



Dietmar Schulte

THERAPIE- MOTIVATION

**Widerstände analysieren
Therapieziele klären
Motivation fördern**

HOGREFE



Therapiemotivation

Therapie- motivation

Widerstände analysieren – Therapieziele klären –
Motivation fördern

von
Dietmar Schulte

HOGREFE



GÖTTINGEN · BERN · WIEN · PARIS · OXFORD · PRAG
TORONTO · BOSTON · AMSTERDAM · KOPENHAGEN
STOCKHOLM · FLORENZ · HELSINKI

Prof. Dr. Dietmar Schulte, geb. 1944. 1964–1968 Studium der Psychologie in Münster. 1968–1974 Wissenschaftlicher Assistent am Psychologischen Institut der Universität Münster, Abteilung für Klinische Psychologie. 1974–2009 Inhaber der Professur für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Fakultät für Psychologie der Ruhr-Universität Bochum. Seit 1988 Einrichtung und Leitung des „Zentrums für Psychotherapie“ der Fakultät für Psychologie sowie Aufbau und Leitung des weiterbildenden „Studiengangs Psychotherapie“. *Forschungsschwerpunkte*: Diagnostik in der Verhaltenstherapie, Angststörungen, Entscheidungsprozesse von Therapeuten, Therapiemotivation, Messung von Therapieerfolg.

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskriptherstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

© 2015 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Göttingen • Bern • Wien • Paris • Oxford • Prag • Toronto • Boston
Amsterdam • Kopenhagen • Stockholm • Florenz • Helsinki
Merkelstraße 3, 37085 Göttingen

<http://www.hogrefe.de>

Aktuelle Informationen • Weitere Titel zum Thema • Ergänzende Materialien

Copyright-Hinweis:

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar.

Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Umschlagabbildung: © digital-fineart – Fotolia.com
Satz: ARThür Grafik-Design & Kunst, Weimar
Format: PDF

Print: ISBN 978-3-8017-2641-6
E-Book-Formate: ISBN 978-3-8409-2641-9 (PDF), ISBN 978-3-8444-2641-0 (EPUB)
<http://doi.org/10.1026/02641-000>

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

Anmerkung:

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

Vorwort

Die Verhaltenstherapie glich einer Revolution der Psychotherapie. Als sie Ende der sechziger Jahre des letzten Jahrhunderts mit berauschendem Tempo die Klinische Psychologie auch in Deutschland zu erobern begann, blieb nichts wie es war. Von Heft zu Heft erschien in der einzigen existierenden Verhaltenstherapie-Zeitschrift (*Behavior Research and Therapy*) mindestens ein Artikel darüber, wie erneut jemand bei einer weiteren Störung versucht hatte, mit lerntheoretisch begründeten Methoden eine Modifikation herbeizuführen – und es funktionierte. Das gesamte Tätigkeitsfeld der Klinischen Psychologen und ihr Selbstverständnis änderten sich radikal.

Aber es gab eine Bedingung dafür, dass das funktionierte – der Patient musste mitmachen, er musste sich ändern wollen. Und das Ärgerliche war, dass das manchmal nicht gegeben war. Es hat relativ lange gedauert bis auch die Vertreter der Verhaltenstherapie erkannten, dass dies nicht einfach eine Voraussetzung für Psychotherapie ist, sondern Teil der Therapie, Teil der Aufgabe des Therapeuten. Das war eine Herausforderung, nicht zuletzt für die Forschung. Aber nur wenige stellten sich dieser Herausforderung. Mich faszinierte das Phänomen, dass man wusste oder glaubte zu wissen, wie man einem Patienten helfen konnte, aber der Patient wollte nicht. Warum nicht?

Schon eine der ersten Diplomarbeiten brachte ein desillusionierendes Ergebnis: Nicht der Schweregrad der Störung ihres Kindes veranlasste die Eltern eine Erziehungsberatungsstelle aufzusuchen, sondern inwieweit sie selber dadurch gestört oder beeinträchtigt waren. Wie ist das mit der Rolle der selbstlosen Eltern vereinbar?

Es sollte nicht das einzige Ergebnis sein, das uns irritiert hat. Aber es waren stets spannende Fragen und oft auch spannende Ergebnisse, manchmal erfreuliche und manchmal ärgerliche, die in den folgenden über dreißig Jahren zusammenkamen, vor allem in vielen Dissertationen, aber auch in anderen Projekten und Publikationen. Ich möchte diejenigen nennen, die dazu wesentlich beigetragen haben (in alphabetischer Reihenfolge): Christine Alterhoff (Selbstwertstabilisierung), Susanne Annes (Selbsteffizienzerwartung), Bettina Becker (konflikthafte Therapieziele), Claudia Fedtke-Polley (Reaktanz), Johanna Hartung (volitionale Prozesse), Christoph Koban (positive Ziele), Joachim Kosfelder (Handlungsorientierung), Rainer Künzel (Leidensdruck), Frank Meyer (persönliche Ziele), Johannes Michalak (Zielkonflikte, Veränderungsmotivation), Inken Schröder (Selbstöffnung), Thomas Schulte-Bahrenberg (Veränderung von Therapiezielen), Andreas Veith (Therapiemotivation) Georg Vogel (therapeutische Entscheidungen) und last but not least Ulrike Willutzki (Konzepte zur Therapiemotivation). Bestimmt habe

ich jemanden vergessen, und die vielen Diplomanden und Masterstudierenden, die mit ihren Examensarbeiten dazu beigetragen haben, habe ich erst gar nicht versucht zu nennen. Was in diesem Buch steht, fußt auf all diesen Beiträgen, und ich möchte allen dafür herzlich danken.

Es war mir ein Bedürfnis, all das am Ende zusammenzufassen. Mit dem vorliegenden Buch möchte ich das versuchen. Es stellt einen theoretischen Zugang vor, das Konzept des „motivierten Widerstands“, und darauf fußend das modularisierte Motivationsförderungsprogramm (MFP). Inwieweit es damit gelungen ist, das Problem des „unmotivierten Patienten“ besser in den Griff zu bekommen, bleibt dem Leser überlassen zu beurteilen.

Alle Forschung und Theorienbildung aufgrund nicht zuletzt auch großer Fortschritte der Grundlagenforschung reicht nicht, um eine Beitrag dafür zu leisten, wie der Herausforderung, vor die uns die Patienten in der Praxis stellen, Rechnung zu tragen ist. Hier brauchte ich Unterstützung und Rat, und ich fand dies in all den Jahren vor allem bei Burgi Schulte, meiner Frau. Ihre Erfahrung in unterschiedlichen Feldern psychotherapeutischer Tätigkeit mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen war oft genug eine Herausforderung für die Konzepte und die Umsetzung der Forschungsergebnisse und eine unerschöpfliche Quelle für die vielfältigen Erscheinungsformen von „Widerstand“, wenn die Patienten einfach nicht so wollten, wie sie wollen sollten. Ihr sei hier gedankt und dieses Buch gewidmet.

Ich hoffe, dass möglichst viele der Leser von diesen wechselseitigen Herausforderungen von Therapeuten, Forschern und nicht zuletzt Patienten und den gefundenen Lösungswegen profitieren können, zum Nutzen der Patienten.

Schwerte, im April 2014

Dietmar Schulte

Inhalt

1	Widerstand	11
1.1	Definition von Widerstand: der frustrierte Therapeut	11
1.2	Erscheinungsformen von Widerstand: der schwierige Patient	13
1.2.1	Therapienachfrage	15
1.2.2	Mitarbeit	16
1.2.3	Umsetzung	17
1.3	Umgehen mit Widerstand: Basisverhalten fördern	18
1.4	Klassifikation von Widerstandstypen	19
2	Motivationstheoretische Grundlagen	22
2.1	Absichten	23
2.2	Entstehung und Umsetzung von Absichten	26
2.3	Widerstand: Diskrepanz zwischen eigenen Absichten und fremden Ansprüche	30
2.4	Ziele	34
2.4.1	Ziele, Motive, Werte und Normen	34
2.4.2	Was macht Ziele erstrebenswert?	36
2.4.3	Zielkonflikte	39
3	Therapieziele und Therapienachteile	43
3.1	Therapieziel „Problemreduktion“	45
3.1.1	Leidensdruck als Voraussetzung von Problembewusstsein	46
3.1.2	Internale Attribuierung als Voraussetzung von Änderungsbereitschaft	49
3.2	Verlust von Störungsgewinn	54
3.2.1	Äußerer Störungsgewinn	54
3.2.2	Störung als Selbstwertschutz – Innerer Störungsgewinn	55
3.3	Positive Therapieziele	58
3.3.1	Keine positiven Ziele	58
3.3.2	Geringe Zielvalenz	59
3.3.3	Eingeschränkte Realisierbarkeit	60
3.4	Unerwünschte Nebenwirkungen	60
3.4.1	Ungewollte Effekte	61
3.4.2	Beeinträchtigung konfligierender Ziele	61
3.5	Kurzfristige Therapievorteile	64
3.5.1	Sozialer Druck	64

3.5.2	Behandlungsgewinn	65
3.5.3	Therapeutische Bindung und das Ziel „Therapeutenkontakt“	65
4	Psychotherapie – ein Weg zum Ziel?	68
4.1	Entwicklung von Handlungsplänen	68
4.2	Zweifel an der Therapie	69
4.2.1	Zweifel an der Passung (Therapiemodell)	70
4.2.2	Zweifel an der Wirksamkeit (Erfolgserwartung)	72
4.2.3	Zweifel am Nutzen bei hohem Therapieaufwand	73
4.2.4	Zweifel an der eigenen Kompetenz (Selbstwirksamkeit) ..	74
4.3	Zweifel am Therapeuten	76
4.3.1	Bedrohung der Handlungsfreiheit: Direktivität und Reaktanz	77
4.3.2	Der Psychotherapeut – kompetent und unterstützend? ...	79
5	Ausführung von Absichten – Realisierung des Verhaltens ..	82
5.1	Entscheiden	82
5.1.1	Qual der Wahl: Welche Absicht gewinnt?	83
5.1.2	Selbstverpflichtung: Ich tu's!	85
5.2	Planen	86
5.2.1	Ausgangsbedingungen: Wann soll ich handeln?	86
5.2.2	Konkretisierung und Differenzierung von Handlungsanweisungen: Was muss ich tun?	88
5.3	Durchhalten: Probleme der Absichtsstabilisierung	91
5.3.1	Schwächung von Absichten durch Veränderungen	92
5.3.2	Selbstkontrolle zum Schutz von Absichten	95
5.3.3	Schwächung von Absichten durch Emotionen	96
6	Wie wirkt Therapiemotivation?	99
6.1	Erster Teilprozess: Therapiemotivation beeinflusst Widerstand ..	100
6.2	Zweiter Teilprozess: Therapiemotivation und Widerstand beeinflussen den Therapieerfolg	101
6.2.1	Therapiemotivation als therapeutische Wirkvariable	102
6.2.2	Therapiemotivation als Therapievoraussetzung	103
6.2.3	Therapiemotivation reduziert Leidensdruck	104
7	Diagnostisch-therapeutisches Basisverhalten der Motivationsförderung	108
7.1	Motivationsförderndes Basisverhalten des Therapeuten	108
7.1.1	WEISE-Regel 1: Therapeutische Bindung durch Wertschätzung und Unterstützung	111

7.1.2	WEISE-Regel 2: Akzeptanz durch <i>Empathie</i>	113
7.1.3	WEISE-Regel 3 (I_1): Transparenz durch <i>Information</i>	114
7.1.4	WEISE-Regel 4 (I_2): Zuversicht durch <i>beiläufige Information</i>	116
7.1.5	WEISE-Regel 5: Kompetenz des Therapeuten durch <i>sicheres Auftreten</i>	117
7.1.6	WEISE-Regel 6: Autonomie durch <i>ebenbürtige Direktivität</i>	119
7.1.7	Zusammenfassung: sei WEISE	120
7.2	Diagnostisches Basisverhalten: Screening der <i>Therapiemotivation</i>	121
8	Das Motivationsförderungsprogramm (MFP)	125
8.1	Therapieprogramme zum Aufbau von <i>Therapiemotivation</i>	125
8.1.1	Motivational Counseling	125
8.1.2	Motivational Interviewing	126
8.2	Das Motivationsförderungsprogramm: <i>Überblick</i>	130
9	Zielentwicklung I: Förderung des Problembewusstseins ...	140
9.1	Strategie A1: Ist <i>Leiden</i> zu intensivieren?	140
9.2	Strategie A2: Ist <i>Änderungsbereitschaft</i> zu fördern?	145
9.3	Strategie A3: Ist <i>Störungsgewinn</i> zu relativieren?	150
9.4	Strategie A4: Sind <i>selbstwertdienliche Fehlattraktionen</i> zu relativieren?	153
10	Zielentwicklung II: Förderung positiver Therapieziele	157
10.1	Strategie B1: Sind <i>positive Therapieziele</i> zu entwickeln?	158
10.2	Strategie B2: Ist die <i>Realisierbarkeit</i> von Absichten zu verbessern?	168
10.3	Strategie B3: Ist die <i>Zielvalenz</i> durch Harmonisierung von Ziel und Motiv zu stärken?	171
10.4	Strategie B4: Ist die <i>Zielvalenz</i> durch Harmonisierung von Wunsch und Norm zu stärken?	175
10.5	Strategie B5: Sind <i>unerwünschte Nebenwirkungen</i> zu relativieren?	182
10.5.1	Unerwünschte <i>Effekte</i>	183
10.5.2	Beeinträchtigung <i>konfligierender Lebensziele</i>	183
10.6	Strategie B6: Sind <i>Kurzfristige (unmittelbare) Vorteile</i> zu berücksichtigen?	186

11 Methodenentwicklung: Förderung der Therapieakzeptanz . . .	189
11.1 Strategie C1: Sind Zweifel an der Therapie zu zerstreuen?	189
11.2 Strategie C2: Sind Zweifel am Therapeuten zu berücksichtigen?	196
12 Realisationsförderung I: Initiierung des Basisverhaltens . . .	200
12.1 Strategie D1: Ist die Entscheidung des Patienten zu fördern?	200
12.2 Strategie D2: Ist der Patient bei der Planung der Durchführung zu unterstützen?	206
13 Realisationsförderung II: Stabilisierung des Basisverhaltens	209
13.1 Strategie E1: Sind die Ausgangsbedingungen an Veränderungen anzupassen?	210
13.2 Strategie E2: Ist die Absicht im Therapieverlauf zu stärken?	211
14 Therapeutische Techniken	217
14.1 Technik 1: Änderung rationaler Überzeugungen	217
14.2 Technik 2: Intensivierung subjektiver Bedeutung/Wichtigkeit	218
14.3 Technik 3: Relativierung subjektiver Bedeutung/Wichtigkeit	219
14.4 Technik 4: Zusammenhänge erklären (Psychoedukation)	220
14.5 Technik 5: Änderung von Attributions-Überzeugungen	221
14.6 Technik 6: Bilanzierung von Handlungsfolgen	224
14.7 Technik 7: Selbstverpflichtung	225
14.8 Technik 8: Entwicklung von Planungsstrategien	226
14.9 Technik 9: Exploration von Folgen	227
Ein Wort zum Schluss	231
Literatur	232
Anhang	
Basisverhalten des Patienten (BAV 96)	245
Auswertung: Basisverhalten des Patienten (BAV 96)	248
Sachregister	249
 Karte: Widerstands-Checkliste	

1 Widerstand

1.1 Definition von Widerstand: der frustrierte Therapeut

Young, attractive, verbal, intelligent, and successful – so beschrieb 1964 Schofield den idealen Psychotherapie-Patienten¹, den YAVIS-Patienten, der am meisten von einer (psychodynamischen) Psychotherapie profitieren würde. Neben solchen eher statischen Personmerkmalen ließen sich aus der Perspektive des Therapieprozesses einige weitere Merkmale ergänzen, etwa: *motiviert, aendernsbereit, vertrauensvoll, engagiert und zuversichtlich*: der MAVEZ-Patient. Aber zum Leidwesen der Therapeuten ist nicht jeder Patient ein YAVIS-Patient und auch kein MAVEZ-Patient.²

Therapeuten wissen häufig, wie sie ihren Patienten helfen könnten, welche Methoden Erfolg versprechend sind. Doch die Patienten „wollen nicht“. Sie sind nicht überzeugt von dem, was der Therapeut ihnen vorträgt, sie haben Bedenken, halten sich zurück, beantworten Fragen nur zögerlich, Hausaufgaben werden nicht erledigt, der Sinn von Methoden wird infrage gestellt und ihre Wirksamkeit bezweifelt. Manchmal drücken sie auch mehr oder weniger deutlich ihre Skepsis oder gar Kritik gegenüber der Therapie oder ihrem Therapeuten aus. Schließlich kann es dazu kommen, dass der Patient die Therapie vorzeitig abbricht. Eventuell wird die Therapie aber auch fortgesetzt, bis der Therapeut mehr oder minder bewusst resigniert und sich mit seinem Patienten darauf „einigt“, dass doch schon einige Fortschritte erreicht sind und von daher die Therapie beendet werden könnte, obwohl die bisherigen Erfolge noch mehr oder weniger weit von dem entfernt sind, was zumindest der Therapeut ursprünglich für erreichbar gehalten hat.

-
- 1 Ich werde in diesem Buch das generische Maskulinum für die Bezeichnung von Patientinnen und Patienten und Therapeutinnen und Therapeuten benutzen, solange das Geschlecht nicht von Belang ist. Zur „Rechtfertigung“ möchte ich mich Klaus Grawe anschließen (aus seinem Buch „Neuropsychotherapie“, 2004): „Auch meine gründliche Beschäftigung mit dem Gehirn hat mich nicht in der Frage weitergebracht, wie man sprachlich elegant deutlich machen kann, dass das, was man meint, für beide Geschlechter gleichermaßen gilt. Ich bin einfach nicht zwanghaft oder gewissenhaft genug, um jedes Mal, wenn es politisch korrekt anstünde, beide Geschlechtsformen auszuformulieren, und die dafür benutzten Abkürzungen finde ich ästhetisch unbefriedigend. So versichere ich an dieser Stelle, dass ich mit meinen Aussagen über das psychische Funktionieren und über Psychotherapie in diesem Buch jeweils Menschen beiderlei Geschlechts im Auge habe, wenn ich grammatikalisch nur die männliche Form verwende.“
 - 2 Gelegentlich werden kleinere Abschnitte aus dem Buch *Therapieplanung* (Schulte, 1998) oder aus dem Artikel *Therapiemotivation* (Schulte, Willutzki & Michalak, 2007) übernommen, ohne dass dies in jedem Fall kenntlich gemacht wird.

Freud hat dieses Phänomen bereits im Jahr 1900 beschrieben. Er nannte es Widerstand und meinte damit alles, „was die Fortsetzung der Arbeit stört“ (S. 521, zitiert nach Thomä & Kächele, 1989, S. 101) – eine sehr treffende Beschreibung, die deutlich macht, dass Widerstand zunächst gewissermaßen auf Seiten des Therapeuten zu verorten ist. Es ist der Eindruck des Therapeuten, dass der Patient die therapeutische Arbeit behindert.

Der Begriff Widerstand soll auch im Folgenden benutzt werden, allerdings lediglich zur Beschreibung dessen, was der Therapeut wahrnimmt, als deskriptives Konstrukt. Freud hatte in späteren Arbeiten mit dem Begriff Widerstand auch eine bestimmte Erklärung des Phänomens verbunden (Widerstand als explikatives Konstrukt): Widerstand ist die Kraft, mit der sich der Patient gegen das Bewusstwerden der unbewussten Es-Ansprüche wehrt (siehe Begriffsklärung: Widerstand nach Freud).

Begriffsklärung: Widerstand nach Freud

Widerstand nach Freud ist Ausdruck der Verdrängung, also der Kraft, die unakzeptable Triebansprüche aus dem Bewusstsein fernhält. Während der Therapie sorgt sie dafür, dass ein Aufdecken dieser Triebansprüche verhindert wird.

Widerstand ist demnach Folge der Neurose, genau genommen der Bedingungen, die auch die Neurose verursachen. So gesehen ist Widerstand dann auch nicht mehr ein Störfaktor, sondern ein notwendiger Teil des Änderungsprozesses. Denn mit der Bearbeitung des aktuell vorliegenden Widerstandes wird die Verdrängung bearbeitet. Spätere Autoren haben weitere Funktionen von Widerstand vermutet (Näheres bei Thomä & Kächele, 1989).

Die Vorstellung, dass Widerstand eine Kraft ist, die dem therapeutischen Fortschritt entgegensteht, spiegelt sich in fast allen Definitionen von Widerstand wieder. Caspar (1982) fasst die verschiedenen Definitionsversuche folgendermaßen zusammen: „Widerstand beinhaltet alles, was sich bei einem Patienten bewusst oder unbewusst gegen bestimmte therapeutische Interventionen oder die Therapie richtet“ (S. 452). Widerstand wird damit durch eine bestimmte Funktion definiert. Aber ist dies wirklich die einzige Funktion von Widerstand, „drohenden“ Therapiefortschritt zu verhindern? Tatsächlich werden in der Literatur vielfältige andere Funktionen und Gründe genannt, die zu Widerstand führen können; darauf wird später eingegangen.

Bleiben wir folglich dabei, mit dem Begriff Widerstand lediglich ein Phänomen zu beschreiben, ohne es gleich damit zu erklären. Das Phänomen stellt der Therapeut fest: Der Patient verhält sich in einer Art und Weise, die nach dem Eindruck des Therapeuten die Therapie oder den Therapiefortschritt stört.

Wenn zum Beispiel ein Patient in der Therapie eine Interpretation oder Deutung seines Therapeuten zurückweist, verweist dies für einen Analytiker auf „Widerstand“. Für einen Verhaltenstherapeuten könnte das gleiche Verhalten möglicherweise ein Hinweis auf engagierte Mitarbeit, auf das Mitdenken seines Patienten sein, also eher ein Zeichen für einen positiven Therapieverlauf. Er würde keinen Widerstand feststellen. Es ist also unumgänglich, den Therapeuten bei der Definition von Widerstand mit zu berücksichtigen. Entscheidend für den Eindruck von Widerstand ist nicht nur, welches Verhalten der Patient zeigt, sondern auch, welches Verhalten der Therapeuten erwartet oder gerade nicht erwartet! Das Verhalten eines Patienten wird dadurch zu Widerstand, dass es dem widerspricht, was der Therapeut von ihm erwartet oder wünscht.

Gelegentlich wird diskutiert, dass Widerstand ein positiv zu bewertendes Phänomen in der Therapie sei. Doch die empirische Befundlage ist eindeutig und sagt etwas anderes: Beutler, Moleiro und Talebi (2002a, S. 139; übersetzt) kommen nach einer Übersicht über die Literatur zu dem Schluss, „dass es zwingende und konsistente Belege für eine negative Beziehung zwischen der Auslösung von Widerstand beim Patienten und dem Therapieergebnis gibt.“

Merke:

Widerstand ist die vom Therapeuten wahrgenommene Diskrepanz zwischen einem Verhalten, das der Patient zeigt, und dem Verhalten, das der Therapeut oder andere relevante Dritte vom Patienten im Hinblick auf einen positiven Therapieverlauf wünschen. Widerstand des Patienten geht mit einem schlechteren Therapieergebnis einher.

1.2 Erscheinungsformen von Widerstand: der schwierige Patient

Es gibt verschiedene Versuche, die Auftretensformen von Widerstand aufzulisten oder zu kategorisieren (siehe Kasten). Doch die meisten Autoren sind sich einig darin, dass grundsätzlich alle Verhaltensweisen Widerstand sein können. Nach der oben genannten Definition von Widerstand ist dies auch nachvollziehbar: Entscheidend ist nicht ein bestimmtes Verhalten des Patienten, sondern entscheidend ist, dass es den Anforderungen oder Wünschen des Therapeuten widerspricht. Die Anforderungen von Therapeuten können unterschiedlich sein: von Therapeut zu Therapeut, je nach Therapieschule, von Patient zu Patient und von Situation zu Situation. Das gleiche Verhalten kann also in einem Moment Widerstand, in einem anderen Moment ein durchaus erwünschtes Patientenverhalten sein.