



Noack • Beiling

# Motivationale Methoden

Techniken der Verhaltenstherapie



ARBEITSMATERIAL

**BELTZ**

## 2 Der motivierende Psychotherapeut – Kernelemente einer motivierenden Beziehungsgestaltung

*»In my early professional years I was asking the question: How can I treat, or cure, or change this person? Now I would phrase the question in this way: How can I provide a relationship which this person may use for his own personal growth?«*  
Carl Rogers

### 2.1 Hintergrund

Die Entwicklung einer guten therapeutischen Beziehung in der Zusammenarbeit von Patient und Behandler ist von wesentlicher Bedeutung im Aufbau, der Sicherstellung und Steigerung von Motivation; sowohl im Hinblick auf die Motivation, eine Therapie nach einem ersten Kennenlernen aufzunehmen und fortzusetzen (Therapiemotivation), als auch in der Therapie notwendige Verhaltensänderungen vorzunehmen (Veränderungsmotivation). Innerhalb der Verhaltenstherapie erschien die Bedeutung der therapeutischen Beziehung jedoch lange Zeit als sekundär und einem störungsorientierten, technischen Vorgehen nachgeordnet. Die Arbeiten von Psychotherapieforschern wie Grawe (1998), Orlinski, Ronnestad & Willutzki (2004) oder Kanfer et al. (2012) schärfen den Blick für die Notwendigkeit des intensivierten Aufbaus einer guten therapeutischen Beziehung und ausreichender Veränderungsmotivation vor der Anwendung weiterer Interventionen. Denn »solange keine ausreichende Motivation zur Veränderung vorliegt, kann selbst von der besten therapeutischen Methode kein positiver Effekt erwartet werden.« (Kanfer et al., 2012, S.163). Auch Schulte und Eifert (2002) betonen die Wichtigkeit, neben der Durchführung spezifischer Interventionen motivationale und Beziehungsaspekte ständig zu überprüfen und bei motivationalen oder interaktionellen Problemen ggf. zu intervenieren.

Inzwischen gilt die therapeutische Beziehung als der empirisch am besten gesicherte Einflussfaktor auf den Therapieerfolg (Orlinsky, Grawe & Parks, 1994; Keijsers, Schaap & Hoogduin, 2000; Orlinsky et al. 2004). Metaanalysen zeigen einen moderaten, robusten Zusammenhang (Martin, Garske & Davis, 2000; Orlinsky et al., 2004). Aktuelle Studien gehen von einem Anteil von fünf bis zwölf Prozent an der Varianzaufklärung des Therapieerfolgs aus (Baldwin & Imel, 2013; Norcross & Lambert, 2011). Dieser zunächst klein erscheinende Anteil gewinnt seine Bedeutung jedoch aus dem hohen Anteil außertherapeutischer Wirkfaktoren (40%) und Patientencharakteristika (30%) an der Varianzaufklärung (Norcross & Lambert, 2011). Die therapeutische Beziehung ist unter den therapieprozessualen Faktoren für den Therapieerfolg damit von größerer Bedeutung als die Verwendung einer bestimmten Methode (Norcross & Lambert, 2011). Eine gute Therapiebeziehung erscheint sowohl als eigenständiger Wirkfaktor (bspw. durch korrektive Beziehungs-

erfahrungen) als auch als notwendige Bedingung zur Wirkung spezifischer Interventionen (Gelso & Hayes, 1998; Schulte & Eifert, 2002). Eine schlechte therapeutische Beziehung ist zudem der stärkste Prädiktor für einen vorzeitigen Therapieabbruch (Regli, Bieber, Mathier & Grawe, 2000), worin auch die Bedeutung der therapeutischen Beziehung für die Therapiemotivation liegt. Einen differenzierteren Einblick in die Gründe hierfür liefert eine Erfassung des unabhängigen Vereins Ethik in der Psychotherapie e. V.. Die häufigsten Beschwerden von Patienten gegenüber ihren Psychotherapeuten waren demnach geringe Empathie (43%), mangelndes Eingehen auf die Probleme (27%), eine unzureichende Aufklärung über die Therapie (20%) und das Drohen mit einer ungünstigen Diagnose (20%) (Lange, Hillebrand & Pfäfflin, 2009). Patienten wünschen sich also mehr Verständnis, ernst genommen zu werden und als informierter Kooperationspartner ohne Machtgefälle mit ihrem Psychotherapeuten zusammenzuarbeiten. Zwei Übersichtsarbeiten von Ackerman und Hilsenroth (2001; 2003) fassen Psychotherapeuteneigenschaften zusammen, die positiven bzw. negativen Einfluss auf die therapeutische Beziehung hatten (s. Tab. 2.1).

**Tabelle 2.1** Psychotherapeuteneigenschaften mit positivem oder negativem Einfluss auf die therapeutische Beziehung (Ackerman & Hilsenroth, 2001; 2003)

<b>Eigenschaften mit positivem Einfluss</b>	<b>Eigenschaften mit negativem Einfluss</b>
flexibel	rigide
erfahren	unsicher
ehrlich	ausbeuterisch
respektvoll	kritisch
vertrauenswürdig	distanziert
zuversichtlich	angespannt
interessiert	abgehoben
aufmerksam	abgelenkt
freundlich	
warm	
offen	

Eine allgemein anerkannte, pantheoretische Konzeptualisierung der therapeutischen Beziehungsgestaltung stellt das Konstrukt der therapeutischen Arbeitsbeziehung (Bordin, 1979) dar, das folgende drei Komponenten enthält:



**Abbildung 2.1** Komponenten der therapeutischen Arbeitsbeziehung nach Bordin (1979)

Die Etablierung eines grundlegenden Arbeitsbündnisses durch die Schaffung einer günstigen affektiven Beziehung und eine Verständigung über die Therapieziele ist notwendige Voraussetzung für eine effektive Implementierung weiterer Interventionen. Zur Planung von übergeordneten Therapiezielen und Möglichkeiten, aus welchen ein konkretes Vorgehen abzuleiten ist, wird an dieser Stelle auf Kapitel 8 verwiesen. Bei Patienten mit ausreichender Motivation und keinen Schwierigkeiten im Beziehungsaufbau zum Behandler ist eine rasche Fokussierung auf die inhaltliche Arbeit möglich. Im Sinne des dualen Therapiemodells von Schulte und Eifert (2002) genügt es in diesem Fall, Motivation und Therapiebeziehung zu überwachen und nur bei Äußerung von Unzufriedenheit, Beziehungsbrüchen, Anzeichen von Unlust, Vermeidung und abnehmender Motivation der Beziehungsgestaltung und Motivierung Aufmerksamkeit zu schenken.

Im folgenden Abschnitt umreißen wir einen Kanon an Grundeinstellungen des Psychotherapeuten, welche die Entwicklung einer guten, motivierenden psychotherapeutischen Beziehung fördern. Anschließend wird mit der motivorientierten Beziehungsgestaltung ein Ansatz vorgestellt, der Möglichkeiten eines an wichtigen Motiven des Patienten orientierten Beziehungsangebots expliziert und sich vor allem bei interaktionellen und motivationalen Schwierigkeiten eignet.

## 2.2 Der Spirit des Motivational Interviewing

Nicht selten wird das Motivational Interviewing nach Miller & Rollnick (2012), der gegenwärtig bedeutendste Ansatz in der Praxis motivierender Gesprächsführung, als

Zusammenstellung mechanisch anwendbarer, schlimmstenfalls manipulativ-suggestiver Techniken verkannt. Den Autoren selbst erschien es bei Weiterbildungen in früheren Jahren, als hätten sie den Teilnehmern »nur den Text eines Liedes beigebracht, nicht aber die Melodie« (Miller & Rollnick, 2015, S.29). Jedoch erwachsen die von Miller und Rollnick vorgeschlagenen Interventionen einer emotionalen Grundeinstellung, einem Menschenbild und ethischen Werten, die in der Psychotherapiegeschichte weit zurückgreifen.

In den 40er Jahren des 20. Jahrhunderts beschrieb Carl Rogers (1902–1984) erstmals das Konzept der »nichtdirektiven Beratung«, aus der er später seinen Ansatz der klientenzentrierten Psychotherapie entwickelte. Der zentrale Unterschied zu den damals gängigen Psychotherapieströmungen der Psychoanalyse und des Behaviorismus war weniger die Etablierung neuer Methoden, sondern eines in vielerlei Hinsicht konträren, den Grundsätzen des Humanismus entlehnten Menschenbildes. Folgende Elemente können diese Grundhaltung einer motivierenden Gesprächsführung umreißen:

### **Ressourcen aktivieren – Wachstumsräume schaffen**

Häufig sind psychotherapeutische Gespräche von einem defizitären Bild des Menschen als jemandem, dem etwas fehlt, der etwas dazulernen muss, geprägt. In bewusster Abgrenzung hierzu betont das Motivational Interviewing in Tradition Carl Rogers das jedem Menschen innewohnende Potenzial. Rogers (1981) nimmt an, dass jeder Mensch ein angeborenes Bedürfnis hat, sich weiterzuentwickeln, gute zwischenmenschliche Beziehungen aufzubauen und sein Potenzial zu entfalten und bezeichnet dies als Aktualisierungstendenz. Es ist somit nicht Aufgabe des Psychotherapeuten, dem Patienten etwas zu geben an Argumenten für Veränderung, Wissen oder Fertigkeiten, die ihm fehlen, sondern gemeinsam nach dem zu suchen, was er an Motivation, Ressourcen und Potenzial bereits in sich trägt. Meist sind es innere Konflikte oder die Umgebungsbedingungen, welche die Entfaltung von eigenen Potenzialen behindern. Wenn es gelingt, diese Blockaden gemeinsam zu identifizieren und aus dem Weg zu räumen, wird das Bedürfnis nach Wachstum laut Rogers quasi von selbst zur Veränderung führen. Aufbauend hierauf beschreiben Miller und Rollnick (2012) es als zentrale Aufgabe des Psychotherapeuten, grundlegende Erkenntnisse, Argumente für Veränderung, Ziele und Wege dorthin vollständig durch den Patienten entstehen zu lassen, sie zu evozieren (Evokation, »Hervorrufen«). Durch eine Fokussierung auf Ressourcen können Patienten besseren Zugang zu ihren Stärken erreichen und so ihre Selbstwirksamkeitserwartung, also die Zuversicht, ihr Verhalten beeinflussen zu können, steigern. Sachse et al. (2012) betonen zudem die Bedeutung des Herstellens von Entschlossenheit, also eines stark emotionalisierten, energetischen Engagements für ihre Ziele, das sie auch befähigt, motivationale Hürden, die sich durch innere Ambivalenz oder dysfunktionale Schemata ergeben können, zu überwinden.

## **Partnerschaftlichkeit**

Der Grundhaltung des Humanismus folgend, der einen tiefen Respekt vor dem einzigartigen Wert jedes Menschen betont, strebt die motivierende Gesprächsführung eine partnerschaftliche, gleichberechtigte Beziehung zwischen dem Psychotherapeuten und dem Patienten an. Wenn wir davon ausgehen, dass Patienten die notwendigen Ressourcen und Potenziale für Veränderungsprozesse bereits in sich tragen und verhaltensbezogene Ratschläge seitens des Psychotherapeuten häufig sogar eine Veränderung blockieren, gibt es auch aus fachlicher Sicht keinen Anlass mehr, ein Machtgefälle zwischen Therapeut und Patient aufzubauen. Ziel ist immer eine aktive und transparente Zusammenarbeit auf Augenhöhe zwischen zwei Experten. Dem Patienten als Experten für sich selbst, sein Leben, seine Motive, Ziele, Potenziale und Fertigkeiten. Und dem Psychotherapeuten als Experte für Veränderungsprozesse. Erst das Ablegen der eigenen »Expertenattitüde«, des Gefühls, zu wissen, was der Patient braucht und auf welchem Wege er es erreichen kann, ermöglicht es uns, einen Raum zu schaffen, in dem Patienten eigene Motive entdecken, Ressourcen aktivieren und Veränderung einleiten können. Inmitten eines Spektrums von einem dominant-lenkenden Kommunikationsstil und einem ganz dem Patienten die Führung überlassenden, folgendem Kommunikationsstil, nimmt das Motivational Interviewing klassischerweise als geleitende Haltung eine Mittelposition ein.

## **Authentizität**

Aus tiefem Respekt vor dem Gegenüber und dem Ziel einer gleichberechtigten, partnerschaftlichen Beziehung folgend, ergibt sich auch die Bedeutung, Patienten gegenüber authentisch zu sein. Authentisch meint hierbei, sich nicht hinter seiner Rolle als Psychotherapeut zu verstecken, sich nicht zu verstellen, sondern echt und transparent zu sein. Transparenz sollte zum einen im Sinne Rogers (1981) als Selbstkongruenz, also als Übereinstimmung des Erlebens des Psychotherapeuten mit seinen Äußerungen angestrebt werden, möglichst im Sinne einer »Signalkongruenz« (Sachse et al., 2012) als Kongruenz auf allen verbalen wie nonverbalen Kommunikationskanälen. Zum anderen sollten Behandler stets bemüht sein, den Prozess der Psychotherapie, angewandte Methoden und die in manchen Therapiekontexten bestehenden institutionellen Ziele, offenzulegen und Patienten damit mündig zu machen. Wird der Psychotherapeut als offen und echt erlebt, kann dies von Therapiebeginn an ein förderliches Klima schaffen, in dem sich Patienten wohl fühlen, Vertrauen fassen und selbst eher bereit sind, sich zu öffnen und sich so zu zeigen, wie sie sind. Ehrliche, aber nicht wertende Rückmeldungen seitens des Psychotherapeuten können zudem ein wichtiger Katalysator von Wachstum und Veränderung sein.

## **Akzeptanz und bedingungsfreie Wertschätzung**

Auch die Bedeutung einer akzeptierenden, bedingungsfreien Wertschätzung ergibt sich aus dem Credo des Humanismus, sein Gegenüber als eigenständigen, wertvollen und grundlegend positiven Menschen auch mit all seinen Fehlern zu achten und zu respektieren. Akzeptanz meint nicht, dass der Psychotherapeut jede Einstellung und

jedes Verhalten gutheißt, aber sein Gegenüber im Ganzen würdigt und schätzt; vergleichbar mit Eltern, die ihr Kind lieben, auch wenn sie mit seinem Verhalten oft nicht einverstanden sind. Man betrachtet dysfunktionales Verhalten als einen biographisch bedingten und aus großer Not geborenen, behelfsmäßigen Versuch, wichtige Bedürfnisse zu befriedigen. Patienten sind also in aller Regel nicht unmotiviert, sondern ambivalent motiviert. Das Verständnis dieser inneren Notlage stellt eine wesentliche Quelle für Akzeptanz, Wertschätzung und tiefe, echte Zuwendung dar.

Akzeptanz trägt laut Rogers wesentlich zu einem Klima von Offenheit bei, in dem Wachstum möglich wird: »Wenn der Therapeut eine positive, akzeptierende Einstellung gegenüber dem erlebt, was der Klient in diesem Augenblick ist, dann wird es mit größerer Wahrscheinlichkeit zu therapeutischer Bewegung oder Veränderung kommen. Der Therapeut ist gewillt, den Patienten sein jeweiliges momentanes Gefühl ausleben zu lassen – Verwirrung, Groll, Furcht, Zorn, Mut, Liebe und Stolz.« (Rogers, 1981, S. 67)

Gelingt es Psychotherapeuten, eine respektvolle, wertschätzende Haltung einzunehmen und dies auch in der Beziehung zum Ausdruck zu bringen, kann dies Patienten helfen, die Bewertung ihres Verhaltens unabhängiger zu machen von einem grundsätzlich positiven Selbstbild. Häufig ist es erst dann möglich, offen über oft schambesetztes Problemverhalten zu sprechen oder sich für etwas Neues zu öffnen. Zu umfassender Akzeptanz ist auch ein gewisses Maß an Neutralität erforderlich, in dem Sinne, dass Therapeuten eigene Werte zurückstellen, nicht für eine Seite der Ambivalenz argumentieren und auch nicht durch eine inadäquate Selbstöffnung bewusst oder unbewusst Patienten die eigene Sichtweise aufdrängen. Aus motivationaler Perspektive ist letztlich auch die Akzeptanz der Ambivalenz und aller damit verbundenen Schwierigkeiten in der Therapie von zentraler Bedeutung.

### **Empathie**

Empathie bezeichnet die Fähigkeit und die andauernde Bestrebung, das innere Bezugssystem des Patienten, seine Gedanken, Gefühle und Handlungen, empfindsam und genau zu verstehen und dieses wertungs- und interpretationsfreie Verstehen dem Patienten mitzuteilen. Voraussetzung hierfür ist das, was Rogers (1981) als aktives Zuhören bezeichnet: eine konzentrierte Aufmerksamkeit auf das, was das Gegenüber mit dem Gesagten meint. Hier zeigt sich die Herausforderung empathischen Verstehens, nämlich das Gemeinte hinter dem Gesagten zu verstehen ohne zu interpretieren. Deshalb kommt der Mitteilung dessen, was man verstanden zu haben glaubt, eine besondere Bedeutung zu. Gelingt es Therapeuten, das eigene Verstehen vor sich selbst und vor dem Gegenüber, als vorläufig und korrigierbar zu betrachten, können sich beide in einer Bewegung, vergleichbar einem hermeneutischen Zirkel, dem zunächst womöglich noch nicht in allen Aspekten bewussten, eigentlich Gemeinten nähern. Ein Gefühl des Verstandenwerdens bedingt so auch zunehmende Bereitschaft, sich weiter zu öffnen.

## **Autonomie**

Eine möglichst weitreichende Selbstbestimmung des Patienten in der Psychotherapie ergibt sich bereits aus der Anerkennung des Gegenübers als gleichberechtigtem Partner. Dabei fällt es oft nicht leicht, eigene Ziele und Vorstellungen bzgl. des Therapieablaufs sowie Wünsche nach Macht und Kontrolle abzugeben bzw. fair zu teilen. Aber durch das Zusprechen von Autonomie werden gleich mehrere positive Prozesse angestoßen: Patienten werden sich sicherer fühlen in einem Gesprächsumfeld, das sie wesentlich mitbestimmen können. Erst die Sicherheit, sich jederzeit und ohne Konsequenzen zurückziehen zu können, ermöglicht oft eine mutige Selbstexploration. Zudem wird Patienten mit der Gewährung von Autonomie automatisch sowohl die Verantwortung für eigene Veränderung als auch die Kompetenz, sich aus sich selbst heraus zu verändern, zugesprochen. Vorgaben und Belehrungen darüber, was der Patient zu tun oder zu lassen hat, würden ihn hingegen nicht nur in eine passive Rolle drängen, sondern nicht selten auch Dissonanz in der therapeutischen Beziehung auslösen. Ohne das Gefühl von Autonomie ist die für eine persönliche Verhaltensveränderung unabdingbare Motivation nicht vorstellbar.

## **Interesse und Mitgefühl**

In der Psychotherapie soll der Patient mit seinen Wünschen, Zielen und Werten im Mittelpunkt des Geschehens stehen. Das Befinden und die Bedürfnisse des Patienten sind wichtiger als die des Psychotherapeuten. Rogers verwendete daher auch den Begriff der klientenzentrierten Psychotherapie (Rogers, Dorfman & Nosbüsch, 1972). Dieses Einräumen von Priorität sollte aber nicht aus strategisch-manipulativen, sondern aus Mitgefühl, also einem intrinsisch motivierten Wunsch, sich für andere zu engagieren, erwachsen. Mit dem Ausmaß des Interesses an den Sichtweisen des Patienten bzgl. seiner aktuellen Situation, notwendiger Veränderungen und Wegen dahin, steigt damit auch das Kompetenzgefühl des Patienten.

Abschließend scheint es uns relevant bzgl. dieser Grundhaltung zwischen einer Erlebens- und einer Verhaltenskomponente zu unterscheiden (Miller & Rollnick, 2012). Es ist nicht nur wichtig, oben genannte Einstellungen im inneren Erleben im Patientenkontakt zu espüren, sondern dieses Erleben auch, im Sinne der Kongruenz, nach außen zu tragen und sie durch Mitteilungen, Gesten und Handlungen dem Gegenüber erfahrbar zu machen.

## **2.3 Fallstricke im Aufbau einer motivierenden therapeutischen Beziehung**

Vor allem bei Patienten ohne Therapieerfahrung, die also vermutlich noch wenig Vorstellung von den Möglichkeiten und Begrenzungen bzgl. Inhalt und Struktur von Therapie und Therapiebeziehung haben, hat der erste Kontakt enormen Einfluss auf die Art und Weise, wie Patienten die Therapie nutzen, wie aktiv die Rolle ist, die sie sich selbst in der Therapie zuschreiben, was sie vom Therapeuten erwarten, usw. Deshalb sollte sich die Struktur des ersten Kennenlernens gerade nicht an dem Ziel einer möglichst exhaustiven Informationserhebung orientieren, sondern in Inhalt und



Struktur dem Ziel folgen, einen Raum zu schaffen, in dem es Patienten möglich ist, sich zu öffnen, sich sicher zu fühlen, aktiv zu sein und eigene Kompetenzen wahrzunehmen. In Tabelle 2.2 werden typische Fallstricke, die zu einer ungünstigen Dynamik im frühen Beziehungsaufbau führen können, konstruktiveren Möglichkeiten gegenübergestellt.

**Tabelle 2.2** mögliche Fallstricke im Beziehungsaufbau, ihre Konsequenzen sowie Vorschläge für adäquatere Alternativen

Fallstricke	Konsequenzen	stattdessen...
Fokus auf Informationserhebung im Frage-Antwort-Schema	Gefühl, nicht verstanden zu werden	Fokus auf Beziehungsaufbau: offene Fragen, aktives Zuhören, Wüdigen, Empathie ausdrücken
Expertenrolle einnehmen	passive Erwartung eines Lösungsvorschlags	Kooperation auf Augenhöhe, Autonomie und Verantwortung geben
aus Wunsch, schnell zu helfen, für eine Seite der Ambivalenz argumentieren (Korrekturreflex)	Patient argumentiert für andere Seite (»Aber...«) und Status quo verfestigt sich	beide Seiten der Ambivalenz würdigen, Verständnis für die schwierige Lage des Patienten zeigen, über eigene Motive für Veränderung sprechen lassen
Therapiefokus vordefinieren, Vorschläge für Therapieziele machen (lenkender Stil)	geringe intrinsische Motivation	Patient geduldig bei aktuellem Anliegen und eigenen Zielen »abholen« (geleitender Stil)
Etikettierung: (»ihr Alkoholproblem«)	Stigmatisierung und Dissonanz in therapeutischer Beziehung	individuelles Verständnis der Problematik betonen, Formulierung von Patienten übernehmen
Kritik und Schuldzuweisung an Verhalten	Dissonanz in therapeutischer Beziehung	Verständnis für Problemverhalten
zu viel Eingangs-Smalltalk	Auswirkungen auf zukünftige Gesprächskultur	Fokussierung auf Anliegen des Patienten
Fokus auf Defizite	negativ verzerrte Selbstsicht, wenig Zuversicht	Fokus auf Veränderungswünsche, Gründe für deren Wichtigkeit und Ressourcen

**Tabelle 2.2** (Fortsetzung)

Fallstricke	Konsequenzen	stattdessen...
schematische Abhandlung eines festen Ablaufs der Anamnese	Gefühl, nicht verstanden zu werden	aktives Zuhören, insbesondere auf Dissonanzen in der Beziehung (Bagatellisierung, Schweigen, Rechtfertigungen, usw.) direkt eingehen
therapeutische Abstinenz verletzen, z. B. »Ich hatte diese Problem lange selbst, ...«	Gefühl, Psychotherapeut schonen zu müssen oder Eindruck, es gehe mehr um Probleme des Therapeuten	Fokussierung auf Anliegen des Patienten, Empathie und Verständnis vermitteln, ohne inadäquate Selbstöffnung bzgl. privater Informationen

## 2.4 Motivorientierte Beziehungsgestaltung

Die motivorientierte (früher: komplementäre) Beziehungsgestaltung ist ein von Grawe und Caspar entwickelter Ansatz zur Erleichterung des Beziehungsaufbaus bei Patienten mit interaktionellen bzw. motivationalen Problemen (bspw. bei Persönlichkeitsstörungen), die ein Einlassen auf verhaltenstherapeutische Interventionen erschweren (Grawe, 1998; Caspar, 2008). Der Grundgedanke des Ansatzes ist die Annahme, dass eine Befriedigung von dem Patienten wichtigen Grundbedürfnissen in der therapeutischen Beziehung und in der Auswahl der Therapieinterventionen dem einem Therapieerfolg hinderlichen Problemverhalten die motivationale Basis nimmt.

Es existieren zahlreiche Möglichkeiten, Grundbedürfnisse zu klassifizieren, nach Grawe (1998, 2004) sind die zentralen Bedürfnisse:

- ▶ **Bindung:** Bedürfnis nach verlässlichen, einfühlsamen Bezugspersonen, die Sicherheit, Trost und Unterstützung spenden. Durch Beziehungserfahrungen mit primären Bezugspersonen entwickeln sich bestimmte Bindungsmuster. Bestenfalls wurden frühe Bezugspersonen wie ein sicherer, immer verfügbarer Hafen erlebt.
- ▶ **Kontrolle:** Bedürfnis nach Vorhersagbarkeit der Umwelt, bspw. der Reaktion von Bezugspersonen sowie Gefühl der Selbsteffizienz, also dem Gefühl, durch sein eigenes Handeln sich selbst und die Umwelt nach eigenen Wünschen beeinflussen zu können. Biografisch wichtig sind hierfür Eltern, deren Verhalten konsistent und nachvollziehbar ist und die ausreichend Autonomie gewähren und fördern.
- ▶ **Selbsterhöhung:** Bedürfnis, sich selbst als wertvoll, grundlegend positiv und von anderen geschätzt wahrzunehmen. Zur Entwicklung eines gesunden Selbstwertgefühls ist eine bedingungsfreie, positive Zuwendung und Wertschätzung durch die Eltern wichtig, die nicht an bestimmte Bedingungen, wie etwa gute Leistungen oder angepasstes Gehorchen geknüpft ist.

- ▶ **Lust anstreben/Unlust vermeiden:** Bedürfnis, angenehme Erfahrungen zu erleben bzw. herbeizuführen und unangenehme, schmerzhaft, aversive Gefühle auslösende Erfahrungen zu vermeiden. Biografische Erfahrungen haben Einfluss darauf, ob wir unsere Umgebung eher als Möglichkeit zum Lustgewinn oder als voller möglicher Gefahren und anderer negativer Erlebnisse sehen. Zudem beeinflussen Erziehungserfahrungen die Fähigkeit, Unlust konstruktiv zu nutzen und umzuwandeln oder auszuhalten, etwa um späteren Lustgewinn zu erreichen.

Jeder Mensch strebt nach Befriedigung dieser Bedürfnisse und Schutz vor Bedürfnis frustrierenden Erfahrungen. Die Entwicklung von Annäherungszielen, die der Bedürfnisbefriedigung dienen sowie Vermeidungszielen, die dem Schutz vor Bedürfnisfrustration dienen, ist stark von biografischen Erfahrungen beeinflusst. In der Regel werden die in der Entwicklung am stärksten frustrierten Bedürfnisse zu den am stärksten handlungsleitenden, so wie sich bei einem Durstenden in der Wüste alle Aktivität darauf ausrichtet, Wasser zu finden. Bei manchen Patienten sind diese motivationalen Schemata so stark und werden, biografisch bedingt, auf so ungünstigen Wege zu erreichen versucht, dass sie den Aufbau der therapeutischen Beziehung sowie das Einlassen auf bestimmte Interventionen erschweren können.

Ausgangspunkt weiterer Überlegungen ist in solchen Fällen zunächst die Frage, welche wichtigen Motive beim Patienten handlungsleitend sind bzw. welche Motive die interaktionellen und motivationalen Schwierigkeiten bedingen, die sich in der Therapie zeigen. Auch wenn die biografische Anamnese schnell erste Hinweise auf in der Biografie frustrierte und das Problemverhalten bedingende Bedürfnisse gibt, reicht diese oberflächliche Betrachtung oft nicht aus. Die von Caspar (2009) entwickelte Plananalyse stellt eine Möglichkeit dar, anhand hypothetischer Modelle mögliche Motive hinter Problemverhalten zu ergründen. Dazu werden, ausgehend vom konkreten Problemverhalten, in einer hierarchischen Struktur Hypothesen gebildet, wozu das Verhalten aus motivationaler Sicht dienen könnte, wobei sich die Hypothesen immer weiter möglichen zentralen Motiven des Patienten annähern. Gelingt es dem Therapeuten die dem problematischen Verhalten übergeordneten legitimen Motive zu befriedigen, muss der Patient nicht weiter mittels ungünstiger Strategien um Erfüllung seiner Grundbedürfnisse kämpfen und ein Einlassen wird möglich. Die Befriedigung eines Motivs kann dabei auf allen Ebenen der therapeutischen Arbeitsbeziehung im Sinne Bordins (1979) erfolgen, also in der Art der Ausgestaltung der therapeutischen Beziehung, in der Wahl und der konkreten Formulierung der Therapieziele sowie der Auswahl bestimmter Interventionen.

