebene dar;

Beta-Variablen:

- damit sind Verhaltensweisen und Prozesse gemeint, die hauptsächlich von der Person selbst in Gang gesetzt und aufrechterhalten werden
- internale Prozesse wie Denken, Planen, Entscheiden und kognitive Inhalte wie Ziele, Pläne und Wünsche

- ebenso Meta-Kognitionen (Denken über Denken), Selbstbeobachtung und kognitive Reaktionen auf selbst erzeugte Situationen
- haben eine besondere Bedeutung für eine effektive Selbstregulation;

Gamma-Variablen:

- beinhalten alle Einflüsse des genetischen und biologischen Steuerungssystems des menschlichen Organismus
- beeinflussen unser Denken und Verhalten (vgl. Kanfer/Reinecker/Schmelzer 2000, S. 28f.).

Das Verhalten des Klienten muss dementsprechend im Kontext von den Systembedingungen gesehen werden. Das Selbstregulationsmodell geht von einer engen Interaktion sowohl innerhalb der einzelnen Variablen als auch zwischen den Variablen aus. Das komplexe und dynamische Zusammenwirken einzelner Variablen determiniert die Entwicklung bzw. das Verhalten einer Person (vgl. Reinecker 2009, S. 631). Durch die Veränderung des Verhaltens oder die Beeinflussung der Bedingungen, die das Verhalten verursachen, ist eine Regulierung und Steuerung möglich. Durch Beta-Variablen ist eine Person unabhängiger von der Außenwelt und den biologischen Komponenten. Beta-Variablen stellen die meisten Selbstregulationskompetenzen dar und bilden den Ansatzpunkt für Veränderungen durch den Therapeuten. Ebenso werden Emotionen als ein Produkt einer komplexen Interaktion der drei Ebenen verstanden (vgl. Kanfer/Reinecker/Schmelzer 2000, S. 30). Die Selbstregulation geschieht durch Gedanken, die mit Gefühlen besetzt sind (vgl. Matthes 2006, S. 37).

Der Selbstmanagement-Ansatz wurde von Kanfer, Reinecker und Schmelzer 1991 entwickelt und stellt einen weiteren wichtigen Ansatz dar, der auf einem systemorientierten Selbstregulationsmodell beruht. Unter dem Selbstmanagement werden vor allem im englisch-amerikanischen Sprachraum Therapieansätze verstanden, die Klienten zur besseren Selbststeuerung anleiten und sie möglichst aktiv zu einer eigenständigen Problembewältigung befähigen (vgl. Kanfer/Reinecker/Schmelzer 2000, S. 6). Die Selbstmanagement-Therapie beinhaltet eine generelle Therapeutenhaltung und ein siebenphasiges Prozessmodell für die systemische Umsetzung von Veränderungen in die Praxis (vgl. ebd. 2000, S. 7). Sie betont eine hohe Selbstverantwortung der Klienten für ihre Entscheidungen, kontinuierliche Prozessorientierung, Ziel- und Motivationsklärung und die strukturierte Anleitung zur Selbststeuerung. Die spezielle Therapeutenhaltung ist eine

Mischung aus Empathie und dosierten Änderungsanreizen. In dieser werden u.a. beständig Anregungen für Veränderungen gegeben, die Aufmerksamkeit auf positive Ressourcen gelenkt und anstelle von Ratschlägen und Antworten, herausfordernde Fragen gestellt, um den Klienten selbst konstruktive Lösungsalternativen finden und umsetzen zu lassen. Bei der Selbstmanagement-Therapie geht es vornehmlich um professionelle Unterstützung von Klienten bei der Lösung von alltagsbezogenen Problemen, Konflikten und Lebensaufgaben (vgl. Kanfer/Reinecker/Schmelzer 2000, S. 9).

Die Selbstmanagement-Therapie sieht das menschliche Streben nach Selbstbestimmung, Eigenverantwortung, Selbstregulation und Selbstständigkeit als legitimes Ziel, welches sich die Therapie durch die entsprechenden Methoden nähern möchte. Dabei sind Autonomie und Selbstregulation von Klienten das langfristige Hauptziel der Therapie (vgl. ebd. 2000, S. 15).

Unter Selbstregulation wird verstanden: „... dass eine Person ihr eigenes Verhalten im Hinblick auf selbst gesteckte Ziel steuert; die Regulation erfolgt durch eine Modifikation des Verhaltens selbst oder durch eine Einflussnahme auf die Bedingungen des Verhaltens“ (vgl. ebd. 2000, S. 33).

Der Selbstmanagement-Ansatz betont die Fähigkeit des Menschen, selbstständig zu handeln und zielt auf den Aufbau der intrinsischen Motivation ab. Der Einfluss von Zielen auf das individuelle Verhalten steht im Zentrum des Konzeptes, wobei die Motivation aus dem Anreizcharakter von Zielen entsteht und als Kraft angesehen wird (vgl. Steinmann/Schreyögg 2005, S. 536).

Der Selbstmanagement-Ansatz wird von drei Leitlinien geprägt:

1. Die Selbstmanagement-Therapie betont die *aktive Beteiligung* vom Klienten am therapeutischen Prozess.
2. Es gilt, die Ziele einer therapeutischen Veränderung zu klären und individuell zu konkretisieren, denn konkrete und positive *Zielvorstellungen* stellen eine wichtige Quelle therapeutischer Motivation dar und bilden ebenfalls eine Voraussetzung für eine therapeutische Planung und Evaluation.
3. Das gegenwärtige Problem wird vor dem Hintergrund des bisherigen Lebens des Klienten analysiert, um den Klienten bei einer aktiven *Gestaltung seiner Zukunft* zu unterstützen und damit er die gewonnenen Einsichten in seinem Leben nutzen kann (vgl. Kanfer/Reinecker/Schmelzer 2000, S. 43f.).

Neben den Leitlinien sprechen weitere konzeptuelle Argumente für das Selbstmanagement. Beispielsweise, dass selbstgesteckte Ziele eine Quelle der Motivation sind und der Widerstand und die Gegenkontrolle verringert werden, wenn der Therapeut dem Klienten seine Freiheit im therapeutischen Verlauf lässt (vgl. Kanfer/Reinecker/Schmelzer 2000, S. 44). Das Selbstmanagement-Konzept betont im Zusammenhang mit Menschenbildern und Wertevorstellungen das Streben nach Autonomie und Selbstverantwortung als bedeutsames Ziel für menschliches Leben (vgl. ebd. 2000, S. 135).

Für den diagnostisch-therapeutischen Prozess in der Praxis haben Kanfer, Reinecker und Schmelzer ein siebenphasiges Strukturierungsmodell entwickelt. Die Schwerpunkte der Phasen sind dabei durch die Ziele und Aufgaben des Therapeuten für die betreffenden Abschnitte des Therapieprozesses bestimmt. Die ständige Dynamik und Komplexität des Alltags wird mit dem problem- und zielorientierten Vorgehen zu berücksichtigen versucht (vgl. ebd. 2000, S. 136ff.). Die Phasen werden in der klinischen Praxis nicht wie im Idealfall von Anfang bis Ende in der angegebenen Reihenfolge durchlaufen. Wird ein Phasenziel nicht erreicht, kann jederzeit zu Schwerpunkten früherer Phasen zurückgekehrt werden. Bevor der eigentliche therapeutische Prozess einer Verhaltensänderung beginnen kann, müssen zunächst eine Reihe notwendiger Grundvoraussetzungen geschaffen und aufgebaut werden. So wird in den ersten Phasen der Klient hauptsächlich auf seine aktive Rolle im zentralen Änderungsprozess vorbereitet, die in Phase fünf systematisch umgesetzt und in Phase sechs auf seine Effektivität hin geprüft wird. Die systematische Stabilisierung und Übertragung positiver therapeutischer Erfahrungen auf zukünftige Situationen hat Phase sieben zum Ziel, so dass der Klient seinen Alltag wieder ohne Assistenz des Therapeuten bewältigen kann (vgl. ebd. 2000, S. 138). Die Schwerpunkte in den sieben Phasen sind:

Phase 1: *Eingangsphase – Schaffung günstiger Ausgangsbedingungen*

- Rollenstrukturierung, Bildung einer kooperativen Arbeitsbeziehung u.a.

Phase 2: *Aufbau von Änderungsmotivation und vorläufige Auswahl von Änderungsbereichen*

- aktive Klärung und Förderung von Therapiemotivation, vorläufige Auswahl von Änderungsbereichen

Phase 3: *Verhaltensanalyse und funktionales Bedingungsmodell*

- Analyse der Entwicklung des Problemverhaltens, bisheriger Versuch des Umgangs mit den Schwierigkeiten u.a.

Phase 4: *Vereinbaren therapeutischer Ziele*

- klären von Therapiezielen, gemeinsame Zielanalyse, Konsens über therapeutische Zielperspektiven

Phase 5: *Planung, Auswahl und Durchführung spezieller Methoden*

Phase 6: *Evaluation therapeutischer Fortschritte*

Phase 7: *Endphase – Erfolgsoptimierung und Abschluss der Therapie*

- Stabilisierung und Transfer therapeutischer Fortschritte (vgl. Kanfer/Reinecker/Schmelzer 2000, S. 138ff.).

Das Modell ist eine Arbeitshilfe und Handlungsanweisung für den Therapeuten und kann bei der Strukturierung des Therapiegeschehens hilfreich sein. Beim Übergang von einer Phase in die nächste ist die Erfüllung bestimmter Kriterien entscheidend. Dabei sind die Schwerpunkte der Phasen stark differenziert, wobei jedoch Überlappungen vorhanden sind. Die Möglichkeit einer Rekursivität ist im gesamten Prozess gegeben, was bedeutet, dass Rückkehrmöglichkeiten zu früheren Phasen vorgesehen sind, wenn einzelne Schwerpunkte der Phasen nicht erfüllt sind (vgl. ebd. 2000, S. 142f.). Das Modell ist praxisnah und in ständiger Wechselwirkung zwischen Theorie und Praxis entstanden und anwendungsorientiert für den Kontext klinisch-psychologischer Problemstellungen geplant (vgl. ebd. 2000, S. 144).

Für Miller und Rollnick stellt die Theorie der Selbstregulation ein grundlegendes Erklärungsmodell für die Verhaltensänderung dar. Die Menschenbilder, die der MG und der Selbstregulationstheorie zu Grunde liegen, stellen insbesondere die Autonomie und Selbstverantwortung des Klienten heraus und ermöglichen, wie im Konzept der MG dargestellt, u.a. einen ressourcenorientierten Zugang zum Klienten. Der Aufbau der intrinsischen Motivation wird ebenso wie in der MG auch in der Theorie der Selbstregulation angestrebt und gilt als Indikator für die Nachhaltigkeit der Veränderung. Wie beschrieben, setzt bei wahrgenommener Diskrepanz zwischen dem Ist- und Sollzustand die Selbstregulation ein. Ein wichtiges Prinzip der MG ist die Entwicklung von Diskrepanzen. Der Therapeut trägt hier dazu bei, dass diese Diskrepanzen für den Klienten erlebbar werden und im Folgenden der Prozess der Verhaltensänderung begonnen werden kann. Im Selbstmanagement-

Konzept regt der Therapeut an und motiviert, um den Klienten beim Start eines Änderungsprogramms zu helfen (vgl. Kanfer/Goldstein 1977, S. 350).

2.3 Die Kognitive Dissonanztheorie

Leon Festinger (1919-1989), ein amerikanischer Sozialpsychologe, entwickelte in den fünfziger Jahren des 20. Jahrhunderts die Theorie der kognitiven Dissonanz. Festinger geht von der Annahme aus, dass Personen ein Gleichgewicht ihrer Kognitionen anstreben. Unter Kognitionen sind hier Kenntnisse, Meinungen oder Überzeugungen von der Umwelt, von sich selbst oder von dem eigenen Verhalten zu verstehen (vgl. Festinger 1978, S. 17). Er stellt die grundlegende Hypothese auf, dass Dissonanz, die psychologisch unangenehm ist, die Person motiviert, die Dissonanz zu reduzieren und Konsonanz herzustellen. Des Weiteren wird die Person bei Bestehen von Dissonanz versuchen, aktiv Situationen und Informationen zu meiden, die möglicherweise die Dissonanz erhöhen könnten (vgl. ebd. 1978, S. 16). Die Begriffe Konsonanz und Dissonanz deuten auf bestehende Beziehungen zwischen Paaren von Elementen hin, wobei sich die Elemente auf die Kognition beziehen (vgl. ebd. 1978, S. 23). Dissonanzzustände können sich beispielsweise bezüglich Kognitionen zwischen:

- Verhalten und Wissen,
- Verhalten und kulturellen Normen,
- auf Grund logischer Dissonanz oder
- vergangener und momentaner Erfahrungen ergeben (vgl. Güttler 2003, S. 228).

Eine wichtige Komponente, die den Inhalt der Elemente bestimmt, ist die Realität. Die Elemente reagieren auf die Realität und spiegeln sie wider oder bilden sie überwiegend ab. Die Realität wirkt auf die Person ein und erzeugt einen Druck, um die entsprechenden kognitiven Elemente mit dieser Realität in Übereinstimmung zu bringen. Kognitionen können in irrelevanter und relevanter Beziehung stehen. In *irrelevanter Beziehung* sind die Kognitionen nicht miteinander verbunden. Das heißt, aus dem einen kognitiven Element kann nichts über ein anderes Element gefolgert werden. Besteht zwischen den Paaren der Elemente der Kognitionen eine Verbindung, ist es eine *relevante Beziehung*, die konsonant oder dissonant sein kann. Folgt ein Element aus dem anderen, dann ist die Beziehung zwischen ihnen *konsonant*. Zwei Elemente, die in der Kognition einer Person be-

stehen und füreinander relevant sind und die aus einem Grund nicht zusammenpassen bzw. sich widersprechen, sind miteinander *dissonant* (vgl. Festinger 1978, S. 23ff.).

Festinger zeigt Situationen auf, in denen das Auftreten von kognitiver Dissonanz besonders hoch ist:

- Nach Entscheidungen, bei denen zwischen zwei oder mehreren Alternativen gewählt werden konnte, entsteht kognitive Dissonanz. Die verworfene Alternative und die gewählte Alternative enthalten sowohl positive als auch negative Eigenschaften, zwischen denen abgewogen werden musste. Die positiven Aspekte der verworfenen Alternative und die negativen Aspekte der gewählten Alternative sind dabei dissonant zur Entscheidung.
- Bei einem nach außen hin sichtbaren Verhalten, das im Widerspruch mit der persönlichen Meinung der Person steht und durch Belohnungsangebote oder Strafandrohungen forciert wurde, besteht vielfach kognitive Dissonanz.
- Durch neue Informationen, die eine Person zufällig oder forcierterweise erfährt, können kognitive Elemente erzeugt werden, die mit vorhandenen Kognitionen dissonant sind.
- Wird eine Person in einer Gruppe mit Meinungen und Informationen konfrontiert, die nicht den ihrigen entsprechen, führen diese zu kognitiver Dissonanz.
- Tritt ein Ereignis ein, das so zwingend ist, dass es bei allen Personen die gleiche Reaktion bewirkt, kann bei vielen Personen die gleiche Dissonanz hervorgerufen werden (vgl. ebd. 1978, S. 253f.).

Dissonante Beziehungen sind unterschiedlich stark, und die Stärke der Dissonanz ist eine Funktion der Wichtigkeit der Elemente. Das bedeutet, je wichtiger oder wertvoller diese Elemente für eine Person sind, desto größer ist die Stärke der dissonanten Beziehung zwischen ihnen, und desto größer ist die Motivation, die entstandene Dissonanz zu reduzieren. Diese Dissonanzstärke ist eine wichtige Variable für die Bestimmung des Drucks zur Reduzierung von Dissonanz (vgl. ebd. 1978, S. 28ff.). Das Bestehen von Dissonanz erzeugt Druck und führt zu einer Handlung, die auf deren Reduzierung oder Beseitigung hinzielt. Die Intensität der Handlung, mit der die Dissonanz reduziert werden soll, richtet sich nach der Stärke der Dissonanz. Bei großer Stärke der Dissonanz wird die Intensität der Handlung ebenso hoch sein wie die Wahrscheinlichkeit der Vermeidung von Situa-

tionen, die die Dissonanz erhöhen würden. Die bestehende Dissonanz zwischen zwei Elementen der Kognition lässt sich durch die Änderung eines dieser Elemente reduzieren oder beseitigen. Dies kann auf unterschiedlichen Wegen erreicht werden (vgl. Festinger 1978, S. 30f.). Die Person kann zur Reduzierung der Dissonanz ihre *Kognition über ihr Verhalten ändern*, indem sie ihre Handlung oder das Gefühl, das das Element des Verhaltens abbildet, ändert. Besteht demnach die Dissonanz zwischen einem Element des Verhaltens und einem Element, das mit irgendeiner Kenntnis über die Umwelt korrespondiert, kann die Dissonanz dadurch beseitigt werden, dass das kognitive Element des Verhaltens geändert wird und dann mit dem Element der Umwelt konsonant ist. Auf Grund der neuen Informationen werden das Verhalten und die Gefühle geändert und können zur Reduzierung oder Beseitigung der Dissonanz führen (vgl. ebd. 1978, S. 31). Eine weitere Möglichkeit zur Reduzierung der Dissonanz ist die *Änderung eines kognitiven Elementes, welches die Umwelt betrifft*, indem die Person die Situation ändert, auf die sich das Element bezieht. Diese Methode der Dissonanzreduktion ist bedeutend schwieriger und setzt eine ausreichende Kontrolle über die Umwelt voraus, was in den seltensten Fällen möglich ist, so dass häufiger andere Möglichkeiten genutzt werden, um ein kognitives Element zu ändern (vgl. ebd. 1978, S. 31f.). Das *Hinzufügen neuer kognitiver Elemente*, die die Wichtigkeit der bestehenden dissonanten Kognitionen verringern oder die beiden dissonanten Elemente miteinander in Einklang bringen, ist der dritte Weg zu Reduzierung der Dissonanz (vgl. ebd. 1978, S. 33f.).

Festinger betont jedoch, dass die Existenz eines Drucks zur Reduzierung von Dissonanz oder auch die Ausführung von Handlungen, die auf eine Reduktion gerichtet sind, keine Gewähr bieten, dass die Dissonanz unbedingt reduziert wird. So könnte die Person die Informationen, die ihre Dissonanz reduzieren würde, nicht finden oder die soziale Unterstützung, die sie benötigt, um ein kognitives Element zu ändern, nicht erhalten. Die Dissonanz kann sogar während des Reduktionsversuches verstärkt werden, was von den Widerständen und deren Stärke abhängt, auf die die Person während des Reduzierungsversuches stößt. Die Widerstandsfähigkeit der kognitiven Elemente gegenüber Veränderungen wird als *Änderungswiderstand* verstanden und ist identisch mit dem *Änderungswiderstand* des Verhaltens. Die Stärke des *Änderungswiderstandes* wird durch das Ausmaß des Schmerzes oder des Verlustes, welcher hierbei in Kauf genommen wird bzw.

durch das Ausmaß der Befriedigung, die aus dem gegenwärtigen Verhalten gezogen wird, bestimmt (vgl. Festinger 1978, S. 35ff.).

Wesentlich für die MG ist die These Festingers, die besagt, dass Dissonanz – das Bestehen von nicht zueinander passenden Beziehungen zwischen Kognitionen – ein eigenständiger, motivierender Faktor ist (vgl. ebd. 1978, S. 17). Die Entwicklung von Diskrepanzen zwischen dem gegenwärtigen Verhalten und den bedeutsamen Zielen und Werten des Klienten ist, wie vorweg beschrieben, ein grundlegendes Prinzip im Konzept der MG. Der Begriff der kognitiven Dissonanz wird in der MG mit Diskrepanz ersetzt. Es gilt, die inneren Diskrepanzen für den Klienten erlebbar zu machen, denn die wahrgenommenen Diskrepanzen motivieren zur Verhaltensänderung. Nach Miller und Rollnick sind Diskrepanzen Voraussetzungen für die Entstehung von Ambivalenzen. Ambivalenzen werden als eine normale Erscheinungsform im Veränderungsprozess gesehen, und die MG ist auf die Auflösung der Ambivalenz unter gründlicher Exploration der Vor- und Nachteile der jeweiligen Handlungsalternativen zu Gunsten einer Verhaltensänderung bemüht.

2.4 Die Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie

Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie wurde vom amerikanischen Psychologen Carl R. Rogers (1902-1987) ab 1942 entwickelt.

Rogers formulierte 1942 folgende grundlegende Hypothese: *„Wirksame Beratung besteht aus einer eindeutig strukturierten, gewährenden Beziehung, die es dem Klienten ermöglicht, zu einem Verständnis seiner selbst in einem Ausmaß zu gelangen, das ihn befähigt, aufgrund dieser neuen Orientierung positive Schritte zu unternehmen“* (Rogers 1997, S. 28).

Davon ausgehend postulierte er als notwendige und hinreichende Bedingung der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie die Therapeutenmerkmale Echtheit oder Kongruenz, positive Wertschätzung und Empathie (vgl. Weinberger 1980, S. 30).

Die Grundlagen nach Rogers werden allgemein als Kernpunkte jeder therapeutischen Beziehung verstanden. Mit seinem Ansatz ist Rogers der humanistischen Psychologie zuzuordnen. Diese stellt den Menschen als erlebendes, von Werten und Zielen motiviertes Subjekt sowie Themen der Wertorientierung, der Ziel- und Sinnhaftigkeit, der Würde und Freiheit des Menschen in den Mittelpunkt ihres Denkens und Handelns. Die Humanistische Psychologie geht von der Grundan-

nahme aus, dass der Mensch sein Leben bewusst oder unbewusst an bestimmten Werten ausrichtet und dieses mit Sinn zu erfüllen sucht. Sie ist bemüht die Ganzheit des menschlichen Lebens zu erfassen, indem sie Erlebnisse (subjektive Daten), Verhaltensweisen (objektive Daten) und Leistungen (Produkte) in einen Zusammenhang bringt (vgl. Völker 1980, S. 28).

Die humanistische Psychologie gibt der Beziehungsgestaltung im Hinblick auf Lernen, Problemlösen und Motivieren Vorrang vor den inhaltlichen Aspekten der therapeutischen Arbeit. Daher ist es wichtig, wie etwas vermittelt wird und wie die zwischenmenschliche Beziehung gestaltet wird und nicht allein, was vermittelt wird. Der personenzentrierte Ansatz von Rogers trägt dieser grundlegenden Erkenntnis vor allem mit seiner Betonung einer förderlichen Beziehungsgestaltung Rechnung. Empathisches Verstehen, Akzeptanz des Klienten und die Echtheit des Therapeuten stellen eine sichere Basis dar, aus der heraus viele verschiedene Anliegen, Erwartungen, Problemstellungen und Lösungsformen angegangen werden können (vgl. Sander/Ziebertz 2010, S. 20f.).

Sein grundlegendes Werk „Die nicht-direktive Beratung“ erschien 1942. In diesem Werk beschreibt er, wie der Klient im Mittelpunkt der therapeutischen Arbeit steht und wie wenig sich der Therapeut auf Interpretationen einlassen soll. Ausgehend von seinen therapeutischen Erfahrungen entwickelte Rogers daraufhin die Grundlage des klientenzentrierten Ansatzes. Sein Werk „Klientenbezogene Gesprächspsychotherapie“ erschien 1951, und in ihm verdeutlicht er das Wesen des nicht-direktiven Vorgehens und legt den Schwerpunkt auf die innere Gefühlswelt des Klienten. In seinen späteren Veröffentlichungen schreibt Rogers vom personenzentrierten Ansatz. In diesem wird deutlich, dass Rogers grundlegend auf die Entwicklungsfähigkeit des Menschen vertraut. Erfährt der Mensch in seiner Umgebung ein Gefühl des Verstehens, echte Beziehungen und persönliche Wertschätzung, ist er in der Lage, sich in Richtung sozialer Integration und Ganzheitlichkeit zu entwickeln. Diese Tendenz beschreibt er als Aktualisierungstendenz, die auf Ziele wie Autonomie, Selbstverantwortung und Selbstverwirklichung gerichtet ist (vgl. ebd. 2010, S. 59ff.). In der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie wird eine Beziehung zum Klienten hergestellt, die durch die Realisierung der von Rogers formulierten Therapeutenmerkmale gekennzeichnet ist, um dieses Entwicklungspotential zu aktivieren (vgl. Weinberger 1980, S. 30f.).

Auf die drei Bedingungen, die nach Rogers für den therapeutischen Prozess entscheidend sind – Kongruenz oder Echtheit, unbedingte positive Wertschätzung (nicht wertendes Akzeptieren) und einführendes Verstehen (Empathie) wird im Folgenden näher eingegangen.

Echtheit oder Kongruenz ist laut Rogers die grundlegende Einstellungen des Therapeuten, die den positiven Verlauf einer Therapie fördert. Kongruenz bedeutet, dass der Therapeut sich dessen, was er erlebt oder leibhaft empfindet, bewusst wird und dass ihm diese Empfindungen verfügbar sind, so dass der Therapeut diese dem Klienten, wenn es angemessen ist, mitzuteilen vermag (vgl. Rogers 1977, S. 26). Es geht bei Kongruenz unter dieser Beschreibung um eine grundlegende Einstellung, die durch persönliche Weiterentwicklung und Selbst-Kennenlernen erworben werden kann. Das erfordert zunächst ein wirkliches Offensein für das eigene Erleben und ein wirkliches Interesse am anderen (vgl. Weinberger 1980, S. 40). Therapeuten, die echt sind, sind sich selbst treu und tragen keine Fassade zur Schau. Sie sind offen und transparent und geben dem Klienten das Gefühl, dass er ihnen vertrauen kann (vgl. Pervin 2000, S. 202). Hat der Klient Vertrauen gefasst, kann er über sich, seine gefühlsmäßigen Erlebnisse und seine Probleme sprechen. Dadurch wird der Klient angeregt, in seinem Verhalten offener und echter zu sein und sich seiner eigenen Person selbsterforschend zuzuwenden.

Die zweite wichtige Bedingung für den therapeutischen Prozess ist die *unbedingte positive Wertschätzung* des Klienten, die sich durch Begriffe wie „Akzeptanz“, „Respekt“ und „Achtung“ beschreiben lässt. Es geht hierbei um die Fähigkeit und Bereitschaft des Therapeuten, sich auf den Klienten einzulassen, ohne seine Handlungen, Eigenschaften und Worte zu bewerten und ohne die Zuneigung gegenüber dem Klienten an Bedingungen zu koppeln. Das bedingungslose Annehmen des Klienten bedeutet nicht, dass der Therapeut die Handlungen billigen und die Einstellungen teilen muss. Es bedeutet, dass der Therapeut dem Klienten eine tiefe Anteilnahme an ihm als Mensch vermittelt und eine Achtung vor dem individuellen Gewordensein des Klienten empfindet (vgl. Kriz 2007, S. 173). Es wird der innere Bezugsrahmen des Klienten angenommen, mit dem die Gesamtheit aller Gefühle, Kognitionen und Bewertungen gemeint ist, die der Klient seinen Erfahrungen gegenüber einnimmt und erfährt. Ein Grundbedürfnis eines jeden Menschen ist es, akzeptiert, angesehen und anerkannt zu werden, insbesondere,

wenn er verunsichert ist und von sich selbst oder durch andere negativ bewertet wird. Erfährt der Klient diese positive Wertschätzung durch den Therapeuten, kann auch der Klient sich selbst mehr Achtung und Wertschätzung entgegenbringen, seine eigenen Gefühle und Gedanken kennenlernen und akzeptieren und in das eigene Selbstkonzept integrieren. Um den Klienten zu akzeptieren, muss der Therapeut die mitgeteilten Gefühle und Erlebnisweisen des Klienten verstehen. Hier zeigt sich die enge Anknüpfung der Fähigkeit zur Wertschätzung an das dritte Therapeutenmerkmal, an die Fähigkeit zur Empathie (vgl. Boeger 2009, S. 78f.).

Die letzte hilfreiche Bedingung nach Rogers ist das *empfindende Verstehen* – die *Empathie*. Empathie heißt bei Rogers, sich gedanklich und gefühlsmäßig zu öffnen und sich ganz auf den Klienten einzustellen, sich in den inneren Bezugsrahmen des Klienten, aus dem heraus er sich selbst und seine Umwelt wahrnimmt, hineinzusetzen. Es bedeutet nicht, dass sich der Therapeut mit dem Klienten identifizieren soll, denn vielmehr soll die „Als-Ob-Situation“, die Trennung zweier Personen, erhalten bleiben (vgl. Sander/Ziebertz 2010, S. 70). Der Therapeut soll den Klienten in seinem Erleben und seinen damit verbundenen Werthaltungen, Motiven, Wünschen und Ängsten verstehen. Einführendes Verstehen ist ein dynamisches Geschehen in der Beziehungsgestaltung, bei dem der Klient seine inneren Prozesse nach und nach unter Begleitung des Therapeuten selbst erforscht. Der Therapeut gibt dem Klienten ein ständiges Feedback mit eigenen Worten von dem, was er von den Erlebnisgehalten des Klienten verstanden hat. Bei der Rückmeldung geht der Therapeut selektiv vor, denn es geht insbesondere um Gefühle, Empfindungen, mit Wertungen verbundene Erfahrungen und Wahrnehmungen der Klientenaussage, die möglichst wenig interpretiert werden sollten (vgl. Kriz 2007, S. 174f.). Durch die fortlaufende Rückmeldung durch den Therapeuten wird der Klient an der Erkundung von Bedeutungszusammenhängen im wesentlichen Maße beteiligt, was ihn zu einer Auseinandersetzung mit sich selbst ermutigt und ihm das Gefühl einer gewissen Autonomie gibt. Des Weiteren wird dadurch das Erkennen von Sinnzusammenhängen emotional verankert (vgl. Finke 1994, S. 32). Fühlt sich der Klient vom Therapeuten verstanden, wird er sich immer weiter öffnen und mehr von seiner inneren Welt offenlegen. Er wird befähigt, sich angstfrei und ohne Abwehrmaßnahmen über seine Gefühle und Konflikte zu äußern. Indem der Klient über seine emotionalen Erlebnisse spricht, über seine gefühlsmäßigen Einstellungen, Bewertungen, Wünsche und Ziele und indem die Gefühle und Emp-

findungen vom Therapeuten herausgefiltert und dem Klienten rückgemeldet werden, wird er sich über diese klarer und wird sich um eine Klärung bemühen. Dieser Prozess führt zur Selbstexploration des Klienten, die im engen Zusammenhang mit konstruktiven Änderungen des Klienten steht (vgl. Weinberger 1980, S. 84).

Nach dem klientenzentrierten Ansatz begleitet der Therapeut den Klienten verständnisvoll bei der Erforschung seines Selbst, ermutigt ihn durch seine Haltung und akzeptiert ihn in seinen Problemen, ohne ihm die Verantwortung für sich abzunehmen (vgl. Kriz 2007, S. 173).

Die MG weist mit der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie nach Rogers viele Gemeinsamkeiten auf, zeigt aber auch entscheidende Unterschiede. Für Rogers ist die klientenzentrierte interpersonelle Beziehung, in der der Therapeut die drei wesentlichen Bedingungen erfüllt, die ideale Atmosphäre für das Eintreten von Veränderungen. Für ihn sind die drei wesentlichen Therapeutenmerkmale ausreichend, um den Weg für eine natürliche Veränderung vorzubereiten (vgl. Miller/Rollnick 1999, S. 21). Die MG kann auch als klientenzentrierte Therapie mit einer überraschenden Wendung verstanden werden, denn die MG verfolgt im Gegensatz zur klientenzentrierten Therapie bestimmte Ziele. Es gilt die Ambivalenz gegenüber Veränderung zu verringern und die intrinsische Motivation, sich zu verändern, zu verbessern. Damit ist die MG sowohl klientenzentriert als auch direktiv (vgl. Arkowitz u.a. 2010, S. 4). Der Therapeut setzt dabei spezifische Interventionen ein, um das Ziel der Verhaltensänderung zu erreichen. Durch empathische selektive Reflexionen werden einzelne Inhalte hervorgehoben und andere in den Hintergrund gerückt, um bestimmte Prozesse zu verstärken. Ein weiterer Unterschied zur klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie besteht in der aktiven Entwicklung der Diskrepanzen durch den Therapeuten, um die Veränderungsmotivation zu fördern (vgl. Miller/Rollnick 1999, S. 66f.). Die Autonomie des Klienten wird jedoch auch in der MG beachtet. Sie ist ein Merkmal der spezifischen Grundhaltung der MG, mit dem das Recht und die Fähigkeit auf Selbstbestimmung des Klienten hervorgehoben werden. Die Verantwortung für eine Veränderung liegt beim Klienten selbst, und er kann sich auch jederzeit entscheiden, ob und wie er die Veränderung angeht.

In der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie als auch in der MG schafft der Therapeut durch das einführende Verstehen und die bedingungslose positive Wertschätzung, die er dem Klienten entgegenbringt, Bedingungen für Wachstum

und Veränderung. Die umfassende Empathie wird in der MG als besonders wichtige Voraussetzung für Veränderungsprozesse angesehen. Dementsprechend ist die empathische Grundhaltung des Therapeuten, wie bereits in dieser Arbeit dargestellt, eine zentrale Basiskomponente in der MG und ein wichtiges Prinzip, welches von Beginn der Therapie angewandt wird und bedeutsam für den gesamten Prozess der MG ist. Die Beziehung zwischen dem Therapeuten und dem Klienten entwickelt sich meistens relativ schnell, und ihre Qualität in der anfänglichen Beziehungsgestaltung entscheidet über Verbindlichkeit und Ausgang der Therapie (vgl. Miller/Rollnick 1999, S.20).

3. Die Grenzen und die ethischen Aspekte der Motivierenden Gesprächsführung

Jede Therapieform hat ihre Vor- und Nachteile, sie eröffnet Möglichkeiten und findet in bestimmten Feldern ihre Grenzen. In diesem Kapitel sollen die Grenzen und ethischen Aspekte der MG im Fokus stehen.

Die MG ist eine gut begründete Behandlungsmethode für Störungen mit Substanzmissbrauch und im Hinblick auf Probleme mit dem Gesundheitsverhalten, die sich hinsichtlich ihrer Wirksamkeit auf eine solide empirische Grundlage stützen kann (vgl. Arkowitz u.a. 2010, S. 341). Auf andere Störungen ist MG ebenso gut anwendbar, wie es Arkowitz und Kollegen in ihrem Werk bei der Behandlung psychischer Störungen aufzeigen. Hinsichtlich der Wirksamkeit der MG bei psychischen Störungen fehlen jedoch noch kontrollierte Studien (vgl. ebd. 2010, S. 356).

Miller und Rollnick sehen die MG als ein mögliches, nicht aber das einzig sinnvolle Kommunikationskonzept. In der MG wird die Bedeutung der subjektiven Erfahrungen und Perspektiven der Klienten respektiert. Diese verlangt vom Therapeuten ein aktives Zuhören und dem weiten Spektrum von Anliegen, Meinungen, Gefühlen und Motiven Akzeptanz entgegenzubringen. Durch die Anwendung der MG erweitern sich die Sichtweise und die Akzeptanz unterschiedlicher menschlicher Erfahrungen und Entscheidungen. Nach Auffassung von Miller und Rollnick ist dies eine wertvolle Veränderung, da sie die Selbstakzeptanz vertieft. Dennoch kann die Wahrung an Offenheit für die Perspektiven anderer beunruhigend und anstrengend sein, da sie zu einer regelmäßigen Infragestellung und Prüfung der eigenen Überzeugung zwingt. Der persönliche Stil des Therapeuten hat entscheidenden Einfluss auf die Motivation und konkreten Veränderungsschritte des Klienten, und die Prinzipien und Strategien der MG sollen helfen, die Veränderungen anderer zu erleichtern. Mit der Anwendung verbundene Risiken und Verantwortlichkeiten müssen ernst genommen werden, denn die Veränderungen können tiefgreifende Prozesse sein, und die Einflüsse der Strategien sind nicht zu unterschätzen. Der Therapeut kann Veränderungsprozesse anstoßen, wobei das Anliegen das Wohl des Klienten sein sollte und nicht die primäre Bestätigung der eigenen Einflussnahme (vgl. Miller/Rollnick 1999, S. 14ff.).

Die MG wird sehr von der Interaktion zwischen Therapeut und Klient bestimmt. Sie erfährt ihre Grenzen, wenn die grundlegende Fähigkeit und Bereitschaft zur verba-

len und nonverbalen Kommunikation mit anderen Menschen nicht vorhanden ist. Bei Klienten mit geistiger Behinderung, mit Demenz oder Klienten in akuten psychotischen Phasen bzw. in akuten Krisensituationen sind die Voraussetzungen zur effektiven Kommunikation und die kognitive Verarbeitung, wie beispielsweise zuhören, wahrnehmen, verstehen und sich verbal oder nonverbal zu äußern nicht gegeben, und daher ist der Einsatz der MG nicht angebracht. In Phasen einer schweren Depression und in extremen psychotischen Episoden muss der Therapeut häufig Verantwortung für den Klienten übernehmen und unter Zeitdruck handeln, so dass die Autonomie achtende und die Partnerschaft fördernde MG nicht angewandt werden kann. Kriseninterventionen oder soziale Kontrollmaßnahmen bei Fremd- oder Selbstgefährdung machen ein Vorgehen mit anderen Zielen und nach anderen Regeln erforderlich. Statt einer Verbesserung der Motivation durch die Auflösung der Ambivalenz in Richtung Veränderung muss z.B. ein schnelles, aktives Eingreifen oder Fremdkontrolle eingesetzt werden.

Es besteht bei jeder intensiv trainierten und oft und gerne angewandten Methode die Gefahr, dass der Anwender die Methodendistanz verliert und dieses zu einer mechanischen unreflektierten und verantwortungslosen Praxis führt. Daher sollten folgende Grundsätze berücksichtigt werden:

- Das Gespräch soll an den Bedürfnissen und Vorstellungen des Klienten bezüglich der anstehenden Veränderung ausgerichtet sein und nicht an den eigenen Bedürfnissen und Vorstellungen.
- Der Therapeut hat dafür zu sorgen, dass er ein verlässliches Feedback über seine Einschätzung der Arbeitsbeziehung, der Gesprächsatmosphäre, der Vorgehensweise und der Ergebnisse der Arbeit vom Klienten bekommt.
- Die Aufmerksamkeit des Klienten und des Therapeuten sind auf nützliche Veränderungen zu lenken, die bereits geschehen sind oder noch geschehen könnten.
- Ebenso ist die gemeinsame Aufmerksamkeit auf den Einsatz bereits geschehener positiver Veränderungen für die Zukunft und die Nutzung der Ressourcen aus der Welt des Klienten zu richten (vgl. Langosch 2008, S. 13).

Jede Methode hat ihre Grenzen und Risiken, die häufig erst in der praktischen Umsetzung deutlich werden und daher ist die kritische Reflexion des eigenen Handelns des Praktikers immer wieder erforderlich.

Die Umsetzung der MG entsprechend ihren Prinzipien und ihrem Geist setzt beim Therapeuten voraus, dass er in den Prozess der Selbstklärung eintritt und sich anwendungsfeldbezogen kritisch mit eigenen Wertmaßstäben und Normen, institutionellen Rahmenbedingungen, Handlungspräferenzen und alten Gewohnheiten auseinandersetzt, sich diese vergegenwärtigt und sie gegebenenfalls überdenkt. Der Therapeut sollte sich darüber im Klaren sein, dass er Einflüssen des Klienten – wie Sympathie, Zuneigung und Übernahme von Verantwortung – ausgesetzt ist und für sich klären, auf welche Einflüsse des Klienten er besonders anspricht und welche persönlichen Motive für ihn wichtig sind. Das Ausleben dieser Bedürfnisse außerhalb der therapeutischen Beziehung ist wichtig und legitim. Das Erlernen der theoretischen Grundlagen der MG sowie die Aneignung der Umsetzungsfertigkeiten erfordern angemessene Schulungsmaßnahmen. Die praktische Anwendung der Methode benötigt Zeit und die Möglichkeit, die Erfahrungen, die der Therapeut bei der praktischen Anwendung sammelt, zu reflektieren. Studien haben gezeigt, dass dieser Ansatz bei entsprechender Schulung erlernbar ist (vgl. Körkel/Veltrup 2003, S. 123).

Hilfreich für die empathische Grundhaltung des Therapeuten ist eine Selbsterfahrung des Therapeuten, bei der beispielsweise eigene Probleme, Erstarrungen, Abwehrhaltungen und Vorurteile aufgearbeitet werden, damit der Therapeut dem Klienten frei begegnen kann und ihn nicht im Lichte seiner eigenen Probleme und Raster wahrnimmt (vgl. Kriz 2007, S. 175).

Die Diskussion ethischer Aspekte nimmt im Werk von Miller und Rollnick einen breiten Raum ein. Ethische Bedenken sind immer zentral, wenn es um die Beeinflussung von Menschen geht, etwas zu tun, was sie sonst nicht tun wollen oder sonst nicht tun würden. Die Methode der MG hat das Potential, den Willen, die Zuversicht und die Bereitschaft einer Person zu beeinflussen, sich in die eine oder andere Richtung zu verändern (vgl. Miller/Rollnick 2004, S. 221). Die Autonomie des Klienten, der Respekt und das Wohlwollen gegenüber dem Klienten sind Grundsätze, die in der MG stark betont werden. Dennoch ist die unzulässige Beeinflussung des Klienten auch in ihrem Zusammenhang zu bedenken. (vgl. ebd. 2004, S. 215). Vom Klienten werden Wünsche und Hoffnungen mitgebracht, die von primärer Bedeutung für die Therapie sind. Auch der Therapeut hat Intentionen bezüglich des Klienten, die es zu beachten gilt. Für die Beurteilung von ethisch schwierigen Situationen haben Miller und Rollnick drei Arten von Therapeuten-

Interessen in Klientenentscheidungen als recht hilfreich herausgearbeitet – Mitgefühl, Meinung und Investition (vgl. Miller/Rollnick 2004, S. 216ff.). Die Intentionen von Therapeut und Klient sind nicht immer gleich, und daher ist es von Bedeutung, wie Ziele und Vorgehensweisen für die Therapie gesetzt werden sollen. Die MG bedarf hinsichtlich der ethischen Gesichtspunkte des Konsenses eines transparenten Zieles. Entsprechend des autonomieorientierten, partnerschaftlichen Ansatzes darf der Ambivalenzkonflikt nicht zugunsten eigener Interessen des Therapeuten beeinflusst werden. Bei der Auflösung der Ambivalenz muss der Therapeut völlig loyal hinsichtlich der Richtung der Veränderung sein. Dabei können die ethischen Prinzipien von Autonomie und Wohlwollen in Konflikt geraten (vgl. ebd. 2004, S. 219)

Die Anwendung der MG ist unethisch und damit unangebracht, wenn:

- der Therapeut den Klienten zu einer bestimmten Entscheidung bringen möchte, die seinen eigenen Interessen entspricht,
- der Therapeut den Klienten zu einer bestimmten Entscheidung bringen möchte, die gegen die Interessen des Klienten verstößt,
- der Therapeut den Klienten zu einer bestimmten Entscheidung bringen möchte, die gegen die Interessen des Klienten verstößt und der Therapeut die Macht besitzt seine Präferenz durchzusetzen (vgl. Körkel/GK Quest Akademie 2005, S. 9).

Miller und Rollnick haben bezüglich dieser Komplexität einige Leitlinien für den Gebrauch der MG abgeleitet, die es zu beachten gilt:

- Verspürt der Therapeut ethische Bedenken oder eine Dissonanz in der therapeutischen Beziehung, ist eine Klärung der Intentionen des Klienten und des Therapeuten angezeigt.
- Stimmen die Meinungen des Therapeuten und des Klienten, die auf das Wohl des Klienten ausgerichtet sind, nicht überein, ist die Agenda zu überdenken und zu überarbeiten, indem der Therapeut seine Besorgnis und Vorstellungen für den Klienten transparent macht.
- Der Einsatz der MG ist unzulässig, wenn der Therapeut einen persönlichen Vorteil aus einem bestimmten Behandlungsergebnis hat und dieser Vorteil nicht mit dem höchsten Wohl des Klienten übereinstimmt.

- Hat der Therapeut die Möglichkeit Zwangsmaßnahmen zur Beeinflussung des Verhaltens des Klienten einzusetzen, ist der Einsatz der MG unangebracht (vgl. Miller/Rollnick 2004, S. 226ff.).

Bei allen Bemühungen um eine optimale Unterstützung für die Klienten sind neben den fachlichen auch die persönlichen Grenzen der Therapeuten zu berücksichtigen.

4. Die Anwendung der Motivierenden Gesprächsführung in der psychosozialen Arbeit

In diesem Kapitel soll die mögliche Anwendung der MG in der psychosozialen Arbeit⁶ vorgestellt werden, wobei insbesondere auf das Potential der MG in der Kontaktaufnahme, in der Sozialarbeiter-Klient-Beziehung und in der Einleitung von Veränderungen eingegangen wird.

Der psychisch kranke Mensch – in seinen materiellen und sozialen Lebensbezügen – ist das Thema der Sozialen Arbeit, die ihm mit Hilfe ihrer spezifischen sozialpädagogischen Methoden innere oder äußere Ressourcen erschließt, mit denen die Alltagsbewältigung besser gelingt. Soziale Arbeit in der Psychiatrie verfügt über ein umfangreiches Verstehens- und Methodenwissen für den Umgang mit Menschen, die wegen vieler Benachteiligungen belastet sind. Es geht in der Sozialpädagogik und Sozialarbeit in der Psychiatrie um die Verbesserung des Zugangs zu den verschiedensten Ressourcen und um eine Veränderung von Umfeld und Alltag, mit dem Ziel, auch für Menschen mit psychischen Erkrankungen und Abhängigkeiten ein menschenwürdiges Leben zu ermöglichen. Die Akzeptanz der Andersartigkeit der psychisch kranken Menschen in der Sozialen Arbeit begünstigt eine Verwirklichung von Förderungskonzepten (vgl. Bosshard/Ebert/Lazarus 1999, S. 15f.).

Es ist das Ziel der verschiedenen Methoden, die entsprechend den unterschiedlichen Bedürfnis- und Bedarfslagen differenziert und flexibel zur Anwendung kommen, Menschen darin zu unterstützen, besser mit ihren Mitteln und Kräften hauszuhalten und diese effektiver und zufriedenstellender für die Verwirklichung ihrer individuellen Ziele einzusetzen. Dazu werden entsprechend dem Prinzip der sozialpädagogischen Arbeit „Hilfe zur Selbsthilfe“ den Klienten Gelegenheiten geboten, in denen sie konkret erfahren können, dass sie erfolgreich auf die eigene Alltagsgestaltung und ihre soziale Umwelt einwirken können. Durch diese Kontroll Erfahrungen erhalten sie Vertrauen in die eigenen Selbstverfügungskräfte, um so

⁶ Psychosoziale Arbeit im Allgemeinen beinhaltet eine Beschränkung von sozial-orientierter und psychotherapeutischer Handlungsperspektive. Das therapeutische Moment ergibt sich dabei im Wesentlichen aus der Beziehungsarbeit. Es wird immer im Rahmen einer Beziehung von Klient und Helfer (und ggf. von weiteren Beteiligten) und auch unter Interaktionsaspekten an dieser Beziehung gearbeitet. Hierbei liegt der Fokus u.a. auf den individuellen Handlungs-, Denk- und Bewertungsmustern der Klienten. Zugleich ist psychisches Leiden auch gesellschaftlich vermittelt bzw. sozial und kulturell gerahmt und aus diesem Blickwinkel sind in der psychosozialen Arbeit auch die sozialen Lebensbedingungen der Klienten zu betrachten und deren soziale Werte zu berücksichtigen (vgl. Haselmann 2008, S. 92f.).

mit zukünftigen Problem- und Krisensituationen konstruktiv umgehen zu können (vgl. Bosshard/Ebert/Lazarus 1999, S. 17). Dem Prinzip der „Hilfe zur Selbsthilfe“ zufolge, streben Menschen nach Autonomie und Unabhängigkeit und sind zur Realisierung ihres Lebens auf den Austausch mit anderen Menschen angewiesen. In der MG findet sich im Grunde dieses – im Rahmen der Sozialen Arbeit praktizierte – Prinzip wieder.

Auf Grund der Komplexität der jeweiligen Problemlagen der Klienten ist das sozialarbeiterische Handeln sehr vielgestaltig und erfordert eine Vielfalt an Methoden. Die MG, die Ergebnisse verschiedener wissenschaftlicher Untersuchungen in ihr Konzept integriert, ist eine Methode, die insbesondere bei Klienten mit psychischen Erkrankungen und ambivalenten Einstellungen angewandt werden kann und das sozialarbeiterische Handeln im Bereich der Psychiatrie erweitert.

In der Psychiatrie haben in den letzten Jahren Konzepte, die auf einen partnerschaftlichen Dialog mit dem Klienten beruhen, an Bedeutung gewonnen. Um diesen partnerschaftlichen Dialog führen zu können, ist eine motivationsförderliche Grundhaltung und ein zieloffener Behandlungsansatz, der die subjektive Sicht des Klienten in den Mittelpunkt rückt, erforderlich. Die MG stellt dafür eine passende Methode dar, um sich in den zieloffenen Klärungsprozess mit dem Klienten zu begeben. Die MG ist eine Art und Weise mit Menschen umzugehen, die von Wertschätzung und Respekt vor der subjektiven Sicht des Gegenübers geprägt ist, und bietet zahlreiche praktische Strategien in den unterschiedlichen motivationalen Phasen an.

Die MG wird neben der Suchtbehandlung auch bei anderen psychischen Störungen wie Depression, Posttraumatischer Belastungsstörung, Schizophrenie, Essstörung und Angststörung eingesetzt. Sie geht davon aus, dass Klienten gegenüber einer Verhaltensänderung ambivalent sind und sieht ambivalente Einstellungen als normal an. In der Psychiatrie gerät das gemeinsame Aushandeln der Behandlungsziele immer mehr in den Fokus des psychiatrischen Handelns. Das frühzeitige Erkennen der ambivalenten Einstellungen des Klienten und die Ausrichtung der Interventionen des Sozialpädagogen stellen dabei eine besondere Herausforderung dar. Die gemeinsame Zielfindung belässt die Verantwortung beim Klienten und schützt den professionellen Helfer vor Enttäuschung und Frustration. Zur spezifischen Grundhaltung der MG gehört das Prinzip der Autonomie, womit die Verantwortung für eine Veränderung beim Klienten liegt und sie für die

Gestaltung ihres Lebens selbstverantwortlich sind. Der Sozialpädagoge wird zum Begleiter des Veränderungsprozesses, aber nicht zum Verantwortlichen für dessen Erfolg. Dabei ist er durchaus direktiv, da er bewusst auf die Auflösung der Ambivalenz in eine bestimmte Richtung der Veränderung ausgerichtet ist, nicht aber dirigierend (vgl. Kremer/Schulz 2011, S. 7ff.).

In der psychosozialen Arbeit ist die Gestaltung der professionellen Hilfebeziehung als wichtigstes Handwerkzeug erkannt worden. Daher sollten Arbeitsbeziehungen, die auf die persönliche Förderung und Kompetenzentwicklung der Klienten sowie deren Einbindung ins soziale Netz abzielen, über die professionelle Begleitung hinausgehend, eine von gegenseitigem Respekt getragene Begegnung ermöglichen (vgl. Hasselmann 2008, S. 62). Es kommt also in der psychosozialen Arbeit für den Sozialarbeiter darauf an, mit dem Klienten gemeinsam sinnvoll zu handeln, mit ihm eine tragfähige und nicht einengende Beziehung herzustellen (vgl. ebd. 2008, S. 121f.). Diese Grundbedingungen einer Sozialarbeiter-Klient-Arbeitsbeziehung können durch die spezifische Grundhaltung der MG geschaffen werden. Die MG ermöglicht darüber hinaus das Anschieben und Begleiten einer Veränderung.

Praktiker und Forscher haben aufgezeigt, dass das in der Suchthilfe erfolgreiche Konzept der MG auf das psychiatrische Arbeitsfeld übertragen werden kann. So zeigen Kremer und Schulz (2011) sowie Arkowitz und Kollegen (2010), auf die in diesem Kapitel Bezug genommen wird, in ihren Büchern anhand von Fallbeispielen den Einsatz der MG in der Psychiatrie auf. Die Möglichkeit der Anwendung der MG in der Sozialen Arbeit wird im Folgenden am Beispiel der psychosozialen Tagesstätte aufgezeigt. Zum besseren Verständnis wird zuvor die Tagesstätte mit ihren Angeboten und Aufgaben vorgestellt.

4.1 Die Vorstellung der psychosozialen Tagesstätte

Die psychosoziale Tagesstätte ist ein wichtiger Bestandteil in der sozialpsychiatrischen und gemeindenahen Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Sie ist eine teilstationäre Einrichtung im Sinne des § 13 i.V.m. § 75 Abs. 1 SGB XII und erbringt für die leistungsberechtigten Personen Leistungen der sozialen Rehabilitation.

Das Angebot der Tagesstätte richtet sich an Menschen mit wesentlich psychischen Erkrankungen/Behinderungen oder wesentlichen psychischen Erkrankungen und mehrfachen Behinderungen im Sinne von § 53 SGB XII und der Eingliederungshilfeverordnung nach § 60 SGB XII. Sie sind je nach ihren individuellen Beeinträchtigungen dauerhaft mindestens auf Anleitung und/oder teilweise stellvertretende Ausführung bei der individuellen und sozialen Lebensgestaltung, Kommunikation mit der Umwelt, Freizeitgestaltung, Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft und auf psychosoziale Hilfen angewiesen. Zuvorderst steht die Gewährleistung und Förderung der Teilhabe an der Gesellschaft (vgl. Landesrahmenvertrag 2007, S. 31). Die Klienten, die die Angebote der Tagesstätte nutzen, haben in der Regel erhebliche Kontaktstörungen, sind mit einer Tätigkeit in der Werkstatt für behinderte Menschen (noch) überfordert und benötigen insbesondere auf der kommunikativen Ebene Hilfe zur persönlichen Stabilisierung (vgl. Dörr 2005, S. 50).

Die Tagesstätte bietet ein differenziertes Ganztagsangebot in den Bereichen Beschäftigung, Unterstützung und Kontaktgestaltung an fünf Tagen in der Woche. In einem multiprofessionellen Team, das hauptsächlich aus Sozialpädagogen, Ergotherapeuten, Sozialpsychiatrischen Fachkräften und Pädagogen besteht, wird psychisch erkrankten Menschen ein niederschwelliges, tagesstrukturierendes Programm zur Wiedereingliederung in das Gesellschafts- und Alltagsleben und zur Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft angeboten. Die Begleitung und Förderung orientiert sich nach den Fähigkeiten und Bedürfnissen der Klienten. Die Verbindlichkeit der Teilnahme am Angebot der Tagesstätte richtet sich für die leistungsberechtigte Person nach den im individuellen Hilfeplan getroffenen Vereinbarungen. Tagesstätten sind Angebote, die dazu beitragen, die Lebensqualität für Menschen mit seelischer Behinderung zu verbessern, indem sie ihnen Raum zu einer möglichst selbstständigen Lebensgestaltung geben, ihnen eine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ermöglichen und sie darin unterstützen, die Folgen ihrer Behinderung zu überwinden bzw. mit diesen besser zu leben. Ebenfalls sind Aktivierung, Training bzw. Entwicklung von beruflichen Fähigkeiten und Fertigkeiten zum Wiedereinstieg in den beruflichen Alltag entsprechend der individuellen Möglichkeiten Aufgaben der Tagesstätte. Der Klient kann dadurch die Tagesstätte auch zur Vorbereitung auf die Tätigkeit in einer Werkstatt für behinderte Menschen, auf den allgemeinen Arbeitsmarkt oder auf eine Ausbildung nutzen. Die

Maßnahmen des Leistungsangebotes der Tagesstätte sind darauf ausgerichtet, den psychisch kranken Menschen, entsprechend seines individuell notwendigen Bedarfes und im Hinblick auf die Zielsetzung der Hilfen, ganzheitlich zu fördern, zu begleiten und zu beraten. Ausgangsbasis der Arbeit ist ein ressourcenorientierter Ansatz, welcher den Einzelnen nicht auf Problembereiche reduziert, sondern bestrebt ist, die gesunden Anteile zu nutzen und zu fördern. Es geht in erster Linie somit darum, dem Klienten seine persönlichen Fähigkeiten und Ressourcen sowie die Möglichkeiten, die ihm sein Umfeld bietet, bewusst zugänglich zu machen. Er wird dabei unterstützt, diese Fähigkeiten im Rahmen realistischer Zielsetzungen aktiv einzusetzen, um die Teilhabe an der Gesellschaft zu gewährleisten. Besonderen Wert wird dabei auf die freiwillige und selbstständige Beteiligung und Aktivität des Klienten gelegt, um seine Selbsthilfepotentiale zu aktivieren. Die Tagesstätte bietet eine verlässliche Tagesstruktur mit sozialen Kontaktmöglichkeiten, um die soziale, emotionale und motivationale Stabilisierung und Reintegration der Klienten zu unterstützen. Sie bietet ein vielseitiges und umfangreiches Angebot, das eine Kombination von ergotherapeutischen, sozialpädagogischen und freizeitgestaltenden Maßnahmen beinhaltet. Der (Wieder-) Erwerb von Fähigkeiten zur Lebensbewältigung ist ein Schwerpunkt in der Zielsetzung der Tagesstätte. Die Umsetzung dieses Ziels erfolgt durch Einzelberatung, Gesprächsgruppen, Üben lebenspraktischer Fertigkeiten, kreatives Gestalten, Sport, Ausflüge und durch Unterstützung bei der Aufnahme von sozialen Kontakten außerhalb der Tagesstätte (vgl. Dörr 2005, S. 50).

Der Zugang zu den Angeboten der Tagesstätte erfolgt über ein förmliches Antragsverfahren, und im Rahmen der Hilfeplankonferenz wird der Hilfebedarf ermittelt. Die Ergebnisse der Hilfeplankonferenz sind bezüglich des Leistungsangebotes und -zeitraumes Grundlage der Kostenzusage.

4.2 Die Anwendung der Motivierenden Gesprächsführung in der psychosozialen Tagesstätte

Das berufliche Handeln des Sozialpädagogen richtet sich im Zusammenhang mit psychosozialen Problemlagen der Klientel u.a. auf die Erschließung von Ressourcen und befasst sich mit der Stabilisierung und Gestaltung des Alltags in den verschiedenen Lebensbereichen. Hierzu gehört auch die soziale Teilhabe und die

Erweiterung und Entwicklung individueller Handlungskompetenzen durch Unterstützung, Anleitung und Begleitung.

Die Unterstützung und Begleitung in der psychosozialen Tagesstätte ist ein zielgerichteter Prozess, deren Ziele individuell festgelegt und möglichst konkret benannt und realistisch erreichbar sein sollten. Bei psychisch kranken Menschen gibt es in der Zieldefinition häufig erhebliche Schwierigkeiten. Beispielsweise haben sie durch wiederholte Erkrankungen, gescheiterte Rehabilitationsversuche so resigniert, dass sie ihre Fähigkeiten und Möglichkeiten sowie ihr Potential für Veränderungen erheblich unterschätzen. Einigen fehlt es möglicherweise an Informationen über Möglichkeiten, so dass sie in der Auswahl ihrer Ziele eingeschränkt sind. Von Seiten der Sozialarbeiter werden die genannten Ziele der Klienten manchmal vor schnell aus Erfahrungen heraus als unrealistisch und unerreichbar bezeichnet und eine Umorientierung des Klienten angestrebt. Dies kann zu Motivationsverlusten und zum Abbruch der Beziehung und Rehabilitation führen. Die Tatsache, dass für den Klienten ein Unterstützungsbedarf besteht, der mit einer umfangreichen und meist langfristigen Anstrengung zur Erreichung der Lebensziele verbunden ist, kann zu unterschiedlichen Reaktionen wie Resignation, Ablehnung aller angebotenen Maßnahmen im Rahmen der Begleitung in der Tagesstätte, innerliche Distanzierung oder Abbruch des Besuchs der Tagesstätte führen. Die Festlegung der Rehabilitationsziele ist ein schwieriger und meist langfristiger Prozess des Verhandels und Ausprobierens, bei dem eine vertrauensvolle Zusammenarbeit Voraussetzung ist (vgl. Reker 2004, S. 57). Für die hierfür erforderlichen Anforderungen an die Beziehung zwischen Sozialarbeiter und Klient und an den zielgerichteten Prozess der Unterstützung bietet die Methode der MG neben ihrer spezifischen Grundhaltung entsprechende Prinzipien und Strategien. Die MG ruft, auf der Grundlage einer partnerschaftlichen Beziehung zwischen Sozialarbeiter und Klient, die Motivation zur Veränderung hervor. Ausgehend von den Ressourcen und der Motivation zur Veränderung werden die Ziele des Klienten gemeinsam erarbeitet.

Häufig ist es die Aufgabe des Sozialpädagogen in der psychosozialen Tagesstätte, ein langfristiges Krankheitsmanagement zu leisten und die MG unterstützt dieses besonders, da sie sich auf Entscheidungen stützt, die vom Klienten mitgetroffen wurden und er sie dadurch insbesondere über einen langen Zeitraum mittragen kann. Die Voraussetzung für die Begleitung des Klienten ist, auf dem Weg zu

der für ihn besten Entscheidung, der offenen Erforschung der Ambivalenz und der Abwägung der Vor- und Nachteile der verschiedenen Optionen die partnerschaftliche Grundhaltung.

Nur wenige Klienten kommen allein von sich aus in die Tagesstätte. Häufiger kommen sie in Begleitung ihrer Betreuer, auf Empfehlung ihrer behandelnden Ärzte oder anderen Einrichtungen zum Erstgespräch. Dieser erste Kontakt ist teilweise durch Unsicherheit und Anspannung auf Seiten des Klienten geprägt. Oft übernehmen begleitende Personen die Schilderung des gesundheitlichen Zustandes und des Hilfebedarfs. Hier ist der Sozialarbeiter im Sinne der MG gefragt, die aktuelle Situation aufzugreifen und mögliche unangenehme Gefühle anzusprechen. Gleichzeitig ist eine positive Wertschätzung des Klienten gefordert, in der beispielsweise das Aufsuchen der Tagesstätte gewürdigt wird. Durch offene Fragen, etwa danach wie ein typischer Tag des Klienten aussieht, und ein ehrliches Bemühen um Verständnis im Sinne des aktiven Zuhörens, kann eine gute Basis für die Sozialarbeiter-Klient-Beziehung schaffen. Von Beginn an wird die Autonomie des Klienten gewahrt und ihm die Entscheidung für oder gegen die Nutzung der Tagesstätte überlassen. Der Klient kann Informationen über die Angebote der Tagesstätte erhalten und auf Äußerungen der Ambivalenz gegenüber dem Angebot, sollte der Sozialarbeiter sensibel und mit offenen Fragen, die von Interesse am Gegenüber geleitet sind, reagieren. Es ist wichtig dem Klienten deutlich zu machen, dass die Ambivalenz normal ist und dass Entscheidungen Zeit brauchen. So fühlt sich der Klient akzeptiert und ernst genommen, was wiederum die Motivation fördert. Es können Optionen aufgezeigt werden, innerhalb derer sich der Klient entscheiden kann wie z.B. ein Kennenlernen der Tagesstätte an einem anderen Tag. Mit der Akzeptanz der Ambivalenz und dem Wissen einer längerfristigen Begleitung, kann sich auch der Sozialarbeiter auf kleinere Ziele einlassen und es nicht als Misserfolg werten, wenn sich der Klient nicht sofort entscheidet oder sich auch gegen das Angebot entscheidet (vgl. Kremer/Schulz 2011, S. 81f.). Durch offene Fragen und aktives Zuhören wird das Thema, welches für den Klienten wichtig ist, erfragt und ihm signalisiert, dass es das Ziel ist, ihn dabei zu unterstützen, sein Leben besser zu gestalten und das, was ihm wichtig ist, nicht zu gefährden.

Dem Erstgespräch im psychiatrischen Kontext kommt eine Schlüsselfunktion zu, die den weiteren Verlauf des Hilfeprozesses entscheidend prägt. Die Beziehungs-

aufnahme ist so zu gestalten, dass die Basis für eine vertrauensvolle, positive und auf Mitarbeit angelegte Beziehung geschaffen wird. Dies kann gelingen, wenn sich der Sozialpädagoge bemüht, ein gemeinsames Verständnis der gegenwärtigen Situation mit dem Klienten herauszuarbeiten (vgl. Bosshard/Ebert/Lazarus 1999, S. 317).

Jeder Mensch ist auf Beziehungen, die durch symmetrische und asymmetrische Beziehungsstrukturen geprägt sind, und den Austausch mit anderen Menschen angewiesen. Psychisch kranken Menschen fehlen häufig diese Beziehungen und sie haben weitaus mehr Erfahrungen in asymmetrischen Beziehungsmustern, die ihnen weitaus seltener die Möglichkeit zugestehen, eigene Bedürfnisse auszudrücken und zur Geltung zu bringen. Dem Sozialpädagogen kommt in diesem Zusammenhang häufig die Aufgabe zu, die vorhandene Asymmetrie zu verringern, indem er z.B. mit dem Klienten alltagspraktische Fähigkeiten übt, Sozialtraining anbietet und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft unterstützt. Jedoch kommt ein Klient in die Einrichtung, weil ihm Ressourcen fehlen, die ihm hier vom Sozialarbeiter zur Verfügung gestellt und erschlossen werden. Damit ist auch diese Beziehung schlechthin asymmetrisch. Daher sollten Sozialpädagogen ihre Arbeit als eine Begegnung von Menschen verstehen, die lediglich von einer zeitlich befristeten und begrenzten Ungleichheit bestimmt sein darf und den Bedürfnissen und aktuellen Möglichkeiten des Klienten entspricht. Das setzt eine kritische Reflexion des eigenen Handelns des Sozialpädagogen voraus und entspricht dem Menschenbild und der Grundhaltung der MG (vgl. ebd. 1999, S. 58).

Kennzeichnend für eine gelungene Arbeitsbeziehung zwischen Sozialpädagoge und Klient in der Psychiatrie sind u.a.:

- Der Sozialpädagoge ist im Umgang mit seinen Klienten nicht auf autoritäres und beherrschendes Auftreten angewiesen und kennt seine professionellen Möglichkeiten.
- Es entwickelt sich eine realistische Beziehung, in der die Möglichkeiten und Fähigkeiten des jeweils anderen gut eingeschätzt werden können.
- Die notwendigen oder wünschenswerten Veränderungen bei den Klienten können auf Seiten des Sozialpädagogen in einen motivationsfördernden und aufklärenden Kontext eingebettet werden.

- Der Sozialarbeiter hinterfragt bei auftretenden Schwierigkeiten in der Arbeitsbeziehung das eigene Verhalten und korrigiert es gegebenenfalls (vgl. Bosshard/Ebert/Lazarus 1999, S. 290f.).

In der MG wird die Schaffung einer solchen partnerschaftlichen und veränderungsfördernden Beziehung zwischen Sozialarbeiter und Klient durch die Grundhaltung, die Prinzipien und Strategien sowie den Umgang mit Widerstand erreicht. Im sozialarbeiterischen Kontext reicht dementsprechend die reine Beziehungsgestaltung nicht aus, sondern bei allen Arbeitskontakten hat sich der Sozialpädagoge an wissenschaftlichen Methoden zu orientieren. Es gilt, eine Arbeitsbeziehung mit dem psychisch kranken Menschen aufzunehmen und in konkretes Handeln umzusetzen. Die Sozialpädagogen-Klient-Beziehung ist eine professionelle Arbeitsbeziehung und gleichzeitig eine zwischenmenschliche Begegnung. In dieser Arbeitsbeziehung gilt es, den Klienten in seiner ganzheitlichen Situation wahrzunehmen, zu reflektieren und zu verstehen sowie das Wohl des Klienten in den Mittelpunkt zu stellen. Diese vertrauenswürdige Arbeitsbeziehung sollte gestärkt und gefördert werden und die zentralen physischen und psychosozialen Bedürfnisse des Klienten und seines jeweiligen sozialen Umfeldes erkennen und berücksichtigen (vgl. ebd. 1999, S. 288).

Das Vorhandensein zwischenmenschlicher Beziehungen ist für eine bessere psychische Gesundheit bedeutend. Dabei ist die Qualität der Beziehung wesentlich, denn es zählt im Kontakt zu anderen Menschen Wertschätzung, Vertrauen und konkrete Hilfe. Emotionale Unterstützung ist eine Form der sozialen Unterstützung, unter der Verhaltensweisen verstanden werden, die u.a. durch aufmerksames Zuhören ein Gefühl der Wertschätzung vermitteln. Unterstützung durch Information und durch Situationsbewertung sind weitere Formen der sozialen Unterstützung. Durch die Vermittlung von Informationen und Wissen wird der Klient im Umgang mit alltäglichen Anforderungen unterstützt und durch Rückmeldungen wird der Klient in der adäquaten Einschätzung bestimmter Sachverhalte unterstützt. Insbesondere kann für die wahrgenommene Hilfe ein positiver Zusammenhang zum Gesundheitszustand nachgewiesen werden (vgl. Ruesch/Neuenschwander 2004, S. 12). In der MG erfährt der Klient durch das aktive Zuhören eine Rückmeldung und durch die direkte Bestätigung erfährt er Wertschätzung und Würdigung, so dass die soziale Unterstützung umgesetzt werden kann.

Die soziale Rehabilitation in der Tagesstätte berücksichtigt die Phasenhaftigkeit und Langfristigkeit wesentlicher psychischer Erkrankung. In einer langfristigen Betreuung lässt sich nichts erzwingen, und der Klient wird nur so lange den Weg, den ihm der professionelle Helfer vorschlägt, mitgehen, wie es ihm einsichtig ist und er seinen Vorstellungen von Krankheitsbewältigung und Lebensgestaltung entspricht. Daher sind emotionale Unterstützung und empathisches Bemühen genauso wichtig, wie Ermutigung und aktive Anleitung zur Problemlösung. Psychosoziale Rehabilitation lässt den Klienten aktiv mitbestimmen, wird als ein fortlaufender Prozess betrachtet und basiert auf einer engen persönlichen Beziehung zwischen dem professionellen Helfer und dem Klienten (vgl. Rössler/Lauber 2004, S. 4).

Sozialarbeiter sind auf die Kooperation mit ihren Klienten angewiesen, da eine Förderung der selbstständigen Lebensführung nur gelingen kann, wenn Formen des gemeinsamen Handelns mit dem Klienten entwickelt wurden. Dazu bietet die spezifische Grundhaltung der MG, die eine Atmosphäre von Respekt und Partnerschaftlichkeit hervorbringt, eine gute Voraussetzung. Darüber hinaus bietet die MG durch ihre direktiven Prinzipien und Strategien die Möglichkeit eine Verhaltensänderung des Klienten zu unterstützen. Die intrinsische Motivation zur Veränderung wird gefördert, wenn die Motive für die Veränderung gestärkt und ebenso die Motive gegen die Veränderung wertgeschätzt werden.

Das Ziel der Sozialpädagogik ist die Strukturierung und Begleitung von Lernprozessen zur Aneignung von äußerer Realität, um den Mangel und die Benachteiligungen, die in psychosoziale Problemlagen führen, auszugleichen. Eine professionelle Arbeitsbeziehung, Einvernehmen und ein gemeinsames Ziel bilden hierfür die Voraussetzung und müssen in der Regel erst entwickelt werden. Durch Methoden, die sich auf sozialwissenschaftliche, psychologische und pädagogische Theorien stützen und die die psychosoziale Benachteiligung aufheben oder abmildern und den angemessenen Umgang mit der Realität und der Integration in die Gesellschaft befördern sollen, wird eine verbesserte Alltagsbewältigung erreicht (vgl. Bosshard/Ebert/Lazarus 1999, S. 310).

Es ist ein charakteristisches Merkmal vieler Menschen, die einer psychosozialen Unterstützung bedürfen oder diese suchen, dass sie Schwierigkeiten damit haben, Beziehungen einzugehen und aufrechtzuerhalten. Es ist häufig eine besondere Herausforderung die notwendige Vertrauensbasis zwischen Sozialarbeiter und

Klient herzustellen. Um dem Klienten eine Chance für eine faire und tragfähige Beziehung einzuräumen, die wohlwollend und klar zugleich auch die Grenzen der eigenen Belastbarkeit des Sozialpädagogen aufzeigt, muss sich der Sozialpädagoge seiner eigenen Toleranz- und Zumutbarkeitsgrenzen im aktuellen Gesprächskontext bewusst sein (vgl. Bosshard/Ebert/Lazarus 1999, S. 318).

In der psychosozialen Arbeit der Tagesstätte bieten sich eine Reihe von Situationen, in denen es angezeigt ist, die Autonomie des Klienten anzusprechen, ihr respektvoll und interessiert zu begegnen und ihn damit zu einem verantwortungsvollen Umgang mit sich selbst und anderen zu ermutigen (vgl. Kremer/Schulz 2011, S. 127).

Durch die Anwendung der MG wird die Beziehung im Rahmen der Begegnung und Begleitung zwischen dem Klienten und dem Sozialarbeiter, die Beziehung des Klienten zu sich selbst und auch die Beziehung der Mitarbeiter der Einrichtung untereinander verändert (vgl. ebd. 2011, S. 127).

Wenn der Sozialarbeiter mehr darauf hört, was der Klient meint, denkt und will, sowie gemeinsam mit dem Klienten nach Kompromissen zur Umsetzung sucht, wird er in der Lage sein, dem Widerstand des Klienten so zu begegnen, dass er nicht die Dissonanz in der Beziehung verstärkt, sondern den Klienten aktiv in den Prozess der Problemlösung einbezieht. Der flexible Umgang der MG mit dem Widerstand findet darin seinen Ausdruck, dass der Sozialarbeiter den Klienten beim Finden eigener Lösungswege unterstützt, ihm neue Sichtweisen anbietet und nicht die Argumente des Widerstandes wegdiskutiert. Die Gefühle des Klienten im Hinblick auf eine Veränderung sind nicht zu unterschätzen, denn sich verändern, Vertrautes verlassen, kann zunächst erst einmal Angst auslösen. Wenn die Ängste größer werden, als die Absicht sich zu ändern, werden das Vermeidungsverhalten und der Widerstand wachsen. Der Sozialpädagoge darf in diesem Fall nicht gegen die Angst arbeiten, da dieses die Angst verstärken würde, sondern sich langsam den Gründen der Angst nähern und dabei erste Erfolgserlebnisse sammeln und hervorheben. Erst wenn der Klient sich selber in eine bestimmte Richtung entwickeln möchte, kann mit dem Prozess der Veränderung begonnen werden, wobei der Klient die Geschwindigkeit bestimmt. Das enorme Potential der MG im Umgang mit psychisch kranken Menschen liegt in der Stärkung der Autonomie, in der Stärkung der Betreuungsbeziehung und in der Kreativität der Zielfindung. Die besondere Qualität der MG liegt im Prozess der Begleitung des Klienten. Das ge-

meinsame Gespräch, die partnerschaftliche und autonomiefördernde Zusammenarbeit und das Maß an gemeinsamer getragener Entscheidungsfindung sind die entscheidenden Qualitätsmerkmale der MG. Die MG hat das Potential, die Einstellung der Mitarbeiter zu ihrem Auftrag und zu ihrer Klientel zu verändern und verändert auch die Zusammenarbeit der Professionellen untereinander. Mitarbeiter, die an den inneren Einstellungen, Werten und Ideen ihrer Klienten interessiert sind, werden auch ebenso mit den Kollegen umgehen und sich gegenseitig ihre Ansichten mitteilen. Dieser sich gegenseitig wertschätzende und achtende Umgang innerhalb des Betreuerteams kann die Qualität der Betreuung erhöhen und fördert damit auch die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter (vgl. Kremer/Schulz 2011, S. 131f.). Die empathische Grundhaltung der MG kann maßgeblich dazu beitragen, in der Tagesstätte eine von Respekt, Anerkennung und Wertschätzung geprägten Atmosphäre zu schaffen.

Die MG hat vor allem deswegen einen Reiz, weil sie sich unmittelbar mit den Motivationsproblemen beschäftigt, die für die Sozialarbeiter häufig in ihrer Arbeit von Relevanz sind und für Irritationen sorgen. Die Verbesserung der Änderungsmotivation ist ein wichtiger Bestandteil der Aufgabe des Sozialarbeiters, die durch den Einsatz der MG erreicht werden kann. Klienten, die Widerstand zeigen, sollten nicht wieder weggeschickt werden. Dies ist auch in der Arbeit mit psychisch kranken Menschen von besonderer Bedeutung, da sie einen frühen Zeitpunkt der Unterstützung ermöglicht. Davon ausgehend, dass die Veränderungsmotivation bereits vorhanden ist, installiert der Sozialarbeiter die Motivation nicht, sondern ruft sie hervor (vgl. Arkowitz u.a. 2010, S. 344).

Der Besuch der psychosozialen Tagesstätte ist regelmäßig mit einer längerfristigen Begleitung verbunden, die mit einer gemeinsamen Rehabilitationsplanung einhergeht. Durch die MG wird der Klient unterstützt, eine Entscheidung für ein Ziel und einen Plan zu treffen, die mit seinen Wünschen und Zielen übereinstimmt. In der sozialpädagogischen Arbeit mit psychisch kranken Menschen gilt es, die Gewichtung der Verantwortung immer wieder neu auszuloten und den eigenen Gesprächsstil regelmäßig zu überprüfen. Während zu Beginn der Unterstützung direktive und fürsorgliche Interventionen der Gesprächsführung und Begleitung notwendig sind, kann sich im weiteren Verlauf auf eine begleitende Intervention konzentriert werden (vgl. Kremer/Schulz 2011, S. 25).

Veränderungen bei Klienten mit wiederholendem Krankheitsverlauf sind, wenn überhaupt, ein sehr langsamer und kleinschrittiger Prozess, der von vielen Hindernissen begleitet wird. Für den Sozialarbeiter bedeutet dies, die eigenen Ansprüche zu überprüfen und gegebenenfalls zu korrigieren, geduldig zu sein und sich dem Klienten mit Wohlwollen und Respekt zuzuwenden. Durch die empathische und akzeptierende Grundhaltung der MG können Spielräume zur Veränderung eröffnet werden (vgl. Kremer/Schulz 2011, S. 77).

Viele der Klienten der psychosozialen Tagesstätte haben in ihrer Lebensgeschichte einen auffallenden Mangel an affektiver Zuwendung erfahren und aus diesem Wissen heraus, erschließt sich die große Bedeutung einer von Respekt und Empathie getragener Grundhaltung des Sozialpädagogen (vgl. ebd. 2011, S. 78).

Die Bedeutsamkeit der Veränderung und die entsprechende Zuversicht können mit Hilfe der Wichtigkeits- und Zuversichtsskalen, mit denen in der MG gearbeitet wird, erhoben werden. Um die Zuversicht für die Umsetzung seiner Ideen zu erhöhen, werden dem Klienten seine persönlichen Stärken deutlich gemacht, die soziale Unterstützung für den Plan erfragt und auf frühere Bewältigungserfahrungen zurückgegriffen. Es ist ein primäres Ziel der MG, die Selbstwirksamkeitserwartung des Klienten zu stärken, was dadurch erreicht wird, dass die besonderen Fähigkeiten, Stärken und sozialen Ressourcen des Klienten in das Zentrum des Veränderungsprozesses gestellt werden. Durch die empathische Grundhaltung des Sozialpädagogen werden die Stärken und positiven Ressourcen des Klienten gefördert und hieraus folgt eine intrinsische Selbstwirksamkeitserwartung aus der heraus die konstruktive Bewältigung eines notwendigen Veränderungsprozesses möglich wird (vgl. URL 3, Wehrmann 2012, S. 116).

Danach sollte sich auch gemeinsam den Hindernissen zugewandt werden und positive Antworten für den Umgang mit diesen gefunden werden. Im Folgenden wird ein realistischer Plan, der aus mehreren Schritten, welche Teilziele beinhalten, erstellt und die Selbstverpflichtung gestärkt. Die konkreten Teilziele werden mit den dazugehörigen Maßnahmen festgelegt und Ressourcen und Unterstützung benannt (vgl. Kremer/Schulz 2011, S. 101). Die gemeinsame Planung wird schriftlich festgehalten und es erfolgt eine regelmäßige Überprüfung, damit der Plan bei Schwierigkeiten korrigiert werden kann. Auch bei dieser Überprüfung ist von Seiten des Sozialarbeiters darauf zu achten, dass er sich wertneutral verhält und die subjektiven Möglichkeiten, Fähigkeiten und Grenzen des Klienten respek-

tiert (vgl. Kremer/Schulz 2011, S. 102). Der Sozialarbeiter sollte dem Klienten seine Wahrnehmungen zurückmelden, diese jedoch nicht als objektiv richtig hinstellen, sondern dem Klienten die Gelegenheit geben, mitzuteilen, was seiner eigenen Wahrnehmung entspricht und was nicht (vgl. ebd. 2011, S. 104). Ebenso werden dem Klienten Diskrepanzen zwischen seinem aktuellen Verhalten und seinen wichtigen Zielen und Vorstellungen für die Zukunft rückgemeldet. Durch den offenen und respektvollen Umgang mit den Diskrepanzen werden ihm diese bewusst gemacht und wenn nötig verstärkt. Dadurch kann die Veränderungsbereitschaft des Klienten gestärkt werden und gleichzeitig wird die Eigenverantwortung des Klienten respektiert (vgl. ebd. 2011, S. 104). Hinsichtlich der Problemeinsicht, der Bedenken und der Veränderungsbereitschaft wird change-talk des Klienten hervorgehoben und selektiv verstärkt. Häufig präsentieren die Klienten widersprüchliche Gedanken, Gefühle und Handlungen und die Herausforderung besteht darin, den Fakt anzunehmen und keine der Seiten zu favorisieren. Der Sozialarbeiter sollte den Klienten beim Finden einer guten eigenen Lösung begleiten und unterstützen (vgl. ebd. 2011, S. 104). Der Sozialpädagoge erkundet hierbei durch zielgerichtetes Vorgehen die positiven und negativen Seiten des Verhaltens und ist um die Auflösung der Ambivalenz zu Gunsten der Verhaltensänderung bemüht. Die Entwicklung der Diskrepanzen ist die direkte Form der MG. Die inneren Diskrepanzen werden dem Klienten durch die Rückmeldung bewusst gemacht und bei Bedarf soweit verstärkt, dass der Klient selbst sein gegenwärtiges Verhalten hinterfragt. Der Sozialpädagoge regt den Klienten an, selbstständig Argumente für eine Veränderung auszusprechen und spricht dabei vor allem die inneren Motive des Klienten an.

In der Arbeit mit dem Klienten kann es Phasen geben, in denen der Sozialpädagoge die Rahmenbedingungen der Tagesstätte deutlich machen muss. Dabei ist im Sinne der MG darauf zu achten, dass sich der Klient nicht gleichzeitig in seiner inhaltlichen Entscheidung gedrängt fühlt. Hier wird die Doppelrolle deutlich, in der sich der Sozialpädagoge befindet – er vertritt zum einen die Institution Tagesstätte und zum anderen ist er gehalten, den Klienten zu unterstützen. Dies verlangt Neutralität in der Sache, klare Information und ein zugewandtes Interesse am Klienten (vgl. ebd. 2011, S. 105). Neutralität in der Sache heißt, dass es nicht das Anliegen des Sozialpädagogen ist, dass der Klient die spezielle Sache umsetzt, sondern dass der Klient zu einer vernünftig abgewogenen, bewusst getroffenen

Entscheidung findet (vgl. Kremer/Schulz 2011, S. 105). Das Drängeln und Argumentieren in Richtung einer Veränderung wäre kontraproduktiv.

Im Stadium der Absichtsbildung werden zunächst – ohne Druck und Bewertung – in respektvollem Umgang die Ambivalenzen erhoben und die Diskrepanzen verstärkt. Das Ausleuchten der Situation mit Hilfe der Entscheidungswaage kann die Absichtsbildung unterstützen, wobei nur die Argumente aufgenommen werden, die für den Klienten wichtig sind. Werden die Ambivalenzen des Klienten begrüßt, kann das Vertrauen des Klienten wachsen. Die Bedenken und Befürchtungen des Klienten bzgl. der Veränderung gilt es, mit ihm zu besprechen und dadurch Vertrauen entstehen zu lassen. In der Vorbereitungsphase besteht die Aufgabe darin, ein wohlgestaltetes Ziel zu finden und, auf dem Weg dorthin, kleine Teilziele zu benennen, deren Erreichung dem Klienten Erfolgserlebnisse ermöglichen. Ebenso werden Strategien, die zum Ziel führen können, mit dem Klienten entwickelt. Bei der Verhaltensänderung können kurzfristig Nachteile eintreten und eventuelle Hindernisse auftreten, die in der Vorbereitungsphase ebenfalls besprochen werden müssen. Die Verhaltensänderung ist ein sehr langer und kein geradliniger Prozess, bei dem mit Rückschlägen zu rechnen ist. Insbesondere haben Klienten in der psychosozialen Tagesstätte lange bestehende Verhaltensmuster, in deren Folge Rückfälle normale zu erwartende Ereignisse sind. Rückfälle werden mit dem Klienten aufgearbeitet, er wird ermutigt und dabei unterstützt, erneut in den Kreislauf der Veränderung einzusteigen. Eine Verhaltensänderung wird nur durchgehalten, wenn sie mit Erfolgserlebnissen verbunden ist. Folglich müssen auch kleine Fortschritte wahrgenommen und gewertschätzt werden. Es ist die Aufgabe des Sozialarbeiters, dem Klienten die Unterstützung anzubieten und gleichzeitig auf seine eigene Mitarbeit zu verweisen, ohne die die Ziele nicht erreicht werden können. Der Sozialarbeiter begegnet dem Klienten in der autonomiefördernden Haltung, die den Klienten darauf verweist, dass er stets die freie Wahl hat, dass er selbst entscheidet und er dafür die Verantwortung trägt.

Die Doppelrolle des Sozialarbeiters als Unterstützer und im Zweifelsfall Entscheidungsmächtiger ist so auszufüllen, dass die Autonomie des Klienten respektiert wird, ein klares Bild der Rahmenbedingungen gegeben ist und der Klient sich nicht manipuliert fühlt. Zur eigenen Entlastung des Sozialarbeiters ist zu berücksichtigen, dass der Klient die Entscheidung trifft und auch die Verantwortung für diese trägt (vgl. ebd. 2011, S. 107).

Bei der Hilfe und Begleitung des Klienten sollte der Sozialarbeiter immer überprüfen, welche Art und welches Ausmaß der Unterstützung wirklich nötig ist, um einerseits die Eigenverantwortung des Klienten zu betonen und seine Selbstwirksamkeit zu stärken und um sich andererseits auch selbst zu schützen. Ist das professionelle Engagement nicht im Einklang mit den Interessen des Klienten, wird es scheitern und Enttäuschung, Frustration und Ärger auslösen. Nicht das eigene Lebenskonzept und die eigenen Interessen des Sozialpädagogen dürfen handlungsleitend sein, sondern die Wünsche und Vorstellungen des Klienten (vgl. Kremer/Schulz 2011, S. 116f.).

Die Wichtigkeit der Probleme müssen im Gespräch ausgelotet und die eigenen Ideen des Klienten erfragt werden. Wenn sich der Klient ernst genommen und gewertschätzt fühlt, ist es immer wieder erstaunlich, wie viel er mitteilt.

Klienten, die in die psychosoziale Tagesstätte kommen, haben sich häufig mit den Argumenten für eine Veränderung beschäftigt, haben Misserfolge in der Umsetzung erlebt und sehen sich nun in einer widersprüchlichen Haltung bezüglich des erneuten Versuchs einer Veränderung. Selten bringen die Klienten ihre Ambivalenz gegenüber einer Veränderung offen zum Ausdruck, dennoch kann diese auf unterschiedliche Art und Weise übermittelt werden. Erkennt der Sozialpädagoge die Ambivalenz gegenüber einer Veränderung an und bezieht diese in seine Arbeit ein, so bietet das dem Klienten die Möglichkeit, dieses Dilemma zu erkennen und zu bearbeiten (vgl. Arkowitz u.a. 2010, S. 33). Die Verwendung der Entscheidungswaage kann die Arbeit an der Ambivalenz anleiten und unterstützen. Die Klienten erhalten so die Möglichkeit, die Argumente für und gegen eine Veränderung und die Argumente für und gegen den Status Quo zum Ausdruck zu bringen. In der anschließenden Exploration wird auf alle einzelnen Argumente eingegangen und diese entsprechend gewürdigt. Das aktive Zuhören in der Kommunikation hilft dem Klienten bei der Klärung und Verarbeitung eigener Gefühle. Er erfährt, dass der Sozialpädagoge seine Empfindungen akzeptiert und wird somit eigene negative Empfindungen weniger fürchten. Das vertieft die Beziehung zwischen Sozialpädagoge und Klient und auf dieser Basis teilt der Klient eigene Gedanken, Ideen und Wünsche mit, die dem Sozialpädagogen eine Möglichkeit bieten, die intrinsische Motivation stellvertretend anzuschieben. Betrachtet man das Zögern des Klienten – im Hinblick auf die Veränderung – aus seiner Perspektive, wird es verständlich. Der Klient kann ein größeres Mitgefühl für seine Person entwickeln,

wenn der Sozialarbeiter sich offen und einfühlsam auf die grundlegenden Bedürfnisse und Wünsche des Klienten einstellt. Durch den Einsatz der MG bei der Exploration der Argumente wird der Klient dazu ermutigt, selbst die Gründe für eine Veränderung anzugeben. Der Sozialarbeiter erkundet hingegen die Argumente, die gegen eine Veränderung und für die Beibehaltung des Status Quo sprechen und hilft dadurch dem Klienten, Argumente für eine Veränderung zur Sprache zu bringen und weiter auszuführen. Der Sozialpädagoge unterstützt den Klienten, die Argumente für eine Veränderung zu erkunden, wobei change-talk zunächst das primäre Ziel der MG ist. Wenn es dem Sozialpädagogen gelingt, die vom Klienten als positiv empfundenen Anteile seines Verhaltens zu würdigen, wird es auch gelingen, Veränderungsmotivation zu evozieren (vgl. URL 3, Wehrmann 2012, S. 113). Hat der Klient die Ambivalenz gegenüber einer Veränderung hinreichend aufgelöst und weisen seine Aussagen darauf hin, dass er sich auf eine Veränderung vorbereitet, erfolgt der Übergang in die Phase 2 der MG – die Entwicklung von Vertrauen in die Fähigkeiten des Klienten, den Veränderungsplan in Gang zu setzen und auszuführen. Der Sozialpädagoge versteht sich auch hier als Berater des Klienten und begegnet ihm in einer klientenzentrierten Grundhaltung, die die Autonomie des Klienten würdigt. Unter Wahrung der Entscheidungsfreiheit des Klienten werden ihm Handlungsmöglichkeiten angeboten.

So erwächst beispielsweise die Notwendigkeit zur Veränderung alltäglicher Lebensführung aus der Wahrnehmung und Einschätzung des jetzt Gelebten. Die alltägliche Lebensführung ist nicht statisch und muss Veränderungen der inneren und äußeren Bedingungen aufgreifen und neu ausbalancieren. Lässt sich eine wahrgenommene Irritation oder Störung nicht mit gewohnten Handlungsweisen beseitigen, ist es notwendig, die eigene Alltagspraxis zu verändern und Sinn und Zweck des alltäglichen Handelns zu hinterfragen. So steht auf der einen Seite der Wunsch nach Veränderung und auf der anderen das Bestreben, am Vertrauten festzuhalten. Dieser Ambivalenz können unterschiedliche Aspekte zu Grunde liegen. Dem Wunsch nach Erhöhung der Lebensqualität steht die Angst vor dem fremden Neuen und die Sorge, der bisher gelebte Alltag könne sich im Nachhinein als falsch erweisen, gegenüber. Veränderungen der alltäglichen Lebensführung werden vom Klienten nur zugelassen, wenn er zuversichtlich bezüglich einer befriedigenden Lebensführung ist (vgl. Bosshard/Ebert/Lazarus 1999, S. 65). Zunächst sollte sich der Klient selbstständig über seine Situation bewusst werden,

wobei ihn der Sozialpädagoge durch Rückmeldungen unterstützt. Erhält der Klient regelmäßig Feedback, ist er besser in der Lage, geeignete Selbstbewertungen durchzuführen und wird selbstständiger, was langfristig die Fähigkeit zur intrinsischen Motivation fördert. Hier ist vor allem eine beschreibende Rückmeldung gemeint. Mit Hilfe der Entscheidungswaage können dem Klienten die jeweiligen Vor- und Nachteile der Veränderung durch die Verschriftlichung sichtbar gemacht. Durch die Reflexion der Vor- und Nachteile und die Entwicklung der Diskrepanzen durch das Hervorrufen von change-talk werden die Ambivalenzen aufgelöst, die Zuversicht aufgebaut und Veränderungen durch den Klienten eingeleitet und umgesetzt, wobei der Sozialarbeiter wiederum begleitend unterstützt.

Die Anwendung der MG bei depressiven Menschen soll einen Einblick in ihre Anwendbarkeit geben. Depressive Menschen leiden häufig unter Antriebslosigkeit, Hoffnungslosigkeit und kognitiver Verlangsamung. Auf Grund dieser Symptome kapitulieren sie leicht vor Schwierigkeiten. Auch ihre Zweifel daran, dass der Besuch der Tagesstätte hilfreich für ihre Lebensgestaltung sein könnte, sowie frühere negative Erfahrungen mit psychiatrischen Angeboten wirken sich hemmend auf die Teilnahme an Angeboten aus. Die Klienten haben häufig den Wunsch, ihre Geschichte zu erzählen und das Wesen des Problems zu verstehen. Die MG betont das Zusammenspiel der Ziele von Klient und Sozialpädagoge innerhalb einer klientenzentrierten Beziehung. Die Akzeptanz der Ambivalenz bezüglich einer Veränderung und der Besuch der Tagesstätte ermöglichen ein Verständnis gegenüber dem Klienten und einen offenen Umgang mit diesem. Die MG liefert als Methode zur Auflösung der Ambivalenz im Kontext eines empathischen Verstehens individueller Perspektiven, Hoffnungen und Besorgnisse einen vielversprechenden Bezugsrahmen für eine Intervention, um den Klienten weiterhin zu begleiten und zu unterstützen (vgl. Arkowitz u.a. 2010, S. 118).

Die zentralen Symptome der Depression, wie vermindertes Interesse und weniger Freude an den meisten oder allen üblichen Aktivitäten, kann leicht auch als geringe Motivation interpretiert werden. Die MG ist vor allem auf die Verbesserung der Motivation konzentriert und die Besserung einer Depression lässt sich auf Grund der Motivation signifikant vorhersagen. Das fanden der Psychiater Burns und die Psychologin Nolen-Hoeksma (1991) in einer Untersuchung heraus. Sie maßen dabei die Motivation anhand der Bereitschaft, aktiv an einer kognitiven Verhaltenstherapie teilzunehmen, die eigenen Probleme zu explorieren, Veränderungen an-

zugehen und Nachteile in Kauf zu nehmen, um eine Besserung zu erreichen (vgl. Arkowitz u.a. 2010, S. 154). Depressive Symptome können durch körperliche und soziale Aktivitäten verbessert werden. In der Tagesstätte werden dem Klienten im unterstützenden therapeutischen Stil, wie er für die MG charakteristisch ist, Empfehlungen und Angebote unterbreitet und die Art und Weise, wie diese gegeben werden, haben einen bedeutsamen Einfluss darauf, wie der Klient diese annimmt (vgl. ebd. 2010, S. 155).

Häufig mussten Klienten die Akzeptanz und Anerkennung am meisten entbehren und gerade deshalb ist die positive Wertschätzung des Sozialarbeiters besonders wichtig. Depressive Klienten äußern sich oft geringschätzig und pessimistisch über sich selbst, da sie wenig Wertschätzung erfahren haben. (vgl. Weinberger, 1980 S. 49). Die Persönlichkeit des Sozialarbeiters bestimmt die Wirksamkeit der Gesprächsführung. In der Sozialen Arbeit werden die Fähigkeiten zur Authentizität und zur Wertschätzung als wichtige und besondere Merkmale des Sozialarbeiters angesehen.

Studien legen nahe, dass die MG mit ihrer starken Betonung der empathischen therapeutischen Beziehung das Potential hat, den Therapieerfolg bei einer Depression zu verbessern (vgl. ebd. 2010, S. 155).

Es gibt zahlreiche Möglichkeiten der Unterstützung oder der Begleitung um depressiven Menschen zu helfen. Jede Intervention, jedes gesprochene Wort erzeugt eine gewisse Wirkung. Allerdings sollte beachtet werden, dass man nie genau die Wirkung erzielen kann, die man beabsichtigt hat. Daher ist auch der Erfolg nicht vorhersehbar. Die einzige Möglichkeit besteht darin, gewisse Bedingungen zu schaffen, die den Prozess der Intervention günstig für den Klienten beeinflussen. Dazu zählen neben dem Setting und der Haltung gegenüber dem Klienten auch Techniken der Gesprächsführung. Der Klient muss immer selbst aktiv mitarbeiten. Dazu ist es notwendig, dass der Sozialarbeiter nicht die Verantwortung für den Klienten trägt, sondern stets dessen Autonomie wahrt. Das begünstigt einen nachhaltigen Erfolg.

Der Respekt des Sozialpädagogen gegenüber dem Klienten bleibt dabei immer oberste Priorität. Das bezieht sich auch auf die bisher unternommenen Lösungsversuche des Klienten und schafft so eine wertschätzende Haltung. Das Menschenbild der MG und die damit verbundene Grundhaltung sind keine Selbstver-

ständigkeit, sondern sollten vom Sozialpädagogen immer wieder aktiv in Erinnerung gerufen werden.

Obwohl einzelne methodische Ansätze, Therapie- und Beratungsformen sehr hilfreich sind und sich mit ihnen gute Erfolge erzielen lassen, passt nicht jeder theoretische Ansatz zu jedem Klienten. Daher ist es wichtig, als Sozialarbeiter über ein breites Handlungsspektrum und methodisches Wissen zu verfügen und dieses flexibel – individuell an den Bedarf angepasst – anzuwenden. Die MG kann, wie in diesem Kapitel beschrieben, eine geeignete und praktikable Methode in der psychosozialen Arbeit sein und erweitert damit die Handlungskompetenzen des Sozialarbeiters. Durch die Berücksichtigung der Prinzipien und Strategien der MG sowie der Ressourcenaktivierung wird die Schaffung eines tragfähigen therapeutischen Arbeitsbündnisses effektiv unterstützt. Dies hat nachhaltige Wirkung auf die Motivation des Klienten und damit auf die Verhaltensänderung, die häufig von Bedeutung in der Sozialen Arbeit ist.

5. Schlussbetrachtung

In dieser Arbeit galt es, die Anwendbarkeit der MG im Kontext der psychosozialen Arbeit zu klären. Als Grundlage hierfür diene zunächst die Darstellung des Konzeptes der MG, das für die Behandlung von Menschen mit Alkoholproblemen entwickelt wurde und heute in vielen anderen Bereichen angewandt wird. Das Konzept ist – wie dargestellt – auf den Umgang mit anderen Klienten übertragbar, die zu einer Änderung ihrer Verhaltensweisen motiviert werden sollen. Überall dort, wo Menschen bei einer Veränderung in ihrem Leben unterstützt und begleitet werden sollen, bietet die MG für die Soziale Arbeit einen gelungenen Ansatz. Auch wenn die Summe der Befundlage ermutigend ist, ist die Datenlage zur Evidenz der MG bei psychischen Erkrankungen eher mäßig und überdies nicht einheitlich. Diese Arbeit soll dennoch zum Einsatz der MG ermutigen, denn diese Methode führt letztlich – basierend auf der aufgezeigten höheren Qualität des Klärungsprozesses – zu einer realistischen Zielvereinbarung (vgl. Kremer/Schulz 2012, S. 13ff.).

Hierzu wurden sodann zum vertiefenden Verständnis relevante theoretische Grundlagen der MG dargestellt und ihre wesentlichen Aspekte aufgezeigt. Hieran anschließend wurden die Anwendbarkeit und Grenzen der MG in der Praxis der Sozialen Arbeit erörtert. Insbesondere wurde hierbei auf die Grundhaltung und die ethischen Aspekte der MG näher eingegangen. Der Klient wird von Beginn an an allen Entscheidungen und Zielsetzungen beteiligt, so dass die Werteentscheidungen und die Rechte des Klienten von vornherein in ethisch verantwortbarer Weise gewährleistet sind (vgl. Kanfer/Reinecker/Schmelzer 2000, S. 45).

Im nächsten Schritt wurden nun konkrete Beispiele für die Anwendung der MG in der psychosozialen Arbeit aufgezeigt. Sozialarbeiter haben im Rahmen ihrer Arbeit die Möglichkeit, Menschen mit psychischen Erkrankungen unterstützend zu begleiten und für sie zeitweilig eine Bezugsperson zu sein, die sie als selbstverantwortliche und aktiv handelnde Menschen wahrnimmt. Zur Unterstützung dieser Ansätze eignet sich die MG und bietet mit ihren Prinzipien und Strategien Handlungswissen.

Die hohen Anforderungen, die an die Gesprächskompetenz des Sozialarbeiters gestellt werden, die notwendig für ein erfolgreiches sozialarbeiterisches Handeln sind, können mit der Anwendung der Methode der MG unterstützt werden.

Die vorliegende Arbeit hat dargestellt, dass die Motivierende Gesprächsführung zuerst einmal eine menschliche Grundhaltung und darauf aufbauend eine Form

der Gesprächsführung ist. Sie stellt eine Methode dar, zwischenmenschlichen Beziehungen eine wertschätzende und feste Basis zu geben. Ihre Anwendung bietet die Möglichkeit, mit dem Klienten tragfähige Absprachen zu führen und verbessert zudem die Arbeitszufriedenheit des Sozialarbeiters, indem ein gemeinsamer Klärungsprozess stattfindet, die Verantwortung beim Klienten bleibt und keine konfrontative und autoritäre Auseinandersetzung geführt wird.

Werden in der sozialarbeiterischen Tätigkeit Situationen geschaffen, in denen sich der Klient akzeptiert fühlt und Anerkennung erfährt, kann er autonom handeln. In einem partnerschaftlichen Miteinander werden Absprachen getroffen, die die Autonomie des Klienten fördern. Das wiederum ermöglicht, selbstständig Entscheidungen zu treffen und aus eigener Kraft zielgerichtet zu handeln.

Der Umgang mit Widerstand und Ambivalenz steht im Zentrum der MG. Ambivalenz bedeutet, dass jeder Mensch Veränderungspotential besitzt und die Gründe für eine Veränderung in sich trägt. Alle Lebensbereiche und auch häufig psychische Störungen sind durch Ambivalenzen unterschiedlichen Ausmaßes gekennzeichnet (vgl. URL 3, Wehrmann 2012, S. 112). Ambivalenz wird als ein natürlicher Teil jeder Veränderung und auch nach Entscheidungen akzeptiert. Der Klient muss zum Fürsprecher der eigenen Veränderung werden, damit eine stabile Verhaltensänderung möglich ist. Hierbei unterstützt die MG durch ihre speziellen Strategien. Die Tatsache, dass es gute Gründe für aber auch gegen eine Veränderung gibt, wird besonders gewürdigt. Die Motivation zur Veränderung ist nicht Voraussetzung, sondern das Ziel der MG. Der Sozialarbeiter unterstützt den Klienten darin, selbst die Motivation für eine Veränderung zu entwickeln. Dies verlangt von ihm Bescheidenheit, da er nicht mit Direktiven aufwarten soll, auch wenn er zu wissen meint, was für den Klienten am besten ist. Dies kann nur der Klient selbst wissen. Vor allem braucht es Geduld, wenn der Klient (noch) nicht zu einer Veränderung bereit ist, denn er selbst bestimmt den Beginn und das Tempo. Durch offene Fragen, die den Klienten zum Aussprechen der eigenen Gedanken bringen, oder das aktive Zuhören, das kein sofortiges Fortschreiten des Gesprächs, sondern ein Innehalten beim gerade Gesagten bedeutet, verlangsamen die Gesprächsdynamik. Sie sind ein Gewinn für die Gesprächsqualität und ermöglichen die Förderung der Eigenmotivation des Klienten. Gerade die „Entdeckung der Langsamkeit“ beschleunigt den Verlauf des Gesprächs, da auf unproduktives miteinander Ringen verzichtet wird (vgl. Commer, A. 2009, S. 21).

In der Sozialen Arbeit ist es wichtig, den Widerstand des Klienten zu verstehen. Mit diesem Wissen können Sozialarbeiter eine Haltung zum Klienten einnehmen und Handlungsstrategien ableiten, die für die weitere Beziehungsgestaltung und Zusammenarbeit förderlich sind. Das übergeordnete Ziel aller Prinzipien und Strategien ist es, während der Intervention beständig den Kontakt zum Klienten zu halten und flexibel auf den Widerstand zu reagieren.

Auf die für die Soziale Arbeit relevante Sozialarbeiter-Klient-Beziehung wurde in dieser Arbeit ausführlich eingegangen. MG unterstützt den Klienten in einer respektvollen, wertschätzenden, die Eigenverantwortung betonenden Art und Weise bei der Auseinandersetzung mit ihrem Ambivalenz- und Problemverhalten. In Bereichen, in denen es um Absprachen geht, um gemeinsam vereinbarte Ziele, lässt sich mit der MG eine tragfähige Sozialarbeiter-Klient-Beziehung gestalten und Ziele finden, die erreichbar sind.

Insbesondere in der psychosozialen Tagesstätte bietet sich die Integration der MG als Kommunikationsstil für die gesamte Begleitung der Klienten an. In der psychosozialen Arbeit geht es im Wesentlichen darum, gemeinsam mit dem Klienten Interventionen vorzubereiten und umzusetzen, wobei die sozialpädagogischen Interventionen darin besteht, die Klienten zu unterstützen und ihre Ressourcen zur Lebensbewältigung auszuweiten, damit sie möglichst eigenständig Benachteiligungen überwinden oder sich neuen Benachteiligungen gegenüber besser behaupten können. Durch die Verantwortung, die der Klient im Verlauf der psychosozialen Begleitung für seine Entscheidungen und seine Handlungen übernimmt, werden seine Selbstwirksamkeit und sein Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten erhöht. Damit ist er auch nach Beendigung der Unterstützung weniger von externen Bedingungen abhängig, so dass das Prinzip der „Hilfe zur Selbsthilfe“ hierbei seine Anwendung findet.

Die MG kann auch nach Ansicht von Miller und Rollnick in Harmonie mit anderen Methoden angewandt werden. Sie sehen diese Methode auch nicht für jeden Klienten als die beste und einzige Methode an, um die Motivation für eine Veränderung zu erhöhen. In manchen Situationen bevorzugen Klienten eine klare Handlungsanweisung, die sie dann auch ausführen (vgl. Miller/Rollnick 2004, S. 49).

Die MG stellt eine Herausforderung dar, da die Intention des Sozialpädagogen auf ein verändertes Verhalten abzielt, gleichzeitig jedoch der Klient als selbstständig entscheidender und eigenverantwortlicher Mensch angesehen und gewertschätzt

wird. Die spezielle Grundhaltung, die Prinzipien und Strategien der MG geben hierbei eine Handlungsanleitung und helfen, diese Herausforderung zu meistern. Bei der Vorstellung der Motivierenden Gesprächsführung ist deutlich geworden, dass es sich weniger um eine neue Methode handelt, als um die Erweiterung der Kompetenzen des Sozialpädagogen im Kontext der Gesprächsführung und Stärkung der Veränderungsabsicht durch die Anwendung der dargestellten Techniken. Für jeden Sozialarbeiter ist es wichtig, sein Handlungswissen ständig zu erweitern und neue, auf den Einzelfall abgestimmte Arbeitsweisen und Methoden in seine Tätigkeit einfließen zu lassen. Die vorliegende Arbeit soll Anregungen geben, sich mit dem Konzept der Motivierenden Gesprächsführung in der Sozialen Arbeit insbesondere für die Anwendung in der psychosozialen Arbeit auseinander zu setzen und ermutigen, sie in die tägliche Arbeit zu integrieren.

Literaturverzeichnis

Arkowitz, H. u.a.: Motivierende Gesprächsführung bei der Behandlung psychischer Störungen. Weinheim u.a. 2010.

Bamberger, G. G.: Lösungsorientierte Beratung. Weinheim u.a. 2005.

Bill, A.: Therapiemotivation bei Anorexia und Bulimia nervosa. Eine retrospektive Studie. Hamburg 2011.

Boeger, A.: Psychologische Therapie- und Beratungskonzepte. Theorie und Praxis. Stuttgart 2009.

Bosshard, M./Ebert, U./Lazarus, H.: Sozialarbeit und Sozialpädagogik in der Psychiatrie. Bonn 1999.

Brueck, R./Mann, K.: Alkoholismus – spezifische Psychotherapie. Manual mit Behandlungsmodulen. Köln 2007.

Commer, A.: Mehr Therapieerfolg durch Motivierende Gesprächsführung. Gelungene Kommunikation im logopädischen Kontext. In: Forum Logopädie. Heft 5 (23) September 2009, S. 18-21.

Dörr, M.: Soziale Arbeit in der Psychiatrie. München 2005.

Ellebracht, H. u.a.: Systemische Organisations- und Unternehmensberatung. Praxishandbuch für Berater und Führungskräfte. Wiesbaden 2003.

Faller, H./Lang, H.: Medizinische Psychologie und Soziologie. Heidelberg 2006.

Feustel, B./Komarek, I.: NLP – Trainingsprogramm. Coachen Sie sich selbst: bessere Kommunikation, effektives Selbstmanagement, optimale Persönlichkeitsentwicklung. Mit 50 Übungen. München 2008.

Festinger, L.: Theorie der kognitiven Dissonanz. Herausgegeben von Martin Irle und Volker Möntmann. Bern 1978.

Fink, J.: Empathie und Interaktion. Methodik und Praxis der Gesprächspsychotherapie. Stuttgart 1994.

Frey, D. u.a.: Nichts ist praktischer als eine gute Theorie – Nichts ist theoriegewinnender als eine gut funktionierende Praxis: Zum Theorie-Praxis-Austausch in der Psychologie. In: Kanning, U. P./von Rosenstiel, L./Schuler, H. (Hrsg.): Jenseits des Elfenbeinturms. Psychologie als nützliche Wissenschaft. Göttingen 2010, S. 50-74.

Frick, K. M./Brueck, R.: Kurzinterventionen mit Motivierender Gesprächsführung. Köln 2010.

Fuchs, C.: Selbstwirksam Lernen im schulischen Kontext. Kennzeichen – Bedingungen – Umsetzungsbeispiele. Pößneck 2005.

- Gniech, G./Dickenberger, D.: Reaktanz. In: Frey, D./Greif, S. (Hrsg.): Sozialpsychologie. Ein Handbuch in Schlüsselbegriffen. Weinheim 1997, S. 259-262.
- Gordon, T.: Lehrer – Schüler – Konferenz. Wie man Konflikte in der Schule löst. Hamburg 2012.
- Güttler, P. O.: Sozialpsychologie. München 2003.
- Haselmann, S.: Psychosoziale Arbeit in der Psychiatrie – systemisch oder subjektorientiert?. Ein Lehrbuch. Göttingen 2008.
- Kamiske, G. F./Brauer, J. P.: Qualitätsmanagement von A bis Z. Erläuterungen moderner Begriffe des Qualitätsmanagements. München 2008.
- Kanfer, F. H./Goldstein, A. P.: Möglichkeiten der Verhaltensänderung. München u.a. 1977.
- Kanfer, F. H./Reinecker, H./Schmelzer, D.: Selbstmanagementtheorie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis. Berlin u.a. 2000.
- Keller, Stefan: Einführung. In: Keller, Stefan (Hrsg.): Motivation zur Verhaltensänderung. Das Transtheoretische Modell in Forschung und Praxis. Freiburg im Breisgau 1999, S. 11-16.
- Keller, S./Velicer, W. F./Prochaska, J. O.: Das Transtheoretische Modell – Eine Übersicht. In: Keller, S. (Hrsg.): Motivation zur Verhaltensänderung. Das Transtheoretische Modell in Forschung und Praxis. Freiburg im Breisgau 1999, S. 17-44.
- Körkel, J./GK Quest Akademie: Seminarunterlagen. Einladung zur Veränderung. Motivierende Gesprächsführung. Motivational Interviewing – MI. Preparing people for change. Heidelberg 2005.
- Körkel, J./Veltrup, C: Motivational Interviewing: Eine Übersicht. In: Suchttherapie. 4, 2003, S. 115-124.
- Kremer, G./Schulz, M.: Motivierende Gesprächsführung in der Psychiatrie. Bonn 2012.
- Kriz, J.: Grundkonzepte der Psychotherapie. Weinheim 2007.
- Landesrahmenvertrag für Mecklenburg-Vorpommern nach § 79 Abs. 1 SGB XII für stationäre und teilstationäre Einrichtungen. Anlagen. 01.07.2007
- Langosch, A.: Ressourcen, Stärken, Möglichkeiten. Praxishandbuch für ressourcenorientiertes Arbeiten in Management, Selbstmanagement, Supervision, Coaching, Therapie, Beratung und soziale Arbeit. Kiel 2008.
- Matthes, G.: Individuelle Lernförderung bei Lernstörungen. In: Potsdamer Studientexte – Sonderpädagogik. Heft 27. Potsdam 2006.

- Miller, R. W./Rollnick, S.: Motivierende Gesprächsführung. Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen. Freiburg im Breisgau 1999.
- Miller, R. W./Rollnick, S.: Motivierende Gesprächsführung. Freiburg im Breisgau 2004.
- URL 1: Happel, H.-V.: Motivierende Gesprächsführung, Motivational Interviewing. <http://www.fb4.fh-frankfurt.de/projekte/happel/motivierend.pdf> [Stand 23.01.2012]
- URL 2: Kremer, G.: Motivational Interviewing – Motivierende Gesprächsführung – Grundlagen, Prinzipien und Strategien. http://www.lwl.org/ks-download/downloads/publikationen/FS_27.pdf [Stand 15.02.2012]
- URL 3: Wehrmann, U.: Motivierende Gesprächsführung – neue Perspektiven für eine kreative, veränderungsfördernde Gesprächskultur. Informationsdienst zur Suchtprävention Nr. 18, S. 111-117. http://www.schule-bw.de/lehrkraefte/beratung/suchtvorbeugung/informationsdienst/info18/11835Wehrmann_E.pdf [Stand 10.04.2012]
- Pascheka, S.: Konflikte verstehen und kooperativ lösen. Marburg 2001.
- Pervin, L. A.: Persönlichkeitstheorien. Freud Adler Jung Rogers Kelly Cattell Eysenck Skinner Bandura u.a..München 2000.
- Reinecker, H.: Selbstmanagement. In: Margraf, J./Schneider, S. (Hrsg.): Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 1. Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen. Heidelberg 2009, S. 629-644.
- Reker, T.: Rehabilitationsdiagnostik. In: Rössler, W. (Hrsg.): Psychiatrische Rehabilitation. Berlin u.a. 2004, S. 55-63.
- Rogers, C.R.: Die nicht-direktive Beratung. Frankfurt am Main 1997.
- Rogers, C.R.: Therapeut und Klient. München 1977.
- Rössler, W./Lauber, C.: Psychiatrische Rehabilitation – Vom Behinderungsmodell zum Empowerment. In: Rössler, W. (Hrsg.): Psychiatrische Rehabilitation. Berlin u.a. 2004, S. 1-4.
- Rothermund, K./Eder, A.: Motivation und Emotion. Wiesbaden 2011.
- Rüesch, P./Neuenschwander, M.: Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung. In: Rössler, W. (Hrsg.): Psychiatrische Rehabilitation. Berlin u.a. 2004, S. 7-20.
- Sander, K./Ziebertz, T.: Personenzentrierte Beratung. Ein Arbeitsbuch für Ausbildung und Praxis. Weinheim u.a. 2010.
- Steinmann, H./Schreyögg, G.: Management. Grundlagen der Unternehmensführung. Konzepte – Funktionen – Fallstudien. Wiesbaden 2005.

Völker, U.: Grundlagen der Humanistische Psychologie. In: Völker, U. (Hrsg.): Humanistische Psychologie. Ansätze einer lebensnahen Wissenschaft vom Menschen. Weinheim 1980, S. 13-37.

Weinberger, S.: Klientenzentrierte Gesprächsführung. Eine Lern- und Praxisanleitung für helfende Berufe. Weinheim u.a. 1980.

Widulle, W.: Gesprächsführung in der sozialen Arbeit. Grundlagen und Gestaltungshilfen. Wiesbaden 2011.

Witte, E. H: Soziale Beziehungen. Gruppen- und Intergruppenprozesse. Hamburger Forschungsbericht zur Sozialpsychologie Nr. 64. Universität Hamburg, Arbeitsbereich Sozialpsychologie 2005.

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere hiermit, dass ich die vorliegende Diplomarbeit selbstständig ohne unerlaubte fremde Hilfe verfasst habe und keine anderen als die im Literaturverzeichnis angegebenen Quellen benutzt habe.

Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus den benutzten Quellen entnommen sind, sind als solche benutzt kenntlich gemacht.

Diese Arbeit hat in gleicher oder ähnlicher Form noch bei keiner Prüfungsbehörde vorgelegen.

Ostseebad Heringsdorf, den 29. Mai 2012

Kirsten Gruel