

Hochschule Fresenius
Fachbereich Gesundheit
Studiengang Logopädie: Angewandte Therapiewissenschaft (Bachelor)
Studienort: Idstein

**MOVER - Modell zur Motivation und Volition für effiziente
therapeutische Interventionen unter Ressourcenperspektive**

Bachelorarbeit
zur Erlangung des akademischen Grades
Bachelor of Science

Friedrich Fuhr
Geboren in Mannheim
43950

1. Gutachter: Fr. Birgit Döringer (Dipl. Ergotherapeutin)
2. Gutachter: Fr. Maria Geißler (MSc, M. Edu)

Abgabetermin: 01.06.2012

ABSTRACT

The model of motivation and volition for efficient therapeutic interventions under resource perspective (MOVER) uses a multilevel (personality, interaction, effect), multiperspective architecture to explain different phases in the clients action course (need-motive-intention-preactional preparation-actional-transfer). It was build through analysis of different action models (rubicon model, transtheoretical model) and intervention programs like motivational interviewing and the Zurich Resource Model training. The main features of MOVER are: consideration of subcognitive needs through somatic markers, a systemwide goal type for enhancing overall goal attainment, reduction of need- and motive-conflicts, a strict resource orientation allowing the claim of ICF for activities and participation and a broad theory-driven practical application in therapies. Further research seems to be desirable for validation the pre-assumptions and constructs of the model.

ZUSAMMENFASSUNG

Das Modell zur Motivation und Volition für effiziente therapeutische Interventionen unter Ressourcenperspektive (MOVER) nutzt eine mehrschichtige (Persönlichkeit, Interaktion, Wirksamkeit) und multiperspektivische Architektur um die unterschiedlichen Phasen der Handlungssequenz des Klienten zu erklären (Bedürfnis-Motiv-Intention-präaktionale Vorbereitung-Handlung-Transfer). Es wurde durch Analyse verschiedener Handlungsmodelle (Rubikon-Modell, Transtheoretisches Modell) entwickelt und Interventionsprogramme wie Motivierende Gesprächsführung, Zürcher Ressourcen Modell aufgebaut. Die Hauptmerkmale von MOVER sind: Berücksichtigung subkognitiver Bedürfnisse durch somatische Marker, ein systemweiter Zieltyp zur Förderung umfassender Zielerreichung, Reduktion von Bedürfnis- und Motivkonflikten, eine strikte Ressourcenorientierung bei Anerkennung der Forderung der ICF nach Aktivitäten und Partizipation und eine breite theoriegeleitete praktische Anwendbarkeit in Therapien. Weitere Forschung scheint wünschbar zur Absicherung der Vorannahmen und Konstrukte des Modells.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis IV

Abbildungsverzeichnis IV

Tabellenverzeichnis V

1 Einleitung 1

2 Analyse 4

2.1 *Ressourcenperspektive*..... 4

2.1.1 Literaturrecherche in relevanten Datenbanken 4

2.1.2 Analyse weiterer Quellen 5

2.1.3 Taxonomie..... 6

2.1.4 Fazit 7

2.2 *Effektivität*..... 9

2.2.1 Hintergrund und Entwicklung 11

2.2.2 Allgemeine Wirkfaktoren nach Grawe (2004) 11

2.2.3 Hubble, Duncan und Miller (2001)..... 12

2.2.4 Fachspezifische Wirkfaktoren..... 13

2.2.5 Fazit 13

2.3 *Effizienz* 14

2.3.1 ZRM-Training 15

2.3.2 Motivational Interviewing (MI)..... 15

2.3.3 Fazit 16

2.4 *Motivation und Volition*..... 16

2.4.1 Transtheoretisches Modell (TTM).....	18
2.4.2 Rubikon-Modell (RM).....	19
2.4.3 Zürcher Ressourcen Modell (ZRM).....	20
2.4.4 Rubikon-Prozess (RP).....	21
2.4.5 Fazit	21
3 Zieltheoretische Hintergründe.....	22
3.1 Kontrolltheorie	22
3.2 Zieltheorien	23
3.3 Zielhierarchien	23
4 Modellentwicklung	24
4.1 Interaktionsschicht	25
4.2 Fallbeispiel	27
5 Diskussion.....	29
5.1 Übertragbarkeit.....	29
5.2 Komplexität.....	29
5.3 Modelltheorie	30
5.4 Intervention oder Perturbation?.....	30
5.5 Ziele.....	31

6	Fazit und Ausblick	31
7	Literaturverzeichnis	34
8	Anhang	44
	<i>Anhang A: Annäherungs- und Vermeidungsziele</i>	<i>44</i>
	<i>Anhang B: Erweiterte Klassifikation von Zieltheorien (Dargel, 2005, S. 5)</i>	<i>47</i>
	<i>Anhang C: S.M.A.R.T. Ziel und Mottoziel nach Weber (in Vorb.)</i>	<i>48</i>
	<i>Anhang D: Persönlichkeitsschicht</i>	<i>49</i>
	<i>Anhang E: Wirksamkeitsschicht</i>	<i>53</i>
	<i>Anhang F: Phase 1 – Mein aktuelles Thema klären (Storch & Krause, 2010, S. 157–166)</i>	<i>58</i>
	<i>Anhang G: Phase 2 – Vom Thema zum Ziel (Storch & Krause, 2010, S. 167–178)</i>	<i>59</i>
	<i>Anhang H: Phase 3 – Vom Ziel zu meinem Ressourcenpool (Storch & Krause, 2010, S. 179–192)</i>	<i>60</i>
	<i>Anhang I: Phase 4 – Mit meinen Ressourcen zielgerichtet handeln (Storch & Krause, 2010, S. 193–206)</i>	<i>61</i>
	<i>Anhang J: Phase 5 - Integration und Abschluss (Storch & Krause, 2010, S. 207–214)</i>	<i>62</i>
	<i>Anhang K: Motivational Interviewing (MI)</i>	<i>63</i>
	<i>Anhang L: ZRM-Training</i>	<i>68</i>
	<i>Anhang M: Literaturrecherche Ressourcenperspektive</i>	<i>72</i>
	<i>Anhang N: Theorien und Modelle des Gesundheitsverhaltens (Lippke & Renneberg, 2006, S. 36)</i>	<i>73</i>
	<i>Anhang O: Argumente für MOVER</i>	<i>74</i>
	Eidesstaatliche Versicherung	75

Abkürzungsverzeichnis

Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit – (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2005, S. 5) - ICF

Zürcher Ressourcen Modell - (Krause & Storch, 2010) - ZRM

Training nach ZRM - (Krause & Storch, 2010) - ZRM-Training

Rubikon-Modell der Handlungsphasen - (Heckhausen & Gollwitzer, 1987) – RM

Rubikon-Prozess – (Storch & Krause, 2010, S. 63–81) - RP

Theorie der Persönlichkeits-System-Interaktionen - (Kuhl, 2010) – PSI

Motivational Interviewing - (Miller & Rollnick, 2009a) - MI

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Schichten	8
Abbildung 2: Wirkfaktoren nach Hubble et al. (2001), S. 49	12
Abbildung 3: TTM	18
Abbildung 4: RM	19
Abbildung 5: RP	21
Abbildung 6: Zielhierarchien nach Storch & Krause (2010)	21
Abbildung 7: Interaktionsschicht	26
Abbildung 8: Interaktionsschicht (Allgemeine Wirkfaktoren – Handlungssequenz)	27
Abbildung 9: Annäherungsziele neurobiologisch nach Gawe (2004)	45
Abbildung 10: Persönlichkeitsschicht	50
Abbildung 11: Makrosysteme PSI nach Kuhl (2010)	51
Abbildung 12: Wirksamkeitsschicht	53
Abbildung 14: MI Phasen	64
Abbildung 15: Acht Methoden des MI	64
Abbildung 16: Phasen des ZRM-Trainings	68

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Fragestellung nach Bereichen.....	1
Tabelle 2: Forschungslage nach Bereichen.....	2
Tabelle 3: Grundthema Persönlichkeit	5
Tabelle 4: Grundthema Interaktion.....	6
Tabelle 5: Grundthema Wirksamkeit	7
Tabelle 6: Mögliche Schichten des Modells.....	9
Tabelle 7: Mögliche Perspektiven der Persönlichkeitsschicht	9
Tabelle 8: Wirksamkeit und Signifikanz	10
Tabelle 9: Perspektiven Interaktionsschicht (zu Abbildung 7)	25
Tabelle 10: Wirkfaktoren (Grawe, 2004) – Arbeitstypen (Hansen, 2009).....	25
Tabelle 11: Perspektiven Persönlichkeitsschicht (zu Abbildung 10).....	49
Tabelle 12: Perspektiven Wirksamkeitsschicht (zu Abbildung 12).....	53
Tabelle 13: Wirksamkeit 1.....	54
Tabelle 14: Wirksamkeit 2.....	55
Tabelle 15: Wirksamkeit 3.....	55
Tabelle 16: Wirksamkeit 4.....	56
Tabelle 17: Literaturrecherche PubMed Ressourcenperspektive.....	72
Tabelle 18: Theorien und Modelle des Gesundheitsverhaltens (Lippke & Renneberg, 2006, S. 36).....	73

In der vorliegenden Arbeit sind immer Menschen beiderlei Geschlechts gemeint, auch wenn nur eine männliche oder weibliche Bezeichnung gewählt wurde. Um eine Gliederung des Textes in Sinnabschnitte unterhalb von Kapiteln zu erreichen, werden fette Überschriften genutzt. Menschen haben aus Sicht des Verfassers auf oberster ethischer Ebene einen Wert aus sich selbst heraus, sie sind selbst Zweck und nicht Mittel zu irgendetwas Anderem. Therapie als heilendes Geschehen zwischen Menschen, die gleichwertig miteinander interagieren, ist daher nicht kompatibel mit dem Konzept eines Patienten, „an dem gehandelt wird“ (Sumsion, Dehnhardt & Dehnhardt, 2002, S. 35). Deshalb wird hier durchgehend der Begriff Klient für „[einen] Menschen, der die professionellen Dienste anderer in Anspruch nimmt“ (Sumsion et al., 2002, S. 35) benutzt.

1 Einleitung

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit den Bedürfnissen (Wünschen), der Motivation (Wählen) und der Volition (Wollen) von Menschen (Achtziger & Gollwitzer, 2010, S. 310). Diese Tätigkeiten (Wünschen, Wählen, Wollen) sind für Klienten bei therapeutischen Interventionen wichtig, damit sie Adhärenz als „das therapietreue Verhalten“ (Messner, 2011, S. 2) zeigen. Um dies effizient zu erreichen, nimmt diese Arbeit eine Ressourcenperspektive ein, aus der dieses Thema betrachtet wird.

Inhaltlich ist diese Arbeit auf ambulante logopädische Therapien begrenzt. Da es sich um eine modelltheoretische Arbeit handelt und die Bearbeitungszeit begrenzt ist, wird die Evaluation der Passung des Modells zum therapeutischen Alltag noch nicht erfolgen.

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit der Gesamtfragestellung, ob ein Modell zur **Motivation** und **Volition** für **effiziente** therapeutische Interventionen unter **Ressourcenperspektive** (MOVER) erstellt werden kann. Diese Fragestellung lässt sich in vier Bereiche untergliedern:

Tabelle 1: Fragestellung nach Bereichen

Nr.	Bereich	Fragestellung
1	Ressourcenperspektive	Kann ein Modell für therapeutische Interventionen unter Ressourcenperspektive erstellt werden?
2	Effektivität	Welche Faktoren beeinflussen die Effektivität von Interventionen jenseits bestehender (fachspezifischer) Kompetenzen positiv?
3	Effizienz	Welche therapeutischen Interventionen beeinflussen die Effizienz positiv?
4	Motivation und Volition	Ist eine Theorie oder ein Modell geeignet, einen Leitrahmen für therapeutische Interventionen bezüglich der Motivation und Volition zu bieten?

Methodisch werden durch Literaturrecherche und Analyse bestehender Theorien, Modelle und Interventionen die einzelnen Fragestellungen bearbeitet. Das Ergebnis der Analyse wird zur Synthese des zu erstellenden Modells genutzt.

Bezüglich der Forschungslage werden alle genannten Bereiche in der psychologischen Fachliteratur intensiv diskutiert. Die Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung beschäftigen sich mit Teilbereichen der Fragestellung. Die wesentlichen verwendeten Quellen werden hier den vier Bereichen zugeordnet:

Tabelle 2: Forschungslage nach Bereichen

Nr.	Bereich	Quellen
1	Ressourcenperspektive	Das Konzept der Salutogenese (Antonovsky, 1997) und die Ausrichtung der ICF an Aktivität und Partizipation sind ressourcenorientiert (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2005, S. 5). Das ZRM arbeitet strikt ressourcenorientiert (Storch & Krause, 2010) unter Verwendung der Theorie der „somatischen Marker“ (Damasio, 2010) zur Einbeziehung der Bedürfnisse von Klienten bei der Zielfindung.
2	Effektivität	Ein breit angelegter Diskurs in der Psychologie seit der Veröffentlichung von Grawe, Donati und Bernauer (1994) über Hubble, Duncan und Miller (2001) bis hin zu Veröffentlichungen von Grawe (2004) beschäftigt sich mit Allgemeinen und Spezifischen Wirkfaktoren.
3	Effizienz	„Gesundheitsökonomische Evaluationen“ (Schöffski & Schulenburg, 2012) heben auf den Wirkungsgrad einer Intervention unter Einbeziehung von Kosten, Nutzen und Aufwand als Efficiency (Effizienz) ab. Die „ökonomischen Langzeitkonsequenzen“ (Siebert, Mühlberger & Schöffski, 2012, S. 79) hängen eng mit der Nachhaltigkeit von Interventionen zusammen. MI (Miller & Rollnick, 2009a) und das ZRM-Training (Storch & Krause, 2010) erscheinen geeignet, diese Nachhaltigkeit bieten zu können.
4	Motivation und Volition	In der Motivationspsychologie ist das Standardlehrwerk „Motivation und Handeln“ (Heckhausen & Heckhausen, 2010) bei dieser Arbeit genutzt worden. Das RM der Handlungsphasen (Heckhausen & Gollwitzer, 1987, S. 120) und der weiter entwickelte RP (Storch & Krause, 2010) sind kontinuierlich-lineare Modelle, die die Handlungssequenz beschreiben. Wenn-Dann-Pläne nach Gollwitzer (1999) und die Zieltheorien (Gollwitzer, 1995) sind für die volitionalen Prozessschritte wichtig. Die Kontrolltheorie ausgehend von Powers (1973) bis zu den Arbeiten von Carver und Scheier (1982; 1998) führt zu zentralen Ergebnissen bezüglich Zielhierarchien. Annäherungs- und Vermeidungsziele werden aktuell von Balconi, Falbo und Conte (2011) ebenso neurobiologisch behandelt wie bei Grawe (2004). Persönlichkeitspsychologisch sind die Arbeiten von Kuhl (2001; 2010) Fundamente zum Verständnis der Makrosysteme der Persönlichkeit. Das TTM (Prochaska & DiClemente, 1984) wurde analysiert als Stadien Modell im Rahmen der Gesundheitspsychologie (Renneberg & Hammelstein, 2006).

Außer dem ZRM gibt es aktuell kein Modell, das die Bedürfnisse der Klienten modelltheoretisch als Ressource betrachtet und handlungstheoretisch über den RP nutzt. Aus der Psychologie wurden erste Manuale zur Ressourcenaktivierung (Flückiger & Wüsten, 2008) und zum „Therapieziel Wohlbefinden“ (Frank, 2011) aktuell herausgegeben. Es ist anzumerken, dass alle anderen gesundheitspsychologischen Theorien und Modelle entweder v.a. motivationale oder volitionale Schwerpunkte bilden. Hybridmodelle wie das Sozialkognitive Prozessmodell des Gesundheitsverhaltens oder Health Action Process Approach – HAPA (Schwarzer, 1992) berücksichtigen nicht subkognitive Aspekte bei der Motivationsentstehung.

Die Relevanz der vorliegenden Arbeit ergibt sich angesichts erheblicher Kosten durch die Folgen der „Non-Compliance“ (Claes & Pirk, 2012, S. 66–72) der Klienten. Ein theoretisch hergeleitetes Modell könnte der Non-Compliance in der Logopädie begegnen. Das Modell stellt eine Orientierungshilfe für Therapeuten dar, die Zusammenhänge der Handlungssequenz des Klienten zu erkennen und systematisch einordnen zu können. Auf dieser Evidenzbasis können modellgeleitet die passenden zielorientierten Interventionen mit dem Klienten ausgewählt werden.

Die Motivation der Arbeit unter Hinblick auf die aktuelle wissenschaftstheoretische und ethische Dimension der Logopädie begründet sich aus dem hier eingenommenen Professionsverständnis. Profession begründet Schulz (2011) durch die Doppelfunktion von Sprache. Sie würde als Mittel der Therapie und zum Zweck der (Wieder-)Erlangung der Sprachfähigkeit durch Sprachtherapeutinnen eingesetzt (vgl. Bröckel, 2005, S. 41–47). Eine „geisteswissenschaftliche Perspektive“ (Schulz, 2011, S. 168) würde diese Profession „tiefenwirksam ethisch legitimieren“ (Schulz, 2011, S. 169). „Das ethisch Gute und Gesollte der Sprachtherapie begründen sich genau darin, dass Sprachtherapie über das besondere filigrane Vermögen der Sprachtherapeutin dem je einzelnen Patienten das Reich des Sprachlichen (wieder)eröffnet“ (Schulz, 2011, S. 169). Der Begründungszusammenhang wird aus der spezifischen Art und Weise der Tätigkeit hergestellt und nicht aus Nachbardisziplinen wie z.B. der Medizin oder Pädagogik. Aus dieser Kombination aus Ethik, Praxis und hochspezialisiertem Wissen zum Nutzen der Allgemeinheit mit einer aktiven Standesorganisation (Berufsverband dbI e.V.) ergibt sich die zu erstrebende Stellung der Logopädie als eigenständige Wissenschaftsdisziplin. Die eigenständige Entwicklung von Theorien und Modellen in der vorliegenden Arbeit soll einen Beitrag hierzu leisten.

Der Aufbau der Arbeit wird skizziert. In dieser Einleitung (Kapitel 1) wird in das Thema der Arbeit eingeführt. In Kapitel 2 wird das methodische Vorgehen zur Beantwortung der Fragestellung beschrieben und das Ergebnis der Analyse zusammengefasst. Alle vier oben genannten Bereiche Ressourcenperspektive, Effektivität, Effizienz und Motivation und Volition werden einzeln behandelt. Kapitel 3 beschreibt zieltheoretische Hintergründe der Fragestellung, da aus der Vielzahl der Bereiche und den darin enthaltenen Theorien und Modellen bestimmte Hintergrundinformationen unumgänglich sind, um den Textfluss im Folgenden nicht unterbrechen zu müssen. Aus diesem Ergebnis und der Analyse wird in Kapitel 4 ein mögliches Modell über Synthesen Bildung konstruiert. Die Diskussion (Kapitel 5) untersucht, ob und inwieweit die Fragestellung beantwortet werden konnte und welche Beschränkungen interessant erscheinen. Die Komplexität des Gegenstands und die Übertragbarkeit aus der

Psychologie in die Logopädie werden angesprochen. Abschließend wird in Kapitel 6 ein Fazit gezogen und ein Ausblick zum Beispiel auf Forschungsdesiderata gegeben. Über die Interaktionsschicht (Kapitel 4.1) in MOVER hinaus wurden eine Persönlichkeitsschicht – Anhang D und eine Wirksamkeitsschicht samt einer möglichen praktischen Wirksamkeitsbewertung der Interventionen – Anhang E konzipiert, die sich neben weiterführenden Informationen im Anhang befinden.

2 Analyse

2.1 Ressourcenperspektive

Auf neurobiologischer Grundlage verstehen Grawe (2004) und das ZRM (Storch & Krause, 2010) Ressourcen als neuronales Netzwerk, das verändert werden kann. „Als Ressource kann jeder Aspekt des seelischen Geschehens und darüber hinaus der gesamten Lebenssituation eines Patienten aufgefasst werden, [...] sein positives Potential, das ihm zur Befriedigung seiner Grundbedürfnisse zur Verfügung steht“ (Grawe & Grawe-Gerber, 1999, S. 66–67). Nach Grawe und Grawe-Gerber (1999) stellt Ressourcenaktivierung ein „primäres Wirkprinzip der Psychotherapie“ (S. 63) dar. Das Konzept der Salutogenese (Antonovsky, 1997) und die Ausrichtung der ICF an Aktivität und Partizipation sind ressourcenorientiert (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2005, S. 5). Grawe (2004) beschreibt vier Grundbedürfnisse von Klienten: Orientierung und Kontrolle, Lustgewinn / Unlustvermeidung, Bindung und Selbstwerterhöhung / Selbstschutz. Die bewusste und reflektierte Hinwendung zu diesen Grundbedürfnissen (Stucki & Grawe, 2007) unserer Klienten entfaltet seinen Zweck aus sich selbst heraus. Sie ist Ausdruck des grundlegenden Paradigmenwechsels (Personenzentrierung, ICF, Ressourcenperspektive) in den Fachdisziplinen der Gesundheitsberufe. Es wird angenommen, dass es für den Bereich der Logopädie kein ressourcenperspektivisches Therapie-Modell gibt, das diesen Wechsel praktisch handhabbar machen könnte. Daraus ergibt sich die Ausgangsfragestellung der Arbeit: Kann ein Modell für therapeutische Interventionen unter Ressourcenperspektive erstellt werden?

2.1.1 Literaturrecherche in relevanten Datenbanken

Eine Literaturrecherche über die letzten 10 Jahre mithilfe von Medical Sub Headings (MeSH) bei PubMed wurde durchgeführt. Dabei wurde folgende Suchabfrage verwendet: "intervention"[All Fields] AND "rehabilitation of speech and language disorders"[MeSH Terms] AND "models, theoretical"[MeSH Terms] AND

("2002/05/18"[PDat] : "2012/05/14"[PDat]). Die 18 Ergebnisse der genannten Abfrage werden auf der beiliegenden CD für den Import nach Endnote als „Ausgangsfragestellung.enw“ beigelegt. Sämtliche Kombinationen dieser Abfrage mit Begriffen wie „client centered“, „resource“ oder „participation“ um eine mögliche Ressourcenperspektive zu eruieren, ergaben keine verwertbaren Ergebnisse. Es wurde kein Programm, Modell oder eine Theorie mit ausdrücklicher Ressourcenperspektive gefunden. Die Suchanfrage wurde ebenfalls erfolglos mit entsprechenden Suchbegriffen in PsycNet, SciVerse und Google Scholar durchgeführt. Hingegen konnten Hinweise auf den Forschungsstand gefunden werden. Generelle Aussagen aus den Ergebnissen sind analysierbar. Sie verweisen auf Nachbardisziplinen aus den Bereichen Gesundheits- und Motivationspsychologie und Gesundheitsökonomie. Dieses Ergebnis der Literaturrecherche findet sich im Anhang M. Die übrigen Ergebnisse konnten keine weiteren Erkenntnisse bezüglich der Fragestellung erbringen. Die Betrachtung der individuellen Klienten in ihrer jeweiligen Umwelt (Persönlichkeit), die Interaktionsprozesse zwischen den beteiligten Personen (Interaktion) und die Wirksamkeit sind vorläufig gefundene Grundthemen in der analysierten Literatur.

2.1.2 Analyse weiterer Quellen

Im Sinne einer „Analyse von Literatur hinsichtlich relevanter Informationen“ Niegemann (2004, S. 300) als inhaltsanalytischer Evaluationsmethode wurden weitere Quellen genutzt.

Tabelle 3: Grundthema Persönlichkeit

Persönlichkeit	Annahme / Konstrukt	Quelle
	Patient und Angehörige wesentliche Akteure des Therapieprozesses.	Bröckel und Hansen (2011, S. 16), Wolfart (2001, S. 10)
	Einbeziehung unterschiedlicher Perspektiven der beteiligten Personen.	Bröckel und Hansen (2011, S. 16)
	Person des Therapeuten (Präferenzen, Haltung, Einstellung).	Lange (2002, S. 22), Pahn und Balogh (2010)
	Kompetenz und Person.	Pahn, Rausch und Siegmüller (2010, S. 34)
	Kapazitäten und Anforderungen an die Person.	Starkweather und Gottwald (1990)
	Wahlrecht und Mitbestimmung des Patienten. Zum Beispiel SGB IX.	Pohontsch, Raspe, Welti und Meyer (2011)
	Individuelle Unterschiede berücksichtigen, Zustimmung erreichen.	Penticuff und Arheart (2005)

Dazu gehören Lehrbücher, Nachschlagewerke und Fachartikel und Monografien aus dem Fachbereich Logopädie, die in der weiteren Recherche genutzt. Die Annahme, dass kein ressourcenperspektivisches Therapiemodell im Bereich der Logopädie existiert, konnte bestätigt werden. Einige Annahmen und Konstrukte wurden gefunden, die zusammenfassend den drei vorläufigen Grundthemen Persönlichkeit, Interaktion und Wirksamkeit aus der Literaturrecherche zugeordnet werden. Diese berühren die gesuchte Ressourcenperspektive aus verschiedenen Richtungen.

Tabelle 4: Grundthema Interaktion

Interaktion	Annahme / Konstrukt	Quelle
	Normative Forderung der Berufsordnung.	dbl (2010, S. 5)
	Transaktionaler Hintergrund.	Clausen-Söhngen und Kellner (2009)
	Kooperation zwischen professionellen und nicht-professionellen Akteuren notwendig.	Bröckel und Hansen (2011, S. 16)
	Interaktion als Grundgerüst von Therapieprozessen.	Hansen (2009)
	Gleichwertigkeit der Interaktionspartner relevant.	Wolfart (2001, S. 10)

2.1.3 Taxonomie

Eine Taxonomie der Begriffe Theorie – Modell – Konstrukt - Phänomen in Bezug zum Abstraktionsgrad und zur empirischen Überprüfbarkeit erscheint für die Zwecke dieser Arbeit nützlich. Dabei wird „Konstrukt“ als „ein nicht unmittelbar operationalisierbarer fassbarer Begriff, der sich auf nicht direkt beobachtbare oder erschließbare Entitäten oder Eigenschaften bezieht“ (Dorsch, 1987, S. 349) verwendet. Zunächst gibt es ein beobachtbares Phänomen (in der medizinischen Fachsprache: ein Symptom) in der Wirklichkeit („Verlängerung von Lauten“). Das Konstrukt des „Stotterns“ wird nun aufgestellt. Je nachdem, welcher Ansatz („psychodynamisch“, „lerntheoretisch“ etc.) verwendet wird, kann in einem Modell der (mögliche) Zusammenhang von Phänomen und Konstrukt beschrieben werden, zum Beispiel im Anforderungs-Kapazitäten Modell (Starkweather & Gottwald, 1990). Das Modell ermöglicht dann die Konstruktion einer Theorie (Starkweather & Gottwald, 1990, S. 146). Anderson und Felsenfeld (2003) bieten eine weitere Analyse aus sprachtherapeutischer Sicht. Theorien lassen sich bezüglich ihrer Reichweite unterscheiden. Merton (1995) bemerkt, dass das Abstraktionsniveau vom Phänomen ausgehend bis zur Theorie steige, die empirische Überprüfbarkeit hingegen sinke. Für unseren Bereich sind seine „middle range

theories“, also Theorien mittlerer Reichweite wichtig, die sich zum Beispiel mit der Grundlagenforschung beschäftigen.

Tabelle 5: Grundthema Wirksamkeit

Wirksamkeit	Annahme / Konstrukt	Quelle
	Fachspezifische Interventionen sollen evidenzbasiert eingesetzt werden.	Beushausen (2005, S. 9), Beushausen und Walther (2010, S. 37)
	Theoretische Analyse von Wirksamkeitsuntersuchungen notwendig.	Bürki Garavald, Kempe Preti, Kohler und Steiner (2011), Greener, Enderby und Whurr (1996, S. 6)
	Einbeziehung verschiedener Ansätze (Linguistisch, Strategieansatz, pragmatisch-kommunikativ, Angehörigenarbeit).	Barthel (2005, S. 77), Bröckel und Hansen (2011, S. 16), Tesak (2007), Ritterfeld (2005, S. 15)
	Reflexionsprozesse (z.B. Clinical Reasoning) erhöhen die Wirksamkeit.	Beushausen (2009), Beushausen und Walther (2010)
	Fachspezifische Interventionen können auf Wirkfaktoren zurückgeführt werden.	Bilda et al. (S. 22), Heinzelmann, Bilda und Kittel (2009, S. 6)
	Wirkfaktoren sind unabhängig von fachspezifischer Intervention vorhanden.	Bürki Garavald, Kempe Preti, Kohler und Steiner (2011), Heinzelmann, Bilda und Kittel (2009, S. 7), Rotmann (2001)
	Mögliche Transfereffekte auf ungeübte Gebiete.	Darkow, Hußmann und Huber (2009), Grötzbach (2005, S. 8)
	Erfüllung der Patientenbedürfnisse und Kommunikationsbewertung durch Patienten Gradmesser der Wirksamkeit logopädischer Therapie.	Dehn-Hindenberg (2007)
	„Kommunikation, Vertrauen und die Berücksichtigung von Patientenbedürfnissen sind der Schlüssel zum Therapieerfolg“	Dehn-Hindenberg (2008)

2.1.4 Fazit

Die drei gefundenen Grundthemen konnten wegen der begrenzten Zeitressourcen nicht weiter evaluiert werden. Allerdings erscheinen die Themen geeignet, im Rahmen einer Ad-hoc-Hypothese als relevante Erfahrungen im logopädischen Diskurs über Interventionen verstanden zu werden. Die Ressourcenperspektive kann sich aus einer Zusammenschau auf diese Erfahrungen ergeben.

Schichten

Wenn Gordon (2005) ausführt, dass „geschichtete Realitäten“ (S.144) Bezug nehmen „auf Erfahrungen, die gleichzeitig auf mehr als einer Bedeutungsebene repräsentiert

sind“ (Gordon, 2005, S. 144), wären die Themen (als Erfahrungen) auch als Schichten visualisierbar und somit einem dreidimensionalen Modell zugänglich.

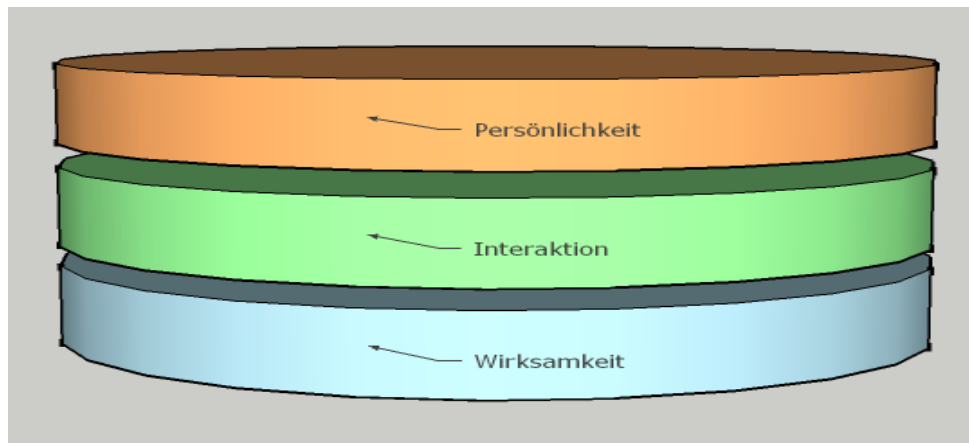


Abbildung 1: Schichten

Hierbei erscheint dann die Interaktionsschicht für die weiteren Überlegungen am Bedeutungsvollsten, denn in ihr vollzieht sich das reale Therapiegeschehen. Für diese Position spricht der Beschluss der Mitgliederversammlung des Berufsverbandes dbl (2010): "Logopädinnen und Logopäden orientieren ihr Vorgehen an Wirksamkeitsnachweisen. Dabei werden Patientenpräferenz, klinische Erfahrung und die beste verfügbare wissenschaftliche Evidenz gleichermaßen berücksichtigt" (S. 4). Auch die Modelle von Kanfer, Reinecker und Schmelzer (2011) legen aus Sicht der Selbstmanagement-Therapie eine wesentliche Rolle der Interaktion zwischen Therapeut und Klient nahe. Dabei rückt die „Verbindung und Vermittlung zwischen der Expertenperspektiven und der Perspektive der Betroffenen“ (Bröckel & Hansen, 2011, S. 15) in den Fokus des therapeutischen Interesses. Bröckel und Hansen (2011) führen weiter aus, dass „[...] die Ziele, die erreicht werden sollen, ganz unterschiedlich definiert werden [...] Und diese Ziel- und Problemdefinition machen wir als TherapeutInnen ja nicht alleine. PatientInnen und Angehörige sind intensiv daran beteiligt und erweitern mit ihren Perspektiven die verschiedenen Definitionsmöglichkeiten“ (S. 16). Hinzu kommt, dass gerade die hier sogenannte Interaktionsschicht Gegenstand umfangreicher Untersuchungen ist. Hansen (2009) hat über die qualitative Auswertung von Video- und Tonbandaufnahmen logopädischer Therapien vor dem theoretischen Hintergrund des Interaktionismus einen wesentlichen Beitrag zur grundlegenden Erforschung therapeutischer Prozesse geleistet. Die dabei verfolgte „grounded theory“ als „eine im empirischen Material verankerte, systematische Entwicklung theoretischer Aussagen“ (S. 385) kann als robuster Hinweis auf die begründete Annahme mindestens der Interaktionsschicht dienen. Die beiden anderen postulierten Schichten (Persönlichkeit und Wirksamkeit) können in

dieser Arbeit nicht weiter verfolgt werden. Eine zusätzliche Annäherung an die vermutete Wirksamkeitsschicht wird im Anhang E gegeben. Für die vermutete Persönlichkeitsschicht wäre die Persönlichkeitstheorie von Kuhl (2001) eine Annäherung, die im Anhang D zusätzlich erstellt wurde.

Perspektiven

In einem lebendigen Interaktionsprozess geschehen Aktionen von Akteuren aus deren jeweiligen Perspektiven. Dies legt eine multiperspektivische Sicht nahe. Daher werden bei der Beschreibung jeder Schicht Perspektiven angenommen. Bei Kanfer, Reinecker und Schmelzer (2011, S. 283) werden ähnliche Gedanken postuliert. Kanfer, Reinecker und Schmelzer (2011, S. 283) benennt Evaluationskriterien aus der Sicht des Klienten, des Therapeuten, der Gemeinschaft und des Gesundheitssystems. Im vorliegenden MOVER-Modell werden jeweils Perspektiven empirischer realer Persönlichkeiten verwendet. Mit Sozialer Umwelt wird das nahe Umfeld sowohl des Therapeuten als auch des Klienten verstanden, in der globalen Umwelt wären zum Beispiel verordnende Ärzte, Erzieher, Sozialarbeiter zu lokalisieren. Gemäß des „Konzepts der zielabhängigen Evaluation“ (Kanfer et al., 2011, S. 283) könnten weitere Fragen vertieft werden (Gegenstand, Mittel, Zweck und Bedingungen der Evaluation).

Drei Schichten und dazugehörige Perspektiven

Tabelle 6: Mögliche Schichten des Modells

Schichten	Fragen
Persönlichkeit	Welche individuellen Akteure sind beteiligt?
Interaktion	Wie interagieren die Persönlichkeiten?
Wirksamkeit	Welche Wirksamkeit folgt den Interaktionen?

Tabelle 7: Mögliche Perspektiven der Persönlichkeitsschicht

Persönlichkeit	Perspektiven
a	Therapeut
b	Klient
c	Soziale Umwelt
d	Globale Umwelt

2.2 Effektivität

Aus der Psychotherapieforschung stellen Hubble, Duncan und Miller (2001) fest: „So seltsam es jedoch auch klingen mag, eine Therapie kann kompetent durchgeführt werden und dennoch ineffektiv sein.“ (S.323). Daraus ergibt sich die hier behandelte

Fragestellung: Welche Faktoren beeinflussen die Effektivität von Interventionen jenseits bestehender (fachspezifischer) Kompetenzen positiv?

Die Wirksamkeit der Intervention kann aus verschiedenen Perspektiven betrachtet werden. Reinecker (2009, S. 86) unterscheidet drei Formen der Wirksamkeit therapeutischer Interventionen, während Bothe und Richardson (2011) in ihrem Tutorial zur Sprachtherapie verschiedene Arten von Signifikanz in der Therapieforschung differenzieren. In der Tabelle wurden differenzierte Wirksamkeitsfragen ergänzt. Durch eine Berücksichtigung der (teilweise unbewussten) Grundbedürfnisse der Klienten (persönliche Signifikanz) kann die Effektivität der Intervention möglicherweise gesteigert werden. In dieser Arbeit wird für den englischen Begriff Effectiveness jeweils Effektivität verwendet.

Tabelle 8: Wirksamkeit und Signifikanz

(Reinecker, 2009, S. 86)		(Bothe & Richardson, 2011, S. 233)		
Englischer Begriff	Beschreibung	Signifikanz	Forschungsfragen	Wirksamkeitsfragen
-	-	persönlich	Die Ziele, Maße und Veränderungen, die aus Sicht des Klienten bedeutsam erscheinen. "Did This Change Solve a Person's Problem?"	Befriedigt die Erreichung der Ziele der Intervention die Grundbedürfnisse des Klienten?
Efficacy	Wirksamkeit unter optimalen Bedingungen.	statistisch	Gibt es Unterschiede im Gruppenvergleich? "Do the groups differ?"	Ist die Intervention geeignet, das therapeutische Ziel zu erreichen?
		klinisch	Interpretation und Bewertung der Bedeutung oder des Werts von Therapieergebnissen ("treatment outcome"). "What does the Difference between Groups Mean?"	
Effectiveness	Wirksamkeit unter realen Bedingungen.	praktisch	Ausmaß der Veränderung oder des Unterschieds im Gruppenvergleich. "How much do the groups differ?"	Wirkt die Intervention und wie stark?
Efficiency	Einbeziehung von Kosten, Nutzen und Aufwand.	-		Ist das Verhältnis von Kosten, Nutzen und Aufwand der Intervention optimal?

2.2.1 Hintergrund und Entwicklung

Seit Mitte der 60er-Jahre werden in Soziologie und Psychologie Wirkfaktoren untersucht. Frank und Frank (1961) unterscheidet vier unspezifische Wirkfaktoren: Die therapeutische Beziehung (1), die Besonderheiten der therapeutischen Situation selbst (2), das Finden von Erklärungen für die Probleme des Klienten (3), die in einem hierzu konsistenten Vorgehen (4) gelöst werden. Bereits Frank weist darauf hin, dass spezifische Maßnahmen auf Grundlage der unspezifischen Wirkfaktoren wirken.

Orlinsky und Howard (1987) verwenden in ihrem „generic model of psychotherapy“ ebenfalls allgemeine Faktoren: Abschluss eines therapeutischen Vertrags (1), Behandlung durch Interventionen (2), therapeutisches Arbeitsbündnis (3), Offenheit oder Zurückhaltung bezüglich der Selbstbezogenheit (self-relatedness) bei Therapeut und Klient (4), Zielerreichung (5). Damit sind prozessstrukturell-sequentielle Elemente genannt. Sie wirken auf den „outcome“ des Therapieprozesses.

2.2.2 Allgemeine Wirkfaktoren nach Grawe (2004)

Für die vorliegende Arbeit wird der Begriff „allgemeiner Wirkfaktor“ immer dann genutzt, wenn sich dabei auf die Wirkfaktoren nach Grawe (2004) bezogen wird. Er nennt fünf mögliche Wirkfaktoren, die unabhängig von spezifischen Methoden sind:

1 Die therapeutische Beziehung

Damit ist die Beziehung zwischen den Hauptpersonen (Therapeut und Klient) des therapeutischen Prozesses gemeint. Dieser Faktor wird in allen einschlägigen Untersuchungen immer wieder betont.

2 Ressourcenaktivierung

Grawe (2004) begreift Ressourcen als neuronale Netzwerke im Gehirn, die durch Aktivierung genutzt und dank neuronaler Plastizität und Bahnung verstärkt bzw. neu aufgebaut werden können. Auch die Erwartungen der Klienten werden in diesem Faktor gebündelt.

3 Problemaktualisierung

Das zu bearbeitende Problem wird in der Therapie erlebbar. Dieser Faktor ermöglicht dem Klienten, zu erkennen oder zu erleben, worin sein Problem besteht (z.B. Exposition).

4 Problembewältigung

Hierunter sind alle Handlungen zu verstehen, die es dem Klienten ermöglichen, positive Erfahrungen bei der Bewältigung des problematischen Bereichs zu machen. Dadurch steige die Kompetenz und Performanz des Klienten

5 Motivationale Klärung

Dieser Faktor hebt auf die Grundbedürfnisse und motivationalen Schemata ab, die dazu beitragen, dass Änderung erfolgt oder behindert wird. Eine Klärung der Motivation soll zu einer Bewältigung beitragen. Gleichzeitig sollen sich für den Klienten seine eigenen Vorbedingungen und aufrechterhaltende Faktoren klären.

2.2.3 Hubble, Duncan und Miller (2001)

Die Ergebnisse von Hubble, Duncan und Miller (2001) weisen bezogen auf Psychotherapie vier Wirkfaktoren prozentual einen positiven Einfluss auf die Therapie zu (S. 49). Mit Methoden ist der Einsatz von Methoden spezifischer psychotherapeutischer Schulen gemeint. Erwartungseffekte beziehen sich darauf, dass der Klient eine wirksame Veränderung durch die Behandlung erwartet. Die therapeutische Beziehung macht auch hier einen wesentlichen Anteil aus. Der Einfluss von Faktoren, die außerhalb der Therapie geschehen, ist mit 40 % überwältigend groß. Im Zusammenhang mit der EVT (empirisch validierte (Psycho)Therapie) wird Hubble (2005) von Hargens (2006) übersetzt mit: "Die Annahme, dass spezifische technische Vorgehensweisen der TherapeutIn zu Änderungen aufseiten der KlientIn führen, erhält keine erkennbare Unterstützung" (S. 447).

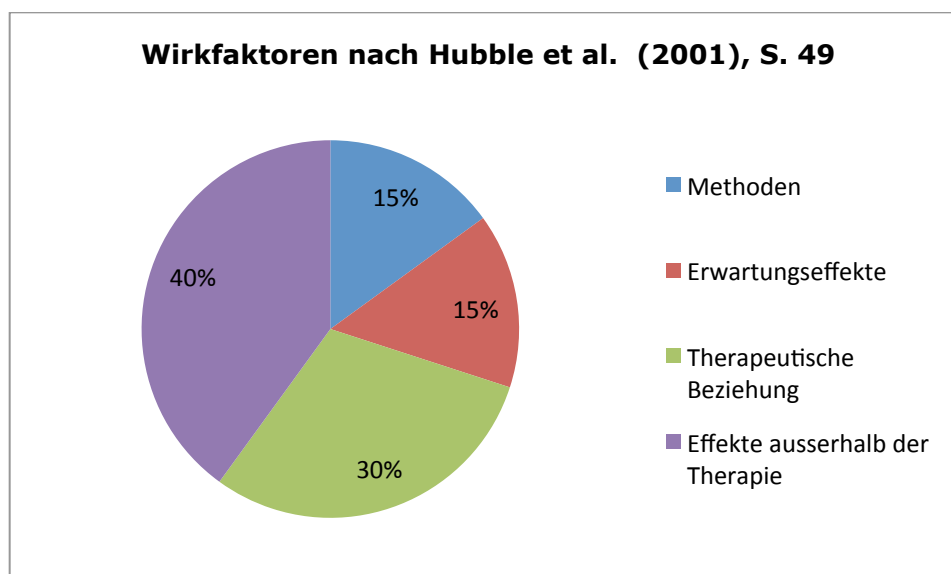


Abbildung 2: Wirkfaktoren nach Hubble et al. (2001), S. 49

Für die Myofunktionelle Therapie hat eine Suche nach Faktoren für gelingende Interventionen ebenso eingesetzt (Heinzelmann, Bilda & Kittel, 2009) wie für Artikulationstherapie im Zusammenhang mit partizipativer Entscheidungsfindung und Kontingenzmanagement (Günther & Hautvast, 2009). Aktuell für die Sprachtherapie kommen Bürki Garavald, Kempe Preti, Kohler und Steiner (2011) zum Ergebnis: „Für die Wirksamkeitsforschung in der Logopädie geht es um ein Überdenken des bisher direkt aus der evidenzbasierten [Druckfehler in Quelle:FF] Medizin übernommenen naturwissenschaftlichen Paradigmas und eine Wende hin zu Ökologie, Kooperation und Kontext“ (S.28). Sie weisen auf „gezielte Ressourcenaktivierung, Problembewältigung, eine tragfähige therapeutische Beziehung, eine genaue Klärung der Ziele und der Motivation“ als wesentliche Faktoren auch für die Sprachtherapie hin und stützen sich dabei auf Eicher (2009) und Peterander (2008), der sich mit der Übertragbarkeit des aus der Medizin stammenden Evidenzbegriffs auf die Frühförderung beschäftigt.

2.2.4 Fachspezifische Wirkfaktoren

Die Wirkungsweise und die Konzeption fachspezifischer Interventionen zur Behandlung von sprachspezifischen Störungsbildern werden durch die wachsende Zahl forschender Therapeuten in den letzten zehn Jahren in Deutschland intensiv untersucht (Ritterfeld, 2005; Siegmüller & Pahn, 2009). Dies geschieht wesentlich unter den leitenden Paradigmen der evidenzbasierten Medizin (Grötzbach, 2005; Thieme, Kraus & McLaughlan, 2005), des Clinical Reasonings (Beushausen & Walther, 2010) und der Berücksichtigung der an den Aktivitäten und Partizipation der Klienten ausgerichteten ICF (Grötzbach, 2009). Leitlinien und Praktische Umsetzungsführer werden in den Fachdisziplinen Ergotherapie (z.B. Konzeptionelle Modelle), Physiotherapie (z.B. Pedro-Skalen) und Logopädie (z. B. Logopädische Leitlinien) erforscht und neben rein medizinischen Leitlinien entwickelt. Die Wirksamkeitsforschung beschäftigt sich dabei v.a. mit der „Efficacy“ und „Effectiveness“ von Interventionen.

2.2.5 Fazit

Damit sind die von Grawe (2004) vorgestellten Wirkfaktoren prozessual verstehbar. Während die „Ressourcenaktivierung“ als wichtiger Faktor für die intendierte Veränderung gesehen wird, sind „motivationale Klärung“ und „Problembewältigung“ Faktoren, die auf die Ergebnisebene zielen. „Problemaktualisierung“ verweist lose auf die Fähigkeit zur Selbstbezogenheit bei Orlinsky und Howard (1987). Dies ist eine dem Klienten zugeordnete Variable, die in der späteren Modellbildung synthetisiert wird.

Der Faktor „Therapeutische Beziehung“ wird als interaktioneller Prozess zwischen den Personen, die in eine Therapie involviert sind, konzipiert.

2.3 Effizienz

„Gesundheitsökonomische Evaluationen“ (Schöffski & Schulenburg, 2012) heben auf den Wirkungsgrad einer Intervention unter Einbeziehung von Kosten, Nutzen und Aufwand (Efficiency), also die Effizienz ab. Außer ethischen Fragen spielt hierbei die „Non-Compliance“ (Claes & Pirk, 2012, S. 66–72) eine Rolle. Die passive Erfüllung von Anweisungen (Compliance) kann dabei von einer aktiven Einhaltung (Adherence) von günstigen Verhaltensweisen (Claes & Pirk, 2012, S. 66) unterschieden werden.

In dieser Arbeit wird auf die Adhärenz als „das therapietreue Verhalten [...] durch aktive Mitarbeit“ (Messner, 2011, S. 2) wegen der aktiven Rolle des Klienten abgehoben. Die „ökonomischen Langzeitkonsequenzen“ (Siebert et al., 2012, S. 79) hängen eng mit der Nachhaltigkeit von Interventionen zusammen. Eine Annahme wurde hieraus entwickelt: Therapeutische Interventionen, die Nachhaltigkeit unter Einbeziehung der Adhärenz berücksichtigen, sollten einen günstigen Einfluss auf die Effizienz haben. Die Fragestellung lautet daher: Welche therapeutischen Interventionen beeinflussen die Effizienz positiv gemäß der Annahme?

Allgemein gesprochen zählen zur Intervention „neben *Therapie* [...] alle Maßnahmen der *Prävention* und *Rehabilitation* [Hervorhebungen im Original]“ (Fröhlich, 1998, S. 247). Intervention werden in dieser Arbeit als Eingriffe definiert, die Verhaltensziele mit dem therapeutischen Handeln erreichen sollen, die klinisch über Operationalisierung überprüfbar sind. Bisher wird versucht, durch eine Erfassung der Aktivitäten und Partizipation in den Domänen der ICF die Situation des Klienten zu beschreiben (vgl. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2005; Hollenweger, 2011). Aus diesen Informationen können dann fachspezifische Interventionen abgeleitet werden (Grötzbach, 2009). Der Grad der Zielerreichung kann bspw. durch eine erneute Einschätzung anhand der ICF erfolgen (Grötzbach, 2009). Zur Förderung der Aktivitäten und der Partizipation des Klienten sind maßgeschneiderte (Kanfer et al., 2011), die allgemeinen Wirkfaktoren nutzende (Grawe, 2004) Interventionen hilfreich und nicht nur fachspezifische Interventionen. Hierfür ist das Angebot an Modellen und Theorien schmal. Das ZRM und die MI sollen als geeignete bewertet werden.

2.3.1 ZRM-Training

Zur Messung von Wirksamkeit von Priming (Heckhausen, 2000), zum Embodiment (Price, Peterson & Harmon-Jones, 2012; Storch, 2010b), Ressourcenaktivierung (Storch, 2004), zur Zielhierarchie (Storch, 2009c) gibt es Belege zur Wirksamkeit. Die Begründung der stark neurowissenschaftlich ausgelegten Theoriebasis findet sich unter anderem in Storch (2002). Das ZRM ist „krankheitsunspezifisch und störungsübergreifend konzipiert. Es wird an die Bedürfnisse der jeweiligen Klientel angepasst“ (Storch, 2003, S. 11). Die Adaption des ZRM in unterschiedlichen Settings wie bei Jugendlichen (Storch & Riedener, 2011), zur Raucherentwöhnung (Storch, 2008), zur Gewichtsreduktion (Storch, 2009b), zur Partnerwahl (Storch, 2010a), in der Sozialarbeit (Bruggmann & Storch, 2011) und allgemein zum Selbstmanagement (Frank & Storch, 2011; Storch, 2009a, 2011) zeigt die breite Anwendbarkeit des ZRM-Trainings. Die Interventionen im ZRM-Training und die Modellannahmen sind laut Storch und Krause (2010) wissenschaftlich begründet sein. Eine umfangreiche Sammlung von bereits durchgeführten Studien ist verfügbar unter: <http://zrm.ch/wirksamkeitsstudien>. Einige Wirksamkeitsstudien des ZRM-Trainings in verschiedenen präventiven oder rehabilitativen Bereichen wurden bereits durchgeführt (Abnehmen, Raucherentwöhnung, Präventive Gesundheitskonzepte). Die Autoren widmen diesen Studien ein ganzes Kapitel (Storch & Krause, 2010, S. 219–338). Der Zugriff auf alle Arbeitsblätter des Programms ist frei. Es fällt auf, dass es bisher kaum internationale Untersuchungen (Storch, 2007) gibt. Eine weitere vertiefende Darstellung des ZRM-Trainings und seiner Elemente befindet sich im Anhang L.

2.3.2 Motivational Interviewing (MI)

Bezüglich der Evidenzen von MI wurden Metaanalysen (Keller, 2004; Märki, 2004), RCTs zu Krebsvorsorgeverhalten (Storch & Riedener, 2011), Reviews (Rotmann, 2001) zu Programmeigenheiten (Commer, 2009), körperlichem Gesundheitsverhalten (Skinner, 1953) und kritische Beiträge zu den Begrifflichkeiten (Ashton, 2005) gefunden. Aus Patientensicht (Faris, Cavell, Fishburne & Britton, 2009), zur Validität des „Treatment-Integrity-Code“ (Forsberg, Berman, Källmén, Hermansson & Helgason, 2008) und zur Inter-Rater Reliabilität (Forsberg, Källmén, Hermansson, Berman & Helgason, 2007) konnten Arbeiten aus unterschiedlichen Perspektiven ausgewertet werden. Bezüglich der Effektivität von MI gibt es viele Untersuchungen: „MATCH“ (Heather, 2005), Raucherentwöhnung (Beushausen & Walther, 2010; Fraas & Calvert, 2009), Suchtmittelgebrauch (Jensen et al., 2011). Zur therapeutischen Beziehung wurde eine umfangreiche Arbeit von Cross und Madson (1997) gesichtet.

Besonders die „Ethischen Betrachtungen“ von Ritterfeld (2005) zum Menschenbild und möglichen unethischen Therapeutenverhaltens (S. 182) runden das Bild von MI ab. Für die Logopädie interessant ist die vorgenommene Linguistische Analyse einer MBTC (mindful based therapy community) Intervention von Liehr et al. (2010). Sie kommen zum Schluss, dass die Verwendung von Begriffen, die negativen Affekt betreffen, bei der Treatment-Gruppe reduziert wurde. Bis heute gibt es im Netzwerk der MI-Trainer MINT eine intensive Diskurstätigkeit zur weiteren Verbesserung von MI (Deci, Koestner & Ryan, 1999; Williams, Gagné, Ryan & Deci, 2002). Zur Klarstellung, was MI ausmacht und was nicht, geben Miller und Rollnick (2009b) als Autoren des Programms einen guten Überblick. Insbesondere wird das Verhältnis von TTM und MI klar gestellt als gleichzeitig auftauchende und sich beeinflussende Konzepte, die aber nach Miller und Rollnick (2009b) nicht aufeinander aufbauen. Die Suche nach einer eigenen Theoriebasis ist folgerichtig. Eine weitere vertiefende Darstellung des MI und seiner Elemente befindet sich im Anhang K.

2.3.3 Fazit

Die eklektische Sammlung von Methoden und Techniken im MI ohne theoriegeleitete Vermittlung erfordert in der (weitgehend automatisch gesteuerten) Gesprächssituation eine große Erfahrung des Therapeuten in unterschiedlichen Kontexten, um die Methoden „im Geist“ von MI einsetzen zu können. Die fehlende Manualisierung und Operationalisierung erschwert die Messung von Wirksamkeit. Das ZRM-T leitet klar theoretisch her und begründet die eingesetzten Methoden. Möglichkeiten zur leichten und praxisnahen Evaluation erleichtern samt Manual den Einsatz im therapeutischen Tagesgeschäft.

Es werden Methoden und Techniken des MI und des ZRM-Trainings in den Modellrahmen von MOVER eingeordnet. Dabei kommen den Methoden des ZRM-Trainings andere Aufgaben zu als den MI-Methoden. Die ZRM-Trainings-Methoden werden in Phasenplänen (Anhang F-J) bestimmten Entscheidungssituationen im therapeutischen Prozess direkt zugeordnet. MI-Methoden werden als Elemente auf Mikroebene den Phasen von MOVER zugeordnet.

2.4 Motivation und Volition

In der Motivationspsychologie (Heckhausen & Heckhausen, 2010) werden Motivation und Volition menschlichen Handelns in Handlungstheorien beschrieben. Welche Ziele sind in welcher Situation für mich wünschenswert? Diese Frage verweist auf die

Motivation als variable, zu einem bestimmten Zeitpunkt bestehende Handlungsbereitschaft (Dorsch, 1987; Fröhlich, 1998; Rudolph & Körner, 2009; Schmalt & Langens, 2009; Vollmeyer, 2005). Wie kann ich die Umsetzung einer bereits gesetzten Zielintention regulieren? Diese Frage weist auf die Volition hin, die alle regulatorischen Phänomene umfasst, die sich um das Erreichen vorhandener Ziele drehen (Heckhausen & Heckhausen, 2010). Als Motiv wird in der Psychologie eine relativ stabile Persönlichkeitseigenschaft bezeichnet, die beschreibt, wie wichtig einer Person eine bestimmte Art von Zielen ist (Schmalt & Langens, 2009, S. 14). Motive werden auch als Komponenten der Selbstregulation (Boekaerts, Zeidner & Pintrich, 2000) angesehen, da sie kreative und flexible (sich an neue Situationen anpassende) Bedürfnisbefriedigung (Grawe, 2004) ermöglichen. Sie unterstützen das Bestreben, dem eigenen Selbstbild (Cross & Madson, 1997; Price, Peterson & Harmon-Jones, 2012) und selbstdefinierten Zielen (Hanna, Fiedler, Dietrich, Greitemann & Heuft, 2010; Karpinski et al., 2009; Patall, Cooper & Robinson, 2008; Storch, 2009) gerecht zu werden. Eng damit verbunden sind das Konzept der Selbstwirksamkeit (Bandura, 1997; Bandura & Locke, 2003; Richter, Schmid-Ott, Leicht & Muthny, 2011) und der Einfluss auf den Selbstwert (MacMillan & Krege, 1975; Schlag, 2004). Individuelle und kulturelle Werte, soziale Rollen werden berücksichtigt.

(Bothe & Richardson, 2011) erwähnen zusätzlich zur klinischen und praktischen die persönliche Signifikanz, also die Ziele, Maße und Veränderungen, die aus Sicht des Klienten bedeutsam erscheinen. Das daraus resultierende individuelle Verhalten wird aus Sicht der Gesundheitspsychologie in „Theorien und Modelle[n] des Gesundheitsverhaltens“ (Lippke & Renneberg, 2006) beschrieben, die sich nach Lippke und Renneberg (2006, S. 36) in drei Gruppen einteilen lassen: Kontinuierlich lineare Modelle mit motivationalen und volitionalen Untergruppen, Stadienmodelle, Hybridmodelle. Eine detaillierte Übersicht wird im Anhang N beigefügt. Diese Modelle haben alle gemeinsam, dass sie die Bedürfnisse und Ursachen der Motivation der Klienten nicht modellieren. Diese sind aber aus Ressourcenperspektive unverzichtbar. In dieser Arbeit wird angenommen, dass theoriegeleitete Interventionen sich über „Matched Designs“ (Lippke & Renneberg, 2006, S. 49–50) bezüglich ihrer Passung und Effektivität untersuchen lassen. Bei der Vielzahl an unterschiedlichen Modellen stellt sich handlungstheoretisch die Fragestellung: Ist eine Theorie oder ein Modell geeignet, einen Leitrahmen für therapeutische Interventionen bezüglich der Motivation und Volition zu bieten?

2.4.1 Transtheoretisches Modell (TTM)

Die sechs distinkten Stufen (Stages of change) im TTM (Prochaska & DiClemente, 1984) sind die am stärksten rezipierte Dimension "aus drei Kerndimensionen: Prozesse (processes), Phasen (stages) und Ebenen (levels) der Veränderung." (Hermann-Koller, 2008, S. 16) :

1. Phase der Sorglosigkeit - der Absichtslosigkeit (*Precontemplation*)
2. Phase des Absichtsbildung (*Contemplation*)
3. Phase der Vorbereitung (*Preparation*)
4. Phase der Handlung (*Action*)
5. Phase der Aufrechterhaltung (*Maintenance*)
6. Phase des Abschlusses (*Termination*)



Abbildung 3: TTM

"Wenn die Veränderung vorerst nicht erfolgreich ist, werden die Menschen in frühere Phasen zurückkehren (Recycling)." (Hermann-Koller, 2008, S. 19) . Dies weist auf eine möglicherweise erfolgende siebte Stufe des Modells hin.

Das Modell soll gesundheitsförderliches Verhalten und den Weg dorthin erklären (Armitage & Arden, 2002; Prochaska, Norcross & DiClemente, 1994). Dabei geht es nicht um den Verlauf einer einzelnen Handlung einer spezifischen Person, sondern um die Beschreibung unterschiedlicher Stufen ganzer Verhaltensweisen (Prochaska & DiClemente, 1984). Das TTM ermöglicht zum Beispiel eine Voraussage des Verhaltens bei der gesundheitlich motivierten Aufgabe des Rauchens (Armitage & Arden, 2008). Das TTM eignet sich, um die aktuelle Lage und Einstellung von Patienten zu angestrebten Veränderungszielen durch geplantes Verhalten bei Nahrungsmittelauswahl (Armitage & Arden, 2002) zu beschreiben.

Die deutsche Rezeption des TTM (Keller, 2004) hat eingesetzt. Eine Gegenüberstellung von TTM und RM (Hermann-Koller, 2008) führt aus, dass trotz offenkundiger Ähnlichkeit der Beschreibung der einzelnen Phasen in beiden Modellen keine 1:1 – Übertragung möglich ist. Eine genauere Analyse und eine Einordnung beider Modelle wird bei (Hermann-Koller, 2008) und im Hinblick auf alle wesentlichen Veränderungsmodelle im Gesundheitsbereich (Messner, 2011) gegeben. Das TTM wird

in den Bereichen Prävention beispielsweise bei der Förderung der körperlichen Aktivität bei älteren Menschen (Märki, 2004, S. 1–192) genutzt. Die Entwicklung von Diagnostikinstrumenten findet sich beim Fragebogen FEVER (Hasler, Klaghofer & Buddeberg, 2003, S. 406). Die Interventionsplanung bei der Anwendung des TTM auf die Stimmtherapie (van Leer, Hapner & Connor, 2008, S. 688) bezüglich des Verständnisses von Verhaltensänderung wurde untersucht.

2.4.2 Rubikon-Modell (RM)

Das RM von Heckhausen und Gollwitzer (1987) wird beschrieben als die Abfolge (Sequenz) verschiedener Phasen einer Handlung von der "Entstehung einer Motivationstendenz vom Wünschen, zum Wählen und Wollen bis hin zu ihrer Deaktivierung über die Zeit hinweg" (Achtziger & Gollwitzer, 2010, S. 310). Es lässt sich eine motivationale und volitionale Bewusstseinslage im Verlauf unterscheiden. Die motivationale Bewusstseinslage ist gekennzeichnet von der Frage, welche (bewussten und unbewussten) Motive hinreichend sind zur Bildung einer Absicht. Beispiel: Der Klient fragt sich, ob er mit einer Therapie beginnen soll oder nicht und sucht nach Gründen, sich für eine der Alternativen zu entscheiden. Die volitionale Bewusstseinslage beschäftigt sich damit, wie diese Absicht gut in Handlung umgesetzt werden kann. Beispiel: Der Klient überlegt gemeinsam mit dem Therapeuten, wie genau der die gemeinsam vereinbarten Ziele erreichen kann. Je nachdem in welcher Bewusstseinslage sich der Klient befindet sind unterschiedliche Vorgehensweisen des Therapeuten wirksam. Beispiel: Dem Klienten in der motivationalen Bewusstseinslage hilft es nicht, zu wissen wie er in einer Therapie mögliche Ziele erreichen könnte. Mit dem Klienten in der volitionalen Bewusstseinslage macht es keinen Sinn darüber zu sprechen, ob er denn überhaupt an der Therapie teilnehmen möchte. Die Bildung einer Absicht (Intention) bedarf eines Wechsels dieser motivationalen Bewusstseinslage in die volitionale.

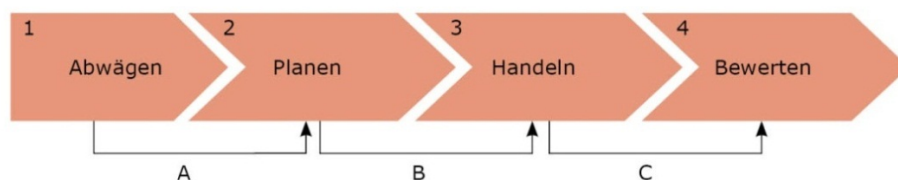


Abbildung 4: RM

Legende: A= Intentionsbildung, B= Intentionsinitiierung, C= Intentionsdeaktivierung

Heckhausen und Gollwitzer (1987) beschreiben den Wechsel der Bewusstseinslagen metaphorisch als Überquerung des Rubikon: "The formation of an intent, and the associated transition from contemplating to enacting options, appears to represent a psychological Rubicon, a boundary line between different states of mind" (Heckhausen & Gollwitzer, 1987, S. 120). Damit wird auf die Unumkehrbarkeit des gefassten Entschlusses angespielt. Als Cäsar nach langer Bedenkzeit sich entschloss, den norditalienischen Grenzfluss Rubikon zu überqueren, war damit automatisch eine Kriegserklärung gegenüber der römischen Republik verbunden. Die gebildete Intention zeichnet die nun vorherrschende volitionale Bewusstseinslage über möglicherweise nötige Vorbereitungshandlungen (präaktional) bis zum Abschluss der zielrealisierenden Handlung aus. Die abschließende Bewertung des Ergebnisses und der damit verbundenen Affekte gehört bereits wieder zur motivationalen Bewusstseinslage. Das RM ist ein grundlegendes „strukturfunktionales“ (Achtziger & Gollwitzer, 2010, S. 310–313) motivations- und volitionspsychologisches Modell, das eine breite Rezeption erfahren hat. Es eignet sich gut um die Unterschiede zwischen Motivation und Volition sowohl diagnostisch als auch für Interventionen zu nutzen. Poersch und Schmitt (2009, S. 113) beschreiben das „Rubikon-Missverständnis“ (S.113). Dieses kann als Konflikt aufgefasst werden zwischen Vermeidungsmotiven (diesseits des Rubikon) des Klienten mit der Frage „Was wünsche ich, was soll ich wählen?“) und Annäherungszielen (jenseits des Rubikon) der intervenierenden Institutionen mit der Aufgabe „Wie können wir erreichen, was der Klient (vermeintlich) will?“.

2.4.3 Zürcher Ressourcen Modell (ZRM)

Die wesentlichen Bestandteile und Besonderheiten des Modells werden bezüglich der Theorie und Planung skizziert. Die theoretische Basis des ZRM ist der RP. Die konkrete Interventionsebene ist durch das ZRM-Training repräsentiert (Storch & Krause, 2010, S. 83). Folgende Konstrukte werden im ZRM genutzt:

- Aus der Persönlichkeitspsychologie die PSI von (Kuhl, 2001).
- Aus der Motivationspsychologie das RM (Heckhausen & Heckhausen, 2010, S. 7).
- Die Erweiterung im RP (Krause & Storch, 2010).
- Für Lernprozesse und Gedächtnis neurobiologische Vorstellungen (Grawe, 2004) .
- Die Handlungstheorie für die Umsetzung.

2.4.4 Rubikon-Prozess (RP)

In dem RP (Storch & Krause, 2010, S. 63–81) wird vor die Motivbildung (2) (Storch & Krause, 2010, S. 92–108) des RM ein weiterer Prozessschritt gesetzt. In ihm geht es laut Storch und Krause (2010, S. 84–91) um unbewusste Bedürfnisse (1). Im Gegensatz zu Heckhausen und Gollwitzer (1987, S. 120) werden nur explizite (bewusste) Motive im RP verwendet. Die unbewussten Anteile aus dem Bedürfnisprozessschritt werden zur Motivklärung integriert. Die Intention wird in Prozessschritt 3 (Storch & Krause, 2010, S. 109–130) gebildet. Prozessschritt 4 (Storch & Krause, 2010, S. 131–136) dient der präaktionalen Vorbereitung. Mit Prozessschritt 5 wird durch die intendierte Handlung der Gesamtprozess abgeschlossen (Storch & Krause, 2010, S. 137–144). Die genannten Phasen werden bei MOVER als Phasen aus der Perspektive des Klienten als Handlungssequenz verstanden.

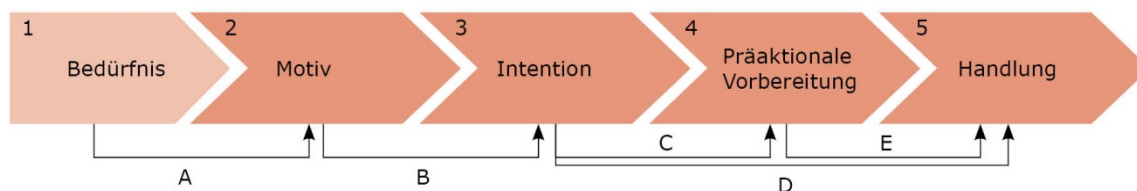


Abbildung 5: RP

2.4.5 Fazit

Menschen sind immer bereits motiviert für ihr jeweiliges Handeln. Wir wollen diese Motiviertheit nutzen, um eine Effizienzsteigerung der fachspezifischen Interventionen zu erreichen. Das ZRM und der darin enthaltene RP werden als geeigneter theoretischer Rahmen zur Abbildung der konkreten Handlungssequenz des Klienten zur Erreichung seiner selbstkongruenten Ziele angesehen. Aus dem TTM wird die Phase der Aufrechterhaltung als sechste Phase „Transfer“ zu den fünf Phasen des RP ergänzt. Somit werden in MOVER sechs Phasen innerhalb der Handlungssequenz konzeptualisiert.

In der Phase der Absichtsbildung im TTM werden die Prozesse Intentionsbildung und motivationale Prozesse gemeinsam abgebildet. Dies erschwert die präzise Abgrenzung. Bei RM fehlt die Phase Absichtslosigkeit und die nach der Handlung erfolgenden drei Phasen. Dies ermöglicht innerhalb des Modells keine Beschreibung von aufrechterhaltenden oder transfersichernden Interventionen. RM ist gut geeignet für die Beschreibung, wie eine isolierte Handlung (gegenüber anderen möglichen)

phasenweise zu betrachten ist, nicht aber für komplexe Veränderungsprozesse im Zeitablauf. Dafür sind ZRM und das TTM besser geeignet. Beide haben die sequentielle Sicht gemeinsam. Das ZRM versteht sich als theoretische Basis des ZRM-Trainings.

Für eine Anlehnung oder Einbeziehung der bestehenden Konzepte spricht ihre bisher langjährige Erforschung mit entsprechend umfangreichen empirischen Daten und die Bekanntheit auch in den Gesundheitsberufen (Rehabilitation, Pflege).

Der Modellrahmen von MOVER wird das ZRM zu Grunde legen für die Interaktionsschicht. Dabei wird eine Phase des Abschlusses im revidierten RP ergänzt, um die Belange der Wiedervorstellung und der Transfersicherung abbilden zu können.

3 Zieltheoretische Hintergründe

3.1 Kontrolltheorie

Der Zusammenhang zwischen der Kontrolltheorie (Powers, 1973) und den Zielhierarchien (Carver & Scheier, 1998) wird von Maag (2007) sehr genau beschrieben. Maag (2007) stellt diese in einen Kontext des RP und „dynamischen Stadienmodelle[n] in der Gesundheitspsychologie“ (S.33). Im Rahmen der vorliegenden Arbeit können in Anlehnung an Maag (2007) folgende Ergebnisse wiedergegeben werden. Auf oberster Ebene menschlicher Ziele (System- oder Prinzipienebene) befinden sich wichtige „Be-Goals“, die Antwort auf die Frage geben, warum ein Mensch handelt. Diese werden im ZRM von Storch und Krause (2010) auch als Haltungsziele oder Motto-Ziele bezeichnet. Auf der hierarchisch untergeordneten Programmebene werden „Do-Goals“ determiniert, die das „Wie“ des konkreten Handelns beschreiben. Im ZRM nach Storch und Krause (2010) sind das Ergebnisziele, Verhaltensziele und Taktik. Vor dem Rubikon im RP bezüglich der Handlungssequenz liegen Bedürfnis und Motiv mit dem „Finden eines starken Be Goals“ (Maag, 2007, S. 32). Nach dem Rubikon im RP liegen Intention, präaktionale Vorbereitung, Handeln und Transfer, die den Do-Goals zugeordnet werden (Maag, 2007, S. 32). „Häufig werden Gesundheitsziele nicht umgesetzt, weil sie direkt auf der Handlungsebene formuliert werden („Ab morgen gehe ich jeden Montag um 8.00 Uhr laufen!“) oder irgendwo im mittleren Hierarchiebereich, wo die weder ein klares Be noch ein klares Do Goal darstellen („Ich will mich mehr bewegen!“)(Maag, 2007, S. 32). Maag (2007) weist darauf hin, dass gesundheitspsychologisch orientierte Präventionsprogramme oder Modelle der Veränderung zwar Bezug zur Intervention auf Zielebene nehmen, um Motivation und Volition zu unterstützen, aber sich meist auf die Ergebnis- und Verhaltensebene beziehen. „Daraus kann gefolgert werden, dass es im

Beratungskontext sinnvoll ist, nicht zu früh an konkreten Handlungszielen zu arbeiten, sondern zuerst an der Bewusstwerdung von Zielen auf den höheren Hierarchieebenen“ (Maag, 2007, S. 32).

3.2 Zieltheorien

Zieltheorien lassen sich in Anlehnung an Gollwitzer (1995) in vier Gruppen einteilen: Inhaltstheorien, motivationale und volitionale Theorien, kognitive Theorien und persönlichkeitspsychologische Theorien (Gollwitzer, 1995). Im Anhang B befindet sich die kompakte Darstellung von (Dargel, 2005, S. 5) zu Zieltheorien in Anlehnung an Gollwitzer (1995). Der theoretische Hintergrund wird im zweiten Kapitel der Dissertation von Dargel (2005, S. 4–85) ausführlich erläutert im Zusammenhang der Entwicklung eines „theoriegeleiteten Interventionsprogramms, das darauf ausgerichtet ist, [...] persönliche Ziele effektiver zu verwirklichen“ (S. 4).

3.3 Zielhierarchien

Ziele können als gebildete Intention aufgefasst werden. Grawe (2004) beschreibt neurobiologisch begründete Zielhierarchien (S.110). In diesen Rahmen lassen sich verschiedene Zieltheorien einordnen.

Auf oberster Ebene steht nach Storch und Krause (2010) die Haltung mit dem Zieltypus Motto-Ziel. Dort sind auch Lebensziele und persönliche Werte angesiedelt. Darunter befindet sich auf Ergebnisebene, die in der Zielsetzungstheorie (Locke & Latham, 1990, 2002) untersuchten spezifischen Zieltyps. S.M.A.R.T.-Ziele sind spezifisch, messbar, attraktiv, erreichbar und zeitlich bestimmt und hoch in Bezug auf

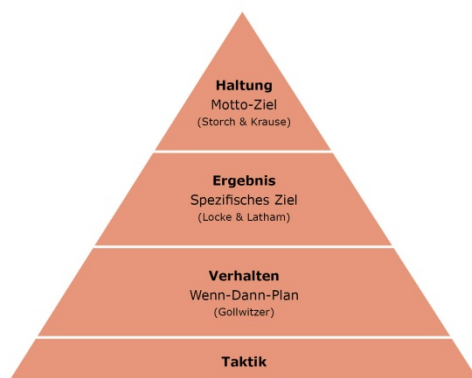


Abbildung 6: Zielhierarchien nach Storch & Krause (2010)

Leistungsziele. Konkrete Verhaltensziele können als Teilziele zur Erreichung von Ergebniszielen aufgefasst werden. Wenn-dann-Pläne („implementation intentions“) sind hier das Mittel der Wahl: „Once people have formed implementation intentions, goaldirected behavior will be triggered automatically when the specified situation is encountered.“ (Gollwitzer, 1999, S. 501). Taktikziele sind sehr fein spezifizierte Ziele auf unterster

Verhaltensebene. Dort soll unerwünschtes (teilweise automatisiertes) Verhalten gehemmt werden. Bestimmten Ebenen sind also

bestimmte Zieltypen zugeordnet. In der Abbildung sind die jeweiligen Vertreter des Zieltyps in Klammern genannt. Der aus dem ZRM postulierte Vorrang von Haltungszielen und dort v.a. der Aspekt, dass die Zielerreichung 100% unter eigener Kontrolle stehen soll, wird in dieser Arbeit wesentlich berücksichtigt, um Kontrollüberzeugung sicherzustellen. Der Zusammenhang von Selbstwirksamkeitserwartung und persönlich relevanten Zielen wird bei Bandura und Locke (2003) deutlich: „Self-efficacy and personal goals enhance motivation and performance attainments“ (S. 87). Storch (2003) meint hierzu: „Zum einen dienen Kontrollüberzeugungen unter motivationspsychologischen Gesichtspunkten dem Überschreiten des Rubikon und damit der Herausbildung von Intentionen, zum anderen leisten sie sowohl unter salutogenetischen als auch unter präventiven Gesichtspunkten einen nachhaltigen Beitrag zur psychischen Gesundheit“ (S. 16). Ein Konsens über vereinbarte Ziele ist wichtig (Austin & Vancouver, 1996; Gollwitzer, 1995; Storch, 2009c). Eine Intention wird auch als „handlungswirksames Ziel“ (Storch, 2003, S. 15) bezeichnet.

S.M.A.R.T.-Zielformulierungen sind in der Arbeits- und Organisationspsychologie gut untersucht auf ihre Tauglichkeit für mittlere Schwierigkeitsgrade (Locke & Latham, 1990), die auf bereits vorhandene Fähigkeiten aufbauen und nicht zu komplex sind. Das zu zeigende Verhalten bei Therapien der Gesundheitsberufe zeichnet sich meist durch hohe Automatisierung, unbewusste Verarbeitungsstrategien und komplexe Bewegungen/Handlungen in unterschiedlichen Situationen mit komplizierten Umgebungsvariablen aus (Eicher, 2009; Ritterfeld, 2005). Weber (in Vorb.) formuliert in Ihrem Ausblick: „Diese ersten Ergebnisse deuten darauf hin, dass Mottoziele nach Storch & Krause eine stärkere Wirksamkeit auf verschiedene Bereiche der menschlichen Psyche haben als hohe spezifische Ziele nach Locke & Latham.“ Wegen der Wichtigkeit dieser Studie wird das Poster zur Studie im Anhang C gegeben. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, die jeweils passenden Zielebenen bei Planung, Intervention und Evaluation zu berücksichtigen. Die Zieltheorien werden im vorliegenden Modell in der Interaktions-Schicht genutzt. Weiterführende Informationen zu Annäherungs- und Vermeidungszielen aus neurobiologischem Hintergrund befinden sich in Anhang A.

4 Modellentwicklung

Aufgrund der beschriebenen Beschränkung wird hier nur die Interaktionsschicht des Modells entwickelt, da diese für die praktische Umsetzung die höchste Bedeutung hat und stark begründet werden kann durch die Argumente des Analysekapitels.

Phasenpläne der Handlungssequenz und ein Fallbeispiel runden die Modellentwicklung ab.

4.1 Interaktionsschicht

Diese Schicht beschreibt die Interaktion aus drei verschiedenen Perspektiven:

Tabelle 9: Perspektiven Interaktionsschicht (zu Abbildung 7)

Interaktion	Perspektiven
a	Zwischen den Persönlichkeiten
b	Allgemeine Wirkfaktoren - Handlungssequenz
c	Fachspezifische Wirkfaktoren - Fachspezifische Wirkungen

Die spezifisch menschliche Fähigkeit nicht nur mit Zeichen, sondern mit Symbolen umzugehen, ist eine wesentliche Voraussetzung vieler entwicklungstheoretisch begründeter Sprachentwicklungsmodelle. Der Umgang mit Symbolen wird als Grundlage menschlich-sprachlicher Kommunikation verstanden. Interaktion kann im Inneren einer einzelnen Person zum Beispiel durch Perspektivenübernahme eines gedachten Anderen ablaufen. Äußerlich ist Kommunikation augenfälligstes Mittel der Interaktion von Menschen im gemeinsamen Umgang. Hansen (2009) verweist auf den Umstand, dass Menschen in Situationen „aus interaktionistischer Sicht, mit ihrem Selbst, ihrem Geist, signifikanten und generalisierten Anderen, Referenzgruppen, ihren Erfahrungen, Interessen und Ziele“ (S. 23) einsteigen. Zu dieser Situation gehören für Hansen (2009): Herausfiltern relevanter Objekte (1), Selbstwahrnehmung und -reflexion (2), Perspektivenübernahme und Erwartungsabschätzung (3), Zugriff auf eigene Erfahrungen (4), Bezugnahme zu anderen Menschen (5) und eine motivationale und volitionale Phase (6) (vgl. Hansen, 2009, S. 16). Eine Verbindung zwischen den allgemeinen Wirkfaktoren nach Grawe (2004) und den Arbeitstypen nach Hansen (2009) wurde hergestellt:

Tabelle 10: Wirkfaktoren (Grawe, 2004) – Arbeitstypen (Hansen, 2009)

Wirkfaktor	Arbeitstypen
Therapeutische Beziehung	Kontaktarbeit
Ressourcenaktivierung	Kooperationsarbeit
Problemaktualisierung	Ausrichtungsarbeit
Problembewältigung	Veränderungsarbeit
Motivationale Klärung	Kontaktarbeit, Kooperationsarbeit

Eine detaillierte Darstellung möglicher Verbindungen ist innerhalb dieser Arbeit nicht möglich. Die Ergebnisse von Hansen (2009) bezüglich der „Arbeitstypen und Arbeitsmuster ambulanter logopädischer Therapieprozesse“ wurden in das Modell auf theoretischer Ebene (Interaktionsschicht) eingearbeitet.

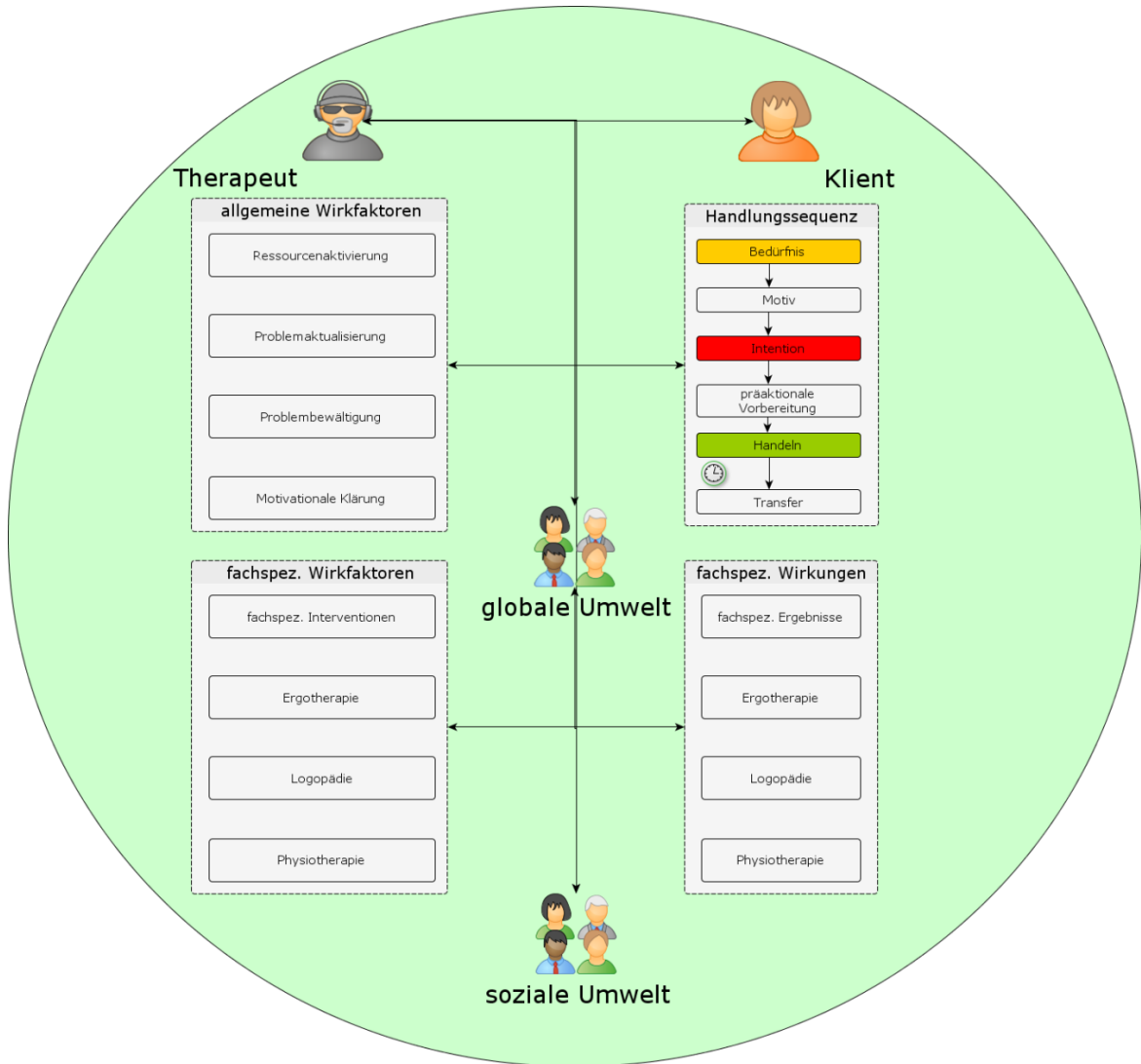


Abbildung 7: Interaktionsschicht

4.2 Fallbeispiel

Anhand eines (fiktiven) Fallbeispiels soll exemplarisch gezeigt werden, wie auf einer Schicht (der Interaktionsschicht) das Modell praktisch einsetzbar sein kann.

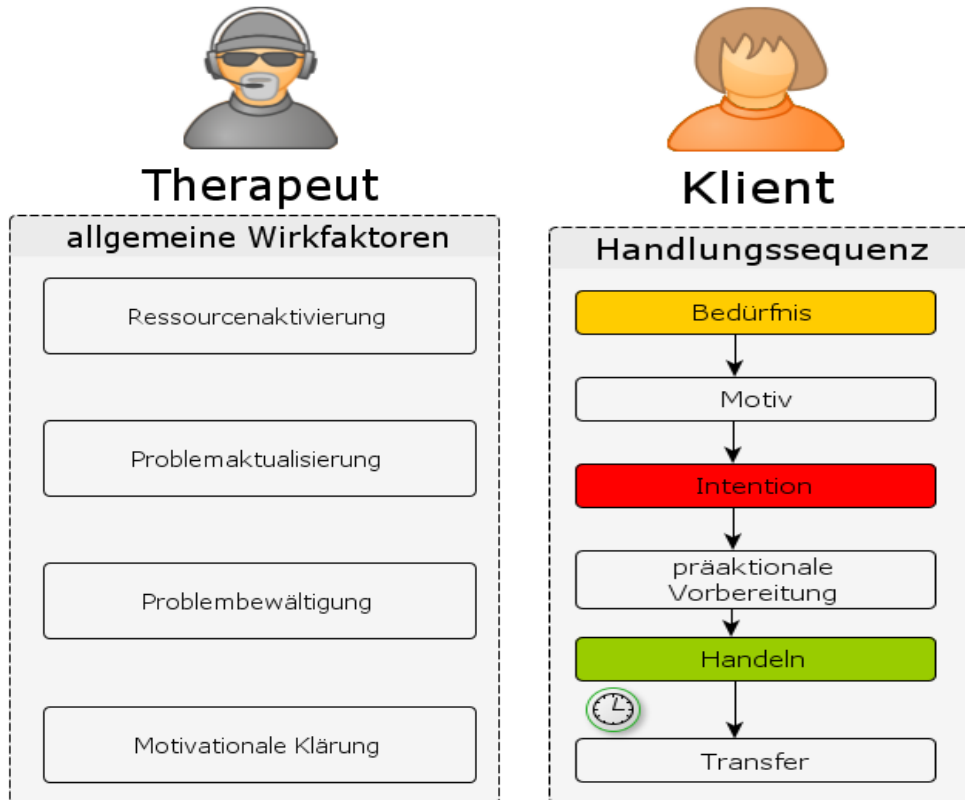


Abbildung 8: Interaktionsschicht (Allgemeine Wirkfaktoren – Handlungssequenz)

Dazu werden im Anhang F-J für fünf Phasen der Interaktionsschicht in der Perspektive b (Allgemeine Wirkfaktoren – Handlungssequenz) präzise Phasenpläne gegeben, auf die jeweils Bezug genommen wird. Phase 6 wurde nicht über einen Phasenplan visualisiert, da sehr unterschiedliche fachspezifische Faktoren in dieser Phase eine Rolle spielen. Damit soll die theorie- und modellgeleitete Umsetzbarkeit skizziert werden. Weitergehende praktische Implementierungsmöglichkeiten werden durch die Begrenzung des Umfangs dieser Arbeit nicht gegeben. Visuell werden die Phasen (aus Perspektive des Therapeuten und des Klienten) in der obenstehenden Abbildung 8 dargestellt.

Während der Therapeut also bestimmte allgemeine Wirkfaktoren berücksichtigt, wird aus Perspektive des Klienten eine bestimmte Handlungssequenz durchlaufen, die die Arbeitsrichtung der Interaktion beschreibt. Der Therapeut kontrolliert dabei professionell und kompetent den Prozess, während inhaltlich die Bedürfnisse und Ziele des Klienten den Verlauf bestimmen.

Phase 1 (S.56): Die 14-jährige Sophie kommt mit ihrer Mutter Martha zur ersten Stunde wegen einer Überweisung zur Myofunktionellen Therapie.

T.: „Hallo, schön, dass Sie beide es einrichten konnten, hierher zu kommen (MI-Empathie-Würdigung). Was führt Sie hierher (MI-Offene Frage)?“

M.: „Die Kieferorthopädin hat uns hierhergeschickt. Wir sollen das mit den Zähnen machen lassen. Gell, Sophie?“

S.: „Jaja, die Zähne (schaut auf ihr Handy). Weiß auch nicht, sieht doch alles normal aus.“ (ZRM-Training: S. äußert kein Veränderungsbedürfnis.)

T.: „Sie, Frau M. kommen wegen der Zähne und du S. findest deine Zähne „normal“. Was meinst du damit, Sophie?“ (MI-Aktives Zuhören-Diskrepanzen)

S.: „Alle anderen haben auch eine Spange und müssen nicht zur Logo!“

T.: „Prima, dass du trotzdem mitgekommen bist (MI-Würdigung). Meinst du, dass wir gar nichts tun sollten (MI-zugespitzte Zusammenfassung)?“

S.: „Nein, so hab ich das nicht gemeint. Wenn ich was machen muss, mache ich das!“ (ZRM-T: S. signalisiert Freiwilligkeit. Gefahr der Selbstinfiltration!)

T.: „Was meinst du: Wollen wir gemeinsam rausfinden, was du dir wünschst bei der Logo (MI-überleitende Zusammenfassung /Überleitung ZRM-Training) ?“

S.: „Ja, ok! Wie machen wird das?“

M.: „Brauchen Sie mich dabei? Sonst würde ich noch einkaufen gehen?!“

T.: „S. – auf diesem Tisch habe ich ganz viele Fotos hingelegt. Ich möchte gerne, dass du dir genau ein Foto aussuchst, bei dem du dich für die Logo am Wohlsten fühlst. Frau M. – ich möchte Sie gerne einladen, noch einen Moment mitzumachen, mich interessiert auch, welche Wünsche Sie an die Therapie haben, was halten Sie davon (MI-offene Fragen / ZRM-Training - Anleitung für Bilderwahl)?“

S.: „Oh super, da ist ja eine Sonnenblume (läuft zum Tisch).“

M.: „Ja klar, was soll ich jetzt machen?“

T.: „Vielleicht suchen Sie sich zu dem Thema Logopädische Therapie auch ein Foto, bei dem Sie ein gutes Gefühl haben (MI-Autonomie, ZRM-Training - Erklärung erwachsenentauglich).“

Ab diesem Moment befinden sich alle drei Persönlichkeiten im Bilderwahlprozess des ZRM-Training in Phase 1 (Anhang F). Die weiteren Phasen: Phase 2 (Anhang G), Phase 3 (Anhang H), Phase 4 (Anhang I) und Phase 5 (Anhang J) verlaufen nach dem

gleichen Schema. Sämtliche grünen „Wolken“ beziehen sich auf Interventionen nach MI (Miller & Rollnick, 2009a). Die übrigen Elemente der Pläne sind in unterschiedlichen Farben gestaltet und beziehen sich auf Interventionen des ZRM-Trainings nach Storch und Krause (2010). Die komplette Sequenz des ZRM-Trainings wird in Anhang L beschrieben. Für Phase 6 wurde kein Plan entwickelt, da hierbei vermehrt fachspezifische Aspekte zu berücksichtigen sind. Die Makroprozess-Struktur ist durch ZRM-Trainingsschritte modelliert, die Mikroebene durch MI-Interventionen und – Techniken.

5 Diskussion

Zum Grundverständnis des Modells gehört die Offenheit gegenüber neuen Forschungsergebnissen und für einen breit angelegten Diskurs darüber, was für die Menschen, die an Therapieprozessen beteiligt sind, persönlich wichtig ist. Insofern sind weitere oder andere Schichten und andere Perspektiven denkbar und im Sinne einer neuen (oder erweiterten) Version des Modells möglich.

5.1 Übertragbarkeit

Ob die Erkenntnisse aus der Psychotherapieforschung auf therapeutische Prozesse in der Logopädie anwendbar oder übertragbar sind, ist nicht unstrittig. In der Logopädie können andere spezifische Wirkmechanismen vermutet werden, als in der Psychotherapie. Dennoch zeigt die integrative Verwendung von Forschungsergebnissen aus Nachbardisziplinen (Medizin, Pädagogik, Psychologie, Soziologie) in der Logopädie eine lange Tradition (Macha-Krau, 2004a; 2004b; 2004c). Ein mehrschichtiger Mix aus qualitativer und quantitativer Forschung könnte den Grad der Übertragbarkeit zeigen.

5.2 Komplexität

Die Komplexität therapeutischer Prozesse birgt einerseits die Gefahr der allzu starken reduktionistischen Vereinfachung oder des zu genauen und den Überblick vermissen lassenden Fokus. Insofern ist eine Modellierung immer auch der Versuch, einen Mittelweg zwischen theoretischem Anspruch und praktischer Anwendbarkeit zu finden. Beispielsweise sind sechs Phasen in der Interaktionsschicht sehr kleinschrittig. Eine Reduktion auf eine motivationale und volitionale Prozessphase (Heckhausen & Gollwitzer, 1987) würde eine mögliche Vereinfachung mit sich bringen. Das Ziel dieser Arbeit war, ausgehend vom Setting in logopädischen Behandlungen, mögliche

Interventionsschritte praktisch handhabbar zu machen, die modell- und theoriegeleitet eingesetzt werden können. Subkognitive Aspekte wurden intensiv berücksichtigt. Dies wäre bei keinem anderen Modell möglich gewesen. Die Herauslösung einzelner Elemente aus dem zugrundeliegenden ZRM wie zum Beispiel die Berücksichtigung (Storch, 2004) von Zielhierarchien (Gollwitzer, 1995; Storch, 2009c) oder dem Embodiment (Price et al., 2012; Storch, 2004) ist möglich im Sinne maßgeschneiderter Interventionen. Die Erzeugung positiven Affekts vor fachspezifischer Intervention nach Grawe (2004), die neurobiologische Fundierung für Lernen und Gedächtnisbildung (Grawe, 2004), und die generelle Wirkung von Wenn-dann-Plänen (Gollwitzer, 1999; Milne, Orbell & Sheeran, 2002) sind Erkenntnisse, die übergreifend einsetzbar sind. Der Aufbau des Ressourcenpools des ZRM in der praktischen Umsetzung und damit die zentrale Wirkung der Ressourcenaktivierung stellt einen wesentlichen Kern in der Interaktionsschicht des Modells MOVER dar. Ohne Ressourcenaktivierung wird vermutlich nicht die umfassende Effizienzsteigerung des gesamten therapeutischen Prozesses erreicht.

5.3 Modelltheorie

Die Fokussierung auf dynamische Stadienmodelle birgt eine Unschärfe, die in der klaren Abgrenzung der distinkten (oder kontinuierlichen) Stadien liegt. Dies ist in der Eigenart von Stadien- oder Phasenmodellen begründet. Gerade bezüglich des TTM gibt es eine breite Diskussion darüber, wie welche Phasen voneinander abzugrenzen seien. Die Bedürfnisphase aus dem RP und der Transfer aus dem TTM wurden als eigene Phase konzipiert. Aber im Unterschied zu reinen Stadienmodellen dienen die hier verwendeten Phasen eher der Erklärung möglicher Interventionen als der Beschreibung von distinkten Stadien. Strukturmodelle haben den Vorteil, dass einzelne Einflussfaktoren besser operationalisierbar sein können. Diese Idee wurde bei der Konzeption der Wirkfaktoren in Anlehnung an Grawe (2004) berücksichtigt.

5.4 Intervention oder Perturbation?

Schiepek (2008) fordert eine Abkehr vom „Standardmodell“ hin zu einem „evidenzbasierten Prozessmanagement“ bei dem „Interventionswirkungen als Resonanzeffekte zwischen Systemzuständen des Patienten und Angeboten der Behandler zustande kommen“ (S. 1138). In der vorliegenden Arbeit wird der Interaktion zwischen den beteiligten Persönlichkeiten ausgehend von einem konstruktivistischen und phänomenologischen Standpunkt die zentrale Stellung zur Bewirkung von Veränderungen beim Klienten eingeräumt. Die deutliche

Ressourcenperspektive mit dem Fokus auf Selbstorganisations- und Selbstmanagement-Aspekte schließt eine eher kybernetisch verstandene Sicht wie von Schiepek (2008) nicht aus. Eine Reanalyse des Konstrukts „Intervention“ wäre eine mögliche Folge dieser Überlegung. So wäre eine Perturbation als wahrgenommene Störung ein Grund zur erneuten Selbstorganisation im Sinne von Maturana und Varela (1987). Die hierzu nötige Selbstreflexionstätigkeit wird im Modell allerdings hinreichend angeregt. Auch der Begriff der Wirkfaktoren erscheint so in einem anderen Licht. Denn diese wirken nach Schiepek (2008) „nicht aus sich selbst heraus, sondern entfalten sich [...] nur in ihrem Zusammenspiel, und das findet im Einzelfall statt“ (S. 1142). Solange diese aufgeworfenen Fragen einer Antwort harren, ist die Auswahl evidenzbasierter bewusster „Interventionen“ haltbar, auch wenn erst die Interaktion selbst wesentlichen Einfluss auf der Wirksamkeitsschicht haben könnte.

5.5 Ziele

Wenn in allen wesentlichen Empfehlungen zur Setzung von Zielen in Therapieprozessen immer wieder auf S.M.A.R.T.-Ziele in Anlehnung an die Zielsetzungstheorie von Locke und Latham (1990) Bezug genommen wird, erscheint die hier vorgeschlagene Verankerung von Bedürfnissen auf höchster Systemebene erfolgsversprechender. Im Übrigen sind die von Locke und Latham (1990) untersuchten Ziele wirksam für leistungsmotivierte nicht zu komplexe Handlungen. Weder sind alle Klienten leistungsmotiviert, noch sind die angestrebten Verhaltensweisen „nicht zu komplex“. Menschen nach einem Schlaganfall sind vermutlich eher an Selbstwerterhöhung und Bindung interessiert, als an sprachspezifischer hoher Leistung. Die Aufgaben, denen sie sich nach teilweise einschneidendem Verlust ihrer Sprachfähigkeit gegenüber stehen, sind alles andere als einfach.

6 Fazit und Ausblick

MOVER basiert auf der Würdigung individueller Selbstbestimmung und Autonomie der Klienten. Therapie wird als Dienst aus strikter Ressourcenperspektive des ZRM (Krause & Storch, 2010) auf konstruktivistischem und phänomenologischem Hintergrund betrachtet (Kapitel 2.1). Die Nutzung von MOVER kann die Gesamteffektivität therapeutischer Interventionen erhöhen durch die gemeinsame Verwendung von Allgemeinen und Fachspezifischen Wirkfaktoren, die für sich genommen effektivitätssteigernd sind (Kapitel 2.2). Es wird infolge der verwendeten Interventionsprogramme ZRM (Krause & Storch, 2010) und MI (Miller & Rollnick, 2009a) eine höhere Nachhaltigkeit mit Effizienzsteigerung erwartet (Kapitel 2.3).

Ausgehend von zieltheoretischen Hintergründen (Kapitel 3) integriert MOVER alle wesentlichen Strategien zur systematischen Förderung von Motivation und Volition des Klienten in der Handlungssequenz (Kapitel 2.4). Die Berücksichtigung der grundlegenden Bedeutung (unbewusster) Bedürfnisse, die Nutzung persönlich bedeutungsvoller Motive und Ziele, der Aufbau eines Ressourcenpools zur Bewältigung der Anforderungen in verschiedenen Situationen durch Wenn-Dann-Pläne erlauben maßgeschneiderte Interventionen auf Grundlage des ZRM (Krause & Storch, 2010) . Die Motiviertheit der Klienten wird systematisch genutzt und gefördert. MOVER ist theoriegeleitet und wissenschaftlich begründet (Kapitel 4). Dies gilt für die Schichten und Perspektiven des Modells ebenso wie für die eingepassten Interventionen in der Interaktionsschicht. Die Überprüfung der verwendeten Theorien und die Begründung der Interventionen werden ausdrücklich begrüßt. Im Anhang O finden sich die wesentlichen Argumente für MOVER grafisch dargestellt. Sämtliche Fragestellungen konnten beantwortet werden.

Gütekriterien für Theorien und Modelle

In Anlehnung an die Gütekriterien nach Dennis und Kintsch (2007) für Theorien und Modelle wird MOVER evaluiert. Die deskriptive Angemessenheit wird durch die Komplexität teilweise nicht erreicht. Präzision und Interpretierbarkeit ist durch umfangreiche Klärung der Begriffe, die Interpretierbarkeit ist in engen Grenzen gegeben. Kohärenz und Konsistenz wird durch klare Arbeitsrichtung der Prozesse und Einhaltung gleicher Begrifflichkeiten erfüllt. Vorhersage und Falsifizierbarkeit: Eine Prognose ist teilweise möglich, die Falsifizierbarkeit ist durch explizite Nennung der Prämissen und wissenschaftstheoretische Einordnung möglich. Das Modell ist offen für Modifikation. Der Erklärungswert für menschliches Änderungsverhalten ist hoch durch eine mögliche Verstehbarkeit inner- und intrapsychischer Prozesse. Der Zugang wird durch Farbkodierung, Phasenpläne (Anhang F-J) und räumliche Modellierung erleichtert. MOVER verfügt über eine mittlere Originalität, bestehende Theorien und Interventionsprogramme wurden synthetisiert. Der hohe integrative metatheoretische Anspruch trifft bisher kaum auf Veröffentlichungen aus den Therapiewissenschaften. MOVER erlaubt sehr breite Anwendbarkeit von Integration in Einzeltherapien oder Gruppensettings bis hin zu separaten therapiebegleitenden Programmen auch im Alltag. Die angewandte Relevanz und Nutzbarkeit wird durch ein Fallbeispiel und in hoch strukturierten Prozessbeschreibungen erleichtert. MOVER bietet den theoretischen Rahmen, um die praktische Anwendbarkeit bspw. durch Fortbildungen zu verbessern. Durch die wissenschaftliche Begründungen für alle Bereiche der Theorie- und Modellannahmen, ebenso für die Interventionen ist MOVER als rational nachvollziehbar einzustufen.

Addendum

In dieser Arbeit werden allgemeine und fachspezifische Wirkfaktoren postuliert in Bezug darauf, wer mit wem (Persönlichkeitsschicht), wie genau (Interaktionsschicht) welche Wirkungen erzielt (Wirksamkeitsschicht). Dies beschreibt die Hauptforschungsrichtung, die von Cholewa (2003) bereits angesprochen wird. Es wird darum gehen, sehr spezifische Aussagen über die Wirksamkeit (Effizienz) therapeutischer Interventionen machen zu können. Eine Möglichkeit hierzu wurde über die Modellentwicklung hinaus entwickelt. Im Anhang findet sich eine Skizze, wie aus qualitativer, subjektiver Sicht Effizienz in der Wirksamkeitsschicht (Anhang E) beurteilbar ist. Die Persönlichkeitsschicht wurde zusätzlich ausgearbeitet (Anhang D)

Interventionsforschung

Ohne Kenntnis der zugrundeliegenden Wirkfaktoren ist es zumindest schwer, eine konsistente kognitiv haltbare Idee davon zu haben, was bei wem wie wirkt und warum. Ist es ohne eine solche Idee möglich, „gute Therapien“ zu veranstalten? Was die dediziert ergotherapeutischen, logopädischen oder physiotherapeutischen Wirkfaktoren angeht, sind wir am Anfang einer spannenden Entdeckungsreise. Hier liegt ein großes Feld qualitativer Analyse therapeutischer Interventionsforschung. Die allgemeinen Wirkfaktoren sind ebenfalls relevant. Ohne sie werden Therapien vermutlich gar nicht erst „in Gang“ kommen oder keinen Spaß machen.

Arbeitstypen

Die Zuordnung der Arbeitstypen und –muster nach Hansen (2009) zu den allgemeinen aber auch den fachspezifischen Wirkfaktoren wäre ein lohnenswerte Unternehmung auch im Hinblick darauf, dass das gesamte Modell insgesamt empirisch überprüft werden sollte (sowohl qualitativ als auch quantitativ). Besonders der Zusammenhang zwischen allgemeinen und fachspezifischen Wirkfaktoren sollte genauer untersucht werden. Eine Anreicherung des Modells durch Einordnung bestehender praktischer Therapieansätze und –methoden ist wünschenswert.

Interaktoren?

Was wäre, wenn nicht die Interventionen (bspw. bestimmte myofunktionelle Übungen) als solche, die Wirkungen in Therapieprozessen entfalten, sondern „atomische“ Interaktoren eine insgesamt wirksame Intervention aus der Interaktion der beteiligten Persönlichkeiten bilden würden? Die Analyse dieser die Wirkung erzielenden Interaktoren (die noch nicht bekannt sein müssen!) würde unter anderem eine Neukombination aus diesen zu neuen Interventionen erlauben.

7 Literaturverzeichnis

- Achtziger, A. & Gollwitzer, P. M. (2010). Motivation und Volition im Handlungsverlauf. In J. Heckhausen & H. Heckhausen (Hrsg.), *Motivation und Handeln* (4. Aufl., S. 309–335). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Anderson, T. K. & Felsenfeld, S. (2003). A Thematic Analysis of Late Recovery From Stuttering. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 12, 243-253.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: Dgvt-Verl.
- Armitage, C. J. & Arden, M. A. (2002). Exploring discontinuity patterns in the transtheoretical model: An application of the theory of planned behaviour. *British Journal of Health Psychology*, 7, 89-103.
- Armitage, C. J. & Arden, M. A. (2008). How useful are the stages of change for targeting interventions? Randomized test of a brief intervention to reduce smoking. *Health Psychology*, 27 (6), 789-798.
- Ashton, M. (2005). Thematic Review year 2006 Motivational arm twisting: contradiction in terms? *Drug and Alcohol Findings*, 13, 4-19.
- Austin, J. T. & Vancouver, J. B. (1996). Goal Constructs in Psychology: Structure, Process, and Content. *Psychological Bulletin*, 120 (3), 338-375.
- Balconi, M., Falbo, L. & Conte, V. A. (2011). BIS and BAS correlates with psychophysiological and cortical response systems during aversive and appetitive emotional stimuli processing. *Motiv Emot*. Zugriff am 09.04.2011. Verfügbar unter <http://www.springerlink.com/content/141826343k12kr0n/fulltext.pdf>.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman.
- Bandura, A. & Locke, E. A. (2003). Negative self-efficacy and goal effects revisited. *Journal of Applied Psychology*, 88 (1), 87-99.
- Barthel, G. (2005). *Modellorientierte Sprachtherapie und Aachener Sprachanalyse: Evaluation bei Patienten mit chronischer Aphasie*. Dissertation, Universität Konstanz. Konstanz
- Baumann, N., Kaschel, R. & Kuhl, J. (2005). Striving for Unwanted Goals: Stress-Dependent Discrepancies Between Explicit and Implicit Achievement Motives Reduce Subjective Well-Being and Increase Psychosomatic Symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89 (5), 781-799.
- Beushausen, U. (2005). Evidenz-basierte Praxis in der Logopädie – Mythos und Realität. *Forum Logopädie*, 19 (2), 6-11.
- Beushausen, U. (2009). *Therapeutische Entscheidungsfindung in der Sprachtherapie: Grundlagen und 14 Fallbeispiele*. München: Elsevier, Urban & Fischer.
- Beushausen, U. & Walther, W. (2010). Clinical Reasoning in der Logopädie: Therapeutische Entscheidungen bewusst treffen und fundiert begründen. *Forum Logopädie*, 24 (4), 30-37.
- Bilda, K., Matzner, K., Jochims, H., Breitenstein, C., Bildat, L., Müller-Dohm et al. Videogestütztes Konversationstraining in der Aphasiotherapie – eine Therapiestudie.
- Boekaerts, M., Zeidner, M. & Pintrich, P. R. (Hrsg.). (2000). *Handbook of self-regulation* (2. Aufl.). San Diego, Calif.; London: Academic.

- Bothe, A. K. & Richardson, J. D. (2011). Statistical, Practical, Clinical, and Personal Significance: Definitions and Applications in Speech-Language Pathology. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 20 (3), 233-242.
- Bröckel, M. (2005). *Logopädie - durch Kommunikation zur Wissenschaft: Bewertende Analyse der Voraussetzungen für eine Akademisierung des Gesundheitsfachberufes "Logopäde/in" und Entwurf ihrer inhaltlichen Konzeption in einem dualen Bachelor-Studiengang für Rehabilitationsberufe* (1. Aufl.). Idstein: Schulz-Kirchner.
- Bröckel, M. & Hansen, H. (2011). Kompliziert oder komplex? Eine Analyse logopädischer Interventionsprozesse. *Forum Logopädie*, 25 (5), 14-19.
- Bruggmann, N. & Storch, M. (2011). Das Zürcher Ressourcen Modell ZRM® in der sozialen Praxis: Veränderungsprozesse lustvoll und wirksam gestalten. In *Soziale Praxis gestalten* (S. 87–103). Stuttgart: Kohlhammer.
- Bürki Garavald, M., Kempe Preti, S., Kohler, J. & Steiner, J. (2011). Logopädie und Wirksamkeit: Bestandsaufnahme und Perspektive – ein Diskussionsbeitrag. *Forum Logopädie*, 25 (2), 28-33.
- Camarata, S. & Yoder, P. (2002). Language transactions during development and intervention: theoretical implications for developmental neuroscience: NICHD Mental Retardation Research Centers. *International Journal of Developmental Neuroscience*, 20 (3–5), 459-465. Verfügbar unter <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0736574802000448>.
- Carver, C. S. & Scheier, M. (1998). *On the self-regulation of behavior*. Cambridge, UK ;, New York, NY, USA: Cambridge University Press.
- Carver, C. S. & Scheier, M. F. (1982). Control Theory: A Useful Conceptual Framework for Personality-Social, Clinical, and Health Psychology Control Theory: A Useful Conceptual Framework fo Personality-Social, Clinical, and Health Psychology. *Psychological Bulletin*, 92 (1), 111-135.
- Cholewa, J. (2003). Fragestellungen in der Sprachtherapie-Forschung. *Logos interdisziplinär*, 11 (2), 107. Verfügbar unter <http://www.zbmed.de/ccmedimages/2003/36790.pdf>.
- Claes, C. & Pirk, O. (2012). Field Research. In O. Schöffski & J.-M. Schulenburg (Hrsg.), *Gesundheitsökonomische Evaluationen* (4. Aufl., S. 57–78). Berlin: Springer.
- Clausen-Söhngen, M. & Kellner, M. (2009). Das Vertragskonzept der Transaktionsanalyse in der Gestaltung von logopädischer Ausbildungssupervision. *Forum Logopädie*, 23 (1), 34-39.
- Commer, A. (2009). Mehr Therapieerfolg durch Motivierende Gesprächsführung: Gelungene Kommunikation im logopädischen Kontext. *Forum Logopädie*, 23 (5), 18-21.
- Cross, S. E. & Madson, L. (1997). Models of the Self: Self-Construals and Gender. *Psychological Bulletin*, 122 (1), 5-37.
- Damasio, A. R. (2010). *Descartes' Irrtum: Fühlen, Denken und das menschliche Gehirn* (List-Taschenbuch, Bd. 60443, 6. Aufl.). München: List.
- Dargel, A. (2005). *Zielbindung und Zielplanung: Entwicklung und Überprüfung eines Interventionsprogramms zur Steigerung der Zieleffektivität*, Justus-Liebig-Universität. Otto-Behaghel-Str. 8, 35394 Gießen. Zugriff am 09.04.2012. Verfügbar unter <http://geb.uni-giessen.de/geb/volltexte/2006/2732/>.

- Darkow, R., Hußmann, K. & Huber, W. (2009). Supervidierte computergestützte Benenntherapie mit randomisierten Items: Zwei Einzelfallstudien bei Aphasie. *Sprache Stimme Gehör*, 33 (04), 172-178.
- dbl (dbl e.V., Hrsg.). (2010). *Berufsleitlinien in der Fassung des Beschlusses der Mitgliederversammlung vom 04.06.2010*. Zugriff am 18.04.2012. Verfügbar unter <http://www.dbl-ev.de/fileadmin/media/publikationen/Berufsleitlinien.pdf>.
- Deci, E. L., Koestner, R. & Ryan, R. M. (1999). A Meta-Analytic Review of Experiments Examining the Effects of Extrinsic Rewards on Intrinsic Motivation. *Psychological Bulletin*, 125 (6), 627-668.
- Dehn-Hindenberg, A. (2007). Patientenbedürfnisse in der Logopädie: Die Qualität der Kommunikation bestimmt die Therapiebewertung. *Forum Logopädie*, 21 (4), 26-33.
- Dehn-Hindenberg, A. (2008). Qualität aus Patientensicht: Kommunikation, Vertrauen und die Berücksichtigung der Patientenbedürfnisse sind der Schlüssel zum Therapieerfolg. *Gesundh ökon Qual manag*, 13 (05), 298-303.
- Dennis, S. & Kintsch, W. (2007). Evaluating Theories. In R. J. Sternberg, H. L. Roediger & D. F. Halpern (Hrsg.), *Critical thinking in psychology* (S. 143-159). Cambridge ; New York: Cambridge University Press.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. (2005). *ICF - Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit* (Unveränd. Nachdr.). Köln: DIMDI.
- Dorsch, F. (1987). *Dorsch psychologisches Wörterbuch* (H. Häcker, Hrsg., 11. Aufl.). Bern: Huber.
- Eicher, I. (2009). *Sprachtherapie planen, durchführen, evaluieren: Mit 6 Tabellen*. München; Basel: Reinhardt.
- Faris, A. S., Cavell, T. A., Fishburne, J. W. & Britton, P. C. (2009). Examining motivational interviewing from a client agency perspective. *J. Clin. Psychol*, 65 (9), 955-970.
- Flückiger, C. & Wüsten, G. (2008). *Ressourcenaktivierung: Ein Manual für die Praxis* (1. Aufl.). Bern: Huber.
- Forsberg, L., Berman, A. H., Källmén, H., Hermansson, U. & Helgason, A. R. (2008). A Test of the Validity of the Motivational Interviewing Treatment Integrity Code. *Cognitive Behaviour Therapy*, 37 (3), 183-191.
- Forsberg, L., Källmén, H., Hermansson, U., Berman, A. H. & Helgason, Á. R. (2007). Coding Counsellor Behaviour in Motivational Interviewing Sessions: Inter-Rater Reliability for the Swedish Motivational Interviewing Treatment Integrity Code (MITI). *Cognitive Behaviour Therapy*, 36 (3), 162-169.
- Fraas, M. R. & Calvert, M. (2009). The Use of Narratives to Identify Characteristics Leading to a Productive Life Following Acquired Brain Injury. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 18, 315-328.
- Frank, G. & Storch, M. (2011). *Die Mañana-Kompetenz: Auch Powermenschen brauchen Pause* (Ungekürzte Taschenbuchausg.). München, Zürich: Piper.
- Frank, J. D. & Frank, J. B. (1961). *Persuasion and Healing: Comparative Study of Psychotherapy* (1. Aufl.). Baltimore: Johns Hopkins U. P.
- Frank, R. (Hrsg.). (2011). *Therapieziel Wohlbefinden: Ressourcen aktivieren in der Psychotherapie; mit 18 Tabellen* (2. Aufl.). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Fröhlich, W. D. (1998). *Wörterbuch Psychologie* (22. Aufl.). München: Dt. Taschenbuch-Verl.

- Gallagher, A. L. & Chiat, S. (2009). Evaluation of speech and language therapy interventions for pre-school children with specific language impairment: a comparison of outcomes following specialist intensive, nursery-based and no intervention. *Int J Lang Commun Disord*, 44 (5), 616-638.
- Gollwitzer, P. M. (1995). Zielbegriffe und -theorien in der heutigen Psychologie. In K. Pawlik & H. Bock (Hrsg.), *Bericht über den 39. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Hamburg 1994. Schwerpunktthema Persönlichkeit und Verhalten* (S. 295–300). Göttingen: Hogrefe.
- Gollwitzer, P. M. (1999). Implementation Intentions: Strong Effects of Simple Plans. *American Psychologist*, 54 (7), 493-503. Zugriff am 01.04.2012. Verfügbar unter http://www.psych.nyu.edu/gollwitzer/99Goll_ImpInt.pdf.
- Gordon, D. (2005). *Therapeutische Metaphern: Über die veränderungsfördernde Wirkung von Metaphern* (6. Aufl.). Paderborn: Junfermann.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. & Grawe-Gerber, M. (1999). Ressourcenaktivierung. *Psychotherapeut*, 44 (2), 63-73.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession* (3. Aufl.). Göttingen ; Seattle: Hogrefe, Verlag für Psychologie.
- Gray, J. A. & McNaughton, N. (1996). The neuropsychology of anxiety: A reprise. In D. A. Hope (Hrsg.), *Perspectives on anxiety, panic and fear* (S. 61–134). Lincoln, Nebraska: University of Nebraska Press.
- Greener, J., Enderby, P. & Whurr, R. (1996). Speech and language therapy for aphasia following stroke. In *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Grötzbach, H. (2005). Evidenzbasierte Aphasietherapie. *Forum Logopädie*, 19 (4), 6-11.
- Grötzbach, H. (2006). *Evidenzbasierte Prinzipien der Aphasietherapie*.
- Grötzbach, H. (Hrsg.). (2009). *ICF in der Sprachtherapie: Umsetzung und Anwendung in der logopädischen Praxis* (1. Aufl.). Idstein: Schulz-Kirchner.
- Günther, T. & Hautvast, S. (2009). Ergänzung der klassischen Artikulationstherapie durch Kontingenzmanagement und Shared-Decision-Making: eine Therapieeffektstudie. *Sprache Stimme Gehör*, 33 (01), 9-15.
- Hanna, R., Fiedler, R. G., Dietrich, H., Greitemann, B. & Heuft, G. (2010). Zielanalyse und Zieloperationalisierung (ZAZO): Evaluation eines Gruppentrainings zur Förderung beruflicher Motivation. *Psychother Psych Med*, 60 (08), 316-325.
- Hansen, H. (2009). *Therapiearbeit: Eine qualitative Untersuchung der Arbeitstypen und Arbeitsmuster ambulanter logopädischer Therapieprozesse* (1. Aufl.). Idstein: Schulz-Kirchner.
- Hargens, J. (2006). Denn es könnte sein, was nicht sein dürfte ... - und was dann? *PiD - Psychotherapie im Dialog*, 7 (4), 446-447.
- Hasler, G., Klaghofer, R. & Buddeberg, C. (2003). Der Fragebogen zur Erfassung der Veränderungsbereitschaft (FEVER). *Psychother Psychosom Med Psychol*, 53 (9/10), 406-411.
- Hazlett, D. E., Duffy, O. M. & Moorhead, S. A. (2011). Review of the impact of voice training on the vocal quality of professional voice users: implications for vocal health and recommendations for further research. *J Voice*, 25 (2), 181-191.

- Heather, N. (2005). Motivational interviewing: Is it all our clients need?*. *Addict Res Theory, 13* (1), 1-18.
- Heckhausen, H. & Gollwitzer, P. M. (1987). Thought contents and cognitive functioning in motivational versus volitional states of mind. *Motiv Emot, 11* (2), 101-120.
- Heckhausen, J. & Heckhausen, H. (Hrsg.). (2010). *Motivation und Handeln* (4. Aufl.). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Heckhausen, J. (Hrsg.). (2000). *Motivational psychology of human development: Developing motivation and motivating development*. Amsterdam ; Oxford: Elsevier.
- Heinzelmann, B., Bilda, K. & Kittel, A. M. (2009). Myofunktionelle Therapie: Welche Faktoren wirken sich auf das Therapieergebnis aus – eine retrospektive Studie. *Forum Logopädie, 23* (6), 6-11.
- Hermann-Koller, B. (2008). *Der abwechslungsreiche Weg zwischen (Nicht-)Wissen und Handeln oder warum langersehnte Wünsche auf halbem Weg stecken bleiben: Rubikon-Modell und/oder Transtheoretisches Modell: Eine Vergleichsanalyse*. Literaturarbeit, Universität. Zürich. Zugriff am 02.04.2012.
- Hollenweger, J. (2011). *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen: ICF-CY*. Bern: Huber.
- Hubble, M., Duncan, B. & Miller, S. (Hrsg.). (2001). *So wirkt Psychotherapie: Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen*. Dortmund: Verl. Modernes Lernen.
- Jensen, C. D., Cushing, C. C., Aylward, B. S., Craig, J. T., Sorell, D. M. & Steele, R. G. (2011). Effectiveness of motivational interviewing interventions for adolescent substance use behavior change: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79* (4), 433-440.
- Kanfer, F. H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2011). *Selbstmanagement-Therapie: Ein Lehrbuch für die klinische Praxis* (5. Aufl.). Berlin: Springer.
- Karpinski, N., Lange, M., Petermann, F., Hessel, A., Lampe, P. & Best, M. (2009). Einstellung zur psychosomatischen Rehabilitation: Entwicklung eines Patienten-Fragebogens. *Rehabilitation, 48* (05), 263-269. Verfügbar unter <https://www.thieme-connect.de/ejournals/pdf/rehabilitation/doi/10.1055/s-0029-1239547.pdf>.
- Keller, S. (2004). Motivation zur Verhaltensänderung - Aktuelle deutschsprachige Forschung zum Transtheoretischen Modell. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 12* (2), 35-38.
- Kingston, M., Huber, A., Onslow, M., Jones, M. & Packman, A. (2003). Predicting treatment time with the Lidcombe Program: replication and meta-analysis. *Int J Lang Commun Disord, 38* (2), 165-177.
- Körkel, J. & Veltrup, C. (2003). Motivational Interviewing: Eine Übersicht. *Suchttherapie, 4* (3), 115-124.
- Koushik, S., Hewat, S., Shenker, R. C., Jones, M. & Onslow, M. (2011). North-American Lidcombe Program file audit: replication and meta-analysis. *Int J Speech Lang Pathol, 13* (4), 301-307.
- Kuhl, J. (2000a). A functional-design approach to motivation and volition: The dynamics of personality systems interactions. In M. Boekaerts, M. Zeidner & P. R. Pintrich (Hrsg.), *Handbook of self-regulation* (2. Aufl., S. 111-169). San Diego, Calif.; London: Academic
- Kuhl, J. (2000b). A theory of self-development: Affective fixation and the STAR Model of personality disorders and related styles. In J. Heckhausen (Hrsg.), *Motivational*

- psychology of human development. Developing motivation and motivating development* (S. 187–211). Amsterdam ; Oxford: Elsevier.
- Kuhl, J. (2001). *Motivation und Persönlichkeit: Interaktionen psychischer Systeme*. Göttingen: Hogrefe.
- Kuhl, J. (2010). *Lehrbuch der Persönlichkeitspsychologie: Motivation, Emotion und Selbststeuerung*. Göttingen ;, Bern, Wien, Paris, Oxford, Prag, Toronto, Cambridge, Mass, Amsterdam, Kopenhagen, Stockholm: Hogrefe.
- Lange, H. (2002). Das effektive Gespräch in der Logopädie. *Forum Logopädie*, 16 (5), 20-22.
- Liehr, P., Marcus, M. T., Carroll, D., Granmayeh, K. L., Cron, S. G. & Pennebaker, J. W. (2010). Linguistic Analysis to Assess the Effect of a Mindfulness Intervention on Self-Change for Adults in Substance Recovery. *Substance Abuse*, 31, 79-85.
- Lippke, S. & Renneberg, B. (2006). Theorien und Modelle des Gesundheitsverhaltens. In B. Renneberg & P. Hammelstein (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 35–60). Heidelberg: Springer.
- Locke, E. A. & Latham, G. P. (1990). *A theory of goal setting & task performance*. Englewood Cliffs, N.J: Prentice Hall.
- Locke, E. A. & Latham, G. P. (2002). Building a practically useful theory of goal setting and task motivation: A 35-year odyssey. *American Psychologist*, 57 (9), 705-717.
- Maag, R. (2007). *Die Umsetzung von Gesundheitszielen unter Berücksichtigung der hierarchischen Organisation von Zielen*. Seminararbeit, Universität. Zürich. Verfügbar unter http://zrm.ch/images/stories/download/pdf/wissenschaftl_arbeiten/seminararbeiten/seminararbeit_maag_20101016.pdf.
- Macha-Krau, H. (2004a). Die Institutionalisierung der Logopädie. *Forum Logopädie*, 18 (4), 26-30.
- Macha-Krau, H. (2004b). Die Professionalisierung der Logopädie. *Forum Logopädie*, 18 (5), 30-33.
- Macha-Krau, H. (2004c). Wissenschaftstheorie und Wissenschaftspraxis in der Logopädie. *Forum Logopädie*, 18 (6), 28-31.
- MacMillan, D. L. & Krege, W. (1975). *Verhaltensmodifikation: Eine Einführung für Lehrer und Erzieher*. München: Kösel.
- Manne, S. L., Winkel, G., Rubin, S., Edelson, M., Rosenblum, N., Bergman, C. et al. (2008). Mediators of a coping and communication-enhancing intervention and a supportive counseling intervention among women diagnosed with gynecological cancers. *J Consult Clin Psychol*, 76 (6), 1034-1045.
- Märki, A. (2004). *Entwicklung und Evaluation eines Beratungsinstrumentes zur Förderung der körperlichen Aktivität bei älteren Menschen unter Berücksichtigung des Transtheoretischen Modells der Verhaltensänderung*. Dissertation, Universität Basel. Basel
- Maturana, H. R. & Varela, F. J. (1987). *Der Baum der Erkenntnis: Die biologischen Wurzeln menschlichen Erkennens*. Bern: Goldmann.
- Merton, R. K. (1995). *Soziologische Theorie und soziale Struktur*. Berlin: de Gruyter.
- Messner, T. (2011). *Adhärenz in der Physiotherapie: Entwicklung und Evaluation einer Intervention zur Steigerung der Adhärenz in der ambulanten Physiotherapie*. Dissertation, Universität Konstanz. Konstanz

- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2009a). *Motivierende Gesprächsführung* (3. Aufl.). Freiburg, Br: Lambertus.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2009b). Ten things that motivational interviewing is not. *Behav Cogn Psychother*, 37 (2), 129-140.
- Milne, S., Orbell, S. & Sheeran, P. (2002). Combining motivational and volitional interventions to promote exercise participation: protection motivation theory and implementation intentions. *Br J Health Psychol*, 7, 163-184.
- Myers, D. G. (2008). *Psychologie* (Springer-Lehrbuch, 2. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Niegemann, H. M. (2004). *Kompendium E-Learning*. Berlin ; New York: Springer.
- Orehek, E., Bessarabova, E., Chen, X. & Kruglanski, A. W. (2011). *Positive affect as informational feedback in goal pursuit*. 1. Zugriff am 31.03.2012. Verfügbar unter <http://www.springerlink.com/content/6gtw57656051q119/fulltext.pdf>.
- Orlinsky, D. E. & Howard, K. I. (1987). A Generic Model of Psychotherapy. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, 6 (1), 6-27.
- Pahn, C. & Balogh, B. (2010). Gibt es ein spezifisches Persönlichkeitsprofil für Sprachtherapeuten? *Forum Logopädie*, 24 (1), 36-41.
- Pahn, C., Rausch, M. & Siegmüller, J. (2010). Vom Input zum Outcome. *Forum Logopädie*, 24 (5), 32-37.
- Patall, E. A., Cooper, H. & Robinson, J. C. (2008). The effects of choice on intrinsic motivation and related outcomes: A meta-analysis of research findings. *Psychological Bulletin*, 134 (2), 270-300.
- Penticuff, J. H. & Arheart, K. L. (2005). Effectiveness of an intervention to improve parent-professional collaboration in neonatal intensive care. *The Journal of perinatal & neonatal nursing*, 19 (2), 187-202.
- Peterander, F. (2008). Von der Qualitätsentwicklung zum evidenzbasierten Handeln der Frühförderung? *Frühförderung interdisziplinär*, 27 (3), 107-114.
- Poersch, M. & Schmitt, M. (2009). Das „Rubikon-Missverständnis“ – ein häufiges Motivationsproblem in der medizinischen Rehabilitation (psychisch) kranker Erwerbstätiger. *Rehabilitation*, 48 (02), 111-114.
- Pohontsch, N., Raspe, H., Welti, F. & Meyer, T. (2011). Die Bedeutung des Wunsch- und Wahlrechts des § 9 SGB IX für die medizinische Rehabilitation aus Sicht der Rehabilitanden. *Rehabilitation*, 50 (04), 244-250.
- Powers, W. T. (1973). *Behavior: the control of perception*. Chicago: Aldine Pub. Co.
- Price, T. F., Peterson, C. K. & Harmon-Jones, E. (2012). The emotive neuroscience of embodiment. *Motivation and Emotion*, 36 (1), 27-37.
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy*. Homewood, Ill: Dow Jones-Irwin.
- Prochaska, J. O., Norcross, J. C. & DiClemente, C. C. (1994). *Changing for good: The revolutionary program that explains the six stages of change and teaches you how to free yourself from bad habits* (1. Aufl.). New York, NY: Morrow.
- Reinecker, H. (2009). Therapieforchung. In J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen* (Bd. 1, 3. Aufl., Bd. 1, S. 84-99). Heidelberg: Springer Medizin.
- Renneberg, B. & Hammelstein, P. (Hrsg.). (2006). *Gesundheitspsychologie*. Heidelberg: Springer.

- Richter, M., Schmid-Ott, G., Leicht, R. & Muthny, F. A. (2011). Wahrgenommene Informationsvermittlung und Partizipation von Patienten in der kardiologischen Rehabilitation – Ausprägung und Zusammenhänge mit Reha-Outcome und Selbstwirksamkeit. *Phys Rehab Kur Med*, 21 (03), 126-130.
- Ritterfeld, U. (2005). Interventionsparadigmen bei Spracherwerbsstörungen: Therapeutische Dilemmata und deren Begründung, 4 (2), 4-26.
- Rogers, C. R. (1972). *Die nicht-direktive Beratung*. München: Kindler.
- Rogers, C. R. (1983). *Der neue Mensch* (2. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rotmann, A. (2001). In der myofunktionellen Therapie motiviert schneller zum Ziel. *Forum Logopädie*, 15 (2), 19-22.
- Rudolph, U. & Körner, A. (2009). *Motivationspsychologie kompakt* (2. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Schiepek, G. (2008). Psychotherapie als evidenzbasiertes Prozessmanagement.: Ein Beitrag zur Professionalisierung jenseits des Standardmodells:. *Nervenheilkunde*, 27 (12), 1138-1146.
- Schlag, B. (2004). *Lern- und Leistungsmotivation* (UTB, Bd. 1855, 2. Aufl.). Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss.
- Schmalt, H.-D. & Langens, T. A. (2009). *Motivation* (Kohlhammer Standards Psychologie, 4. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Schöffski, O. & Schulenburg, J.-M. (Hrsg.). (2012). *Gesundheitsökonomische Evaluationen* (4. Aufl.). Berlin: Springer.
- Schulz, K. (2011). *Ethik in der Sprachtherapie* (Das Gesundheitsforum, Bd. 1). Idstein: Schulz-Kirchner.
- Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: Theoretical approaches and a new model. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Self-efficacy. Thought control of action* (S. 217–243). Washington: Hemisphere Pub. Corp.
- Siebert, U., Mühlberger, N. & Schöffski, O. (2012). Desk Research. In O. Schöffski & J.-M. Schulenburg (Hrsg.), *Gesundheitsökonomische Evaluationen* (4. Aufl., S. 79–122). Berlin: Springer.
- Siegmüller, J. & Pahn, C. (2009). Akademisierung ist mehr als Lehre: Zur Entwicklung einer eigenen Wissenschaftstheorie und Forschungsidentität in der Logopädie. *Forum Logopädie*, 23 (2), 34-41.
- Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. New York: Macmillan.
- Starkweather, C. W. & Gottwald, S. R. (1990). The demands and capacities model II: Clinical applications. *Journal of Fluency Disorders*, 15 (3), 143-157.
- Storch, M. (2002). Die Bedeutung neurowissenschaftlicher Forschungsansätze für die psychotherapeutische Praxis. *Psychotherapie*, 7 (2), 281-294.
- Storch, M. (2003). Die Bedeutung neurowissenschaftlicher Forschung für die Psychotherapeutische Praxis. *Psychotherapie*, 8 (1), 11-29. Verfügbar unter http://zrm.ch/images/stories/download/pdf/publikationen/publikation_storch_2003_0102.pdf.
- Storch, M. (2004). Resource-activating Selfmanagement with the Zurich Resource Model (ZRM). *European Psychotherapy*, 5 (1), 27-64.
- Storch, M. (2008). *Rauchpause: Wie das Unbewusste dabei hilft, das Rauchen zu vergessen* (1. Aufl.). Bern: Huber.

- Storch, M. (2009a). *Machen Sie doch, was Sie wollen!: Wie ein Strudelwurm den Weg zu Zufriedenheit und Freiheit zeigt* (1. Aufl.). Bern: Huber.
- Storch, M. (2009b). *Mein Ich-Gewicht: Wie das Unbewusste hilft, das richtige Gewicht zu finden* (Vollst. Taschenbuchausg.). München: Goldmann.
- Storch, M. (2009c). Motto-Ziele, S.M.A.R.T.-Ziele und Motivation. In B. Birgmeier (Hrsg.), *Coachingwissen. Denn sie wissen nicht, was sie tun?* (1. Aufl., S. 183–205). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH.
- Storch, M. (2010a). *Die Sehnsucht der starken Frau nach dem starken Mann* (1. Aufl.). München: Goldmann.
- Storch, M. (2010b). *Embodiment: Die Wechselwirkung von Körper und Psyche verstehen und nutzen* (2. Aufl.). Bern: Huber.
- Storch, M. (2011). *Das Geheimnis kluger Entscheidungen: Von Bauchgefühl und Körpersignalen* (Überarb. und erw. Taschenbuchausg.). München [u.a.]: Piper.
- Storch, M. & Krause, F. (2010). *Selbstmanagement - ressourcenorientiert: Grundlagen und Trainingsmanual für die Arbeit mit dem Zürcher Ressourcen Modell, ZRM* (Psychologie Praxis, 4. Aufl.). Bern: Huber.
- Storch, M. & Riedener, A. (2011). *Ich pack's! - Selbstmanagement für Jugendliche: Ein Trainingsmanual für die Arbeit mit dem Zürcher Ressourcen Modell ZRM* (Nachdruck der 2. überarb. Aufl. 2006.). Bern: Huber.
- Storch, M. G. J. K. Y. S. A.-C. F. H. (2007). Psychoneuroendocrine Effects of Resource-Activating Stress Management Training. *Health Psychology, 26* (4), 456-463. Verfügbar unter http://zrm.ch/images/stories/download/pdf/publikationen/publikation_storch_2007_0725.pdf.
- Strong, S. R. (1970). Causal Attribution in Counseling and Psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology, 17* (5), 388-399.
- Stucki, C. & Grawe, K. (2007). Bedürfnis- und Motivorientierte Beziehungsgestaltung. *Psychotherapeut, 52* (1), 16-23.
- Sumsion, T., Dehnhardt, B. & Dehnhardt, J. (2002). *Klientenzentrierte Ergotherapie: Umsetzung in die Praxis*. Stuttgart: Thieme.
- Tesak, J. (Hrsg.). (2007). *An den Grenzen der Logopädie* (1. 1. Aufl.). [Idstein]: Schulz-Kirchner.
- Thieme, H., Kraus, M. & McLaughlan, K. (2005). Erste Schritte hin zu einer Evidenzbasierten Praxis (EBP). *Forum Logopädie, 19* (2), 12-16.
- van Leer, E., Hapner, E. R. & Connor, N. P. (2008). Transtheoretical Model of Health Behavior Change Applied to Voice Therapy. *Journal of Voice, 22* (6), 688-698.
- Vollmeyer, R. (2005). *Motivationspsychologie und ihre Anwendung* (1. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Weber, J. (in Vorb.). *Turning Duty into Joy! Optimierung der Selbstregulation durch Motto-Ziele*. Dissertation, Universität. Osnabrück
- Williams, G. G., Gagné, M., Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2002). Facilitating autonomous motivation for smoking cessation. *Health Psychology, 21* (1), 40-50.
- Wolfart, M. (2001). Was verbindet, was trennt Logopädie und Psychotherapie? *Forum Logopädie, 15* (3), 7-14.

Wolter, J. A., Dilollo, A. & Apel, K. (2006). A narrative therapy approach to counseling: a model for working with adolescents and adults with language-literacy deficits. *Lang Speech Hear Serv Sch*, 37 (3), 168-177.

8 Anhang

Anhang A: Annäherungs- und Vermeidungsziele

Motivationale Schemata

Ausgehend von dem Konstrukt „motivationaler Schemata“ (Grawe, 2004) im Zusammenhang mit der Befriedigung von Grundbedürfnissen (Orientierung / Kontrolle, Lustgewinn / Unlustvermeidung, Bindung, Selbstwerterhöhung) lassen sich Annäherungs- und Vermeidungsschemata grundlegend unterscheiden. Diese verfolgen in komplett unterschiedlichen Modi (Regulation und Kontrolle) ihre jeweiligen Ziele. Neurobiologisch werden linkshemisphärisch Annäherungsziele und rechtshemisphärisch Vermeidungsziele jeweils im dorsolateralen präfrontalen Cortex (PFC), die auftretenden positiven / negativen Affekte im ventromedialen PFC repräsentiert (Grawe, 2004, S. 269). „Diese Hirnregionen sind wichtige Teile dessen, was Gray und McNaughton (1996) als BAS und BIS bezeichnen“ (Grawe, 2004, S. 269). BAS steht hierbei für „behavioral approach system“ und BIS für „behavioral inhibition system“. Grawe (2004) führt weiter aus, dass „Amygdala, der Circularcortex, der Hypothalamus und das sympathische Nervensystem“ (S. 269) weitere Teile der Systeme sind, an denen auch „posteriore Hirnregionen“ beteiligt seien. Es besteht somit ein Zusammenhang zwischen den motivationalen Schemata und auftretenden Emotionen bzw. Affekten (vgl. auch aktuell Balconi et al., 2011). Ob dieser Zusammenhang im Sinne von Trait - State Ansätzen der Persönlichkeitspsychologie eher den traits (überdauernden Dispositionen) oder states (situationsabhängig) zuzuordnen sind, wird in dieser Arbeit nicht weiter verfolgt.

Annäherung und Vermeidung

Ein Annäherungsziel benötigt fokussierte Aufmerksamkeit, ist in Teilziele aufteilbar, kann mit intrinsischer Motivation verfolgt werden, die Wirksamkeit ist feststellbar und verläuft im Modus der Regulation (Grawe, 2004, S. 278).

Ein Vermeidungsziel benötigt braucht verteilte Aufmerksamkeit, kann prinzipiell nie ganz erreicht werden und verstärkt negative Emotionen im Modus der Kontrolle (Grawe, 2004, S. 278). Der neurobiologische Ablauf bei Annäherungszielen verläuft grob gefasst folgendermaßen:

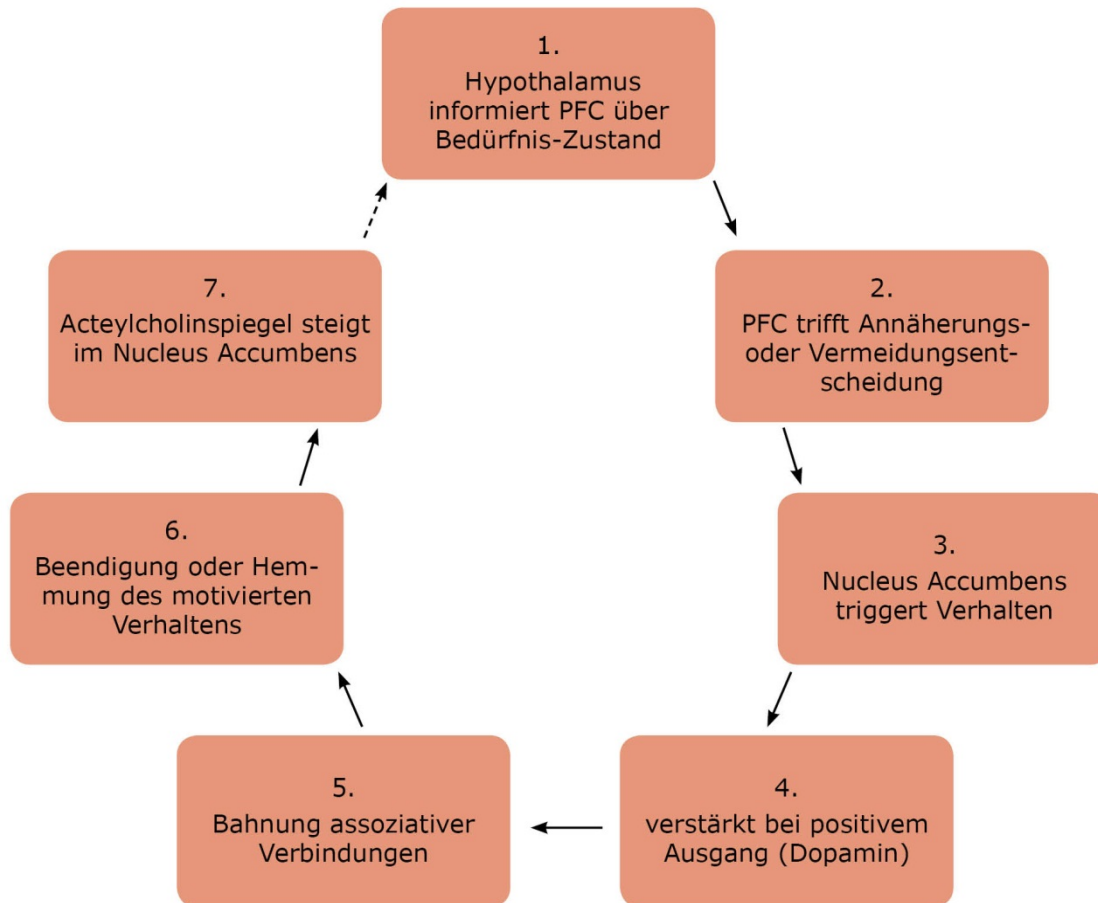


Abbildung 9: Annäherungsziele neurobiologisch nach Grawe (2004)

Annäherung und Vermeidung sind sich gegenseitig tendenziell hemmende Systeme, werden aber „als zwei getrennte Motivationssysteme konzipiert“ (Grawe, 2004, S. 268; Gray & McNaughton, 1996).

Daraus ergibt sich, dass die Aktivierung von Annäherungsschemata durch den Therapeuten positiv zu bewerten ist, wenn Verhalten aufgebaut werden soll. Die Aktivierung von Vermeidungsschemata erzeugt nicht nur negativen Affekt, sondern verhindert zudem den Fokus auf Annäherungsschemata (Grawe, 2004).

Eine präzise Kenntnis der Beschränkungen und des Einsatzgebietes der jeweiligen Zielebene ist für Diagnostik und Therapie unbedingt erforderlich, um effizient zu handeln. Eine Erfahrung im Gespräch mit Kollegen ergibt, dass in Therapien auf der Zielebene Ergebnis eingestiegen wird, um dann Teilziele auf Verhaltensebene zu formulieren. Wenn das Ergebnisziel auf Haltungsebene nicht erwünscht ist, wird das erforderliche Verhalten erwartungsgemäß nicht oder nicht häufig genug gezeigt werden. Das 14-jährige Mädchen, das wegen einer myofunktionellen Therapie jeden Dienstag seinen Breakdance-Kurs ausfallen lassen soll, steht genau vor diesem

Dilemma, wenn Sie auf Haltungsebene eine sehr gute Breakdancerin werden will und gerade Zähne als Ergebnisziel angibt. Daher ist eine Klärung auf Haltungsebene nötig, um selbstkongruente Ergebnisziele bilden zu können und Motivkonflikte zu verhindern: „Motive incongruence is conceived of as an imbalance between two cognitive systems representing implicit and explicit motives“ (Baumann, Kaschel & Kuhl, 2005, S. 797).

Anhang B: Erweiterte Klassifikation von Zieltheorien (Dargel, 2005, S. 5)

Tabelle 1: Erweiterte Klassifikation von Zieltheorien in Anlehnung an Gollwitzer (1995).

Zieltheorien	Vertreter
Inhaltstheorien	
Zielsetzungstheorie	Locke & Latham (1990, 2002)
Selbstdeterminationstheorie	Deci & Ryan (1985, 1991, 2000)
Theorie zu Lern- und Leistungszielen	Dweck (1991, 1996)
Theorie zu Annährungs- und Vermeidungszielen	Elliot & Church (1997)
2 × 2 -Leistungszielmodell	Elliot (1999); Elliot & McGregor (2001)
Motivationale / volitionale Zieltheorien	
Rubikonmodell	Heckhausen (1989); Gollwitzer (1991)
Handlungskontrolltheorie	Kuhl (1984, 1992, 2001)
Selbstergänzungstheorie	Wicklund & Gollwitzer (1982)
Theorie der Phantasieerfüllung	Oettingen (1996, 1999)
Kognitive Zieltheorien	
Selbstregulationstheorie	Bandura (1989)
Kontrolltheorie	Carver & Scheier (1981, 1998)
Auto-Motiv-Theorie	Bargh (1990)
Zwei-Prozess-Modell	Bak & Brandtstädter (1998); Brandtstädter & Renner (1990); Brandtstädter & Rothermund (2002)
Persönlichkeitspsychologische Zieltheorien	
<i>current concerns</i>	Klinger (1977, 1987)
<i>personal projects</i>	Little (1983, 1989)
<i>personal strivings</i>	Emmons (1986, 1989, 1999)
<i>life tasks</i>	Cantor & Kihlstrom (1987); Cantor & Langston (1989)
<i>developmental goals</i>	Heckhausen (1999)
<i>possible selves</i>	Markus & Nurius (1986)

Anhang C: S.M.A.R.T. Ziel und Mottoziel nach Weber (in Vorb.)

„TURNING DUTY INTO JOY!“

OPTIMIERUNG DER SELBSTREGULATION DURCH MOTTOZIELE

Dissertationsstudie von lic. phil. Julia Weber, Universität Osnabrück, julia.weber@ismz.ch

Die Studie untersucht die Wirksamkeit eines neuen Zieltypen (Mottoziel), welcher im Rahmen der theoretischen Überlegungen und praktischen Erfahrungen mit dem Selbstmanagement-Training nach dem Zürcher Ressourcen Modell ZRM (Storch & Krause, 2007) entwickelt wurde. In der Studie werden die Mottoziele mit den hohen spezifischen Zielen nach Locke & Latham (1990, 2007), welche unter dem Akronym „S.M.A.R.T.“-Ziele bekannt sind, verglichen.

Vergleich von zwei Zieltypen zu unangenehmen Pflichten

S.M.A.R.T.-Ziel
Locke & Latham

Mottoziel
Storch & Krause

Methode: Mit der Anmeldung zur Studie wurden die Probanden zu den verschiedenen Trainingsbedingungen randomisiert (Mottoziel, S.M.A.R.T.-Ziel) und füllten einen und zwei Monate vor dem Training eine Fragebogenbatterie aus. Eine Woche vor den Trainings schickten die Probanden ihre gewählte unangenehme Pflicht (z.B. Kritikgespräch mit Mitarbeitern, früh aufstehen, Akten sortieren und ablegen) an die Versuchsleiterin. Die Trainings dauerten jeweils vier Stunden und wurden von zwei Trainern durchgeführt. Nach den Trainings erhielten die Probanden einen Fragebogen zur Affektlage, Zielbindung und Realisierbarkeit. Zwei Tage später fand die Versuchsdurchführung (Reaktionszeitmessung mittels EMOSCAN) statt. Eine Woche nach der Versuchsdurchführung füllten die Probanden ein drittes Mal die Fragebogenbatterie und den Veränderungsfragebogen der Erlebens und Verhaltens (VEV) aus.

Stichprobenbeschreibung: N= 47 (w=35; m=12; Alter =19-67; 30 Studenten/17 andere); Trainingsgruppen: Motto=24; Spezifisch=23

Mottoziele erzeugen Zielbindung	Mottoziele verbessern die Affektregulation nach Misserfolg	Mottoziele erhöhen das Veränderungserleben
<p style="font-size: small;">Mittelwert Zielbindung nach Training</p> <p style="font-size: x-small;">Motto Smart</p> <p style="font-size: x-small;">Die Mottoziele erzeugen eine signifikant stärkere Zielbindung ($p=.009$) als die S.M.A.R.T.-Ziele.</p>	<p style="font-size: small;">Mittelwert Affektregulation Δ</p> <p style="font-size: x-small;">$\Delta = \text{Affektregulation nach Training} - \text{Affektregulation vor Training}$</p> <p style="font-size: x-small;">Motto Smart</p> <p style="font-size: x-small;">Mottoziele verbessern die Affektregulationskompetenz nach Misserfolg ($p=.041$) und verbessern daher den Umgang mit negativen Gefühlen.</p>	<p style="font-size: small;">Mittelwert Veränderungserleben</p> <p style="font-size: x-small;">Motto Smart</p> <p style="font-size: x-small;">Die Mottoziele erzeugen eine signifikant stärkere Veränderung des Erlebens und Verhaltens ($p=.016$) als die S.M.A.R.T.-Ziele.</p>
Mottoziele erzeugen positiven Affekt	Mottoziele erhöhen das Gefühl der Realisierbarkeit des Ziels	Mottoziele werden intuitiv umgesetzt
<p style="font-size: small;">Mittelwert positiver Affekt</p> <p style="font-size: x-small;">Motto Smart</p> <p style="font-size: x-small;">Die Mottoziele erzeugen signifikant stärkeren positiven Affekt ($p=.007$) als die S.M.A.R.T.-Ziele.</p>	<p style="font-size: small;">Mittelwert Realisierbarkeit Ziel</p> <p style="font-size: x-small;">Motto Smart</p> <p style="font-size: x-small;">Die Mottoziele erzeugen eine signifikant stärkere Realisierbarkeit ($p=.043$) als die S.M.A.R.T.-Ziele.</p>	<p style="font-size: small;">Mittelwert Reaktionszeit Stroop-Interferenz</p> <p style="font-size: x-small;">positives Primat: Motto vs. Spezifisch ($p=.04$) Vorsatz-Primat: Motto vs. Spezifisch ($p=.044$)</p> <p style="font-size: x-small;">positives Vorsatz- neutralis</p> <p style="font-size: x-small;">Smart Motto</p> <p style="font-size: x-small;">Die Reaktionszeitmessung zeigt auf, dass Mottoziele im Unbewussten und S.M.A.R.T.-Ziele „nur“ im Bewussten verankert sind.</p>

Ausblick:

Bei den vorliegenden Ergebnissen handelt es sich um die ersten statistischen Analysen der Daten, welche im April 2011 erhoben wurden. Diese ersten Ergebnisse deuten darauf hin, dass Mottoziele nach Storch & Krause eine stärkere Wirksamkeit auf verschiedene Bereiche der menschlichen Psyche haben als hohe spezifische Ziele nach Locke & Latham. Eine besondere Bedeutung erhalten die Mottoziele durch die Verankerung im Unbewussten (Intuitive Verhaltenssteuerung) und der damit einhergehenden Verbesserung der Affektregulationskompetenz.

Anhang D: Persönlichkeitsschicht

In dieser Schicht (vgl. Abbildung 10) entwickeln die Persönlichkeiten selbstreferentiell (die Pfeile, die auf die vier Figuren selbst verweisen) und in Referenz zu den anderen beteiligten Persönlichkeiten ihre jeweiligen Sichten auf die Realität. Diese Perspektiven sind zu berücksichtigen:

Tabelle 11: Perspektiven Persönlichkeitsschicht (zu Abbildung 10)

Persönlichkeit	Perspektiven
a	Therapeut
b	Klient
c	Soziale Umwelt
d	Globale Umwelt

Persönlichkeit zu definieren als "das für ein Individuum charakteristische Muster des Denkens, Fühlens und Handelns" (Myers, 2008, S. 587) kann als Ausgangspunkt für viele verschiedene Ansätze (psychoanalytisch, humanistisch, sozial-kognitiv, Trait-Ansatz, PSI) zur Persönlichkeitstheorie verstanden werden. Für unser Thema relevant sind alle drei Aspekte.

Interaktionen

Die PSI (Kuhl, 2010) zeichnet sich durch die Berücksichtigung von Interaktionen zwischen vier Makrosystemen innerhalb der Persönlichkeit eines Menschen aus. Dies eröffnet die Beschreibung von Persönlichkeitsakzentuierung bis hin zur Störung als aktuelles Ergebnis interaktioneller Prozesse unter Berücksichtigung der (einseitigen) Bevorzugung einzelner (oder mehrerer) Systeme zum Beispiel im STAR-Modell (Kuhl, 2000b, 2010). Erstreaktionen sind in der PSI die Verhaltensweisen, die unmittelbar und schnell auf erlebte Situations-Reiz-Konstellationen erfolgen (Kuhl, 2000a). Zweitreaktionen sind veränderbar und lernbar und ermöglichen eine „Überformung“ der weitgehend überdauernden stabilen Erstreaktionen (Kuhl, 2000a). Die Faktoren Selbstwirksamkeitserwartung und die Bildung selbstkongruenter Ziele werden innerhalb der PSI thematisiert. Die sich aus der PSI ergebenden klassifikatorischen Begriffe Handlungs- und Lageorientierung eröffnen ein Verständnis dafür, warum Menschen manchmal wie gelähmt unfähig sind, zu handeln (Lageorientierung) oder vor lauter Tun nicht so genau ihren langfristigen Absichten folgen (Handlungsorientierung).

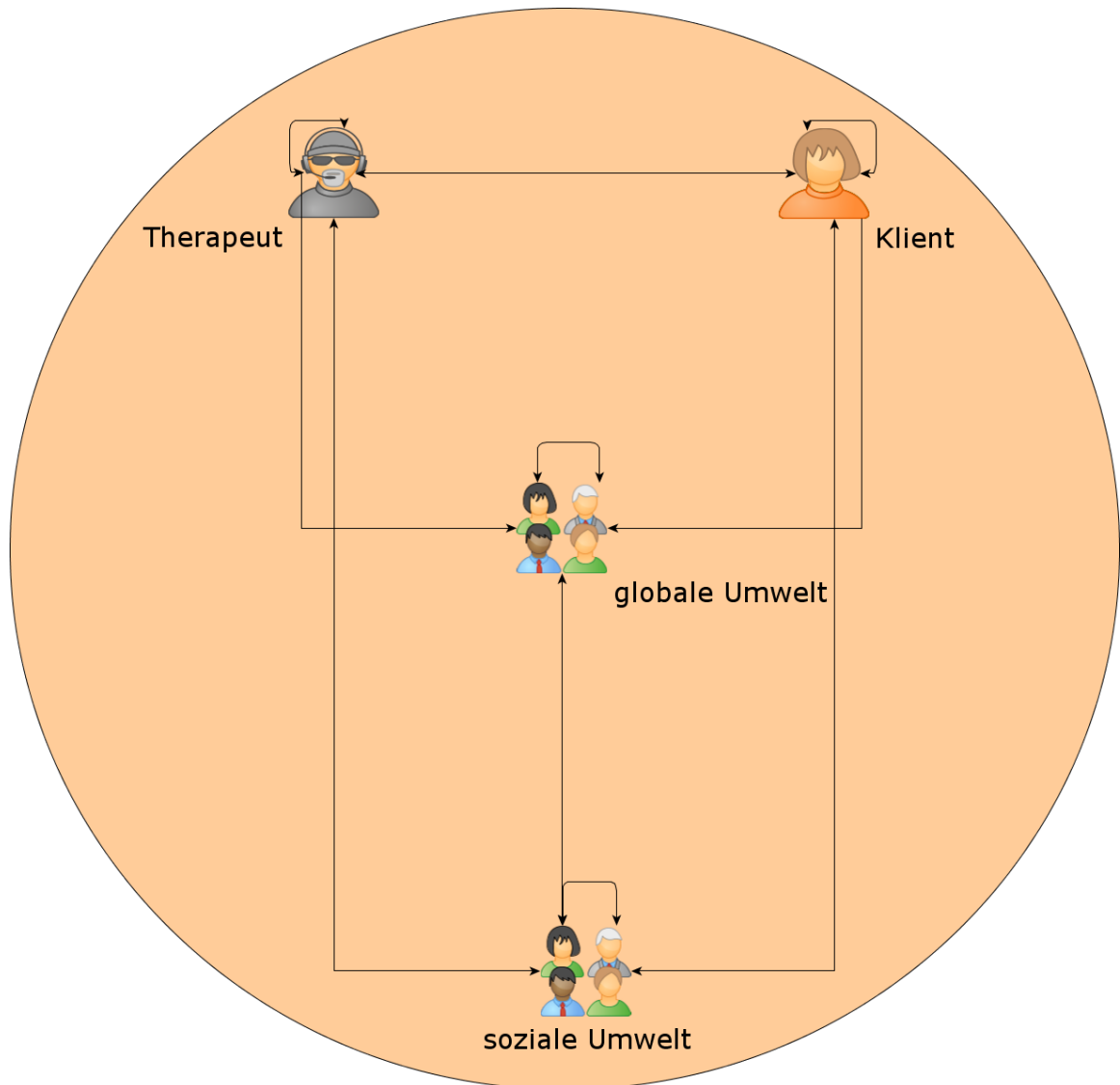


Abbildung 10: Persönlichkeitsschicht

Vier Makrosysteme

Da im weiteren Verlauf die PSI wesentlich für die Persönlichkeitsschicht und die Farbwahl von Elementen des Modells ist, soll hier eine Skizze der Makrosysteme samt der ersten beiden Modulationsannahmen gegeben werden.

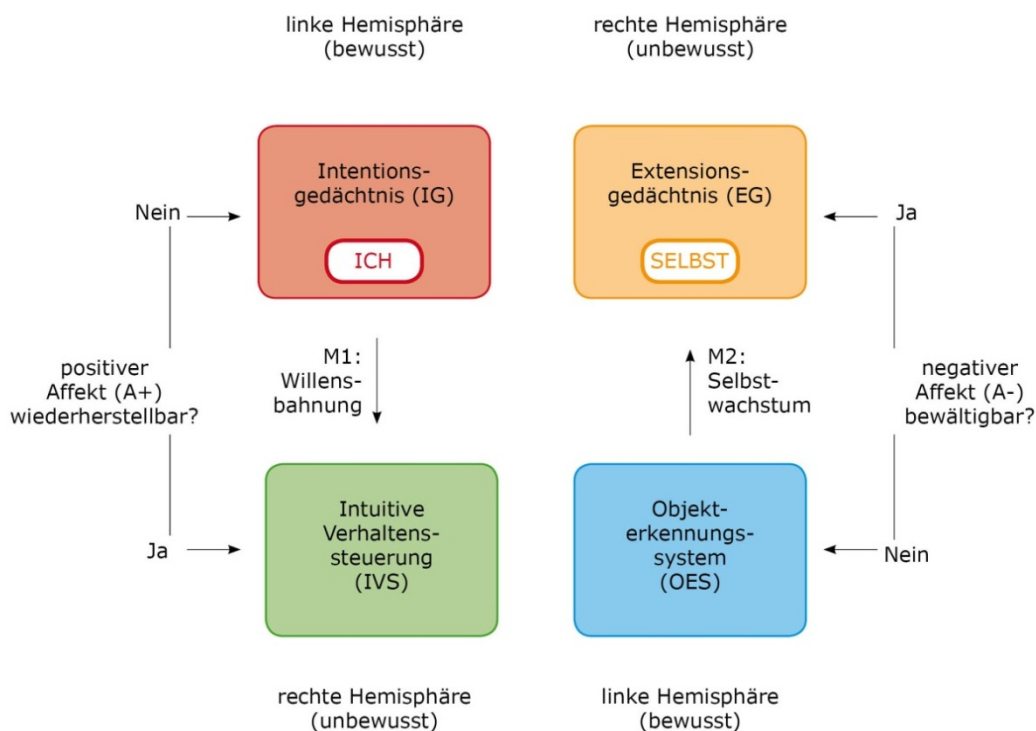


Abbildung 11: Makrosysteme PSI nach Kuhl (2010)

Modulationsannahmen

Die folgenden Ausführungen zu den Modulationsannahmen beziehen sich auf (Kuhl, 2010) und fassen diese zusammen. Die erste Modulationsannahme (M1: Willensbahnung) assoziiert die selbstregulatorische Kraft, positiven Affekt (wieder)herzustellen mit der Umsetzung zielrealisierenden Verhaltens. Dies ist wesentlich für die konkrete therapeutische Intervention. Nicht nur konkretes zielrealisierendes Handeln löst positiven Affekt aus, sondern positiver Affekt wirkt günstig auf die Umsetzung von Handlungen aus dem IG in die IVS. Die Forderung nach Aufbau positiven Affekts zur neurobiologischen Vorbahnung (Grawe, 2004) verweist auf den gleichen Umstand des dopaminergen Systems.

Die zweite Modulationsannahme (M2: Selbstwachstum) besagt, dass durch die Herabregulierung negativen Affekts (A-) eine Integration der gemachten Erfahrungen im Sinne von Speicherung im Extensionsgedächtnis (und auf die eigene Person bezogen: ins Selbst) erfolgt. Dies ist für die „Krankheitsverarbeitung“ zum Beispiel

nach einem Schlaganfall wesentlich. Ein zu langes Verweilen im Erkennen von Unzulänglichkeiten und Fehlern (OES) ermöglicht keine Herabregulierung des damit verbundenen negativen Affekts und behindert damit Zuversicht und Selbstwirksamkeitserwartung des Klienten.

Relevanz

Die Relevanz der PSI für den persönlichen Umgang mit Klienten erschließt sich aus einem systematischen Verstehen des Denkens (IG), Intuierens bzw. Handelns (IVS), Fühlen (EG) und Empfinden (OES) des Klienten (Heckhausen & Heckhausen, 2010, S. 458). Damit werden die oben genannten wesentlichen Aspekte einer Persönlichkeit hinreichend theoretisch abgedeckt. Das OES als Möglichkeit, Inkongruenzen zu erkennen, ermöglicht innerhalb eines Soll-Ist-Wert-Vergleichs das Erkennen eines Mangels. Und diese Feststellung eines Mangels ist grundlegend für Bedürfnisse. Im Objekterkennungssystem können wir eine Handlungsalternative bearbeiten, im Intentionssgedächtnis maximal zwei, alles was über drei Items geht, braucht unbewusste Bearbeitung des ausgedehnten Extensionsgedächtnisses und des Selbst. Komplizierte Fragestellungen können schnell durch unsere unbewusste parallele Verarbeitung (EG) beantwortet werden (Kuhl, 2010). Wenn diese mit unseren bewussten Absichten (IG) abgeglichen werden (Kuhl, 2010), können wir durch eigene Erzeugung positiven Affekts (oder Ermutigung anderer) ins Handeln (IVS) kommen (Kuhl, 2010, S. 83–92). Und diese einzelne Handlung setzt den Punkt, aus dem eine erneute bewusste absichtliche Bewertung (OES) erfolgen kann (Kuhl, 2010, S. 93–101). Die PSI ermöglicht dem Therapeuten eine Deutung und ein Verständnis der inneren Prozesse des Klienten.

Die theoretischen Annahmen und Postulate der PSI wurden im vorliegenden Modell auf der Persönlichkeitsschicht eingearbeitet.

Anhang E: Wirksamkeitsschicht

Die dritte Schicht erlaubt die Einnahme verschiedener Perspektiven bezüglich der Wirksamkeit der Therapie:

Tabelle 12: Perspektiven Wirksamkeitsschicht (zu Abbildung 12)

Wirksamkeit	Perspektiven
a-c	Bewertung Interaktion a-c
d	Bewertung der allgemeinen Wirksamkeit
e	Bewertung der fachspezifischen Wirksamkeit

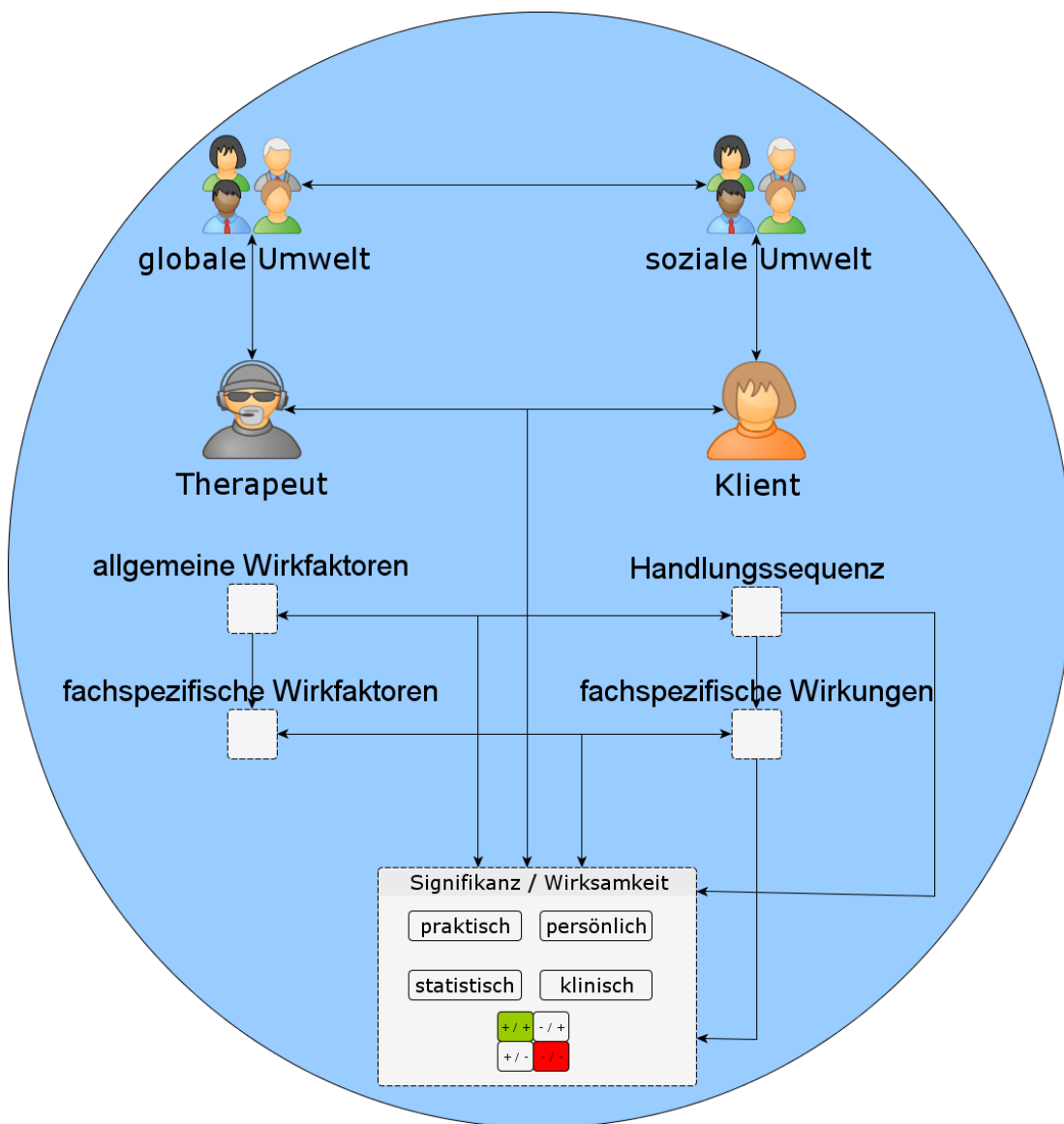


Abbildung 12: Wirksamkeitsschicht

Die Messung von Wirksamkeit



Die kleine Grafik zeigt eine Vierfelder-Matrix zur Einschätzung der Wirksamkeit einer Therapie durch Therapeut und Klient in Bezug auf die spezifischen Wirkfaktoren. Der grüne Bereich der Grafik (+/+) weist auf folgenden Sachverhalt hin: Auf der Schicht 1

Abbildung 13: (Persönlichkeitsschicht) in den Perspektiven a und b verbunden mit **Einschätzung der** der Schicht 2 (Interaktionsschicht) in der Perspektive b ist der **Wirksamkeit** höchstmögliche Wert erreicht.

Dabei wird eine einfache Antwortmöglichkeit (ja/nein) zu Grunde gelegt. Dies ist allerdings noch nicht fein genug, daher wird für jede Perspektive eine Skala von 1-6 eingesetzt, um die jeweilige Stärke der Ausprägung anzuzeigen. Anders als bei Schulnoten ist eine „6“ die beste und eine „1“ die schlechteste Note. Wenn in diesem Fall 1 sowohl Therapeut als auch Klient sich darüber einig sind, dass die spezifische Wirkung der Therapie voll erfüllt ist (also das Ergebnis erreicht wurde!), wäre der Summenwert insgesamt 18. Wenn der Therapeut nicht mit dem Ergebnis zufrieden ist, der Klient aber schon, entsteht ein niedrigerer Summenwert (Fall 2). Aus diesem Beispiel wird ersichtlich, inwiefern Bewertungen auf Schicht 1 abgegeben werden und damit Auswirkungen über den gebildeten Mittelwert der beiden Bewertungen auf Schicht 2 haben. Damit wird operationalisiert, dass die Schichten hierarchisch aufeinander aufgebaut sind.

Tabelle 13: Wirksamkeit 1

Fall 1	Schicht 1	Schicht 2	Fall 2	Schicht 1	Schicht 2
Perspektive a	6	x	Perspektive a	3	x
Perspektive b	6	6	Perspektive b	6	4,5
Summenwert	x	18	x	x	13,5
Index	$18 / 3 =$	6	x	$13,5 / 3 =$	4,5

Somit lässt sich für jede gewünschte Kombination ein Index (also eine „Schulnote“ über die ausgewerteten Daten) bilden, der Aufschluss über das Ausmaß der Wirksamkeit gibt.

Wenn die Mutter des Klienten aber gar nicht zufrieden ist mit dem Ergebnis, weil sie sich ein anderes Ergebnis wünscht, wäre der Summenwert entsprechend niedriger. In diesem Fall werden die Perspektiven a, b und c in Schicht 1 und die Perspektive b in

Schicht 2 betrachtet. Die Mutter würde das Ergebnis mit 1 bewerten. Bezogen auf die beiden Fälle oben würde folgende Situation eintreten:

Tabelle 14: Wirksamkeit 2

Fall 1	Schicht 1	Schicht 2	Fall 2	Schicht 1	Schicht 2
Perspektive a	6	x	Perspektive a	3	x
Perspektive b	6	4,3	Perspektive b	6	3,3
Perspektive c	1	x	Perspektive c	1	x
Zwischensumme	13			10	
Summenwert	x	17,3	x	x	13,3
Index	$17,3 / 4 =$	4,325	x	$13,3 / 4 =$	3,325

Als letzte Möglichkeit wird nun im Zusammenhang mit allen äußeren Akteuren (Perspektive d in Schicht 1) noch die Zufriedenheit mit dem Ergebnis beim überweisenden Arzt betrachtet. Der Arzt sei sehr einverstanden und bewertet die spezifische Wirksamkeit mit einer glatten 6. Dann entsteht folgende Beispielrechnung:

Tabelle 15: Wirksamkeit 3

Fall 1	Schicht 1	Schicht 2	Fall 2	Schicht 1	Schicht 2
Perspektive a	6	x	Perspektive a	3	x
Perspektive b	6	4,75	Perspektive b	6	3,3
Perspektive c	1	x	Perspektive c	1	x
Perspektive d	6	x	Perspektive d	6	x
Zwischensumme	19			16	
Summenwert	x	23,75	x	x	19,3
Index	$23,75 / 5 =$	4,75	x	$19,3 / 5 =$	3,86

Der maximale Endwert bei Berücksichtigung aller Perspektiven des Modells für Schicht 1 und die Perspektive b für Schicht 2 beträgt 6, der minimale Endwert ist 1. Damit ist ein über alle Perspektiven und Schichten einheitliches, leicht verständliches und fassbares Maß der Wirksamkeit durch das Modell gegeben.

Die Gewichtung der einzelnen Perspektiven kann durch Faktoren angegeben werden.

Wenn (aus welchen Gründen auch immer) die Bewertung des Arztes wichtiger wäre als die Bewertung aller anderen Akteure würde seine Bewertung entsprechend mit dem zugewiesenen Faktor multipliziert. Nur für den Fall 2 soll gezeigt werden, wie diese Berechnung exemplarisch ablaufen würde:

Tabelle 16: Wirksamkeit 4

Fall 2	Faktor	Bewertung	Schicht 1	Schicht 2
Anzahl Perspektiven	4	x	x	x
Perspektive a	1	3	3	x
Perspektive b	1	6	6	4,22
Perspektive c	1	1	1	x
Perspektive d	1,5	6	9	x
Zwischensumme	4,5	x	19	
Summenwert	x	x		23,22
Index				4,22

Die Berechnung des Wertes für Schicht 2 Perspektive b erfolgt dann nicht über den Mittelwert, sondern durch Summenbildung aller Einzelwerte der Perspektiven von Schicht 1. Dieser Wert wird dann durch die Summe aller Faktoren geteilt und ergibt den gewünschten Wert. Damit ist in diesem Fall die Effizienz der Therapie beurteilbar als Folge des Einbezugs aller betrachteten Schichten und Perspektiven. Die Grundthese wurde auf diese Weise operationalisierbar und damit überprüfbar gemacht.

Offen und anschlussfähig

MOVER ist ausdrücklich nicht festgelegt auf die Anzahl der Perspektiven, der Schichten oder der Skalierung und ist damit (auch über die Gewichtung der Faktoren) offen für eine Anpassung, je nachdem welche Forschungsergebnisse dies nahelegen.

Bei präziser Angabe der mit einbezogenen Perspektiven und Schichten erlaubt MOVER so eine sehr differenzierte Einschätzung der Wirksamkeit auf Basis quantitativ, qualitativ, subjektiv oder objektiv gewonnener Daten. Damit ist MOVER anschlussfähig und offen sowohl für qualitative als auch quantitative Forschungsmethoden. Die Implementierung ist leicht und auch ohne Computer in jedem therapeutischen Kontext leicht abbildbar. Im Zusammenhang mit der Modellentwicklung wurde ein Werkzeug geschaffen, um unkompliziert via MS Excel die Berechnungen vorzunehmen. Dies befindet sich auf der CD.

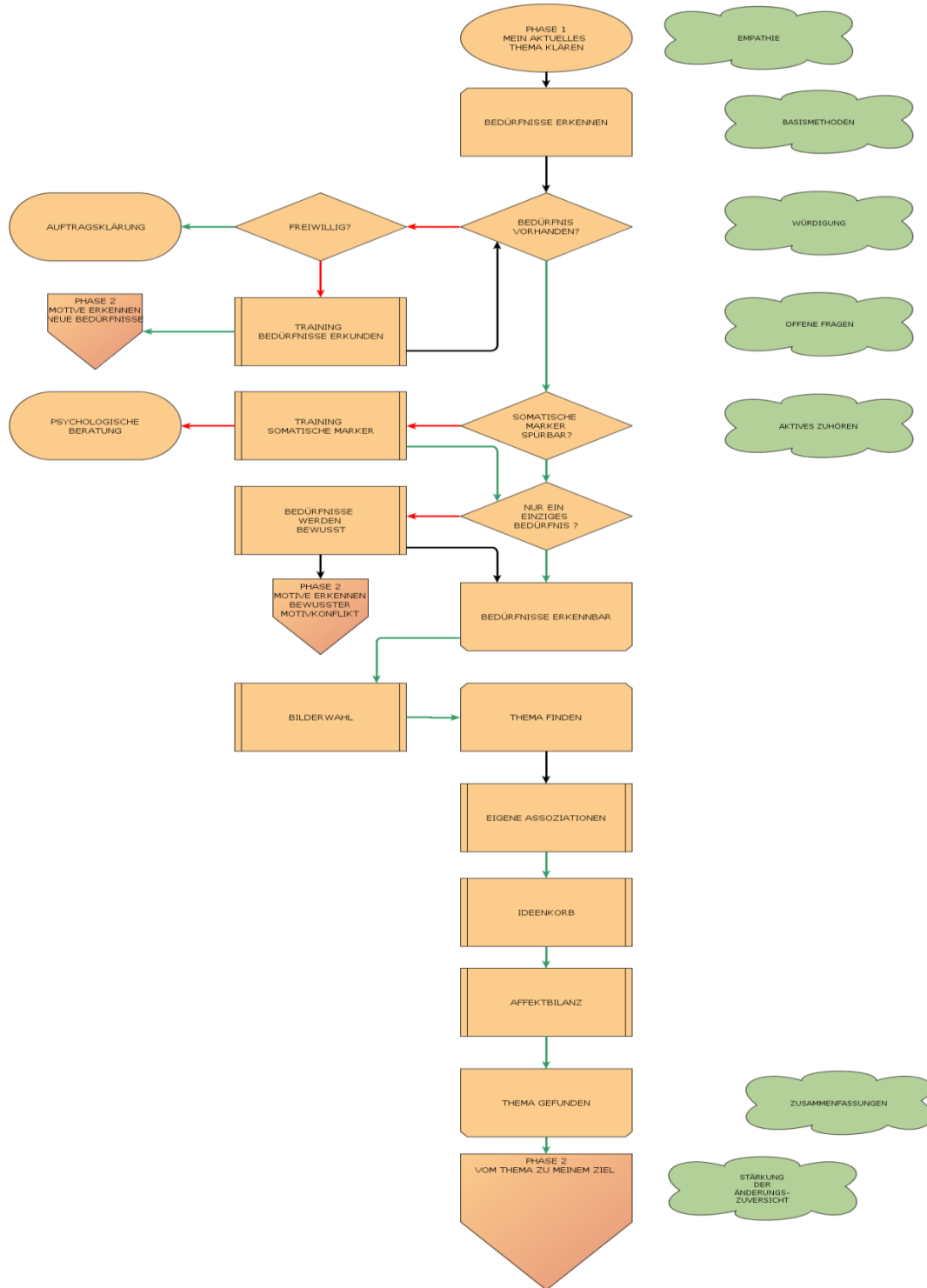
Über die explizite Angabe

- welche Art von Daten ausgewertet wurden

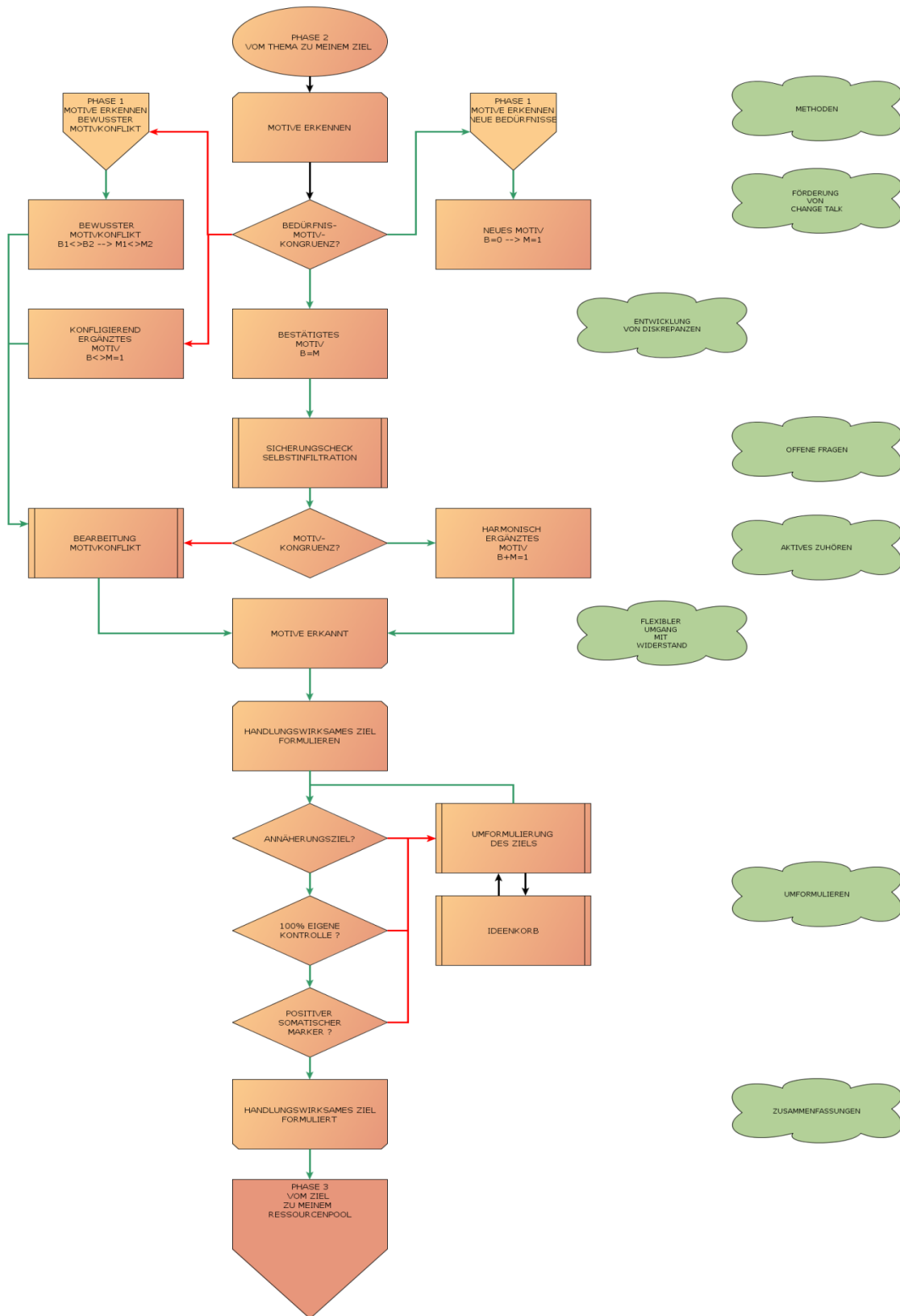
- auf welcher Schicht
- in welcher Perspektive
- bei wie vielen und
- welchen Klienten

kann schnell und sicher über den Index abgelesen werden, wie wirksam die jeweilige Therapie im Einzelfall oder bei einer Gruppe von Klienten war. Dies lässt im Übrigen einen Vergleich bei Veränderung der jeweiligen Interventionen unter den Bedingungen der Auswertung von Befragungen mit Skalen zu. Hier wurde nur für zwei Schichten die Einschätzung der Wirksamkeit einer Therapie durch Therapeut und Klient in Bezug auf die spezifischen Wirkfaktoren gezeigt. Eine Erweiterung auf alle Schichten in allen Perspektiven ist ausdrücklich erwünscht, wobei dann für die Schicht Interaktion passende Algorithmen gefunden werden müssen.

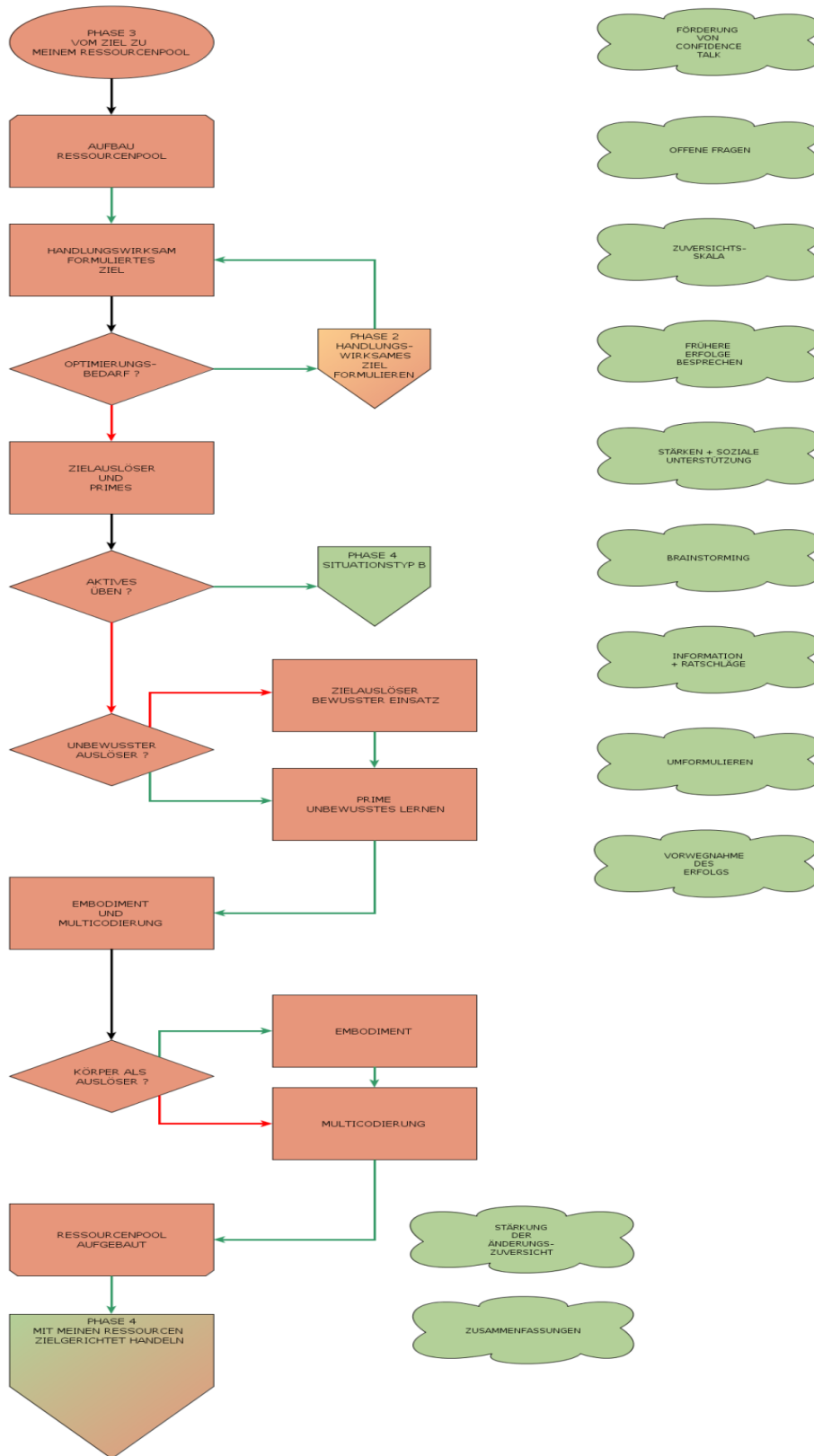
Anhang F: Phase 1 – Mein aktuelles Thema klären (Storch & Krause, 2010, S. 157–166)



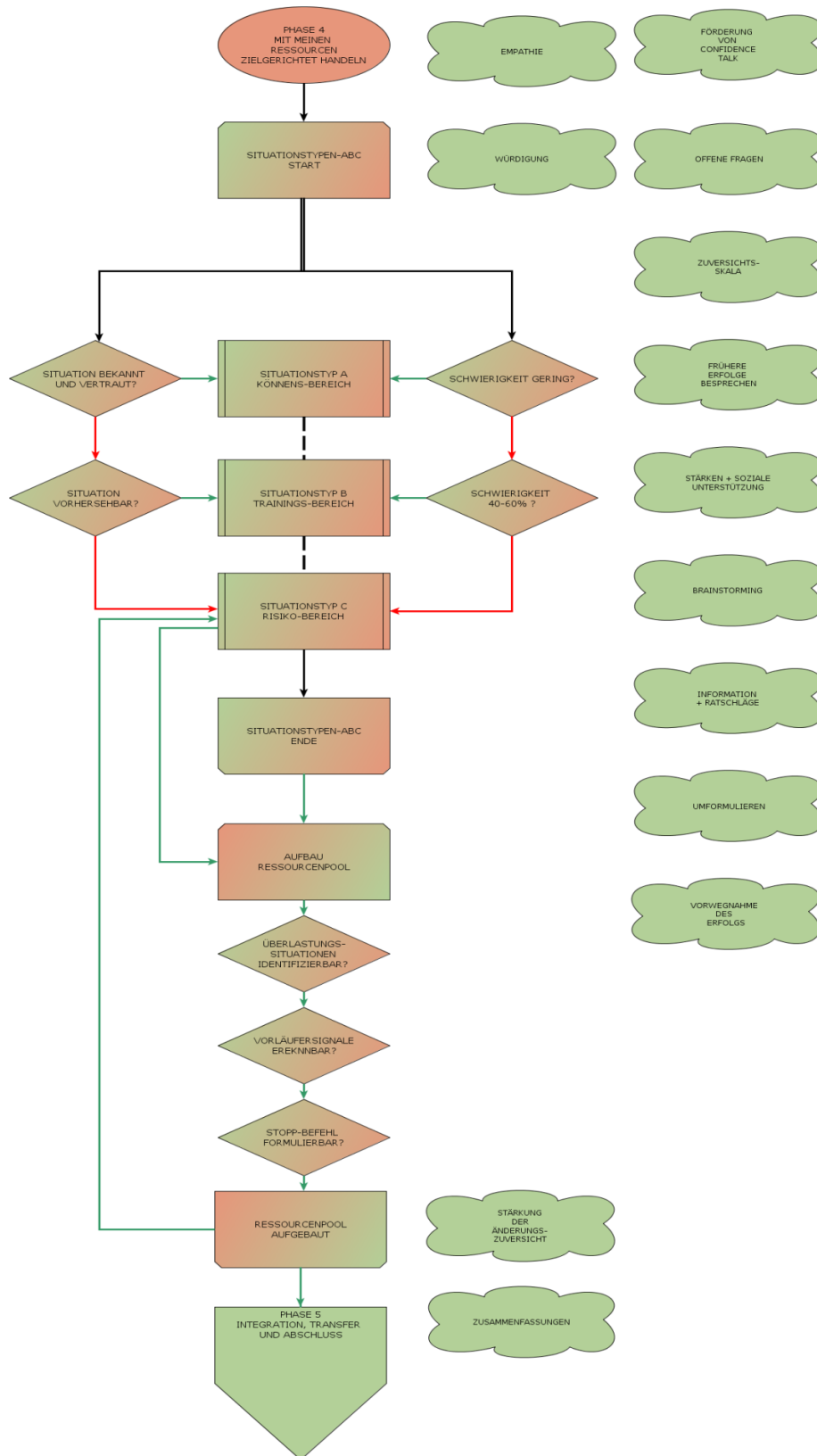
Anhang G: Phase 2 – Vom Thema zum Ziel (Storch & Krause, 2010, S. 167–178).



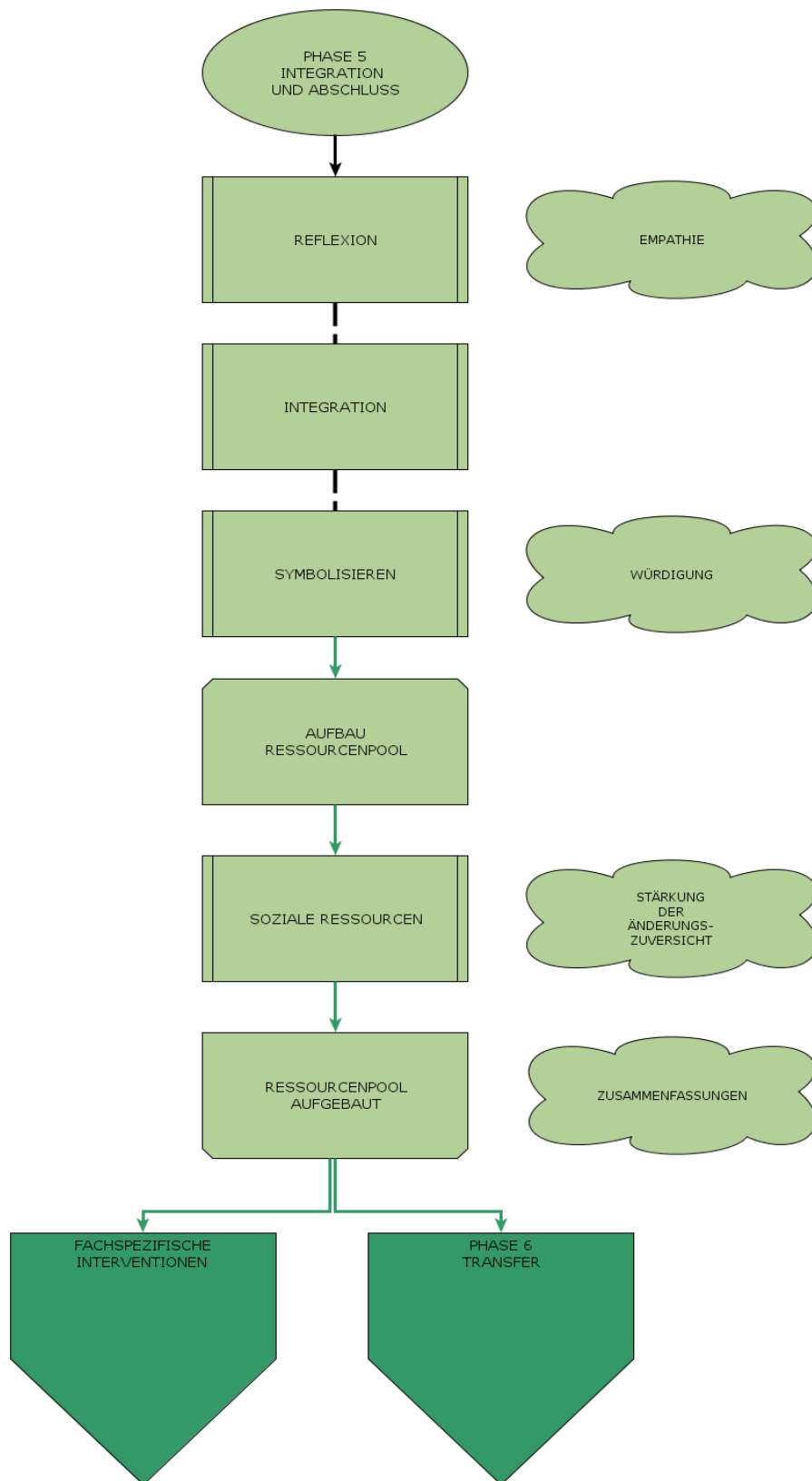
Anhang H: Phase 3 – Vom Ziel zu meinem Ressourcenpool (Storch & Krause, 2010, S. 179–192)



Anhang I: Phase 4 – Mit meinen Ressourcen zielgerichtet handeln (Storch & Krause, 2010, S. 193–206)



Anhang J: Phase 5 - Integration und Abschluss (Storch & Krause, 2010, S. 207–214)



Anhang K: Motivational Interviewing (MI)

MI wird im Deutschen auch als „Motivierende Gesprächsführung“ bezeichnet. Kognitive Verhaltenstherapie, Kurzzeitintervention, Gesprächstherapie und andere Verfahren (Commer, 2009) wurden eklektisch zusammengestellt und teilweise weiter entwickelt.

Ursprünglich wurde MI als vorgeschaltete Intervention in der Behandlung von suchtkranken Menschen entwickelt (Miller & Rollnick, 2009a). Deren Widerstand gegen die Veränderung ihres problematischen Verhaltens und die scheinbare Unmotiviertheit standen einer wirksamen Behandlung entgegen. Eine knappe Zusammenfassung der Gliederung und Inhalte von MI bieten Körkel und Veltrup (2003, S. 115–124).

Der Geist von MI

Sie erörtern dabei zunächst wesentliche Elemente des Geistes („spirit“) (Miller & Rollnick, 2009a) von MI in Anlehnung an Rogers (1972) als Wegbereiter der Humanistischen Psychologie:

- 1 Ambivalenzmodell
- 2 Veränderungspotenzial des Klienten
- 3 Achtung vor dem Klienten
- 4 Autonomie des Klienten
- 5 Widerstand als interaktionelles Phänomen
- 6 Partnerschaftliche Beziehung (Körkel & Veltrup, 2003)

(Miller & Rollnick, 2009a, S. 47) definieren MI als „eine klientenzentrierte, direkte Methode zur Verbesserung der intrinsischen Motivation für eine Veränderung mittels der Erforschung und Auflösung von Ambivalenz.“ (S.47).

Die Klienten Zentrierung zeigt sich durch die Konzentration auf die „gegenwärtigen Interessen und Sorgen der Person“ (Miller & Rollnick, 2009a, S. 47). Aus der Zielorientierung des Therapeuten, dass „die Person in Richtung einer Veränderung bewegt wird.“ (Miller & Rollnick, 2009a, S. 47) ergibt sich die direkte Art der Intervention. Hier befindet sich MI im Gegensatz zur Humanistischen Psychologie (Rogers, 1972). MI soll nicht als „Trickkiste [...] [benutzt werden: FF], um Menschen

dazu zu bewegen, etwas zu tun, was sie nicht tun wollen“ (Miller & Rollnick, 2009a, S. 47). Extrinsische Motivatoren und eine Änderung der Rahmenbedingungen (z.B. Umweltfaktoren, Hilfsmittel) werden nicht eingesetzt Quelle}, sondern es wird an Personenfaktoren (z.B. Eigenmotivation, Änderungszuversicht) gearbeitet. Eine wesentliche Voraussetzung guter Zielbindung ist nach MI die Kongruenz der vom Klienten angestrebten Ziele mit seinen „persönlichen Werten und Überzeugungen“ (Miller & Rollnick, 2009a, S. 48). Eine Kosten-Nutzen-Analyse der derzeitigen Situation im Vergleich mit einer möglichen Veränderung soll es dem Klienten ermöglichen, seine ambivalente Haltung zu verlassen.

MI gliedert sich in zwei grundlegende Phasen. In der ersten Phase wird zunächst die Änderungsmotivation gefördert. In Phase 2 werden die Ziele gefestigt und der Weg zur Zielerreichung mit einem konkreten Umsetzungsplan entwickelt.



Abbildung 14: MI Phasen

Vier Prinzipien kennzeichnen die Intervention:

- 1 Empathie
- 2 Entwicklung von Diskrepanzen
- 3 Flexibler Umgang mit Widerstand
- 4 Stärkung der Änderungszuversicht

(Miller & Rollnick, 2009a) nennen 8 Methoden für MI:

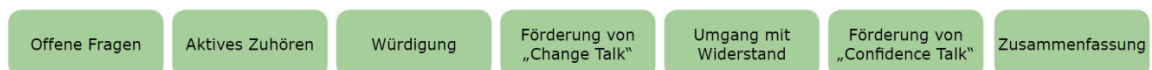


Abbildung 15: Acht Methoden des MI

5 Basismethoden:

Offene Fragen

„Das Grundmuster der Motivierenden Gesprächsführung ist es, eine offene Frage zu stellen ... gefolgt von aktivem Zuhören“ (Miller & Rollnick, 2009a, S. 101). Um einen Einstieg und eine offene Gesprächsatmosphäre herzustellen, werden offene Fragen („open questions“) genutzt. Auf geschlossene Fragen kann kurz oder mit Ja/Nein-Antworten reagiert werden. Sie erzeugen im schlimmsten Fall eine „Verhörsituation“. Die Aneinanderreihung von geschlossenen Fragen verstärkt diesen Eindruck. Offene Fragen eröffnen dem Klienten die Möglichkeit der Selbstexploration und ermöglichen eine Öffnung gegenüber dem Gesprächspartner.

Aktives Zuhören

Auf die Äußerung des Klienten kann durch aktives Zuhören (reflective listening) reagiert werden. Die Äußerung des Klienten wird dabei nicht nur gehört, sondern es wird versucht, die Bedeutung des Gesagten zu entschlüsseln. Dieses Verfahren versucht eine dynamische Rekonstruktion und gegenseitige Versicherung bezüglich der Bedeutung des Gesagten zu erreichen. Äußerungen aktiven Zuhörens sind eher Fragen als deskriptive Aussagen. Aktives Zuhören zielt darauf ab, das Gespräch im Sinne einer Weiterentwicklung voran zu treiben (Miller & Rollnick, 2009a, S. 107). MI fächert diese Methode in verschiedene Techniken auf (z.B.: einfaches Widerspiegeln, Paraphrasieren). Wendungen wie „ich habe den Eindruck, dass ...“ oder „ich habe das Gefühl, dass ...“ als metakommunikative Elemente werden im MI als störend begriffen. Es geht stattdessen um eine Sicherung und Weiterentwicklung des besprochenen Inhalts, ohne Beziehungsaspekte zu erörtern.

Würdigung

Miller und Rollnick (2009a) nennen „Anerkennung, Komplimente[n] oder Verständnis vermittelnde[n] Aussagen“ als Formen von Bestätigung oder Würdigung gegenüber dem Klienten. Eine offene Exploration und vertrauensvolle Beziehung (S. 109) soll damit angestrebt werden. Dazu gehören auch würdigende Begrüßungs- und Abschiedsformeln, wie z.B. „ich freue mich, dass sie heute hergekommen sind“. (Rogers, 1983, S. 64–70) betont in diesem Zusammenhang unter anderem die Selbstkongruenz und Eindeutigkeit der Äußerungen des Therapeuten, die gezeigte Zuneigung gegenüber dem Klienten und den Respekt eigener Grenzen. Würdigung ist Ausdruck des Prinzips Empathie.

Zusammenfassungen

MI unterscheidet drei mögliche Arten von Zusammenfassungen (Sammeln, Verbinden, Überleiten) (Miller & Rollnick, 2009a, S. 110–113). Zusammenfassungen dienen der Bündelung von geäußerten Sachverhalten. Manche Klienten äußern eine Vielzahl von Einzelinformationen. Diese unter Kategorien oder thematische nahe Felder zusammen zu fassen kann die Kommunikation verbessern. Im weiteren Verlauf muss nicht mehr jede Einzelinformation angesprochen werden. Der Übergang von Phase 1 zu Phase 2 oder der Abschluss eines ersten Gesprächs kann insbesondere durch überleitende Zusammenfassungen angeregt werden (Miller & Rollnick, 2009a, S. 113).

Förderung von „Change Talk“

Der Klient soll in die Situation gebracht werden (direktiv), einen Änderungswunsch zu formulieren. Damit soll das Ziel verfolgt werden, bestehende Ambivalenz aufzulösen (Miller & Rollnick, 2009a, S. 113). Im Gegensatz zu konfrontativen Ansätzen äußert nicht der Therapeut die seines Erachtens nötigen Veränderungen, sondern bringt den Klienten kommunikativ dazu, „die Argumente für eine Veränderung zu äußern“ (Miller & Rollnick, 2009a, S. 114). Dies soll im Geist von MI nicht manipulativ eingesetzt werden.

Vier unterschiedliche Stufen werden unterschieden (Miller & Rollnick, 2009a, S. 114–116):

- 1 Nachteile des Status quo erkennen
- 2 Vorteile einer Veränderung erkennen
- 3 Veränderungszuversicht
- 4 Veränderungsabsicht

Es werden acht Techniken (Miller & Rollnick, 2009a, S. 116–122) verwendet, um die beschriebenen Ziele zu erreichen (offene Fragen, Dringlichkeitsskala, Vierfelder-Matrix, Themenentwicklung, extreme Erwägen, zurück blicken, in die Zukunft blicken, Ziele und Werte ergründen).

Einstiegsmethoden werden auch unter dem Akronym OARS (offene Fragen, Würdigung, aktives Zuhören, Zusammenfassung) (Miller & Rollnick, 2009a, S. 122) zusammengefasst.

Ergänzende Methoden:

Umgang mit Widerstand

Widerstand ist ein normales Phänomen auf mögliche Veränderungen im Leben eines Klienten. Die Aufgabe des Therapeuten ist es, Widerstand entweder nicht aufkommen zu lassen oder mit ihm professionell derart umzugehen, dass es dem Klienten gelingt, den Widerstand aufzulösen.

Acht Techniken (Miller & Rollnick, 2009a, S. 141–154) werden unterschieden:

Reflektierende Erwidern: Einfache Reflexion (1), Verstärkte Reflexion (2), Doppelseitige Reflexion (3). Den Fokus verändern (4), umformulieren (5), Zustimmung mit einer Wendung (6), Betonung persönlicher Wahlfreiheit und Kontrolle (7), zur Seite treten (8) sind weitere Techniken, die erlebten Dissonanzen in ihrer Schärfe zu mildern und somit Widerstand zu verringern.

Förderung von „Confidence-Talk“

Confidence-Talk in der Phase 2 dient dazu, die Selbstwirksamkeitserwartung des Klienten zu stärken. Offene Fragen (1), Zuversichts-Skala (2), frühere Erfolge besprechen (3), Stärken und soziale Unterstützung (4), Brainstorming (5), Information und Ratschläge (6), umformulieren (7), Vorwegnahme des Erfolgs (8) sind die hierbei verwendeten Techniken.

Anhang L: ZRM-Training

ZRM-Training

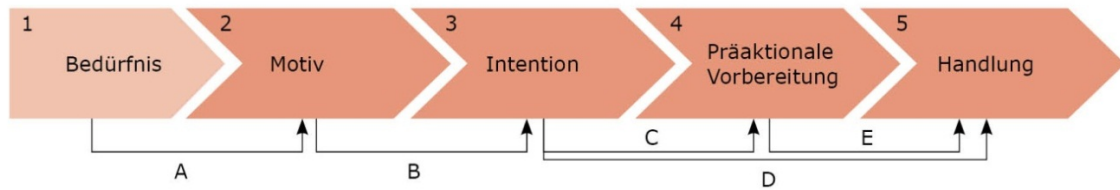


Abbildung 16: Phasen des ZRM-Trainings

Die komplette Sequenz des ZRM-Trainings wird so beschrieben:

Phase 1 Übergang von Bedürfnis zu Motiv / A

„Mein aktuelles Thema klären“ (Storch & Krause, 2010, S. 157–166).

Phase 2 Rubikon-Überschreitung / B

„Vom Thema zu meinem Ziel“ (Storch & Krause, 2010, S. 167–178).

Wenn unerwünschte Automatismen den direkten Übergang (D) in Phase 5 (Handlung) behindern, folgt in der Präaktionalen Vorbereitung (vermittelt durch C):

Phase 3 Automatisierung des Ziels durch bewusste / unbewusste Zielauslöser

„Vom Ziel zu meinem Ressourcenpool“ (Storch & Krause, 2010, S. 179–192) .

Der Übergang von der Präaktionalen Phase in Richtung Handeln (E) wird durch Phase 4 beschrieben.

Phase 4 Wenn-Dann-Pläne mit Ressourcennutzung als Dann-Teil

„Mit meinen Ressourcen zielgerichtet handeln“ (Storch & Krause, 2010, S. 193–206) .

Die auszuführende Handlung ist nicht Thema des Trainings, weil sie außerhalb der Intervention stattfindet. Um die Integration in den Alltag und die Sicherung des Transfers zu gewährleisten, folgt am Ende des ZRM Trainings:

Phase 5 Aufbau sozialer Ressourcen

Integration, Transfer und Abschluss (Storch & Krause, 2010, S. 207–214) .

Bilderwahl

Projektives Verfahren, bei dem nur „Bilder mit ressourcenhaltigem Material“ (Storch & Krause, 2010, S. 88) verwendet werden.

Somatische Marker (Storch & Krause, 2010, S. 89)

Die Bilderwahl findet unter der Prämisse statt, dass der Klient ausschließlich Bilder wählt, die bei ihm positive somatische Marker auslösen. Das Konzept der somatischen Marker (Damasio, 2010) erlaubt es, Gefühle und Körperwahrnehmungen zu nutzen als Signale auf unbewusster Ebene. Dadurch sollen laut Storch und Krause (2010) drei Ziele erreicht werden:

- Ressourcenaktivierung,
- Nutzung unbewusster Inhalte mit Zugang zu affektiven Schemata
- größere Bearbeitungstiefe der relevanten Themen (S. 89).

Affektbilanz

Mit der Technik der Affektbilanz werden die somatischen Marker im ZRM genutzt, um festzustellen, welche positiven und negativen Affekte auf unbewusster Ebene zu berücksichtigen sind.

Ideenkorb (Storch & Krause, 2010)

Die Sammlung von Ideen, die andere zu bestimmten Gegenständen des Trainings beitragen, dient der Verbreiterung versprachlichter Informationen aus „dem unbewussten, impliziten Gedächtnissystem“ (S.89). (Storch & Krause, 2010) fassen die Funktionen zusammen:

- Gründe für eigene Wahl bewusst erforschen
- Gesprächssetting mit anderen Teilnehmern schafft „Akzeptanz und Empathie“ (S. 91)
- Gegenseitige „soziale Unterstützung“ (S. 91)

Kriterien für handlungswirksame Ziele (Storch & Krause, 2010)

Drei wesentliche Kernkriterien für handlungswirksame Zielformulierungen (Zielerreichung unter eigener Kontrolle, Annäherungsziel, Auslösung positiven Affekts durch positive somatische Marker) werden beschrieben, um sowohl Motiv- als auch Zielkonflikte (Orehek, Bessarabova, Chen & Kruglanski, 2011) weitgehend auszuschließen (S. 98-104).

Mottoziel (Storch & Krause, 2010)

Hiermit ist die bereits im Bereich Zieltheorien angesprochene Verwendung von Haltungszielen auf oberster Eben der Zielhierarchie gemeint. "Die Ziele [...] werden [...] als neu gebildete neuronale Netze betrachtet" (S. 109).

Ressourcenbegriff (Storch & Krause, 2010)

„Unter Ressourcen werden neuronale Erregungsmuster verstanden, die [...] auf die Absichten [...] unterstützend wirken" (S. 25). Diese Muster können verändert bzw. gebahnt und ausgebaut werden über „neuronale Plastizität“ (S. 114-115). Damit ist eine Operationalisierbarkeit für die praktische Intervention gegeben. Nach und nach wird ein „Ressourcenpool“ aufgebaut, der genutzt werden kann.

Multicodierung und Embodiment (Storch & Krause, 2010)

Neuronale Netze werden nicht nur durch einen bestimmten einzelnen Auslöser aktiviert, sondern können „multicodiert“ gespeichert und abgerufen werden. Dieser „Ressourcenpool“ (S. 111) besteht aus dem handlungswirksam formulierten Ziel (S.111-113), den Erinnerungshilfen (S. 113-117) und der direkten Körpereinbeziehung, die als „Embodiment“ (S. 117-130) bezeichnet wird.

Erinnerungshilfen

Die Erinnerungshilfen unterteilen sich in bewusst nutzbare und implizite Lernerfahrungen auslösende Hilfen über „eine Art ‚Dauerpriming‘“ (S. 116).

Situationstypen ABC (Storch & Krause, 2010)

Der Transfer in den Alltag wird auf Verhaltens- und Taktikebene anhand von verschiedenen schweren Situationen (A=leicht, B=mittelschwer und planbar, C=unvorhergesehen und nicht planbar) vorbereitet (S. 131-136).

Änderungsintentionen (Storch & Krause, 2010, S. 131–136)

In den Wenn-Dann-Plänen („implementation intentions“) werden statt eines erwünschten zielrealisierenden Verhaltens wie bei Gollwitzer (1999) im „Dann“-Teil die Ressourcen aus dem Pool eingesetzt.

Wissenschaftliche Begründung (Storch & Krause, 2010)

Die Autoren des ZRM erklären bezüglich der Modellannahmen und Theorie(n) Ihren Wunsch danach, dass diese: „*empirisch solide* belegt waren“ (S.21). Bezüglich der Interventionsmethoden sollten diese eine hohe Nützlichkeit in der Praxis haben.

Open Source (Storch & Krause, 2010)

Freier Zugang zu den wesentlichen Arbeitsmitteln des ZRM-Trainings für alle Interessierten als „open source“ (S. 13).

Anhang M: Literaturrecherche Ressourcenperspektive

Tabelle 17: Literaturrecherche PubMed Ressourcenperspektive

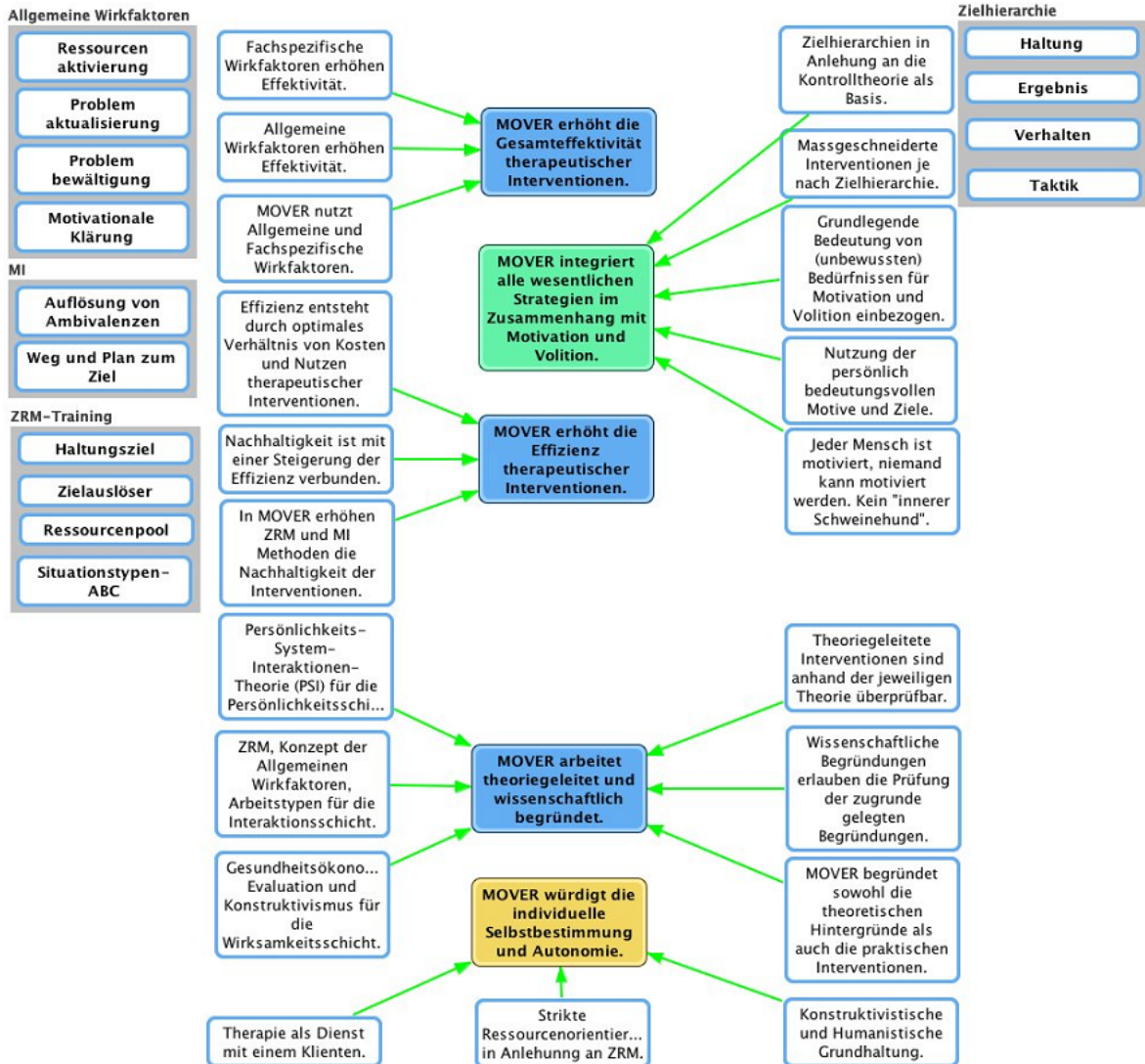
Thema	Relevanz	Quelle
Wirksamkeitsuntersuchungen Lidcombe-Programm zum Stottern.	Gleiche Verwendung der Signifikanz-Ebenen wie bei Bothe und Richardson (2011).	Koushik, Hewat, Shenker, Jones und Onslow (2011), Kingston, Huber, Onslow, Jones und Packman (2003).
„Communication-enhancing intervention (CCI)“.	Wirkung auf Problemlösestrategien durch Planung, positive Kontrollüberzeugungen, die Suche nach emotionaler Zuwendung, den Ausdruck emotionaler Befindlichkeiten und die Selbstachtung der Klienten (S. 1034).	Manne et al. (2008).
Narrativer Ansatz zur Behandlung von Patienten mit Language Literacy Deficit (LLD)	Geringer Selbstwirksamkeitserwartung und Selbstachtung der Klienten begegnen.	Wolter, Dilollo und Apel (2006)
Transaktionaler Hintergrund und Neurowissenschaften beim Spracherwerb.	Kommunikative Interaktionsprozesse zwischen Erwachsenen und Kindern.	Camarata und Yoder (2002)
Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen.	Höhere Effektivität von direkter Sprachtherapie durch Fachpersonen gegenüber indirekten (beratenden) Interventionen oder Interventionen durch Laien.	Gallagher und Chiat (2009)

Anhang N: Theorien und Modelle des Gesundheitsverhaltens (Lippke & Renneberg, 2006, S. 36)

Tabelle 18: Theorien und Modelle des Gesundheitsverhaltens (Lippke & Renneberg, 2006, S. 36)

Gruppe	Untergruppe	Besonderheiten	Beispiele	Quelle
Kontinuierlich linear	motivational	Furchtappell	Health Belief Model (HBM)	Becker (1974), Rosenstock (1966)
			Protection Motivation Theory (PMT)	Rogers (1975)
		Einstellungen	Theory of Reasoned Action (TRA)	Fishbein & Ajzen (1975)
		Verhaltenskontrolle	Theorie des geplanten Verhaltens (TPB)	Ajzen (1991)
		Selbstwirksamkeitserwartung	Social-Cognitive Theory (SCT)	Bandura (2004)
	motivational / volitional	4 Phasen: PrädeziSIONal (motivational) PostdeziSIONal (volitional) Aktional (volitional) Postaktional (motivational)	Rubikonmodell (RM)	Heckhausen (1989)
Stadienmodelle		5 – 6 Stufen	Transtheoretisches Modell (TTM)	(Prochaska et al. 1992)
Hybridmodelle	motivational / volitional		Sozialkognitives Prozessmodell des Gesundheitsverhaltens (HAPA)	Schwarzer (1992)

Anhang O: Argumente für MOVER



Eidesstaatliche Versicherung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit mit dem Titel „MOVER - Modell zur Motivation und Volition für effiziente therapeutische Interventionen unter Ressourcenperspektive“ selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel verwendet habe. Die Stellen der Arbeit, einschließlich der Tabellen und Abbildungen, die anderen Werken und Wortlauten oder dem Sinn nach entnommen sind, habe ich in jedem einzelnen Fall kenntlich gemacht und die Herkunft nachgewiesen. Die Arbeit hat in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegen und wurde auch noch nicht veröffentlicht.

Mannheim, 01.06.2012

Friedrich Fuhr

