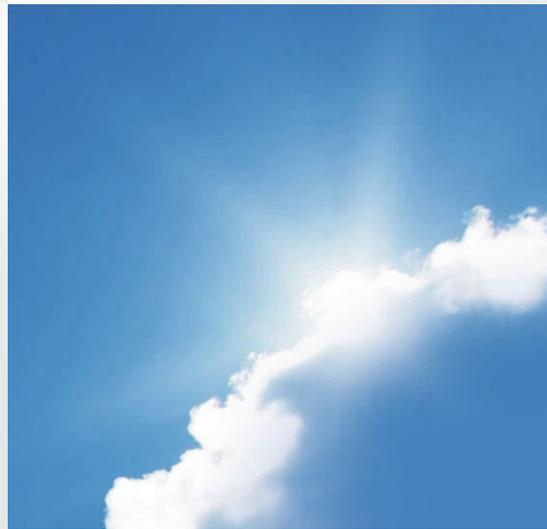


Kanfer · Reinecker
Schmelzer



Selbst- management- Therapie

5. Auflage

Ein Lehrbuch
für die klinische
Praxis

 Springer

Frederick H. Kanfer

Hans Reinecker

Dieter Schmelzer

Selbstmanagement-Therapie

5., korrigierte und durchgesehene Auflage

Frederick H. Kanfer
Hans Reinecker
Dieter Schmelzer

Selbstmanagement- Therapie

Ein Lehrbuch für die klinische Praxis

5., korrigierte und durchgesehene Auflage

Mit 40 Abbildungen

Professor Dr. Frederick H. Kanfer †

Professor Dr. Hans Reinecker

Lehrstuhl Klinische Psychologie/Psychotherapie Universität Bamberg
Markusplatz 3
96047 Bamberg

Dipl.-Psych. Dr. Dieter Schmelzer

Praxis für Psychotherapie
Kühnertsgasse 24
90402 Nürnberg

ISBN-13 978-3-642-19365-1 Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie;
detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

Springer Medizin

Springer-Verlag GmbH
ein Unternehmen von Springer Science + Business Media
springer.de

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2006, 2012

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Produkthaftung: Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Planung: Monika Radecki, Heidelberg
Projektmanagement: Barbara Karg, Heidelberg
Umschlaggestaltung: deblik Berlin
Einbandabbildung: © Elenamiv/shutterstock.com
SPIN 12680931
Satz: Fotosatz-Service Köhler GmbH – Reinhold Schöberl, Würzburg
Druck: Stürtz GmbH, Würzburg
Gedruckt auf säurefreiem Papier 2126 – 5 4 3 2 1 0

Für
Ruby, Ruth und Larry
(F. H. K.)

Für
Christa, Eva Elisabeth und Agnes Katharina
(H. R.)

Für
Sabine, Christina und Katarina
(D. S.)

Vorwort zur 5. Auflage

Das vorliegende Werk ist die korrigierte und durchgesehene Auflage früherer Versionen dieses Buches. Schon in der vorherigen Version war klar, dass es keine Neuauflage oder Neubearbeitung des »Selbstmanagement-Buches« in der bisherigen Form mehr geben kann. Der wichtigste Grund dafür liegt darin, dass unser Erstautor Frederick H. KANFER im Oktober 2002 im Alter von 77 Jahren verstorben ist. »Selbstmanagement-Therapie« ist und bleibt natürlich in erster Linie *sein* Buch – verbunden mit seinem Lebenswerk, das über 35 Jahre lang einer modernen, empirisch begründeten Verhaltenstherapie gewidmet war. Das wichtigste Ziel des Ansatzes ist und bleibt, Patienten wieder zu einer selbstverantwortlichen Gestaltung des Alltags zu befähigen. Eine zweite Begründung dafür, auf eine Neubearbeitung zu verzichten, liegt darin, dass es keinen Anlass gibt, den »roten Faden« des Buches zu verändern oder einzelne Kapitel neu zu schreiben. Viele praktische Hinweise, insbesondere das 7-Phasen-Prozessmodell, haben sich in der Praxis bewährt, viele wesentliche Elemente des Selbstmanagement-Modells sind mittlerweile zu zentralen Bestandteilen der modernen Verhaltenstherapie geworden. Dazu gehören die kooperative Beziehungsgestaltung, die Achtung der Autonomie von Patienten, die Transparenz des Vorgehens, die Nutzung vorhandener Stärken von Betroffenen oder die Klärung und Förderung von Motivation zur Veränderung. Ebenso zu nennen sind die Nutzung von Kognitionen *und* Emotionen, von Anregungen aus der Gedächtnispsychologie und den modernen Lern- und Handlungstheorien, die gezielte Anleitung von Patienten zur Selbstregulation, die Betonung des Transfers von Veränderungen in die natürliche Umgebung oder das schrittweise Zurücknehmen der Unterstützung gegen Ende der Therapie. Durch eine klare Orientierung an Erkenntnissen der Grundlagenforschung in der Psychologie und ihren Nachbardisziplinen sowie durch viele konstruktive Rückmeldungen von Therapeuten ebenso wie von Patienten hat sich das Buch zu einer willkommenen integrativen Heuristik für das praktische Vorgehen von Therapeutinnen und Therapeuten entwickelt.

Wir beide sind stolz und glücklich, dass wir Fred KANFER im Laufe von mehr als 25 Jahren persönlich erleben durften, und dass wir das vorliegende Buch gemeinsam entwickeln und verfassen konnten. Mit ihm hat die gesamte Psychologie einen Pionier der Verhaltenstherapie und einen herausragenden Vertreter der Klinischen Psychologie verloren. Seine Person und sein Werk bleiben uns in steter Erinnerung: Wir waren immer beeindruckt von seiner warmherzigen, menschlichen und bescheidenen, in der Sache aber sehr klaren Art, seiner wissenschaftlichen Stringenz und besonders seinem respektvollen und empathischen Umgang mit Patienten. In seinen Seminaren bestachen immer wieder seine brillanten didaktischen Fähigkeiten – ohne Show und mit viel Sinn für Humor, und in der Supervision bestand immer wieder die Chance, auf eine sehr unterstützende Weise Neues zu erkennen und zu lernen. Es ist erfreulich, dass das Buch seit mittlerweile 20 Jahren zu einem Standardwerk in Aus- und Fortbildung geworden ist. Fred Kanfers Grundideen des Selbstmanagement-Ansatzes leben weiter, und es ist jetzt auch an uns, sein wissenschaftliches und therapeutisches Erbe an zukünftige Therapeutengenerationen weiterzugeben – zum Nutzen betroffener Patientinnen und Patienten.

Bei der Lektüre vieler aktueller – nicht nur deutschsprachiger – Publikationen zur Klinischen Psychologie werden wir durchaus mit einem gewissen Schmunzeln an Johannes C. BRENGELMANN erinnert, der im Jahre 1995 bei einer Laudatio für Fred KANFER anlässlich dessen 70. Geburtstages die Worte an ihn richtete: »Der beste Beweis für die Effektivität deines Selbstmanagement-Vorgehens sind wahrscheinlich die vielen Kolleginnen und Kollegen, die

lange Jahre von dir lernen durften, und von denen mittlerweile zumindest einige fest davon überzeugt sind, ihre Erkenntnisse *selbst* entdeckt zu haben...!« Abschließend möchten wir uns bei allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Springer-Verlages bedanken, die uns zu dieser vorerst letzten Bearbeitung des Buches ermutigt haben. Unser besonderer Dank gilt dabei Frau Monika Radecki und Frau Barbara Karg, die in bewährter Weise die Herstellung des Buches betreut haben, sowie Frau Bettina Arndt als externe Lektorin. Zuletzt ein großes DANKE! auch an Frau Michaela Gruber (Germanistin und Diplom-Bibliothekarin) für die vielen Korrekturhinweise und an unsere neue Kollegin Katarina Schmelzer für die Unterstützung bei der Einarbeitung von Korrekturen.

Bamberg und Nürnberg, im Herbst 2011

Hans Reinecker
Dieter Schmelzer

Vorwort zur 1. Auflage

Mit diesem Buch liegt die erste umfassende Darstellung der Selbstmanagement-Therapie für den deutschsprachigen Raum vor. Der Ansatz – von manchen als »humanistische Form der Verhaltenstherapie« bezeichnet – wurde ursprünglich in den USA vom Erstautor Frederick H. Kanfer entwickelt. Von Anfang an lag ein zentrales Anliegen darin, einen einseitig auf externe Verhaltensbedingungen bezogenen Standpunkt (wie er etwa noch im klassisch-behavioristischen Ansatz zu finden ist) zu überwinden und durch eine umfassende »Systemperspektive« zu ersetzen. Dadurch sind interne Personfaktoren (z. B. Ziele, Werte, Emotionen) ebenso adäquat zu berücksichtigen wie Einflüsse aus biologisch-physiologischen Quellen.

Im Laufe von ca. 30 Arbeitsjahren – zunächst in der theoretischen Forschung und dann immer mehr im unmittelbaren klinisch-therapeutischen Bereich – wurde der Ansatz modifiziert, verbessert und ausgeweitet; bedeutsame Befunde der Grundlagenforschung hinsichtlich sozialer, psychologischer und biologischer Prozesse gehören heute mit zum Fundus der Selbstmanagement-Therapie. Das Hauptaugenmerk liegt dabei weniger auf spezifischen symptombezogenen Behandlungsmethoden, sondern auf Konzepten, Strategien und Prozessen, die *generell* für therapeutische Veränderungen von Bedeutung sind. Aus diesem Grund überschreitet das Konzept auch häufig die Grenzen traditioneller psychotherapeutischer Schulrichtungen.

Die Selbstmanagement-Perspektive wurde – theoretisch wie praktisch – auch von den Co-Autoren (Hans Reinecker und Dieter Schmelzer) in der Bundesrepublik Deutschland fortgesetzt und weiterentwickelt. Dabei existierten im deutschen Sprachraum bisher lediglich einige Zeitschriftenbeiträge oder Bücher, die selektive Einzelaspekte des Ansatzes behandelten. Dies gab mit den Ausschlag dafür, eine *umfassende*, lehrbuchartige Darstellung der Selbstmanagement-Therapie in deutscher Sprache zu planen.

Die Entstehung dieses Buches hängt eng mit der wissenschaftlichen Entwicklung und praktischen Arbeit der drei Autoren zusammen und stellt die gemeinsame, zusammenfassende Präsentation unserer heutigen Auffassung von Psychotherapie dar. Dabei haben wir auch versucht, die im klinisch-psychologischen Bereich immer bestehende Lücke zwischen Theorie und Praxis etwas zu verkleinern. Alle drei Autoren verfügen über langjährige theoretische *und* praktische Erfahrungen, sodass das Risiko einseitiger Standpunkte von vornherein gering war. Wir hoffen, dass wir uns damit ein Stück weit dem Ideal des so genannten »Scientist-Practitioner«-Modells (vgl. Barlow, Hayes & Nelson, 1984; Kanfer, 1989 a) annähern konnten.

Als wir 1986 begannen, uns mit der Konzeption und Bearbeitung unseres Themas zu beschäftigen, waren – wie häufig bei solchen Projekten – die ersten Planungen bruchstückhaft und weit von dem jetzt vorliegenden Endprodukt entfernt. Eine wesentliche konzeptuelle und inhaltliche Hilfe stellte damals der Sachverhalt dar, dass parallel dazu in den USA vom Erstautor (zusammen mit Bruce K. Schefft) ein Buch mit ähnlicher Zielrichtung geplant und publiziert wurde (»Guiding the process of therapeutic change«, 1988). In ihm sind wesentliche theoretische und praktische Aspekte des Selbstmanagement-Ansatzes in einer für Therapeuten und Ausbildungskandidaten wegweisenden Form präsentiert. Wegen der gravierenden historischen, kulturellen und sozioökonomischen Unterschiede zwischen den USA und den deutschsprachigen Ländern wurde schnell klar, dass eine deutsche Übersetzung dieses Buches nicht möglich war. Kanfer und Schefft stellten es jedoch großzügigerweise für eine inhaltliche Nutzung und Neubearbeitung zur Verfügung; somit sind viele Ideen, Textpassagen und Inhalte aus der amerikanischen Fassung in stark überarbeiteter Form in das vorliegende Werk integriert. Die Nutzung der amerikanischen

Original-Version und die Übernahme größerer Teile des Kanfer & Schefft-Buchs war nur dank großzügiger Zugeständnisse vonseiten des Verlages *Research Press* (Champaign, Illinois) möglich. Dafür sind wir der Verlagspräsidentin, Frau Ann Wendel, zu großem Dank verpflichtet. Ganz besonders danken wir dem Co-Autor Bruce K. Schefft für die Erlaubnis, von ihm stammende Ideen und Textpassagen in unserem Buch mit zu verwenden.

Das Originalbuch erfuhr im Zuge unserer Arbeit allerdings so intensive Ergänzungen, Ausweitungen und Veränderungen, dass es sich bei der nun vorliegenden Arbeit um eine Neukonzeption handelt, welche den wissenschaftlichen und psychosozialen Gegebenheiten der deutschsprachigen Länder Rechnung trägt. Dazu sind in wesentlichen Teilen der theoretische Hintergrund und die klinische Praxiserfahrung der beiden Co-Autoren (Hans Reinecker und Dieter Schmelzer) sowie ihre enge Vertrautheit mit der aktuellen deutschsprachigen Fachliteratur eingeflossen.

Weitere wichtige Quellen des Buches stellen die verschiedenen Arbeiten von Hans Reinecker zum Bereich Selbstkontrolle (z. B. Selbstkontrolle, 1978) sowie das von Dieter Schmelzer publizierte »Prozessmodell der Therapie« (Verhaltensmodifikation, 1986, S. 3-110) dar, das auf dem von Kanfer und Grimm (1980) entwickelten 7-Phasen-Modell beruht und den Hauptteil II des vorliegenden Buches ausmacht.

Die Zusammenarbeit mehrerer Autoren aus verschiedenen Kulturkreisen stellt unserer Auffassung nach eine weitere wesentliche Besonderheit dar. Wir verbinden damit die Hoffnung, dass es uns als Autoren, die unterschiedlichen wissenschaftlichen Traditionen und damit auch Denkmodellen verpflichtet sind, gelungen ist, nach jahrelanger gemeinsamer Diskussion und Arbeit ein Buch vorzulegen, das die Stärken der einzelnen Perspektiven miteinander verbindet. *Inhaltlich* haben wir uns speziell auch solchen Bereichen der therapeutischen Arbeit (und ihren wissenschaftlichen Grundlagen) zugewandt, die in der Praxis immer wieder auftauchen, denen die Standardwerke über therapeutische Methoden aber nur geringes Augenmerk schenken.

Die dreifache Autorenschaft brachte den großen Vorteil mit sich, sowohl theoretische Ideen als auch praktische Erfahrungen offen und konstruktiv austauschen zu können. In vielen fruchtbaren Diskussionen haben wir von den kontinuierlichen wechselseitigen Anregungen und Rückmeldungen auch persönlich profitiert. In Bezug auf das vorliegende Buch haben wir versucht, den jeweiligen gedanklichen und sprachlichen Stil so weit anzugleichen, dass eine »stimmige« Gesamtkonzeption resultieren konnte. Auch wenn einzelne Teile bzw. einzelne Kapitel von jeweils einem der Autoren federführend bearbeitet wurden, betrachten wir das Buch als Werk, hinter dem wir – Abschnitt für Abschnitt und Zeile für Zeile – *gemeinsam* stehen.

Viele Kolleginnen und Kollegen haben Teile des Manuskripts gelesen und uns wichtige kritische Rückmeldungen und Verbesserungsvorschläge gegeben. Etwaige inhaltliche und sprachliche Mängel gehen ausschließlich zu *unseren* Lasten. Noch verbliebene Redundanzen sind aus didaktischen Gründen so beabsichtigt, da der Text bei der Fülle von Kapiteln sicherlich nicht an einem Stück zu lesen ist. Dabei soll die Vielzahl von Querverweisen helfen, die enge Verwobenheit vieler Gesichtspunkte (und vor allem die Verbindung von Theorie und Praxis) konkret zu verdeutlichen. Unseren »Lektoren« möchten wir auf diesem Wege ebenso danken wie den vielen Klienten, therapeutischen Ausbildungskandidaten und Studenten, die für uns immer eine wichtige Herausforderung und persönliche Lernerfahrung darstellen.

Wir möchten schließlich noch auf zwei Besonderheiten der Sprachregelung hinweisen.

Nach längeren Diskussionen haben wir uns – vor allem wegen der besseren Lesbarkeit des Textes – entschlossen, im gesamten Buch (mit Ausnahme der praktischen Beispiele) eine maskuline Sprachform zu verwenden, also von *dem Therapeuten, dem Klienten oder dem Patienten* zu sprechen. Selbstverständlich gelten alle Aussagen gleichermaßen für männliche *und* weibliche Personen. Wie die Leserinnen und Leser in unserem Buch erfahren werden, sind unseres Erach-

tens für die Durchführung einer optimalen Therapie in den meisten Fällen *andere* Faktoren bedeutsamer als die Zugehörigkeit zum weiblichen oder männlichen Geschlecht. Dies schließt nicht aus, dass es bei vielen Fragestellungen durchaus sinnvoll und notwendig ist, geschlechtsrollenspezifische Einflüsse zu reflektieren und adäquat zu berücksichtigen (► Teil III, Kap. 6.1.4).

Zum anderen werden die Begriffe »Klient« und »Patient« – falls nicht anders gekennzeichnet – synonym verwendet. Wenn wir von »Patienten« sprechen (was bevorzugt bei Problemen mit »somatischen« Anteilen geschieht), so ist damit keine soziale Etikettierung oder gar Stigmatisierung beabsichtigt.

Teile des Buches entstanden im Übrigen während eines Forschungsaufenthaltes des Erstautors an der Universität Freiburg, Breisgau. Dieser Aufenthalt wurde möglich durch den *Humboldt-Preis*, den Frederick H. Kanfer in den Jahren 1987/88 von der Alexander-von-Humboldt-Stiftung in Anerkennung herausragender Leistungen im Bereich von Forschung und Lehre erhalten hat. Dadurch wurde die Arbeit an dem Buchprojekt wesentlich erleichtert. Bedanken möchten wir uns auch bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Springer-Verlages, die uns in der Herstellungsphase des Buches immer verständnisvoll und tatkräftig unterstützt haben.

Wir betrachten das Buch zwar als (endlich) abgeschlossen, sind jedoch der Auffassung, dass die einzelnen Themen und Standpunkte der weiteren Entwicklung offen stehen müssen. So gesehen haben wir keine unumstößlichen Wahrheiten niedergelegt, sondern unsere derzeitigen Positionen und Grundlagen für therapeutisches Handeln umrissen, die mit der weiteren Entwicklung der entsprechenden Disziplinen ebenfalls der Veränderung unterworfen sind. Für kritische wie auch positive Rückmeldungen aus dem theoretischen und praktischen Bereich sind wir jedenfalls schon vorab dankbar.

Mai 1990

Frederick H. Kanfer, Champaign IL
Hans Reinecker, Bamberg
Dieter Schmelzer, Nürnberg

Einführende Vorbemerkungen

Die Arbeit professioneller Psychotherapeuten beruht auf sehr unterschiedlichen theoretischen Modellen und Ausbildungsgängen. In vielen Fällen gibt es nur einen losen Zusammenhang zwischen den in einer Ausbildung vermittelten Inhalten und der späteren Tätigkeit in der realen Praxis. Viele Praktiker sind unzufrieden mit einer für sie oft weltfremden Therapieforschung und haben an deren Ergebnissen kaum Interesse, von einer *systematischen Nutzung* von Befunden der Grundlagenforschung ganz zu schweigen. Seit Jahren wird in den USA beklagt, dass die akademische Psychologie den praktisch tätigen Psychotherapeuten wenig handhabbare Erkenntnisse vermitteln könne (vgl. z. B. Cohen, Sargent & Sechrest, 1986; Morrow-Bradley & Elliott, 1988); aus Deutschland liegen ähnliche Umfrageergebnisse vor (vgl. z. B. Koemeda, 1987; van der Meer & Roth, 1992). Wir halten eine solche Einstellung für verständlich, gleichzeitig aber für sehr bedenklich, weil sie die Anliegen von Klienten – vor allem deren Anrecht auf den Einsatz möglichst effektiver Therapieformen für ihre Problemstellungen – aus den Augen verliert. Schon aus Gründen der Qualitätssicherung (vgl. Kordy, 1992) kann es nicht angehen, dass eine Abkoppelung von wissenschaftlichen Standards erfolgt. »Kalifornische Verhältnisse« (mit einer von der empirischen Psychologie völlig losgelösten »Psychoboom«-Bewegung: Bossmann, 1986) dürften auf Dauer nicht nur unseren Klienten, sondern auch unserem Berufsstand schaden.

Umgekehrt kann eine wissenschaftliche Grundorientierung aber nicht zu psychotherapeutischen Allheilmitteln führen, die dann mit automatischer Erfolgsgarantie in die Praxis umzusetzen sind oder die gar – in Analogie zur Behandlung mit Medikamenten – den Klienten standardmäßig zu verordnen wären. Im Zuge einer *bescheideneren* Wissenschaftsauffassung sehen wir alle Ergebnisse der psychologischen Grundlagenforschung (sowie speziell der Therapieforschung) allenfalls als grobe heuristische Leitlinien für praktisch-therapeutisches Handeln an. Psychotherapie ist somit selbst bei der Anwendung von Standardmethoden – in jedem Einzelfall ein »heuristischer, integrierender Produktionsprozess« (Caspar & Grawe, 1993), und Therapeuten sind gezwungen, sich statt blinder Orientierung an wissenschaftlich abgesicherten Handlungsmodellen eigene Therapietheorien zu konstruieren (Richterich, 1994). Eine *Vermittlung grundlegender Prozesse* zielorientierten Problemlösens, systematischer Arbeit an Veränderungen, Verhaltensdiagnostik, funktionaler und systemischer Analyse, Therapieplanung, klinischer Urteilsbildung, Evaluation etc., eingebettet in elementare Rahmenbedingungen »sine qua non« (z. B. Beziehung und Motivation) ist jedoch trotzdem möglich und steht für uns an erster Stelle. Der Erkenntnistransfer von Theorie zu Praxis (und umgekehrt!) liegt aber nach wie vor im Argen; hier möchten wir mit unserem Buch einen Beitrag leisten, die bestehende Kluft etwas zu verringern (vgl. auch Kanfer, 1989 a, 1990, 1995 b). Wir sind uns des hohen Anspruchs bewusst, dem wir uns mit der selbst gewählten Aufgabe stellen, eine Art *Vermittlerposition* zwischen (unzufriedenen und wissenschaftsfeindlichen) Praktikern und (abgehobenen und praxisfernen) Theoretikern einnehmen zu wollen. Wir hoffen jedoch, dass es uns gelingt, viele Wege aufzuzeigen, wie von einer adäquat interpretierten Grundlagenforschung Anleihen für das praktische Handeln von Therapeuten zu nehmen sind, sodass das Rad der Psychotherapie nicht in jedem Einzelfall von neuem erfunden zu werden braucht (vgl. insbesondere ► Teil I, Kap. 2.8).

Das *Ziel* unserer Bemühungen bestand darin, eine Art »Drehbuch« für den Ablauf von Selbstmanagement-Therapie zu schreiben; ein Drehbuch ist selbstverständlich nicht mit dem Geschehen in der Therapie gleichzusetzen (A. Schnitzlers »Professor Bernhardt« ist eben nicht identisch

mit den verschiedenen Aufführungen auf den Bühnen der Welt). Ein Drehbuch beschreibt die dramaturgisch gesehen wichtigen Elemente eines Stückes – in unserem Falle den Ablauf eines therapeutischen Prozesses; die genauen inhaltlichen Gestaltungsmöglichkeiten hängen natürlich von der konkreten Situation, von der Problemlage, der Person des Klienten, von der Erfahrung des Therapeuten etc. ab und sind zunächst weitgehend offen.

Die *Zielgruppe* des Buches sind in erster Linie angehende oder bereits praktisch tätige Psychotherapeuten (Psychologen und Mediziner); dies schließt nicht aus, dass auch z. B. Sozialarbeiter, Krankenschwestern, Pädagogen usw. von unseren Anregungen profitieren. Wir meinen jedoch, dass speziell diejenigen Leser den größten Gewinn aus unseren Ausführungen ziehen können, die (1) fundierte Kenntnisse aus dem Bereich der Psychologie mitbringen, und die (2) Grundkenntnisse in psychotherapeutischen Verfahren – insbesondere der kognitiven Verhaltenstherapie – besitzen. Günstig, wenn auch nicht Voraussetzung, ist sicherlich (3) eine gewisse praktisch-therapeutische Erfahrung. Beim Schreiben des Buches hatten wir auch die Ausbildungsproblematik – speziell im deutschen Sprachraum – immer wieder vor Augen; gerade für die häufig diskutierte und geforderte Aus- und Weiterbildung nach dem Studium (der Psychologie oder Medizin) könnte das Buch eine Art Ausbildungstext darstellen.

Der Leser muss das Buch nicht einfach von Anfang bis zum Ende durchlesen, sondern kann speziell diejenigen Bausteine herausgreifen, die für seine praktische oder Ausbildungssituation gerade besonders relevant sind. So gesehen empfehlen wir das Buch einerseits als grundlegende Ausbildungsliteratur, andererseits auch als Nachschlagewerk für verschiedene spezielle Themen und Fragestellungen (z. B. Aspekte der therapeutischen Gesprächsführung; Aufbau einer positiven Therapeut-Klient-Beziehung; Therapiemotivation usw.).

Das Buch ist in drei Hauptteile gegliedert:

Teil I:

Es behandelt *theoretische Aspekte der Selbstmanagement-Therapie*, deren Darstellung uns für den therapeutischen Prozess als unverzichtbar erschien. Diese umfassen zunächst (1) begriffliche Klärungen, empirische Befunde, philosophische und praktische Basisannahmen sowie den Versuch einer Standortbestimmung hinsichtlich einer so genannten »Allgemeinen Psychotherapie«. Im eigentlichen Grundlagen-Kapitel (2) folgen Ausführungen zu den Themen System-Modell, Selbstregulation/Selbstkontrolle, Therapie als Problemlösen, Therapeut-Klient-Beziehung, Therapiemotivation, Klinische Probleme und psychische Störungen, Aspekte einer Theorie der Verhaltensänderung sowie unsere Auffassung vom Therapeuten als Wissenschaftler *und* Praktiker. Nach verschiedenen Gesichtspunkten der Diagnostik für den Selbstmanagement-Ansatz (3) präsentieren wir einige Überlegungen zum therapeutischen Prozess in der Makro-Perspektive (4). Dabei versuchen wir schon bei allen Theorie-Teilen, die jeweilige praktische Bedeutung anhand von Beispielen herauszuarbeiten.

Teil II:

Hier wird der idealisierte Verlauf der Selbstmanagement-Therapie im Rahmen eines *siebenstufigen Prozess-Modells* dargestellt, mit dessen Hilfe sich Therapeuten im praktischen Einzelfall orientieren können. Für jede therapeutische Stufe gibt es dabei Schwerpunktziele, die wir konkret darstellen.

Teil III:

Teil III wurde schließlich einigen zentralen Aspekten der *Umsetzung* der Selbstmanagement-Therapie in die Praxis gewidmet. Aus dem Katalog möglicher Themen haben wir diejenigen

Bereiche herausgegriffen, die uns – mit Blick auf den interessierten Leser – besonders bedeutsam erschienen. So gehen wir zunächst (1) auf *allgemeine* Gesichtspunkte der praktischen Umsetzung näher ein, indem wir sechs Grundregeln (Mottos) des Selbstmanagement-Vorgehens beschreiben, um dann intensiv auf die Gesprächsführung und Interaktion einzugehen und danach die Strukturierung der Therapiekontakte zu beleuchten. In Kapitel 2 folgen wichtige Hintergründe zur Arbeit mit Emotionen und Kognitionen in der Therapie. Nach einem Abriss grundlegender Selbstmanagement-Fertigkeiten (3) und Möglichkeiten der Ziel- und Wertklärung (4) betrachten wir den Umgang mit schwierigen Therapiesituationen (5). Ein umfangreiches Kapitel 6 beschäftigt sich mit der Person des Therapeuten, bevor wir im Abschlusskapitel (7) Kanfers »11 Gesetze der Therapie« präsentieren. Anhang, Literatur- und Stichwortverzeichnis komplettieren unsere Darstellung.

Insgesamt möchten wir in diesem Buch unseren Standpunkt verdeutlichen, dass Klienten mithilfe des Selbstmanagement-Ansatzes systematisch lernen können, ihr Leben (wieder) ohne externe professionelle Hilfestellung zu bewältigen und ihre Ziele mit ihrem tatsächlichen Alltag (und umgekehrt) in Einklang zu bringen. Dazu ist eine Orientierung an Effektivitätsbefunden der empirischen Grundlagenforschung für uns unverzichtbar. Unser Modell hebt sich jedoch von einem »klassisch« medizinischen Therapieverständnis (mit dem Therapeuten als alleinigen Experten) ebenso ab, wie von einem idealistischen humanistischen Konzept, wonach der Klient allein auf Grund seiner Selbstheilungskräfte zu einer Veränderung seiner Probleme in der Lage wäre und zu einer optimalen persönlichen Entwicklung gelange (► Teil I, insbesondere Kap. 1 und 2).

Inhaltsverzeichnis

Teil I Theoretische Grundlagen der Selbstmanagement-Therapie

1	Einführung in die Thematik	3	2.3.1	Traditionelle Problemlöse-Ansätze in der Klinischen Psychologie: Ein kurzer historischer Rückblick	38
1.1	Was ist Selbstmanagement-Therapie? Einführende Bemerkungen zur Terminologie	5	2.3.2	Selbstmanagement als dynamisches Problemlösen in einem komplexen Kontext	41
1.1.1	Selbstmanagement und Selbst- management-Therapie	5	2.3.3	Selbstmanagement als interaktives Problemlösen	45
1.1.2	Therapie und andere psychosoziale Tätigkeiten	7	2.4	Die Rolle der Therapeut-Klient-Beziehung im Selbstmanagement-Prozess	51
1.2	Empirische Studien und Befunde zum Selbstmanagement	10	2.4.1	Kooperative Therapeut-Klient-Beziehung: Die therapeutische Allianz im Selbst- management-Prozess	53
1.3	Einige philosophische und praktische Basisannahmen der Selbstmanagement- Therapie	13	2.4.2	Funktionen des Therapeuten	54
1.4	Selbstmanagement-Therapie als Ent- wicklung in Richtung einer »Allgemeinen Psychotherapie«?	15	2.5	Zur Bedeutung von Therapie- motivation	55
			2.5.1	Allgemeine Aspekte von Therapie- motivation	56
2	Grundlagen der Selbstmanagement- Therapie	19	2.5.2	Änderungsmotivation	59
2.1	Grundannahmen unseres System-Modells menschlichen Verhaltens	20	2.5.3	Intrinsische oder selbstregulatorische Motivation	61
2.1.1	Ähnliche System-Modelle	23	2.6	Klinische Probleme und psychische Störungen	63
2.1.2	Alpha-, Beta- und Gamma-Variablen	24	2.6.1	Störungsmodelle als Orientierungshilfe . .	64
2.2	Selbstregulation, Selbstkontrolle und Selbstmanagement-Therapie	28	2.6.2	Psychologische vs. medizinische Modelle von psychischen Störungen	64
2.2.1	Zur besonderen Bedeutung des Selbst- regulations-Systems (Beta-Variablen) . . .	29	2.6.3	Entwicklung und Aufrechterhaltung klinischer Probleme	66
2.2.2	Zur Rolle von automatisierter versus kontrollierter Informationsverarbeitung. .	30	2.7	Aspekte einer Theorie der Verhaltens- änderung	68
2.2.3	Theoretische Modelle der Selbst- regulation	31	2.7.1	Veränderung durch erfahrungsorientiertes Lernen	69
2.2.4	Selbstkontrolle: Ein Spezialfall von Selbst- regulation	35	2.7.2	Zur Bedeutung des »Health-Beliefs-Modell« (HBM) für Verhaltensänderungen	70
2.2.5	Von der Selbstregulation zur Selbst- management-Therapie	36	2.7.3	Zur Bedeutung »plausibler Modelle« (PM) für die Therapie	72
2.3	Therapie als dynamisches und interaktives Problemlösen	38	2.7.4	Typische Phasen der Veränderung: Das Modell von Prochaska & DiClemente . . .	73
			2.7.5	Einige Bedingungen effektiver Verhaltens- änderungen im Selbstmanagement- Prozess	75
			2.8	Der Selbstmanagement-Therapeut als Wissenschaftler und Praktiker	76

3 Diagnostik und ihre Implikationen für den Selbstmanagement-Ansatz . . . 85

3.1 Klassische versus verhaltenstheoretische Diagnostik 85

3.2 Ziele von Diagnostik 87

3.2.1 Zuweisung zu einer diagnostischen Kategorie (Klassifikation) 87

3.2.2 Erfassung spezieller Fertigkeiten (und Defizite) 88

3.2.3 Transformation vager Klientenbeschwerden in konkrete Fragestellungen 89

3.2.4 Diagnostik zum Zweck der Selektion von Interventionsstrategien 89

3.2.5 Vorhersage zukünftiger Verhaltensweisen unter speziellen Bedingungen 89

3.3 Sieben Prinzipien der verhaltenstherapeutischen Diagnostik für Selbstmanagement-Therapeuten 90

3.3.1 Notwendigkeit einer individuellen Problemanalyse 90

3.3.2 Funktionale Betrachtungsweise 91

3.3.3 Inhaltliche Nähe von Diagnostik und Intervention 92

3.3.4 Diagnostik als zeitlicher Verlaufsprozess 92

3.3.5 Aktive Rolle des Klienten im Prozess der Diagnostik 93

3.3.6 Ökonomie der Informationssammlung 93

3.3.7 Hypothesenleitung und ergebnisorientiertes Optimieren 93

3.4 Evaluation durch kontrollierte Praxis 95

4 Der therapeutische Prozess in der Makro-Perspektive 99

4.1 Entscheidungen im Makro-System 99

4.2 Stationen eines Klienten vor einer Therapie 101

4.2.1 Der erste Schritt: Die Person nimmt ein Problem wahr 102

4.2.2 Der zweite Schritt: Die Person bewertet das Problem 103

4.2.3 Der dritte Schritt: Die Person entscheidet sich, Hilfe zu suchen 104

**Teil II
Ein 7-Phasen-Modell
für den diagnostisch-therapeutischen Prozess**

Einführung in die Thematik 109

Zur Rolle und Funktion von Orientierungsmodellen 109

Die Beziehung des 7-Phasen-Modells zu ähnlichen Modellen in der Klinischen Psychologie 110

Das 7-Phasen-Modell im Überblick (Kurzfassung) 111

Erläuternde Kurzcharakteristik des Modells 114

Zum vorläufigen Geltungsanspruch 116

Abschließende Bemerkungen zur sprachlich-didaktischen Darstellung des Modells 118

Phase 1

Eingangsphase – Schaffung günstiger Ausgangsbedingungen 121

Einleitender Überblick 123

1 Bildung einer therapeutischen Allianz 127

1.1 Strukturierung der Rollen von Therapeut und Klient/Aufbau einer kooperativen Therapeut-Klient-Beziehung 127

1.1.1 Rollenstrukturierung 128

1.1.2 Möglichkeiten des gezielten Beziehungsaufbaus 134

1.2 Aufbau von Arbeitsorientierung und Eigenaktivität 139

2 Problembezogene Informationssammlung 143

2.1 Sichtung der Eingangsbeschwerden (Screening) 143

2.2 Sichtung von Eingangserwartungen 148

2.3 Erste Überlegungen hinsichtlich therapeutischer Ansatzpunkte »targets« 151

3	Äußere Merkmale der Therapie-situation	155
3.1	Organisatorische Belange	155
3.2	Therapeutisches Setting.	156

Zusammenfassung/Abschließende Bemerkungen zu Phase 1		159
---	--	-----

Phase 2

Aufbau von Änderungsmotivation und vorläufige Auswahl von Änderungsbereichen		161
---	--	-----

Einleitender Überblick		163
---	--	-----

1	Aufbau von Therapiemotivation (speziell Änderungsmotivation)	165
1.1	Motivieren durch Grundbedingungen des Selbstmanagement-Konzepts	166
1.2	Motivieren durch die Reduktion von Demoralisierung und Resignation	168
1.3	Spezielle Motivationsstrategien	170
1.3.1	Motivationsanalyse	171
1.3.2	Gezielter Aufbau von Änderungsmotivation	172
1.4	Erste Ansätze zur Ziel- und Wertklärung (ZWK)	180

2	Vorläufige Auswahl von Änderungsbereichen	185
2.1	Sachliche Auswahl therapeutischer Ansatzpunkte	186
2.2	Motivationsabhängige Auswahl von Änderungsbereichen	187
2.3	Beantwortung der Grundfrage: »Ändern vs. Akzeptieren?«	190

Zusammenfassung/Abschließende Bemerkungen zu Phase 2		193
---	--	-----

Phase 3

Verhaltensanalyse und funktionales Bedingungsmodell		195
--	--	-----

Einleitender Überblick		197
---	--	-----

1	Situative Verhaltensanalyse: Von der Makro- zur Mikro-Ebene	201
----------	--	-----

2	Kontextuelle Verhaltensanalyse: Von der Mikro- zur Makro-Ebene	211
----------	---	-----

2.1	Analyse von Plänen und Regeln	211
2.2	Analyse von Systembedingungen	216

3	Zusammenfassen vorläufiger Hypothesen zu einem funktionalen Bedingungsmodell	225
----------	---	-----

Zusammenfassung/Abschließende Bemerkungen zu Phase 3		229
---	--	-----

Phase 4

Vereinbaren therapeutischer Ziele		231
--	--	-----

Einleitender Überblick		233
---	--	-----

1	Klären von Therapiezielen	235
----------	--	-----

2	Gemeinsame Zielanalyse	239
----------	---	-----

3	Konsens über therapeutische Zielperspektiven	243
----------	---	-----

Zusammenfassung/Abschließende Bemerkungen zu Phase 4		249
---	--	-----

Phase 5

Planung, Auswahl und Durchführung spezieller Methoden		251
--	--	-----

Einleitender Überblick		253
---	--	-----

1	Planung spezieller Methoden (Auswertung der Phasen 1 bis 4)	255
----------	--	-----

1.1	Nutzung therapeutischer Wissensspeicher	255
-----	---	-----

1.2	Verarbeitung vorliegender Klienten-Informationen	257
-----	--	-----

1.3	Detaillierte Analyse der potenziellen Maßnahmen (Interventionsanalyse)	258
-----	--	-----

2 Entscheidung über spezielle Interventionen 263

3 Durchführung der entsprechenden Maßnahmen 269

Zusammenfassung/Abschließende Bemerkungen zu Phase 5 271

Phase 6

Evaluation therapeutischer Fortschritte . . . 273

Einleitender Überblick 275

1 Kontinuierliche therapiebegleitende Diagnostik 277

2 Prä-/Post-Evaluation 279

3 Zielabhängige Evaluation in der Praxis. 283

Zusammenfassung/Abschließende Bemerkungen zu Phase 6 293

Phase 7

Endphase – Erfolgsoptimierung und Abschluss der Therapie 295

Einleitender Überblick 297

1 Stabilisierung und Transfer therapeutischer Fortschritte 299

2 Arbeit an restlichen therapeutischen Ansatzpunkten bzw. Bearbeiten neuer therapeutischer Ziele 303

3 Erlernen von Selbstmanagement als Prozess 305

3.1 Erlernen von Selbstmanagement-Fertigkeiten 305

3.2 Gezielte Prävention von Misserfolgen und Rückfällen. 307

4 Beenden/Ausblenden der Kontakte 311

5 Abschluss-Feedback/Vorbereitung von Follow-up/Katamnesen 317

Zusammenfassung/Abschließende Bemerkungen zu Phase 7 319

Abschließende Bemerkungen zu Teil II 321

Entscheidungshilfen für den Umgang mit dem 7-Phasen-Modell 321

Zur praktischen Bewährung des Ansatzes 322

Epilog 323

**Teil III
Die Umsetzung des Selbstmanagement-Ansatzes in die Praxis**

1 Allgemeine Aspekte des Selbstmanagement-Konzepts in der Praxis . . 327

1.1 Sechs Grundregeln für das Selbstmanagement-Vorgehen 327

1.2 Gesprächsführung und Interaktion im Selbstmanagement-Prozess: Das diagnostisch-therapeutische Interview . . 334

1.2.1 Zur Funktion der therapeutischen Gesprächsführung 335

1.2.2 Alltägliche versus therapeutische Interaktionen 337

1.2.3 Allgemeiner Stil der Gesprächsführung und Interaktion im Selbstmanagement-Prozess 339

1.2.4 Spezielle zielorientierte Strategien des Gesprächs 343

1.3 Strukturierung der Therapiekontakte . . . 343

1.3.1 Typischer Aufbau einer Therapiesitzung 346

1.3.2 Zur besonderen Situation des Erstkontakts 349

2 Emotionen und Kognitionen in der diagnostisch-therapeutischen Praxis . . 355

3 Grundlegende Selbstmanagement-Fertigkeiten 365

3.1	Vermittlung von Selbstregulationsfähigkeiten	366	6.2	Zur Bedeutung von Selbsterfahrung für Selbstmanagement-Therapeuten: Möglichkeiten einer »Zielorientierten Selbstreflexion«	441
3.2	Veränderung der Umgebung	368	6.2.1	Vergangenheitszentrierte Selbsterfahrung/ Selbstreflexion	445
3.3	Therapeutische Aufgaben und Hausaufgaben	369	6.2.2	Gegenwartsbezogene Selbsterfahrung/ Selbstreflexion	448
3.4	Rollenspiel	371	6.2.3	Zukunftsbezogene Selbsterfahrung/ Selbstreflexion	455
3.5	Kontrakte schließen	374	6.3	Ausbildung, Supervision und professionelle Weiterentwicklung	459
3.6	Umgang mit unerwarteten Situationen	376	6.3.1	Zur Rolle von Therapieausbildung	459
3.7	Entspannungsübungen/körperliche Fitness	377	6.3.2	Zur Rolle von Supervision	463
3.8	Entwicklung von Genussfähigkeit	378	6.3.3	Zur professionellen Weiterentwicklung	466
4	Möglichkeiten der Ziel- und Wertklärung (ZWK)	381	6.4	Optimierung der klinisch-psychologischen Urteilsbildung in der Praxis	468
4.1	Einige theoretische Grundlagen	381	7	Statt eines Ausblicks: Kanfers 11 Gesetze der Therapie	479
4.2	Hauptzwecke und Funktionen der ZWK	383	Anhang		
4.3	Konkrete Durchführungsvoraussetzungen in der Praxis	385	A:	Die historische Entwicklung lerntheoretischer »Kürzel-Systeme« im Überblick	485
4.4	Produktionsphase	387	B:	Situative Verhaltensanalyse (Mikro-Ebene) im Überblick	487
4.5	Auswertung der ZWK-Anregungen	393	C:	Kontextuelle Verhaltensanalyse (Makro-Ebene) im Überblick	489
4.6	Integration der ZWK-Ergebnisse in den Alltag	399	D:	Evaluationsbogen für Therapie-sitzungen (Selbsteinschätzung des/ der Therapeuten/in)	491
4.7	Mögliche Schwierigkeiten bei der Durchführung von ZWK	400	E:	Kurzprotokoll-Bogen	493
4.8	Ziel- und Wertklärung als individueller Lernprozess	401	F:	Evaluationsbogen für Supervision	495
5	Umgang mit schwierigen Therapie-situationen	403	Literatur	499	
5.1	Problemlösen bei Binnenproblemen	403	Über die Autoren	539	
5.2	Widerstands-Phänomene im Rahmen des Selbstmanagement-Prozesses	406	Sachverzeichnis	541	
5.3	Andere Problemsituationen	414			
6	Der Therapeut als Person	429			
6.1	Anforderungen an einen effektiven Selbstmanagement-Therapeuten	429			
6.1.1	Therapeutische und interpersonale Fertigkeiten	430			
6.1.2	Persönliche Überzeugungen, Motive und Wertvorstellungen des Therapeuten	430			
6.1.3	Lebenserfahrung und Wissen über sich selbst	434			
6.1.4	Wissen über die soziokulturelle Realität von Klienten	436			
6.1.5	Orientierung an ethischen/berufsständischen Standards	438			

Teil I

Theoretische Grundlagen der Selbstmanagement-Therapie

1 Einführung in die Thematik

Wer sich heutzutage näher für Psychotherapie interessiert, sieht sich einer verwirrenden Vielfalt unterschiedlichster Ansätze, Standpunkte und Behandlungsprinzipien gegenüber. Nachdem Corsini (1983) bereits mehr als 250 unterscheidbare Therapierichtungen aufgelistet hatte, darf ihre Zahl mittlerweile auf ca. 600 geschätzt werden. Neben fundierten Konzepten, die anerkannten professionellen Standards entsprechen, sind darin auch dubiose Angebote, manche »Mogelpackungen« (z. B. kreative Neubezeichnungen altbekannter Methoden), kurzlebige Modeströmungen, exotische Verfahren bis hin zu esoterisch-spirituellen Heilslehren mit enthalten. Dabei gibt es große Unterschiede in der jeweiligen Behandlungsphilosophie, den impliziten und expliziten Menschenbildannahmen, postulierten und tatsächlichen Erfolgsraten, praktischen Vorgehensweisen und der Akzeptanz seitens der Öffentlichkeit. Manche basieren auf einem kohärenten theoretischen Modell, manche auf der psychologisch-philosophischen Glaubenslehre eindrucksvoller Gründerfiguren, manche auf empirischen Daten der Grundlagenforschung, manche in erster Linie auf einer Sammlung privater klinischer Erfahrung oder auf einer cleveren Nutzung sämtlicher Tricks der Werbepsychologie. Nicht nur Ausbildungskandidaten oder »fertige« Therapeuten, sondern noch mehr die »Menschen im Alltag« tun sich angesichts dieser Situation mit der Orientierung schwer – noch dazu, da Psychotherapie in unserer Gesellschaft einerseits immer noch von einer geheimnisvollen, mystischen Aura umgeben ist, und andererseits angesichts einer zunehmenden »Sinnkrise« (bzw. der Auflösung herkömmlicher Sozialstrukturen) mit utopischen Heilerwartungen überfrachtet wird.

Wie wir später noch ausführen werden, postulieren wir einen prinzipiellen Pluralismus von Weltanschauungen, Lebenshaltungen, theoretischen Standpunkten oder praktischen Vorgehensweisen – auch im Bereich der Psychotherapie. Allerdings engen

sich die Alternativen dann ein, wenn es darum geht, optimale Vorgehensweisen zum Erreichen bestimmter Zwecke in bestimmten Situationen zu entwickeln. Viele Ziele (z. B. psychische Gesundheit, psychosoziale Problembewältigung, persönliche Orientierung, optimale Prävention, effektive Therapie) sind daher *nicht mit beliebigen Mitteln* zu erreichen. Unter dieser Perspektive muss sich die schillernde Vielfalt psychotherapeutischer Schulrichtungen einer strengen – und für viele ernüchternden – Auslese stellen. Erfreulicherweise haben sich auf internationaler Ebene – verbunden mit Namen wie Garfield, Orlinsky, Strupp und vielen anderen – die Bemühungen der empirischen Therapieforchung sowohl quantitativ als auch qualitativ stark verbessert (vgl. im Überblick: Bergin & Garfield, 1994; Lambert, 2004). Im deutschen Sprachraum hat vor allem die langjährige Forschungsarbeit von Klaus Grawe die Notwendigkeit deutlich gemacht, Psychotherapie aus dem Stadium von Glaubensgewissheiten herauszuführen und zu nachprüfbar Ergebnissen zu gelangen (»von der Konfession zur Profession«: vgl. Grawe, Donati & Bernauer, 1994). Auch andere Autoren haben die Hoffnung geäußert, dass das letzte Jahrzehnt unseres Jahrhunderts zu einem »age of accountability« werden könnte, in dem psychotherapeutische Konzepte Rechenschaft über ihre tatsächliche Effektivität ablegen müssen (Cross, 1985). Das so genannte »Dodo-Verdikt« aus Lewis Carrolls »Alice im Wunderland«, wonach »alle gewonnen und Preise verdient haben«, trifft für die Psychotherapie auf Grund neuerer Forschungsbefunde nämlich *nicht mehr zu*, wobei Grawe zudem darauf hingewiesen hat, dass es bislang bevorzugt von solchen Therapieschulen zur Eigenlegitimation benutzt wurde, die sich niemals einer empirischen Überprüfung gestellt haben!

Eines der Hauptanliegen unseres Selbstmanagement-Ansatzes besteht darin, wissenschaftlich-psychologische Befunde mit den Erfordernissen des praktisch-therapeutischen Handelns zu verbinden

(und umgekehrt). Dies halten wir auch deshalb für erforderlich, weil im psychosozialen Lager zwar viele das Prinzip der »Hilfe zur Selbsthilfe« auf ihre Fahnen geschrieben haben, jedoch kaum Nutzenwendung aus einer Fülle von Anregungen der Grundlagenforschung ziehen, um dieses Motto möglichst effektiv umzusetzen. Wir unterscheiden uns damit von einer Sichtweise, welche vorrangig die subjektive Werthaltung des Klinikers und seine persönliche Erfahrung oder Entwicklung betont, wie dies in vielen so genannten humanistischen Ansätzen der Fall ist; wir weichen aber auch von einem engen wissenschaftlichen Ansatz ab, wie er weitgehend im klassischen Behaviorismus vertreten wurde. Für die psychotherapeutische Praxis befürworten wir einen *pragmatischen* Standpunkt mit einem Schwerpunkt auf solchen Strategien und Vorgehensweisen, die durch Ergebnisse der aktuellen Grundlagenforschung gestützt sind. Unserer Auffassung nach sind in der Therapie persönliche Erfahrung, Kreativität und insbesondere ein ehrliches Bemühen um das Wohlergehen des Klienten von hoher Bedeutung. Zusätzlich meinen wir, dass ein profundes Wissen über psychologische, biologische und soziale Prozesse im menschlichen Erleben und Verhalten unentbehrlich ist, wenn Therapeuten die Funktion eines Änderungsassistenten für ihre Klienten optimal erfüllen möchten. Der entscheidende Unterschied zu Freunden, Bekannten und Laienhelfern liegt in der fachlichen Ausbildung des Therapeuten, die auch in seiner professionell-klinischen Haltung zum Tragen kommen muss (► Teil III, Kap. 6).

Wie wir später noch ausführlicher darstellen werden, spielen u. a. folgende Elemente in unserem Selbstmanagement-Ansatz eine wichtige Rolle:

Psychologische Theorien der Veränderung: Klienten, die in Therapie kommen, erleben einen Zustand der Unzufriedenheit mit ihrem derzeitigen Status quo und haben gleichzeitig die Erwartung, dass dieser Zustand in irgendeiner Weise *geändert* werden kann. Deshalb stellen psychologische Theorien der Veränderung einen Kernbereich dar (vor allem Lern-, Motivations- und Handlungstheorien, Theorien der Informationsverarbeitung, aber auch alle Theorien und Wissensgebiete, die den Kontext von Veränderungsprozessen betreffen). Ziel solcher Veränderungen ist in der Regel die *Problembewältigung*

oder – positiv ausgedrückt – die Verbesserung der jeweiligen Lebenssituation von Klienten.

Menschenbildannahmen: Ein wichtiges Leitmotiv ist das Streben nach Selbstbestimmung, Selbstverantwortung und Selbststeuerung, gepaart mit einer Präferenz für eine aktive Rolle beim Bestimmen des eigenen Lebensschicksals. Unser Konzept versucht daher, Menschen bei der Übernahme von Selbstverantwortung behilflich zu sein, erkennt jedoch an, dass es biologische, soziale und kulturell bedingte Grenzen gibt, die selbst mit noch so effektiver Therapie nicht zu überschreiten sind.

Suche nach Orientierung: Menschen gehen auch deshalb in Therapie, weil sie ihre Bedürfnisse besser klären, Entscheidungskonflikte lösen oder ein »sinnvolleres« Leben führen möchten. Selbstmanagement setzt zunächst einmal voraus, dass sich die Klienten intensiver mit ihren Motiven, Zielen und Werten beschäftigen, um danach ihren Alltag mit diesen (und umgekehrt) in Einklang bringen zu können (vgl. auch Schmelzer, 1994 c).

Berücksichtigung des jeweiligen soziokulturellen und lebensgeschichtlichen Kontextes: Menschen leben in einer bestimmten sozialen und kulturellen Umgebung, die sich ebenso kontinuierlich ändert wie lebensgeschichtliche Erfahrungen und biologische Prozesse der betreffenden Personen. Wegen dieser Kontextabhängigkeit sind generelle Schlussfolgerungen über das Erleben und Verhalten von Einzelpersonen nur mit großer Vorsicht möglich. Der momentane und lebensgeschichtliche Hintergrund von Klienten wird während des gesamten Therapieverlaufs genauso mitberücksichtigt wie Einflüsse des therapeutischen Settings bzw. der Person des jeweiligen Therapeuten.

Betonung von Flexibilität, Dynamik und probabilistischem Denken: Dies bedeutet ein Abrücken von starren, linearen Regeln, von der Annahme singulärer »wahrer« Problemursachen, von der Suche nach allgemein gültigen Therapiezielen, idealen Persönlichkeiten oder Behandlungsmaßnahmen. Positiv lässt sich unsere Haltung durch die Schlagworte der Prozessorientierung, der stetigen Optimierung von Lösungen anhand neuer Ergebnisse/Informationen

sowie durch das Konzept adaptiver Prozesse kennzeichnen.

Selbstmanagement-Therapeuten sind im Denken und Handeln somit einem Wert- und Normen-System verbunden, das wir weiter unten in Form unserer Basisannahmen zu explizieren versuchen (► Teil I, Kap. 1.3). Des Weiteren beeinflussen natürlich auch individuelle Einstellungen, lebensgeschichtliche Prägungen und soziokulturelle Vorerfahrungen den Therapieprozess (► Teil III, Kap. 6). Ob z. B. ein Problem als behandlungsbedürftig angesehen wird, ob bestimmte Auffälligkeiten zwar erkannt aber noch toleriert werden, ob sich Klienten eines Problems schämen (und es deswegen zu verheimlichen suchen), ob bestimmte Therapieziele als günstig eingeschätzt werden, variiert sowohl zwischen Personen als auch zwischen verschiedenen Kulturen in hohem Maße. Der Therapeut sollte daher versuchen, sich seines Handelns in einem sozialen Rahmen bewusst zu sein und neben den sachlichen Erwägungen einer optimalen Therapieplanung auch die ständig einfließenden subjektiven Bewertungen reflektieren. Für das Verständnis der Klientensituation ist es günstig, sich die jeweiligen Normen und Erwartungen vor Augen zu halten, denen ein Klient in seiner sozialen Welt ausgesetzt ist, sowie die Art und Weise nachzuvollziehen, wie dieser sich bisher seine Probleme und Ziele konstruiert und Lösungen versucht hat. Selbst wenn Klienten gravierende persönliche und emotionale Schwierigkeiten erleben, gehen wir davon aus, dass sie subjektiv »gute Gründe« für ihr bisheriges Verhalten haben. Diese müssen wir (und sie selbst) erst klären, wenn es künftig zu konstruktiven Veränderungen kommen soll. Die Hauptaufgabe eines guten Therapeuten besteht darin, im Kontakt zu Klienten eine ausgewogene Balance zu finden – eine Balance zwischen (a) einer positiv-empathischen Haltung gegenüber dem Klienten samt aller Möglichkeiten und Begrenzungen seiner Person und seinem sozialen Kontext und (b) der Fähigkeit, auf systematische Weise Änderungen anzuregen, mit denen der Klient fähig wird, seine Lebenssituation in Richtung seiner Wünsche zu verbessern. Es gehört zu den zentralen Zielen unserer Therapie, Klienten – innerhalb bestimmter menschlicher und soziokultureller Grenzen – ein freieres Handeln zu ermöglichen und uns (nach deren zeitlich begrenzter Begleitung in Form eines systemati-

schen Lernprozesses) dann wieder aus dem Leben der Klienten zu verabschieden.

In den folgenden Abschnitten möchten wir zunächst einige Begriffsklärungen vornehmen (1.1), einen Blick in die empirische Literatur zum Thema Selbstmanagement werfen (1.2), unsere philosophischen und praktischen Basisannahmen darlegen (1.3) und schließlich die Frage stellen, ob unser Ansatz bereits als Entwicklung in Richtung einer empirisch fundierten »Allgemeinen Psychotherapie« gelten kann (1.4).

1.1 Was ist Selbstmanagement-Therapie? Einführende Bemerkungen zur Terminologie

1.1.1 Selbstmanagement und Selbstmanagement-Therapie

Selbstmanagement als umfassender Oberbegriff. Selbstmanagement ist mittlerweile vor allem im englisch-amerikanischen Sprachraum – zu einem Sammelbegriff für solche Therapieansätze geworden, die alle gemeinsam haben, dass Klienten zu besserer Selbststeuerung angeleitet und möglichst aktiv zu einer eigenständigen Problembewältigung fähig werden. Wenn dieser systematische Lern- und Veränderungsprozess erfolgreich abläuft, sind Klienten (wieder) in der Lage, ihr Leben *ohne* externe professionelle Hilfe in Einklang mit ihren Zielen zu gestalten. Diese Sichtweise ist eng verbunden mit Ansätzen der sozialen Lerntheorie, der Selbstkontrolle und Selbstregulation und der kognitiven Verhaltenstherapie bzw. mit den Namen Albert Bandura, Frederick Kanfer oder Donald Meichenbaum (vgl. Rehm & Rokke, 1988). Zwischenzeitlich wurde »selfmanagement« in der internationalen psychologischen Fachsprache zu einem anerkannten Terminus, der als eigenständiges Stichwort in den THESAURUS OF PSYCHOLOGICAL INDEX TERMS (APA, 1993) aufgenommen ist und somit auch für computerunterstützte Literaturrecherchen benutzt werden kann. Wir werden Selbstmanagement in unserem Buch in diesem *umfassenden* und *allgemeinen* Verständnis immer dann verwenden, wenn es um die eben skizzierte Grundphilosophie oder um die Anwendung bestimmter Selbstmanagement-Fertigkeiten aus dem

obigen Spektrum geht (z. B. Selbstbeobachtung, Selbstinstruktionen, Zielklärung und -setzung, Selbstverstärkung, Selbstkontrolle).

Selbstmanagement-Therapie. Dagegen möchten wir den Begriff der Selbstmanagement-Therapie spezieller gefasst wissen und auf die Theorie und Praxis der »instigation therapy« (vgl. Kanfer & Phillips, 1966, 1970/dt. 1975) beziehen, die wir in diesem Buch ausführlich beschreiben werden (vgl. auch Kanfer & Schefft, 1988). Ihr liegt ein bestimmtes Verständnis des gesamten diagnostisch-therapeutischen Prozesses zugrunde, das nicht lediglich im Anwenden bestimmter Selbstregulationsmethoden besteht, sondern eine generelle Therapeutenhaltung (z. B. des Anregers/Katalysators für Veränderungen bei Klienten) und ein 7-phasiges Prozessmodell für die systematische Umsetzung von Veränderungen in die Praxis beinhaltet. Ihre Behandlungsphilosophie, ihr Menschenbild, ihre theoretischen Grundannahmen und ihr Bezug auf aktuelle Befunde der psychologischen Grundlagenforschung werden in ► Teil I dieses Buches präsentiert, während die ► Teile II und III der unmittelbaren praktischen Umsetzung des Ansatzes gewidmet sind.

Was ist Selbstmanagement-Therapie nicht? Während der gesamte weitere Text unseres Buches dazu beitragen soll, unser Konzept in konstruktiv-positivem Sinne darzulegen, möchten wir – auf der Basis mancher Missverständnisse, mit denen wir in den letzten Jahren ab und zu konfrontiert waren – vorab klären, was wir *nicht* darunter verstehen:

Selbstmanagement-Therapie ist keine Anleitung zu Egoismus oder rücksichtsloser Selbstdurchsetzung. Kanfer hat schon 1979 in einem Beitrag die Frage gestellt, ob die westlichen Gesellschaften das Zeitalter des Individualismus überleben können (und ist später noch skeptischer geworden: vgl., Kanfer, 1992). Unsere Botschaft lautet daher, bei allen Zielvereinbarungen auch die soziale Verantwortung zu betonen. So wäre es durchaus in Einklang mit unserem Ansatz, wenn sich eine Person nach rationaler *und* emotionaler Abwägung entscheidet, *altruistisch* zu leben und für andere da zu sein (ohne dass wir dieses Ziel deshalb als allgemein gültig propagieren wollen).

Selbstmanagement-Therapie ist nicht Verhaltensmodifikation mit anderem Namen oder direktive Verhaltens-

therapie »in humanistischer Verkleidung«. Wie unsere begriffliche Differenzierung im nächsten ► Kapitel (1.1.2) verdeutlichen wird, sind wir strikt gegen eine falsch verstandene Expertenhaltung oder ein autoritäres Überstülpen von Maßnahmen (Therapie wider Willen). Wir akzeptieren daher die Autonomie unserer Klienten, gewähren ihnen ein Recht auf Widerstand und wenden uns gegen alle Versuche, Personen mit besonders hinterhältigen Tricks dazu zu bringen, das zu tun, was Therapeuten von ihnen wollen.

Selbstmanagement-Therapie hat nichts mit »Management« oder dem kommerziell orientierten Wirtschafts- und Geschäftsleben zu tun. Wir betonen dies deshalb so ausdrücklich, weil gerade im deutschen Sprachraum der Begriff »Selbstmanagement« auch seitens des Arbeitsfelds »Management«/»Personal-, Organisations- und Unternehmensberatung«/»Industrie« etc. Verwendung findet, wo vor dem Hintergrund einer pragmatischen Geschäftsphilosophie (eine Mixtur aus positivem Denken, »Help-yourself«-Ideologie und einer Karriereanleitung zum »Self-made-man«) versprochen wird, sich durch die Anwendung richtiger Techniken »vom Tellerwäscher zum Millionär« entwickeln zu können. Meist geht es um einen möglichst rationellen Einsatz von Zeitplanungs-, Zielsetzungs- und Arbeitstechniken (vgl. Rühle, 1991; Seiwert, 1991; Zelms, 1992 etc.) zum Zweck der Erhöhung von persönlicher Leistung oder betrieblichem Erfolg. Wir halten dies für bedauerlich, da es möglicherweise einer begrifflichen Verunsicherung Vorschub leistet. Ähnliches gilt für Methoden der »Persönlichkeitsbildung«, wonach durch »Selbstmanagement« (hier verstanden als »coach yourself«: z. B. Besser-Siegmund, 1992; Weiß, 1990) persönliche »Power«, Kompetenz bzw. überzeugendes Auftreten propagiert wird. Allerdings ist der Begriff »Selbstmanagement« weder geschützt noch wird ein solcher Titelschutz beabsichtigt, sodass wir allenfalls deutlich machen können, dass wir den Begriff nur in unserem obigen Verständnis auf den Anwendungsbereich der Klinischen Psychologie und Psychotherapie begrenzen wollen. Der Bereich der Arbeits- und Organisationspsychologie, Mitarbeiterführung und des Personalmanagements (z. B. von Rosenstiel, Regnet & Domsch, 1991; Domsch, Regnet & von Rosenstiel, 1993) fällt somit nicht unter das von uns intendierte Gebiet, ebenso wenig Ansätze zum »mentalen Training« im Leistungssport (selbst wenn sie von kompetenten Vertretern wie Suinn, 1989 publiziert sind) oder Berichte über Selbsthilfeprogramme bzw. Selbsthilfeinitiativen (z. B. Braun & Opielka, 1992).

Selbstmanagement-Therapie ist kein Allheilmittel für alles. Wie wir insbesondere in unserem Kapitel zum Geltungsanspruch unseres 7-Phasen-Modells präzisieren werden, gibt es minimale praktische Voraussetzungen für die Anwendung

unseres Ansatzes bzw. Situationen/Fragestellungen, für die andere Vorgehensweisen besser geeignet sind. Auch können wir weder »Tatsachen des Lebens«, externe oder intern-biologische Gegebenheiten ändern noch utopische Ziele erreichbar machen.

Selbstmanagement-Therapie ist keine neue Therapie-schule oder gar ideologische Gemeinschaft. Unser Konzept hat zwar – in seiner Gesamtheit – einige Besonderheiten, die es von anderen Richtungen unterscheidet; trotz dieser einzigartigen Merkmale möchten wir aber daraus nicht den Anspruch auf eine grundlegend andersartige, innovative Psychotherapieschule ableiten. Dies ist schon deshalb unmöglich, weil wir sehr viel Wert auf die pragmatische Nutzung solcher Elemente legen, die sich als gemeinsame Wirkfaktoren auch in anderen (z. B. sog. humanistischen) Therapieformen bewährt haben. Weiter unten im Text (► Kap. 1.4) werden wir unsere Präferenz für eine *empirisch fundierte klinische Psychologie* darlegen, die sich eine rigide Festlegung auf Schulengrenzen nicht mehr leisten kann und will.

Selbstmanagement-Therapie bedeutet nicht völlige Freiheit für Klienten bzw. Lossprechung des Therapeuten von jeglicher Verantwortung. Unsere Therapie vollzieht sich nicht im Cafeteria-Stil, wo Klienten nach Belieben ihre Ziele/Methoden auswählen und den Therapeuten lediglich als »Erfüllungsgehilfen« benutzen. Gerade das Vereinbaren therapeutischer Zielvorstellungen, die Selektion therapeutischer Ansatzpunkte und adäquater Maßnahmen etc. sind für uns kooperative Entscheidungen, die mit hoher Offenheit und Transparenz ablaufen müssen. Dabei sollten die Klienten ihre persönlichen Bedürfnisse einbringen, während Therapeuten für den optimalen Prozessablauf verantwortlich sind. Da ab und zu Zielkonflikte auftauchen werden, und jede Therapie einen subtilen wechselseitigen Beeinflussungsprozess darstellt, sind ein ständiger kollegialer Austausch, Fallbesprechungen, Supervision und die Orientierung an ethisch-berufsständischen Richtlinien für Therapeuten notwendige berufsbegleitende Hilfen.

Selbstmanagement-Therapie hat feste Grenzen. Obwohl der Therapeut dazu verpflichtet ist, Klienten zu helfen, gibt es für ihn klare Grenzen. Es ist für ihn ausgeschlossen, solche Aktionen, Therapieziele oder Methoden zu unterstützen, die anderen Personen Schaden zufügen bzw. gegen die Berufsethik oder geltende Gesetze verstoßen. Die Anliegen unserer Klienten haben zwar hohe Priorität; dabei dürfen aber weder das Wohlergehen anderer Personen noch die legitimen Interessen der Gesellschaft missachtet werden. In dieser Hinsicht empfehlen wir mit Paulus (1994, S. 271 ff.) eine »Selbstverwirklichung in sozialer Verantwortung«.

Selbstmanagement-Therapie ist nicht offen für »alles«.

Wenn unser Ansatz eine prinzipielle methodische Offenheit und ein Interesse für empirisch fundierte Konzepte und Vorgehensweisen anderer Therapierichtungen bekundet, so ist dies nicht als Einladung zur Nutzung beliebiger Elemente misszuverstehen. Beispielsweise gibt es zur Deutung von Traumsymbolen nach Freud oder den Jungschen Archetypen keine Affinitäten. Im Wesentlichen sind es (a) unsere in ► Kap. 1.3 skizzierten Basisannahmen und (b) das Kriterium der empirisch belegten Effektivität für bestimmte Zwecke, die aus unserer Sicht über die Verwendbarkeit »fremder« Methodenbausteine in unserem Konzept entscheiden.

Selbstmanagement-Therapie ist nicht wertfrei. Trotz der Bevorzugung multipler Weltanschauungen und Lebensformen ist unser Ansatz nicht völlig willkürlich oder wertfrei; so sind z. B. »Pluralismus«, »Autonomie« oder die »Orientierung an wissenschaftlichen Effektivitätsdaten« elementare Werte, die sich allerdings nicht empirisch prüfen lassen, sondern a priori festgelegte, konstituierende Grundannahmen darstellen (weitere philosophische Basisannahmen folgen in ► Kap. 1.3).

1.1.2 Therapie und andere psychosoziale Tätigkeiten

Therapeuten und Berater erfüllen viele Funktionen, die wir nicht alle automatisch als Therapie bezeichnen. Wir möchten daher zunächst unser Verständnis von Therapie klären und dabei manche Unterschiede zu anderen psychosozialen Dienstleistungen deutlich machen (vgl. auch Kanfer & Schmelzer, 2005, S. 21 ff.).

Therapie: Unter *Therapie* verstehen wir die Umsetzung eines systematischen Veränderungsprozesses, der an den Problemen von Klienten ansetzt, deren jeweilige Bedingungen analysiert, auf (zunächst noch zu klärende) Therapieziele gerichtet ist und sich anhand der jeweils eintretenden Ergebnisse kontinuierlich selbst steuert, bis ein Optimum erreicht ist. Therapie ist somit *zielgerichtet*, *problemorientiert*, nicht immer kurz, aber doch *zeitlich begrenzt*.

Eine Therapie, die sich als *wissenschaftlich* orientiert bezeichnen will, sollte einige zusätzliche Kriterien erfüllen können (vgl. z. B. Baumann, Hecht & Mackinger, 1984; Perrez, 1982 a; Strotzka, 1975; Grawe, Donati & Bernauer, 1994; Kanfer, 1996 a).

Insbesondere sollten ihre Grundannahmen und praktischen Vorgehensweisen mit den aktuellen Ergebnissen der Grundlagenforschung in Einklang stehen (oder zumindest keine krassen Widersprüche zum »rationalen Corpus« der empirischen Psychologie aufweisen); alle Vorgehensweisen und Resultate sollten transparent gemacht und nachprüfbar beschrieben werden (inkl. Indikation, Ziele, Methoden, Risiken usw.), und es muss eine Bereitschaft zu Evaluation und Effektüberprüfung gefordert werden (► Teil I, Kap. 2.8).

Wie bereits angedeutet, betont unsere *Selbstmanagement-Therapie* eine hohe Selbstverantwortung der Klienten für ihre Entscheidungen, kontinuierliche Prozessorientierung, Ziel- und Motivationsklärung (als Orientierungshilfe) und die *strukturierte Anleitung zur Selbststeuerung*, dass die Klienten schließlich wieder ohne Unterstützung des Therapeuten leben können. Letzteres stellt das wesentliche Oberziel unseres Ansatzes dar, und es ist nur auf den ersten Blick paradox, wenn sich das Lernen von Selbstmanagement zunächst mittels teilweiser Fremdsteuerung von außen vollzieht – zumindest während der unmittelbaren Therapie, bei der analog zur kindlichen Selbstständigkeitserziehung solche Fertigkeiten vermittelt werden, die ein autonomes Leben erst (oder wieder) ermöglichen. Wie wir in diesem Buch noch ausführlich darstellen, werden in einer speziellen professionell-therapeutischen Haltung (eine Mischung aus Empathie und dosierten Änderungsanreizen) ständig *Anregungen* für Veränderungen/Verbesserungen gegeben, die Aufmerksamkeit auf unterrepräsentierte Problemanteile bzw. positive Ressourcen gelenkt, herausfordernde Fragen gestellt (statt Antworten/Ratschläge zu geben), fehlende Fertigkeiten aufgebaut und vieles mehr, um Klienten selbst konstruktive Lösungsalternativen finden und umsetzen zu lassen. Im Wesentlichen geht es um eine *professionelle Unterstützung* von Klienten bei der Lösung von alltagsbezogenen Problemen, Konflikten und Lebensaufgaben, was meist erforderlich macht, situative Anforderungen und persönliche Ziele/Bedürfnisse in Einklang zu bringen (vgl. auch Cantor, 1994).

Daneben gibt es eine Reihe anderer psychosozialer Dienste, die ebenso ihre Daseinsberechtigung besitzen, jedoch zum Teil deutlich anderen »Spielregeln« folgen:

Krisenintervention: Die Krisenintervention stellt eine eher kurze, sofortige und direkte Maßnahme dar, bei der unter Einsatz aller verfügbaren Hilfsmittel eine akute Krise bewältigt werden muss. Wichtige Selbstmanagement-Regeln (wie z. B. allmählich Motivation aufbauen, Verantwortung immer wieder an Klienten zurückgeben, Klienten die Initiative überlassen) finden hier – zumindest im dringlichen Stadium – keine Anwendung. Beispiele dafür sind der Suizidversuch einer depressiven Person, physische und sexuelle Gewalt, Weglaufen eines pubertären Kindes aus der Familie, akuter psychotischer Schub eines schizophrenen Vaters, Unfalltod des Partners, die Situation nach der Diagnose »AIDS« oder »Krebs«, Vergewaltigung, Mordanschlag/Erpressung, terroristische Aktionen etc. In solchen Fällen ist eine aktive, »zupackende« Haltung des Therapeuten vonnöten, der auch z. B. unmittelbar entscheiden muss, ob Selbst- bzw. Fremdgefährdung droht, polizeiliche oder medizinische Soforthilfe notwendig ist oder dergleichen (► Teil III, Kap. 5.2.3).

Langzeitbetreuung: Am anderen Ende des zeitlichen Kontinuums finden wir die Langzeitbetreuung oder auch lebensbegleitende Hilfe; damit sind Unterstützungsformen mit eher sozialarbeiterischem Schwerpunkt gemeint (beispielsweise für geistig oder körperlich Behinderte, entlassene Klinikpatienten, Pflegebedürftige oder für andere Personengruppen, die ohne ständige externe Hilfe nicht lebensfähig wären). Hier geht es weniger um kontinuierliche, zielgerichtete Veränderungen, sondern um »Hilfe zur Daseinsbewältigung« oder »Hilfe zum Überleben«, um emotionalen Rückhalt sowie um das Erledigen notwendiger Alltagsverrichtungen. Dies wird in vielen Fällen durch das soziale Netz von Familie, Freunden und Verwandten geleistet, heutzutage aber immer öfter von institutioneller Betreuung (Sozial- und Pflegedienste, öffentliche Wohlfahrt etc.) abgelöst.

Beratung: Schwieriger wird es, Therapie von verschiedenen Formen der Beratung abzugrenzen (z. B. Berufsberatung, Sexualberatung, Schullaufbahn-Beratung oder Ernährungsberatung): Unter klassischer »Beratung« (in Analogie zur Rechtsberatung oder EDV-Beratung) verstehen wir in erster Linie die gezielte Weitergabe von Expertenwissen (»Know-

how«, Informationen, Tipps, Ratschläge, Hinweise) an Personen, die ihre meist umgrenzte Fragestellung klar benennen können. Klienten kommen mit spezifischen Anliegen, meist mit hohem Interesse an deren Klärung in kurzer Zeit, und erwarten, dass ein Berater seine Fachkompetenz zur Beantwortung ihrer Fragen nutzt. Wenn es in der Praxis auch fließende Übergänge von Kurzzeit-Beratung zu Therapie (und umgekehrt) geben mag, so möchten wir vor allem das Kriterium der schnellen Weitergabe von Spezialwissen (für Beratung) und das Kriterium der längerfristigen systematischen Anleitung zu zielgerichteten Veränderungen (für Therapie) als Unterscheidungshilfe betonen.

Selbsterfahrung: Ganz andere Schwerpunkte setzen solche Angebote, die als Selbsterfahrung zu bezeichnen sind. Dabei stehen in der Regel persönliche Erfahrungen, die Suche nach emotionalen Gipfelerlebnissen, Selbstverwirklichung und »Persönlichkeitsentwicklung« in der Tradition der »Human Potentials«-Bewegung im Vordergrund oft in Form von Encounter- oder Psychogruppen, losgelöst von der Realität des Alltags. In den seltensten Fällen wird auf eine systematische Bewältigung von Alltagsproblemen abgezielt, weshalb wir die Selbsterfahrung eher der »psychologisch angehauchten Freizeitgestaltung« zurechnen, die in der Psychokultur westlicher Gesellschaften Mode geworden ist – bis hin zum »Psychoboom«. Hier gelten meist völlig andere Spielregeln (z. B. Interaktionsrituale, Psychosprache, Primat der Emotionen, Ablehnung rationaler Begründungen, Verzicht auf Zielorientierung bzw. Evaluation von Effekten) als von wissenschaftlich fundierten Psychotherapiemethoden verlangt wird. Es steht uns hier nicht zu, über die Effektivität solcher Angebote pauschal zu urteilen; für »relativ problemfreie« Personen mögen sie für *bestimmte Zwecke* (z. B. Selbstverwirklichung, persönliche Entwicklung, Klärung, Orientierung, Entdecken von Neuem, Suche nach tief greifenden emotionalen bis spirituellen Erfahrungen) mitunter besser geeignet sein als anerkannte Psychotherapien. Wir warnen jedoch vor einer unkritischen Hinwendung zu Selbsterfahrung, insbesondere wenn diese als *Ersatz* für eine notwendige systematische Therapie (in unserem obigen Verständnis) begonnen wird. Utopische Versprechungen, Wecken unstillbarer menschlicher

Sehnsüchte, unqualifizierte Leiter, kommerzielle Interessen und die Flucht in eine künstliche Scheinwelt sind weitere Gefahren, auf die wir hier nur hinweisen (vgl. auch z. B. Bossmann, 1986; Kaminer, 1993; Reinecker, 1985; Schmelzer, 1996). Falls Selbsterfahrung für angehende Therapeuten (als Teil einer psychotherapeutischen Ausbildung) notwendig wird, empfehlen wir, diese nach dem Muster einer *berufszentrierten, zielorientierten* Selbsterfahrung/Selbstreflexion ablaufen zu lassen, welche wir in ► Teil III (Kap. 6.2) ausführlich beschreiben.

Organmedizinische Intervention: Eine weitere Variante stellen organmedizinische Interventionen dar, die sich normalerweise auf aktuelle, spezifische körperliche Beschwerden richten, hohe Kontrolle und Verantwortung des (ärztlichen) Therapeuten bei gleichzeitig hoher Compliance von Patienten voraussetzen und oft mit Unterstützung durch apparative Errungenschaften der Medizintechnik vorantreiben. Bei akuten Verletzungen, Unfällen oder hochinfektiösen Erkrankungen mag eine Operation, computerisierte Diagnostik oder die Gabe eines wirksamen Medikaments lebensrettend sein; bei chronischen oder so genannten psychosomatischen Krankheiten ist eine rein organmedizinische Orientierung oder eine alleinige pharmakologische Behandlung völlig unzureichend. Dies weist auf die Notwendigkeit einer *Koordination* von Behandlungsmöglichkeiten und auf die vielversprechenden Effekte einer *interdisziplinären* Kooperation hin, mithilfe derer eine ganzheitliche Therapie vollzogen werden kann. Insbesondere bei Notfallbetreuungen (z. B. nach einem Unfall, Trauma, Erdbeben, Brand oder Flugzeugabsturz) ist es hilfreich, medizinische Soforthilfe mit psychologischer Unterstützung zu kombinieren.

Verhaltensmodifikation: Verhaltensmodifikation stellt den Typus dar, den Kritiker gerne als klassisch verhaltenstherapeutisches Vorgehen brandmarken. In Kombination einer autoritären Beziehungsstruktur (in Analogie zum früher üblichen Arzt-Patienten-Verhältnis) mit der Anwendung lerntheoretischer Änderungsprinzipien (in Analogie zum Verschreiben eines Medikaments) bestimmt der Therapeut – bei geringer Beteiligung des Patienten an Entscheidungen – alle Schritte der Therapie: Er

erstellt Diagnosen über behandlungsbedürftiges Verhalten, entscheidet über Therapieziele, wählt die aus seiner Sicht hilfreichen Therapiemethoden aus und verordnet diese dem Patienten. Fehlende Mitarbeitsbereitschaft wird als Widerstand oder unzureichende «Compliance» interpretiert und dem Klienten als Versagen angelastet. Wir möchten in unserem Buch deutlich machen, dass wir ein derartiges Vorgehen allenfalls bei bestimmten Anlässen für adäquat halten (wenn es z. B. um spezifische, eng umgrenzte Ziele wie bei einem Fertigkeitstraining geht). Hier kann Verhaltensmodifikation als Teilabschnitt einer Behandlung zum Zuge kommen, bleibt jedoch dem Gesamtbehandlungskonzept untergeordnet und auf spezifische Verhaltensbereiche begrenzt. In den meisten Fällen setzt Verhaltensmodifikation eine strenge externe Kontrolle der betreffenden Personen voraus, wenn sie überhaupt »erfolgreich« sein soll. Sobald diese nicht mehr vorhanden ist, kommt es meist zu einem Rückfall auf das frühere Verhaltensniveau. Daher stellt Verhaltensmodifikation keine Alternative zur Selbstmanagement-Therapie insgesamt dar, die selbst bei schwierigen Problemstellungen wie Behinderungen/Entwicklungsverzögerungen etc. den Interessen und Anliegen von Klienten u. E. besser gerecht werden kann (► Kap. 1.2). Auch aus ethischen Gründen (Minimieren von Fremdkontrolle), motivationalen Gründen (bessere Mitarbeit bei selbst gesetzten Zielen) und Gründen der besseren Stabilisierung/Generalisierung von Veränderungen nach dem offiziellen Ende der Therapie bevorzugen wir unser Konzept.

1.2 Empirische Studien und Befunde zum Selbstmanagement

Selbstmanagement ist im englischen Sprachraum mittlerweile zu einem feststehenden psychologischen Fachbegriff geworden. Es lohnt sich deshalb, die vorhandene professionelle Literatur nach empirischen Effektivitätsbelegen und weiteren Anwendungen zu sichten. Ohne Anspruch auf Vollständigkeit präsentieren wir nachfolgend einige Publikationen.

Allgemeine Beschreibungen und Anleitungen zu Selbstmanagement, Selbststeuerung, Selbstkontrolle oder Selbsteffizienz sind bereits den klassischen Tex-

ten von Bandura (1977), Goldstein & Kanfer (1979), Hartig (1973), Kanfer (1970 a, 1975, 1977, 1979, 1984, 1988, 1994), Kanfer & Gaelick (1986), Kanfer & Gaelick-Buys (1991), Kanfer & Schefft (1987, 1988), Karoly & Kanfer (1982), Mahoney (1977 a), Meichenbaum (1979), Reinecker (1978) oder Thoresen & Mahoney (1974) zu entnehmen. Weitere Veröffentlichungen mit grundlegendem Überblickscharakter sind z. B. Baumeister & Vohs (2004), Fiedler (1981), Logue (1995), Maddux (1991), Medland (1990), Preiser (1989), Rehm & Rokke (1988), Scheier & Carver (1988), Schwarzer (1992) sowie Watson & Tharp (1993).

Es gibt Hinweise darauf, dass Selbstmanagement-Kompetenzen generell für die Bewältigung kritischer Schwellensituationen im menschlichen Leben (Übergänge/»transitions«) hilfreich sind (Magnusson & Redekopp, 1992). Ferner liegen Studien zum gezielten präventiven Einsatz solcher Fertigkeiten vor: Kelly, St. Lawrence, Betts, Brasfield et al. (1990) präsentieren ein *AIDS-Präventionsprogramm*, das auf die Reduktion von Risikoverhalten abzielt. Selbstmanagement-Ansätze zur *Prävention von Depressionen* bei Kindern und Jugendlichen gibt es z. B. von Rehm (1987) oder Klein, Greist, Bass & Lohr (1987). Grotberg, Feindler, White & Stutman (1991) berichten über ein Ärgerkontrolltraining zur *Prävention von kindlichem Missbrauch*, während Gray & Pithers (1993) ein Programm zur Rückfallprävention jugendlicher Vergewaltigter vorstellen. Selbstmanagement als Mittel der *Krankheitsprävention* bzw. *Gesundheitserziehung* ist auch das Thema der Beiträge von Holroyd & Creer (1986), Karoly (1991), Leventhal (1993) oder Schelling (1992) sowie einer katamnestischen Untersuchung von Broda, Dinger-Broda & Bürger (1996). Die präventiven Wirkungen von *Stressmanagement*-Programmen sind seit langem dokumentiert (vgl. z. B. Bosley & Allen, 1989; Brown, 1991; Cotton, 1990; D’Zurilla & Nezu, 1989; Roskies, 1988). Auch beim Umgang mit *Ärger* und *Aggressionen* (vgl. Deffenbacher, 1993; Feindler, 1987; Novaco, 1975 etc.) müssen nicht bereits Problemstellungen mit klinisch relevanten Ausprägungen vorliegen. Ähnliches gilt für die Anwendungsbereiche *Problemlösetraining* (D’Zurilla, 1988; Heppner, Baumgardner, Larson & Petty, 1988; Heppner & Hillerbrand, 1991), *Kreativitätsförderung* (Pesut, 1990), *Lerntechniken* (Lenz, 1992), *Soziale Kompetenz* (McFall & Dodge, 1982; Ullrich & Ullrich de Muynck, 1996),

Umgang mit emotionalen Schwierigkeiten (Blankstein & Polivy; 1982) oder *Kindernerziehung* (Mace, Brown & West, 1987), bei denen der Einsatz von Selbstmanagement-Bausteinen als hilfreich geschildert wurde. Hanewinkel, Burow & Ferstl (1996) haben sich mit der Primär- und Sekundärprävention des Rauchens an Schulen beschäftigt; Hollander & Kazaoka (1988) berichten über Selbstmanagement in *Gruppen*, und Kossak (1990, 1993) kombiniert Selbstkontrollmethoden mit *Hypnose*.

Bei einer ganzen Palette von klinischen Problemen werden Selbstmanagement-Methoden mit Erfolg eingesetzt: Im *psychosomatischen Bereich* geht es bei *Erwachsenen* neben einer unmittelbaren Problembewältigung oft auch um das Ziel einer umfassenden Änderung des gesamten Lebensstils, sodass in Zukunft ein gesundheitsförderliches Verhalten realisiert werden kann. So berichtet Minor (1991) von guten Resultaten von Selbstmanagement bei der Umsetzung körperlicher Bewegungsprogramme bei *Arthritis*. Lorig & Holman (1993) fassen die positiven Ergebnisse eines groß angelegten »Arthritis-Selbstmanagement-Programms« in den USA, Kanada und Australien zusammen, an dem im Verlauf von 12 Jahren etwa 120 000 Personen teilgenommen hatten. Analoge Resultate schildern Taal, Riemsma, Brus, Seydel et al. (1993) für eine kleine Stichprobe aus den Niederlanden. Bauman, Craig, Dunsmore, Browne et al. (1989), Creer & Reynolds (1990), Kotses, Stout, Wigal, Carlson et al. (1991), Lehrer, Sargunary & Hochron (1992) oder Vazquez & Buceta (1993) schildern Selbstmanagement-Ansätze bei *Asthma*, während Clark, Becker, Janz, Lorig et al. (1991), Cottraux (1993), Holman & Lorig (1992) oder Holroyd & Creer (1986) sich auf *chronische Krankheiten* bzw. Kleinke (1992) und Philips (1988) sich auf *chronische Schmerzen* beziehen. Bei *Diabetes* (z. B. Brown, 1992; Kulzer, 1990; Price, 1993; kritisch dazu: Goodall & Halford, 1991) steht meist die sog. »Patientenerziehung« im Mittelpunkt; Ähnliches gilt für den Umgang mit *zystischer Fibrose* (Bartholomew, Sockrider, Seilheimer, Czyzewski et al., 1993). Über die Zusammenhänge von Selbstmanagement-Methoden und Immunsystem bzw. das Gebiet der *Psychoneuroimmunologie* berichtet Halley (1991). Auch *Kopfschmerzpatienten* (vgl. Martin, Nathan, Milech & van Keppel, 1989; Radnitz, Appelbaum, Blanchard, Elliott et al., 1988), ältere Personen mit

Herzkrankheiten (Clark, Janz, Becker, Schork et al., 1992), Patienten *nach Herzinfarkt* (Lehr & Scheff, 1987) oder mit *Morbus Alzheimer* (Scheff & Zueck, 1987) wurden mit Erfolg mit Selbstmanagement-Programmen behandelt. Bourke (1992) stellte ein ähnlich strukturiertes Selbsthilfeprogramm zur Linderung von *Schlafstörungen* vor.

Bei anderen klinischen Störungsbildern werden Selbstmanagement-Ansätze schon seit längerem mit Erfolg genutzt. *Angstbewältigungsprogramme* beinhalten mehr und mehr Selbstmanagement-Elemente (vgl. z. B. Deffenbacher & Suinn, 1982; Kennerley, 1990; Marks, 1991; Snaith, Owens & Kennedy, 1992). Ähnliches trifft auf die Behandlung von *Zwängen* (Emmelkamp, 1992; Reimer & Tillmanns, 1996; Reinecker, 1994 b) oder von sexuellen Störungen zu (Morokoff & LoPiccolo, 1982). Bei *Depressionen* gibt es schon seit längerem Interventionsansätze, die sich speziell auf Kanfers Selbstregulationsmodell beziehen (vgl. Kanfer & Hagerman, 1981; Rehm, 1977, 1982, 1988; Roth & Rehm, 1986; Scheff & Biederman, 1987), Selbstkontrollelemente beinhalten (vgl. z. B. Thomas, Petry & Goldman, 1987) oder motivations- und volitionstheoretische Elemente des Selbstmanagement-Konzepts für die Behandlung nutzen (vgl. de Jong-Meyer & Engberding, 1996). Darüber hinaus fanden Selbstmanagement-Methoden auch Anwendung bei der kognitivverhaltenstherapeutischen Behandlung von Spielsucht (vgl. Sharpe & Tarrrier, 1992), *Abhängigkeiten/Alkoholismus* (Kanfer, 1986; Marlatt & Parks, 1982; Sobell & Sobell, 1993) und im Bereich *Rehabilitation* (Magrega & Couch, 1991).

Sogar bei schweren Problemen wie *Schizophrenie* oder *psychotischen Störungen* kam Selbstmanagement mit Erfolg zum Einsatz – teilweise mit reduzierten Ansprüchen oder mit dem Ziel der besseren Alltags- bzw. Krankheitsbewältigung (vgl. z. B. Breier & Strauss, 1983; Eckman, Wirshing, Marder, Liberman et al., 1992; Eckman & Liberman, 1989) oder zur Selbstregulation mittels Biofeedback (vgl. Schneider, Rockstroh, Heimann, Lutzenberger et al., 1992). Bei Epilepsie scheint zumindest eine Beeinflussung der Anfallshäufigkeit durch Selbstmanagement möglich zu sein (Dilorio, Faherty & Manteuffel, 1992; Fenwick, 1991; Fried, 1993).

Auch bei *Kindern und Jugendlichen* werden günstige Resultate von Selbstmanagement-Program-

men geschildert: Neben generellen Befürwortern eines entsprechenden Vorgehens (z. B. Altherr & Becht, 1996; Borg-Laufs, 1993; Brigham, 1989 b; Copeland, 1982; Gross & Drabman, 1982; Kahn, 1989; Karoly, 1977; Kendall & Williams, 1982; Ollendick & Cerny, 1981; U. Petermann, 1995; Schmelzer & Trips, 1996) beziehen sich viele andere Arbeiten auf *spezielle Themenbereiche* bzw. *Störungsbilder*: Seit der klassischen Arbeit von Meichenbaum & Goodman (1971) werden insbesondere bei impulsiven Kindern mit *Aufmerksamkeitsstörungen* Methoden der Selbstinstruktion eingesetzt (vgl. z. B. Hinshaw & Melnick, 1992; Lauth & Schlottke, 1993). Bei Kindern mit *Asthma* oder *Diabetes* zielt man mit selbstregulatorischen Maßnahmen vor allem auf einen konstruktiven Umgang mit der Krankheit, d. h. auf eine positive Gesundheitserziehung ab (Creer, 1991; Creer, Harm & Marion, 1988; Dahl, Gustafsson & Melin, 1990; Davis & Wasserman, 1992; Gross, 1983; Thoresen & Kirmil-Gray, 1983). *Aggressive Kinder* profitieren vor allem von sog. Ärgerkontrolltrainings (Larson, 1992), Sozialen Kompetenztrainings (Maag, 1990) sowie den bewährten Programmen von F. Petermann & U. Petermann (2005), die ebenfalls Selbstinstruktionen und Selbstkontrollelemente beinhalten und auch für *sozial ängstliche Kinder* verfügbar sind (U. Petermann & F. Petermann, 2003). Auch bei *Entwicklungsstörungen* (Harchick, Sherman & Sheldon, 1992; Litrownik, 1982), lern- und geistig *behinderten* Kindern und Jugendlichen (Ferretti, Cavalier, Murphy & Murphy, 1993; Korinek, 1991; Lloyd, Talbott, Tankersley & Trent, 1993; Shapiro, 1989; Smith, Young, Nelson & West, 1992; Whitman, 1994) und bei so genannten *Verhaltensstörungen* (vgl. z. B. Gardner & Cole, 1989; B. Lazarus, 1993; Lewis & Sugai, 1993; Nelson, Smith, Young & Dodd, 1991; Ninness, Glenn & Ellis, 1993) kam Selbstmanagement zur Anwendung, ebenso bei Jugendlichen mit *Migräne* (Lascelles, McGrath, Sullivan & Werk, 1991) sowie als generelles Programm zur *Lebensbewältigung weiblicher Jugendlicher* aus der Unterschicht, die schwanger oder bereits Mutter sind (Kanfer, Englund, Lennhoff & Rhodes, 1995). Für die Therapie von *schwer erziehbaren* bzw. (*prä-*)*delinquenten Jugendlichen* (Brigham, Hopper, Hill, DeArmas & Newson, 1985; Gross, Brigham, Hopper & Bologna, 1980) liegen ebenso positive Ergebnisse vor wie bei Jugendlichen mit

leichten *Behinderungen* (Brownsmith, Brownsmith & Polsgrove, 1978). Evans & Sullivan (1993) zeigen, dass Selbstbeobachtung, Selbstevaluation und Selbstverstärkung schon bei 9-12jährigen Kindern einzusetzen sind. Selbst bei so ausgeprägten Störungen wie Autismus (Stahmer & Schreibman, 1992; Koegel, Koegel, Hurley & Frea, 1992; Koegel & Frea, 1993) sind Selbstmanagement-Ansätze – bei entsprechend reduzierten Erwartungen und Anforderungen – möglich. Den Einsatz von Selbstkontrolltechniken bei bestimmten Problemstellungen (wie z. B. Mielke & Mielke, 1993 bei *stotternden Kindern*) erwähnen wir nur nebenbei.

Der Anwendungsbereich *Selbstmanagement in Schulen* ist ebenfalls gut dokumentiert (vgl. z. B. Irvine, Singer, Erickson & Stahlberg, 1992; Cole, 1992a, 1992b; Cole & Bambara, 1992; Brigham, 1992; Fantuzzo & Rohrbeck, 1992; Fantuzzo & Polite, 1990; Manning, 1988; Panagopoulou-Stamatelatu, 1990). Bei Studenten gibt es Arbeiten, die sich mit Selbstmanagement-Prozeduren zur Steigerung akademischer Leistungen (Skinner & Smith, 1992) oder Stressbewältigung (Brown, 1991) beschäftigen. Für Frauen stellt Rotering-Steinberg (1992) ein *Selbstbehauptungstraining* vor, das sich speziell auf Kanfers Selbstregulationsmodell bezieht. Ein ähnliches Anwendungsfeld haben Scheff & Kanfer (1987) beschrieben.

Positive Resultate werden zudem hinsichtlich der *gerontopsychologisch-geriatriischen Betreuung* älterer Menschen berichtet (Rom-Rymer, 1986). Darüber hinaus kam das Konzept auch im *nicht-klinischen Bereich* zur Anwendung, so z. B. für Anregungen zur Verbesserung der gemeindenahen psychosozialen Versorgung (Kanfer, 1982) oder bei der beruflichen Förderung von Langzeit-Arbeitslosen (Kanfer, 1984).

Alles in allem zeigt sich eine erfreuliche Zunahme empirischer Arbeiten, die sich *speziell* mit Selbstmanagement-Prozessen beschäftigen. Zu diesen kommen noch Publikationen zu bestimmten Selbstmanagement-Methoden (► Teil III, Kap. 3) sowie dem *7-Phasen-Modell* und seinen jeweiligen Schwerpunkten (► Teil II), die wir an anderen Stellen des Buches behandeln. Letztlich möchten wir *durch die gesamten weiteren Kapitel hindurch* zeigen, dass eine *heuristische Nutzung* vieler Befunde der empirischen Grundlagenforschung hilfreich ist, um das Erreichen diagnostisch-therapeutischer Ziele zu optimieren.

1.3 Einige philosophische und praktische Basisannahmen der Selbstmanagement-Therapie

Wie jeder wissenschaftliche Ansatz bzw. wie jede therapeutische Richtung basiert auch unsere Selbstmanagement-Therapie auf bestimmten impliziten und expliziten Grundannahmen. Diese betreffen sowohl grundlegende philosophische Vorstellungen bzw. ein bestimmtes Menschenbild als auch – daraus abgeleitet – bestimmte praktisch-technologische Schlussfolgerungen. Erst vor dem Hintergrund solcher Basisgedanken werden bestimmte theoretische Modelle und praktische Schritte verständlich und sinnvoll.

- Unsere Selbstmanagement-Therapie geht davon aus, dass das menschliche Streben nach Selbstbestimmung, Eigenverantwortung, Selbstregulation und Selbstständigkeit ein legitimes Ziel darstellt, welchem wir uns mittels unserer Art von Therapie annähern möchten. Langfristige Oberziele unserer Arbeit sind somit *Autonomie* und *Selbstregulation* von Klienten.
- Unser Ansatz bevorzugt eine *aktive* Rolle von Menschen bei der Gestaltung ihres eigenen Lebensschicksals. Wir anerkennen einerseits gewisse Beschränkungen, die durch Faktoren im Leben zustande kommen, welche außerhalb des persönlichen Einflusses liegen; andererseits versuchen wir Klienten dabei zu helfen, ihr Leben im Rahmen dieser Grenzen selbst in die Hand zu nehmen.
- Im Rahmen dieser aktiven Orientierung arbeiten wir mit Klienten zusammen an der *Maximierung* deren *persönlicher Freiheit*; statt stereotyper Gewohnheiten und Verhaltensmuster erhalten Klienten wieder Entscheidungs- und Handlungsfreiheit mit allen positiven und negativen Konsequenzen.
- Wir betonen außerdem einen *prinzipiellen Pluralismus* der Werte, Anschauungen und Lebensstile, was bedeutet, dass Klienten nicht auf ein uniformes ideales Persönlichkeitsbild hin therapiert werden, sondern Raum bleibt für die Entwicklung individueller Ziele und Lebensvorstellungen von Menschen.
- Wir bevorzugen weiterhin die Konzeption eines *ganzheitlichen Person-Modells*, bei dem jedes Verhalten von Menschen als Funktion dreier Einflussgrößen (»Determinanten«, ► unten) zu verstehen ist, die sich in ständiger Fluktuation befinden. Dadurch können kognitive, physiologische und motorische Faktoren ebenso integriert werden wie auch die jeweiligen Interaktionen und *Transaktionen* einer Person mit ihrer jeweiligen physikalischen und sozialen Umgebung. Dieses »Person-Modell« bedeutet jedoch keine inhaltliche Festlegung auf ein Idealbild vom Menschen (► vorherigen Punkt).
- Unsere Selbstmanagement-Therapie berücksichtigt auch die *Dynamik* des menschlichen Lebens: Dies bedeutet, dass sich sowohl Probleme als auch Ziele von Menschen kontinuierlich ändern können. Aus diesem Grunde halten wir es nicht für möglich, starre, statische Festlegungen zu treffen, sondern bevorzugen ein prinzipiell flexibles Vorgehen (► Teil I, Kap. 2.3).
- Die von uns propagierte *Selbstregulation* ist unseres Erachtens nicht angeboren, sondern eine *prinzipiell lernbare Fähigkeit*. Selbstmanagement-Therapie ist eine Möglichkeit, Selbstregulation zu erlernen, wobei wir die Interaktion und Kommunikation zwischen Therapeut und Klient als wesentliches Mittel zum *Erwerb* dieser Fähigkeiten ansehen.
- In dieser Hinsicht zeigen wir einen *vorsichtigen therapeutischen Optimismus*: Unserer Ansicht nach sind – zumindest minimale – Aussichten auf Verbesserungen bei jeder Person in jeder Situation möglich. Unsere unmittelbare praktische Arbeit ist allerdings so angelegt, dass wir keine ungerechtfertigten Utopien bei Klienten schüren und auch unveränderliche Tatsachen von veränderbaren Problemen differenzieren (► unten). In diesem Sinne könnte man unsere Haltung als realistischen Optimismus bezeichnen.
- Selbstmanagement-Therapie propagiert eine *große Nähe zu empirisch-wissenschaftlichen Standpunkten* und versucht in dieser Hinsicht, vor allem Erkenntnisse der Psychologie und ihrer Nachbardisziplinen für den klinischen Bereich zu nutzen. Dies bedeutet auch das Einnehmen eines *pragmatischen Standpunkts*, in dem wissenschaftliche Ergebnisse und Methoden anhand ihres Nutzens für das Erreichen bestimmter Ziele beurteilt und eingesetzt werden.