

**Schmelzer, D. & Rischer, A. (2008).  
Über Kooperation zur Selbstregulation.**

In M. Hermer & B. Röhrle (Hrsg.),  
*Handbuch der therapeutischen Beziehung,*  
*Band 1, Allgemeiner Teil* (S.379-422).  
Tübingen: dgvt-Verlag.



*Kopie nur zur persönlichen Verwendung!*

# 3 Über Kooperation zur Selbstregulation

Dieter Schmelzer & Angela Rischer

**Zusammenfassung:** In dem Beitrag wird die kooperative Beziehungsgestaltung im Rahmen der Selbstmanagement-Therapie nach Frederick H. Kanfer beschrieben, deren wichtigstes Ziel darin besteht, die Autonomie und Selbstregulation von Menschen zu fördern. Dazu ist ein professionelles Arbeitsbündnis erforderlich, das durch eine Gratwanderung zwischen einerseits Empathie, Respekt und Akzeptanz und andererseits Anregungen zu Veränderung bzw. Problemlösen gekennzeichnet ist. Für die Entwicklung von Selbstregulation sind Transparenz und Mitbeteiligung, Dialog und Konsens, Orientierung an den Ressourcen von Patienten genauso wichtig wie die Berücksichtigung deren aktueller motivationaler und emotionaler Lage. Eine gute Beziehung stellt dabei die notwendige, nicht aber schon hinreichende Grundbedingung der Therapie dar, die sich als „lebensweltorientiert“ versteht: Therapie ist für „draußen“, und Therapiesitzung und Beziehung sind immer Mittel zum Zweck, d. h. zum Erarbeiten von Problemlösungen für den Alltag.

Wie die Grundhaltung von Selbstmanagement-Therapeuten aussieht, wie Beziehungsaufbau und Rollenstrukturierung im gesamten therapeutischen Prozess verankert sind und wie die besondere Art der Kommunikation angelegt ist, um Menschen wirklich zu Selbstregulation zu verhelfen, wird anhand vieler konkreter Gesprächsbeispiele aus der Praxis verdeutlicht.

**Schlüsselwörter:** Beziehung, Selbstmanagement, Selbstregulation, Verhaltenstherapie

## **Via cooperation to self-regulation**

**Abstract:** The article presents methods how to establish a cooperative therapeutic relationship according to the self-management therapy approach of Frederick H. Kanfer. Self-management aims at fostering autonomy and self-regulation in human beings. To meet that objective, a specific professional alliance is needed, balancing empathy, respect and acceptance on one hand and instigations for self-change and problem-solving on the other.

To develop self-regulatory skills, the therapeutic relationship must follow some rules of conduct, e. g. transparency, participation, dialogue and consensus, always taking into account the resources of patients and their present motivation and emotions.

A good relationship is a necessary but not sufficient condition for therapy. The main focus of interest is the patients' progress outside the therapy room, such that the relationship and therapeutic sessions together provide a means to an end: to instigate solutions for the patients' life.

Basic attitudes of a self-management-therapist, how to form a therapeutic relationship to develop effective self-regulation, and how to structure the roles of therapist and patient throughout the process of therapy will be illustrated by ample practical examples of therapeutic communication.

*Keywords:* relation, self-management, self-regulation, behaviour therapy

Wer anderen einen Fisch schenkt, gibt ihnen zu essen für einen Tag.  
Wer sie das Fischen lehrt, gibt ihnen zu essen ein Leben lang.

*Chinesisches Sprichwort*

Die Selbstmanagement-Therapie in der Tradition Frederick H. Kanfers, von manchen als „humanistische“ Form der modernen Verhaltenstherapie bezeichnet, betont Autonomie und Selbstregulation als oberstes Ziel aller Bemühungen (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 2006). Um Menschen therapeutisch helfen zu können, ist eine *gute Kooperation* im Rahmen der Therapeut-Klient-Beziehung erste Voraussetzung (vgl. auch Tryon & Winograd, 2002). Dementsprechend sind im Prozessmodell für das praktische Vorgehen von Selbstmanagement-Therapeuten *Beziehungsgestaltung* und *Rollenstrukturierung* (neben dem Screening von Eingangsbeschwerden und -erwartungen) die wichtigsten Schwerpunkte der Anfangsphase – sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern und Jugendlichen (Borg-Laufs & Hungerige, 2005).

Eine „gute Beziehung“ haben sich allerdings alle Therapierichtungen auf ihre Fahnen geschrieben, und so gibt es einige elementare *Gemeinsamkeiten* der Kommunikation, Interaktion und Beziehungsgestaltung bei den helfenden Berufen (Norcross, 2002). Dementsprechend finden sich auch im Fundament unserer Selbstmanagement-Therapie einige klassische Beziehungskomponenten wie positive Zuwendung, Respekt, Empathie, Kongruenz, emotionale Wärme oder Vertrauen (vgl. z. B. Bohart, Elliott, Greenberg & Watson, 2002; Farber & Lane, 2002; Klein, Kolden, Michels & Chisholm-Stockard, 2002; siehe auch die Beiträge von Eckert, Finke, Speierer und anderen, in diesem Band); sie gelten als „therapeutisches Basisverhalten“.

Eine weitere Gemeinsamkeit bildet das Verständnis von Beziehung als therapeutische *Allianz* (vgl. auch Horvath & Bedi, in diesem Band), die sich durch ständige Zusammenarbeit und einen Konsens von Zielen und Erwartungen auszeichnet (vgl. Arnkoff, Glass & Shapiro, 2002; Schmel-

zer, 1998; Tryon & Winograd, 2002). Auch Phänomene wie „Widerstand“ oder Risse/Brüche im Beziehungsgefüge sind Selbstmanagement-Therapeuten aus dem klinischen Alltag wohlvertraut (vgl. Beutler, Moleiro & Talebi, in diesem Band; Caspar & Grawe, 1981; Kanfer et al., 2006, S. 403ff.; Safran, 1993; Safran, Muran, Wallner Samstag & Stevens, in diesem Band; Wittmann & Wittmann, 1986; vgl. auch Kapitel 2.5 unten).

Das siebenphasige Prozessmodell der Selbstmanagement-Therapie wurde primär für die Klärung und Bearbeitung sogenannter „Achse-I-Störungen“ konzipiert. Der Aufbau einer tragfähigen Beziehung bildet dort das Schwerpunktziel der Eingangsphase und bleibt wichtige Grundlage für die weiteren Phasen der Therapie, in denen dann die inhaltlichen Probleme (z. B. Ängste, Depressionen, Zwänge etc.) bearbeitet werden. Bei sogenannten „Achse-II-“ oder „Persönlichkeitsstörungen“, die als „komplexe Störungen der zwischenmenschlichen Interaktion“ (Fiedler, 1997, S. 28) zu verstehen sind, liegt dagegen meist der gesamte Fokus der Therapie auf „Beziehungsarbeit“. Dann müssen Selbstmanagement-Therapeuten Anleihen bei Konzepten nehmen, die empirisch fundierte Empfehlungen zum Umgang mit solchen Interaktionsstörungen geben (z. B. Fiedler, 1997; Sachse, 2004, oder Young, Klosko & Weishaar, 2005), und ihr Vorgehen entsprechend anpassen. Bezogen auf das Sieben-Phasen-Modell bedeutet dies auch, sich im Therapiegesehen auf längere Sicht – u. U. insgesamt – vor allem in Phase 1 aufzuhalten (siehe unten).

Während wir auf solche Ausnahmesituationen in Kapitel 2.5 noch näher eingehen, möchten wir unsere einleitenden Bemerkungen mit einigen für die Selbstmanagement-Therapie *typischen* Merkmalen beschließen. Kennzeichnend dafür sind u. E. folgende vier Elemente:

- a) Instrumentelles Beziehungsverständnis: In der Selbstmanagement-Therapie ist das Herstellen einer guten Beziehung nie Selbstzweck, sondern immer *Mittel zum Ziel* (z. B. Therapiefortschritte, Lernen, Veränderung, Befähigung/Weiterentwicklung in Richtung Selbstregulation und Autonomie). Folglich ist unsere Beziehungsgestaltung mit vielen Prozessmerkmalen verknüpft, die dank des Einflusses von Frederick H. Kanfer für die moderne Verhaltenstherapie insgesamt typisch geworden sind (z. B. *professionelle* Beziehung auf Zeit mit bestimmten Rollen, Spielregeln und Grenzen, konkretes problem-, ziel- und lösungsorientiertes Handeln, Klärung und Bewältigung der Probleme „draußen“ im Alltag von Patienten, Nutzung von Ressourcen u. v. m.).
- b) Eine kontinuierliche *Kombination von Beziehungs- und Inhaltsaspekten* (vgl. Watzlawick, Beavin & Jackson, 1969) in der therapeutischen Kommunikation, die es empirisch allerdings schwer bis unmöglich macht, einzelne Variablen in Reinform zu betrachten oder isoliert auf

ihre Effektivität hin zu erforschen: So werden unsere konkreten Beispiele in Kapitel 3 zeigen, dass nicht nur die klassischen Beziehungselemente (emotionale Wärme, Kongruenz, Empathie, Achtung und Respekt) stets in irgendeiner Form miteinander verbunden werden. Auch die Kombination von *Beziehungs- mit Prozessaspekten* (Empathie + Feedback, Respekt vor der Lebenseinstellung von Patienten + lösungsorientierte Fragen etc.) kennzeichnet unsere Gesprächsführung. Oft werden auch empathische mit konfrontativen Bemerkungen verbunden, um die Verantwortung für Entscheidungen an Patienten zurückzugeben („Ich verstehe gut, dass Sie sich am liebsten zurückziehen und Ihre Ruhe haben möchten, aber dann entscheiden Sie sich leider auch dafür, Ihre Ängste zu behalten ...“).

- c) Die *spezifische Selbstmanagement-Grundhaltung* der Therapeuten: Um die Autonomie von Patienten wirklich effektiv zu fördern, ihnen beim Lernen von Selbstregulation zu helfen, sie beim Problemlösen zu unterstützen, ohne ihnen die Probleme abzunehmen, ihnen die notwendigen Fähigkeiten zur selbstverantwortlichen Lebensführung zu vermitteln und ihnen letztlich wieder ein Leben ohne Therapie und ohne Therapeuten zu ermöglichen, ist eine *spezifische therapeutische Grundhaltung* erforderlich, die dem Grundgedanken der „*Entwicklungshilfe*“ folgt (vgl. das einleitende chinesische Sprichwort) und auf ein *Befähigen* der Patienten zur eigenständigen Lebensführung hinarbeitet („empowerment“: Keupp, 1993; Rappaport, 1985; Stark, 1996).
- d) *Beziehung als ständige gemeinsame Suche nach Möglichkeiten der Einflussnahme* auf das jeweilige Lebensschicksal: Wo kann der Patient – vielleicht nur in bescheidenem Rahmen – etwas bei sich selbst und/oder seiner Umgebung verändern? Wo liegen seine Grenzen bzw. wo muss der Patient zwangsläufig bestimmte Fakten akzeptieren? Das menschliche Grundbedürfnis nach Orientierung und Kontrolle (Heckhausen & Heckhausen, 2006, S.393; White, 1959; „locus of control“: Rotter, 1966) steht somit auch im Mittelpunkt der Beziehungsarbeit – als Gegenpol zu der häufig zu Therapiebeginn anzutreffenden Ohnmacht, Hilflosigkeit und Demoralisierung. Dazu hilft der behutsame und systematische Aufbau von *Selbsteffizienz* („self-efficacy“: Bandura, 1997), vermittelt über viele kleine Fragen und Anregungen des Therapeuten („instigation therapy“: Kanfer & Phillips, 1970/dt. 1975).

In den folgenden Abschnitten möchten wir die Merkmale und Implikationen der Beziehungsgestaltung in der Selbstmanagement-Therapie idealtypisch skizzieren, wobei wir zunächst mit einigen Basisannahmen

unseres Ansatzes beginnen, um nachvollziehbar zu machen, *weshalb* wir bei unserem Vorgehen bestimmte Schwerpunkte betonen.

## 1 Selbstmanagement-Therapie: Grundverständnis und Hintergrund-Philosophie

*Basisannahmen.* Jeder Mensch steht Zeit seines Lebens in kontinuierlicher Auseinandersetzung mit größeren und kleineren Herausforderungen des Alltags, die er mehr oder weniger zufriedenstellend meistert (vgl. auch Bandura, 1997; Lazarus & Folkman, 1984; Piaget, 1976, etc.), ohne dazu irgendeine Form von Psychotherapie in Anspruch nehmen zu müssen. *Falls* gravierende Schwierigkeiten auftauchen, ist die Inanspruchnahme professioneller Therapie *eine* Option. Deren Ziel sollte es allerdings sein, Menschen möglichst effektiv und systematisch wieder in die Lage zu versetzen, ihr Leben *autonom*, d. h. ohne kontinuierliche therapeutische Hilfe, bewältigen zu können. Diese „Hilfe zur Selbsthilfe“ – von vielen leider oft nur als Floskel verwendet – sollte u. E. unter Rückgriff auf praktisch bewährte und empirisch fundierte Strategien optimal vermittelt werden. Dazu bieten sich insbesondere die Erkenntnisse zur menschlichen *Selbstregulation* an, die Frederick Kanfer (1970; 1988; Kanfer & Gaelick-Buys, 1991, etc.) schon früh auf die Klinische Psychologie und Psychotherapie übertragen hat.

Selbstregulation zielt einerseits darauf ab, *auf eigenes Verhalten* (Denken, Fühlen und Handeln) *aktiv Einfluss zu nehmen*; ein solches „aktives Coping“ (Lazarus & Folkman, 1984) ist absichtsvoll-zielgerichtet und impliziert *Lernen* und *Veränderung*. Dazu gehört auch – soweit möglich – die *Veränderung der Umgebung*. Andererseits gibt es die Notwendigkeit, *unabänderliche Tatsachen zu akzeptieren* und sich innerlich an solche Grenzen anzupassen („emotionales Coping“: Lazarus & Folkman, 1984).

Heute bezieht Selbstregulation viele weitere Themen mit ein wie z. B. Erkenntnisse zu Motivation, Emotion, intentionalem Handeln, Problemlösen, Ziel- und Wertklärung, Planen und Zielverwirklichung, zu Aufmerksamkeit, Stufen der Veränderung oder gehirnphysiologischen Prozessen (vgl. dazu Baumeister & Vohs, 2004; Boekaerts, Pintrich & Zeidner, 2000; Carver & Scheier, 2001).

Viele Menschen sind im Alltag durchaus in der Lage, sich mit eigenen „Bordmitteln“ zu helfen, weil es ihnen aufgrund ihrer Lebensumstände und biografischen Erfahrungen möglich war, intuitive Formen der Selbstregulation zu entwickeln und erfolgreich umzusetzen. Für andere bietet sich im Bedarfsfall therapeutische Unterstützung an: Sie *lernen Selbstre-*

*gulation im Rahmen der Therapie*, erwerben dort erst die Prozesse und Fähigkeiten, die sie für eine autonome Daseinsbewältigung brauchen, werden allerdings im Zuge ihrer Fortschritte vom Therapeuten wieder unabhängig und auf diese Weise ihr eigener Therapeut.

Die Selbstmanagement-Therapie hat viele dieser Lernschritte in ein siebenphasiges Modell für den diagnostisch-therapeutischen Prozess integriert, um Therapeuten eine entsprechende Orientierung und Handlungsanleitung zu geben (Kanfer et al., 2006). Erstes Schwerpunktziel der Anfangsphase ist dabei der *Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Allianz*, welche von Beginn an im Dienst der *Vermittlung von Selbstregulation und Befähigung zur eigenständigen Lebensgestaltung* steht. Diese Ziele bestimmen die Art der Interaktion, die wir später mit vielen Beispielen konkretisieren (vgl. unten). Nicht immer stimmt diese Zielrichtung allerdings schon automatisch mit den Eingangserwartungen von Patienten oder dem Alltagsverständnis von Therapie überein.

*Was ist überhaupt „Therapie“?* Therapie stellt für uns eine *systematische Hilfe zur Veränderung* dar und ist eine Instanz, die Fähigkeiten zur Selbstregulation kompakt *vermittelt*. Therapie ist *zielgerichtet, themen- bzw. problemorientiert*, nicht immer kurz, aber *zeitlich begrenzt* (Kanfer et al., 2006, S. 7). Ihr oberstes Ziel ist das Wiedergewinnen von *Autonomie*. Ähnlich wie ein Fahrlehrer, der seinen Schülern das Autofahren beibringt, damit sie später *selbst* von A nach B gelangen können, fördert der Selbstmanagement-Therapeut die Problemlöse- und Selbstregulationsfertigkeiten seiner Patienten. In der Beziehung zu ihnen ist er also nicht Taxifahrer, Guru oder von außen helfender Experte. Er nimmt ihnen auch nicht die Probleme ab, sondern ist empathischer Änderungsbegleiter, Anstoßgeber, Problemlöseassistent und Entwicklungshelfer auf dem steinigen Weg zur Bewältigung psychischer Störungen und einer besseren Lebensgestaltung. Er bezieht Patienten in alle Entscheidungen mit ein, respektiert ihre Person und Lebensumstände und baut von Beginn an auf Kooperation, Dialog und Konsens.

Therapie braucht *Zeit*, um überhaupt in einen *Lernprozess* eintreten zu können, der in den Strukturen des Gehirns nachhaltige Spuren hinterlässt. So muss auch die therapeutische Beziehung erst einmal behutsam aufgebaut und in Gang gesetzt werden, denn sie ist für die persönliche Weiterentwicklung die günstigste Lernbedingung. Eine gute Therapie beinhaltet die wesentlichen Wirkfaktoren guter Therapie im Sinne Grawes (Grawe, Donati & Bernauer, 1994: Klärung und Bewältigung, Problemaktualisierung und Ressourcenorientierung), welche aber über den gesamten Therapieverlauf hinweg auf dem Fundament einer

guten therapeutischen Beziehung ruhen müssen, um erfolgreich sein zu können. Wenn die wesentlichen inhaltlichen Therapieziele erreicht sind, kommt der Zeitpunkt, an dem die Beziehung wieder gelockert und beendet wird.

Therapie ist keine künstliche Insel, sondern „für draußen“. Sie nimmt die Umstände *im natürlichen Lebensumfeld* von Patienten ins Blickfeld, indem sie diese möglichst erlebnisnah im Gespräch oder Rollenspiel in die Sitzung hereinholt bzw. manchmal auch „in vivo“ direkt vor Ort stattfindet. Dass eine Therapie auch viele *Anregungen zur persönlichen Weiterentwicklung* geben kann, ohne dass bereits gravierende Krankheitssymptome vorhanden sind, stellt – ebenso wie *Prävention* im eigentlichen Sinn – eine weitere Option dar.

*Voraussetzungen und Grenzen der Selbstmanagement-Therapie.* Elementare Voraussetzung für eine solche Form von Therapie, die zu wesentlichen Teilen auf dem persönlichen Kontakt im Gespräch beruht, ist die grundlegende Fähigkeit (und die Bereitschaft) der Patienten zu Kommunikation und Interaktion, d. h., überhaupt eine Beziehung einzugehen. Idealerweise sollte die Therapie auf freiwilliger Basis erfolgen und mit einem thematischen Anliegen verbunden sein. Umgekehrt stößt (nicht nur) die Selbstmanagement-Therapie an Grenzen, wo Menschen nicht in der Lage sind, mit Therapeuten in Kontakt zu treten (weil sie z. B. dement, betrunken oder psychotisch sind) oder wo wegen Selbst- und Fremdgefährdung bzw. wegen Gesetzesverstößen oder Straftaten vom Prinzip der Freiwilligkeit/Eigenverantwortung abgewichen und zu gesellschaftlichen Sanktionen übergegangen werden muss. Zu einigen anderen Bedingungen, die eine Therapie nicht generell limitieren, sondern ihre Durchführung *erschweren*, werden wir uns in Kapitel 2.5 noch näher äußern.

*Andere Dienstleistungen (mit anderen Formen der Beziehung).* Neben „Therapie“ i. e. S. gibt es ein paar weitere psychosoziale oder medizinische Dienstleistungen, die nach anderen „Spielregeln“ ablaufen und andere Formen der Beziehungsgestaltung zur Folge haben: *Kriseninterventionen* erfordern meist ein aktives, zupackendes Handeln unter Zeit- und Entscheidungsdruck, während eine *Dauerbegleitung* (z. B. für behinderte, pflegebedürftige oder psychotische Personen) dann indiziert ist, wenn die Autonomie eingeschränkt und über längere Zeit eine direkte Hilfestellung notwendig ist – ohne Anspruch oder Aussicht auf Veränderung. In anderen Situationen kommt es essenziell auf *emotionalen Beistand* an (z. B. bei Verlust einer Person, Unfall, terminalen Krankheiten). Eine *organmedizinische Intervention* (z. B. eine Herzoperation) verläuft

dagegen nach dem klassischen Arzt-Patienten-Modell, bei dem sich der Patient in die Obhut eines kompetenten Experten begibt, der das weitere Regime bestimmt. Die Aufgabe des Patienten beschränkt sich darauf, dessen Handlungsanweisungen Folge zu leisten.

Zu Beginn der Kontakte muss also erst einmal geklärt werden, welche Form der Betreuung mit welcher Art von Beziehung überhaupt indiziert ist. Denn nicht immer ist eine Selbstmanagement-Therapie möglich oder erwünscht, bei der es ja immer um Veränderung, Lernen, Problemlösen und Alltagsverbesserung auf eine Weise geht, dass die Selbstverantwortung der Patienten gestärkt und ihre Selbsteffizienz erhöht wird (vgl. auch Bandura, 1997).

## 2 Grundlagen der Beziehungsgestaltung

### 2.1 Die therapeutische Beziehung in der Selbstmanagement-Therapie

In der nachfolgenden Tabelle sind die wichtigsten Merkmale der therapeutischen Beziehung im Rahmen der Selbstmanagement-Therapie zusammengestellt und weiter unten im Text kurz erläutert:

**Tabelle 1:** *Therapeutische Beziehung im Rahmen der Selbstmanagement-Therapie (vgl. auch Kanfer et al., 2006, S. 127ff.)*

Therapeutische Beziehung
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Notwendige (aber nicht schon hinreichende) Grundlage für eine „gute“ Therapie</li> <li>• Zweckorientierte Arbeitsbeziehung auf Zeit (Ziel: Autonomie)</li> <li>• Fokus: Patient im Leben „draußen“</li> <li>• Kontinuierliche Gratwanderung zwischen Empathie und Änderungsanregungen</li> <li>• Spezifische Rollenverteilung für Therapeut/Patient</li> </ul>

*Notwendige (aber nicht schon hinreichende Grundlage) für eine „gute“ Therapie:* Die therapeutische Beziehung stellt unbestritten die wichtigste Voraussetzung für alle weiteren Schritte und damit für den Therapieerfolg dar. Aber: Sie allein löst noch keine Probleme. Erst eine zielführen-

de Unterstützung auf der Handlungsebene hilft beim Reduzieren der Beschwerden und beim Lösen der zugrunde liegenden Probleme. Wie diese Hilfestellung unter der Prämisse des Erlernens von Selbstregulation konkret aussieht, beschreiben wir in Abschnitt 3 (vgl. unten).

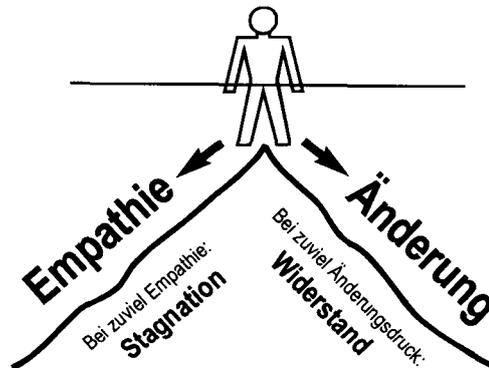
*Die Therapiebeziehung als zweckorientierte Arbeitsbeziehung auf Zeit:* Die therapeutischen Kontakte sind kein Selbstzweck, sondern zielen auf positive Veränderungen im Leben der Patienten ab (Kanfer et al., 2006, S. 139). Aus diesem Grund klären wir früh Erwartungen, Aufträge sowie potenzielle Änderungsbereiche. Mit dem Ziel der autonomen Selbstregulation vor Augen geht es aber auch um die bestmögliche Nutzung der therapeutischen Allianz und um deren Wieder-Beendigung: Wann käme der Patient wieder ohne Therapie alleine klar? Was müsste er während der Therapie lernen oder verändern? Wann kann sich der Therapeut – nach getaner Zusammenarbeit – wieder verabschieden? Kontinuierliche Zielorientierung und das frühzeitige Thematisieren der *zeitlichen Begrenzung* schützen davor, aus der Therapie eine „unendliche Geschichte“ zu machen, in deren Verlauf die Beschwerden nur beklagt, aber nicht verändert werden.

*Fokus: Patient im Leben „draußen“:* Für manche Patienten ist auch ungewohnt, dass es – anders als bei einer Massage – nicht mit dem Verbringen einer angenehmen Therapiestunde getan ist, sondern der Fokus stets auf dem „wirklichen Leben draußen“ zu liegen kommt. „Hilfe zur Selbsthilfe“ setzt voraus, die kritischen Situationen der Lebensrealität möglichst erlebnisnah in die Sitzung zu holen, um sie dort mit neuen Mitteln (z. B. Problemlösen, Rollenspiel) zu bearbeiten. Danach lernen Patienten dann, das neue Handwerkszeug „vor Ort“ mittels kleiner Aufgaben/Hausaufgaben bis zur nächsten Sitzung auszuprobieren.

*Kontinuierliche Gratwanderung zwischen Empathie und Änderungsanregungen:* Therapeuten können noch so zugewandt, interessiert und einfühlsam sein – wenn es ihnen nicht gelingt, Lernen und Veränderung anzuregen und konstruktivere Umgangsweisen zu fördern, werden Patienten vielleicht gerne zu den Therapiesitzungen kommen, aber keine Verbesserungen ihrer Lebenssituation erreichen. Selbstmanagement-Therapeuten befinden sich immer auf einer *Gratwanderung* zwischen *Verständnis und Empathie* auf der einen Seite und *Veränderungsimpulsen* auf der anderen. (siehe Abbildung 1, S. 388)

Sie regeln dabei die Beziehung auf *komplementäre* Weise (vgl. auch Grawe, 1992, bzw. Caspar & Stucki, in diesem Band), indem sie einer-

**Abbildung 1:** Die therapeutische Beziehung als Gratwanderung (in Anlehnung an Kanfer et al., 2006, S. 409)



seits der Gefahr „empathischer Stagnation“ kontinuierlich mit kleinen Änderungsimpulsen entgegenwirken: Beobachtungsaufgaben, differenzierende Fragen („Wo gibt es in Ihrem recht schwarz geschilderten Alltag denn ein paar dunkelgraue oder sogar weiße Stellen?“), Anstöße zum Mitdenken („Jetzt habe ich verstanden, was für Sie schwierig ist. Was machen wir jetzt damit? Wie soll es werden, dass es für Sie besser passt?“) oder auch direkte Anregungen („Entspannung könnten Sie in unserer Therapie lernen, wenn es Ihnen wichtig ist“) können dabei helfen. Ob solche Impulse „zündet“, zeigt sich meist an kleinen „Aha-Effekten“ oder Äußerungen wie: „So habe ich das noch gar nicht betrachtet“ bzw. „Das habe ich bisher noch nicht probiert, das könnte ich ja mal versuchen“.

Andererseits wird es in der therapeutischen Allianz „spannend“, wenn Patienten vor anstehenden Veränderungen Angst haben, ihre „Hausaufgaben“ nicht machen, in der Trägheit der alten Gewohnheiten verharren oder den Therapeuten implizit mit dem Wunsch beauftragen: „Wasch mir den Pelz, aber mach mich nicht nass!“ Bei solchen Anzeichen von Überforderung, Skepsis oder „Widerstand“ beim Patienten müssen Therapeuten erst einmal wieder die empathische Seite betonen („Hm, da hatte ich Sie dann wahrscheinlich vorhin falsch verstanden – ich dachte, Sie wollten sich jetzt schon bei der neuen Stelle bewerben. Jetzt müssen Sie mir doch nochmal kurz erklären, was Sie als Nächstes machen möchten ...“).

Therapeuten können sich diese Gratwanderung auch präventiv erleichtern, indem sie die partizipative Aufgabenverteilung beachten und

Patienten ständig in die Arbeit einbeziehen (gemeinsames Aufstellen einer Angsthierarchie, Auswahl eines geeigneten Entspannungsverfahrens, passende Hausaufgabe bis zur nächsten Sitzung etc.).

*Spezifische Rollenverteilung für Therapeut/Patient:* Die effektive Kooperation zeichnet sich durch eine bestimmte komplementäre Rollenverteilung der Beteiligten aus, die wir im nächsten Abschnitt ausführlich beschreiben. Therapieerfolg hängt für uns wesentlich davon ab, dass beide Partner ihre jeweiligen Aufgaben erfüllen. Da wir aber nicht von vornherein davon ausgehen können, dass Patienten wissen, was sie selbst zu einer effektiven Therapie beitragen können und müssen, kommt der *Rollenstrukturierung* zu Beginn vorrangige Bedeutung zu (siehe unten).

## 2.2 Rollenmerkmale und Rollenstrukturierung

Nur wenn Therapeut und Patient ihre jeweiligen Rollenmerkmale befolgen, hat ihre Kooperation gute Aussichten auf Erfolg. Die jeweiligen „Spielregeln“ sind nicht willkürlich zusammengestellt, sondern tragen sowohl der empirischen Therapieforschung als auch den tagtäglichen Erfahrungen praktisch tätiger Therapeuten Rechnung. Im Einzelnen sind dies:

**Tabelle 2:** *Idealtypische Rollen für Therapeuten bzw. Patienten (vgl. auch Kanfer et al., 2006, S. 128ff.)*

Therapeut	Patient
• Empathischer Begleiter	• Bereitschaft zu offener Kommunikation und Kooperation mit Therapeut
• Professioneller Helfer	• Akzeptieren des zweckorientierten Charakters der therapeutischen Beziehung
• Änderungsassistent	• aktive Mitarbeit in und zwischen den Sitzungen
• Anstoßgeber	• Verantwortung für Entscheidungen (z. B. Ändern oder So-Bleiben?)
• Problemlösehelfer	• Verantwortung für sein Leben (die Inhalte der Therapie)
• Entwicklungshelfer und Kompetenzvermittler	
• Maximale Objektivität/Neutralität	
• Transparenz und Aufklärung	
• Verantwortung für den Therapieprozess und dessen optimale Gestaltung	

Entsprechend der obigen Tabelle greifen die beiden Rollen idealerweise reißverschlussartig ineinander: Der *Therapeut* ist empathischer Begleiter

beim Problemlösen und professioneller Assistent bei Veränderungen, der mit maximaler Objektivität und Neutralität seine Rolle als „Entwicklungshelfer“ und Kompetenzvermittler erfüllt. In transparenter Weise klärt er seine Patienten über alle wichtigen Abläufe der Therapie auf, bezieht sie in die Entscheidungen mit ein, übernimmt aber die Verantwortung für den Therapieprozess und dessen optimale Gestaltung. Komplementär dazu werden *Patienten* im Verlauf des Prozesses zunehmend offener und bereit zur Kooperation, arbeiten – im Rahmen ihrer Möglichkeiten – in und zwischen den Sitzungen aktiv mit und übernehmen Verantwortung für ihre Lebensführung mit der Grundfrage: „Ändern oder So-Bleiben?“

### 2.2.1 Die Rolle des Therapeuten

*Empathischer Begleiter:* Der Selbstmanagement-Ansatz ist ohne eine freundliche, zugewandte, respektvolle und empathische Haltung des Therapeuten nicht denkbar. Patienten werden ab der ersten Sitzung mit großem Respekt und Verständnis bei ihrer jeweiligen Lebenssituation „abgeholt“. Ohne Wertung versucht sich der Therapeut in die Person und Lebenssituation des Patienten hineinzusetzen, vermeidet es aber, mit der Person oder dem betreffenden System zu „verschmelzen“. Maslach (1982) hat in diesem Zusammenhang den treffenden Begriff der „distanzierten Anteilnahme“ (detached concern) geprägt, der vor Überidentifikation bis hin zum Burn-out schützen kann.

*Professioneller Helfer:* Selbstmanagement-Therapeuten sind professionelle Helfer. Sie stellen ihr Expertenwissen (z. B. über psychische Störungen, Lernen und das Bewerkstelligen von Veränderungen) in den Dienst ihrer Patienten, und zwar in einem klaren Rahmen nach ethisch-berufständischen Regeln – anders als bei „spontanen“ Alltagsbeziehungen zu Freunden, Eltern, Kindern, Partnern etc. So finden z. B. die Therapiestunden nur zu festgelegten Zeiten statt; die Kommunikation ist zielbezogen und anliegenorientiert, der Fokus liegt auf der Person und Situation des Patienten, und es handelt sich um eine Dienstleistung, die bezahlt werden muss.

*Änderungsassistent, Anstoßgeber und Problemlösehilfe:* Der Therapeut gibt kontinuierlich Impulse, um Problemlösungen und Veränderungen zu erleichtern. Er nimmt allerdings den Patienten nicht die Arbeit ab oder macht sich deren Probleme zu eigen. Seine Assistentenfunktion zeigt sich beispielsweise darin, dass er Patienten hilft Entscheidungen zu

treffen, Beschwerden in lösbar Probleme zu übersetzen, Ziele zu finden oder nicht weiterhin Energien auf die Änderung unabänderlicher Tatsachen zu verschwenden. Seine Therapie ist ein *Angebot* in Richtung Lernen und Veränderung („instigation therapy“: Kanfer & Phillips, 1970/dt. 1975).

*Entwicklungshelfer und Kompetenzvermittler:* Der Therapeut bietet keine schnellen Lösungen von außen an, sondern hilft jeweils bei der Weiterentwicklung. Dies bedeutet, dass er seinen Patienten die Kompetenzen vermittelt, die sie zu ihrer künftigen Autonomie benötigen. Wer selbstsicherer leben will, braucht Fähigkeiten zur Selbstbehauptung, wer mit Stress besser klarkommen möchte, kann Zeitplanung, Entspannung oder Neinsagen lernen. Idealerweise befolgt der Therapeut die Grundregeln intrinsisch motivierten Lernens, sodass die Patienten Lust bekommen, Schritt für Schritt selbst weiterzulernen (vgl. Deci & Ryan, 1985).

*Maximale Objektivität/Neutralität:* Durchgängig sollte der Therapeut seinen Patienten möglichst objektiv und neutral gegenüberstehen, sodass die Interessen des Patienten die Therapie bestimmen und nicht die persönlichen Vorlieben und Normen des Therapeuten. Selbstmanagement-Therapeuten müssen aushalten können, dass die meisten Patienten einen anderen Lebensstil und andere Lebensziele favorisieren als sie selbst. Sie müssen trotzdem ihre Funktion als „Änderungsassistenten“ erfüllen. Neben Toleranz und Akzeptanz eines prinzipiellen Pluralismus von Weltanschauungen braucht es dafür die entsprechende Ausbildung, Selbsterfahrung und Supervision und eine kontinuierlich selbstreflexive Haltung über die gesamte Zeit der Berufstätigkeit hinweg.

*Transparenz und Aufklärung:* Wenn Patienten eine partizipative Rolle einnehmen sollen, müssen Therapeuten ihnen erst einmal die dazu notwendigen Informationen geben. Weshalb ist ein Fragebogen oder Selbstbeobachtung sinnvoll? Was hat es mit Entspannung auf sich? Was weiß man über die Erkrankung des Patienten und deren optimale Behandlung? Eine kontinuierliche Aufklärung (heute „Psychoedukation“ genannt) ist nicht nur Voraussetzung für gute Mitarbeit, sondern auch Basis für Entscheidungen in Richtung Selbstverantwortung.

*Verantwortung für den Therapieprozess und dessen optimale Gestaltung:* Während der Patient zunehmend die *Inhalte* „seiner“ Therapie mitbestimmen kann, zeichnet der Therapeut durchgängig für die adä-

quate Strukturierung des Therapieprozesses verantwortlich. Er ist z. B. zuständig für die „richtigen“ Fragen zum rechten Zeitpunkt, die passenden Rahmenbedingungen der Therapie, ein rechtzeitiges emotionales „Cool-down“ gegen Ende der Sitzung, adäquate „Hausaufgaben“ bis zur nächsten Stunde, den Schutz vor Überforderung, für adäquate Diagnosen, den sachgerechten Einsatz von Interventionen und insgesamt für sein Arbeiten nach den aktuellen Regeln unserer therapeutischen Zunft. Seine diagnostisch-therapeutische Fachkompetenz ermöglicht ein optimales Gestalten des Therapieprozesses im Dienste der Ziele und Interessen seiner Patienten. Auch dazu braucht es Kooperation, Dialog und die Suche nach Konsens (vgl. unten).

### 2.2.2 Die Rolle des Patienten

Idealerweise zeigen Patienten in einer guten Therapie u. a. folgende komplementären Rollenmerkmale (vgl. oben, Tabelle 2):

- ◆ Sie werden zunehmend bereit, mit dem Therapeuten offen zu kommunizieren und zusammenzuarbeiten, auch wenn dies zu Beginn noch schwer und ungewohnt sein mag.
- ◆ Sie akzeptieren den *zweckorientierten Charakter* der therapeutischen Beziehung, wonach man sich trifft, um Probleme zu bewältigen, Änderungen in Gang zu setzen und Ziele zu finden, die man im Verlauf der Kontakte erreichen möchte.
- ◆ Patienten erleben die Notwendigkeit, im Rahmen ihrer Möglichkeiten aktiv in und zwischen den Sitzungen mitzuarbeiten, um Verbesserungen zu erreichen. Denn auch in einer Therapie kommt nichts von allein. Aber sobald sie diesem „Gesetz des Lebens“ innerlich zustimmen, steigt ihre Bereitschaft, z. B. Fragebögen zu bearbeiten, sich zu ihren Erlebnissen während der Woche ein paar Notizen zu machen, an Rollenspielen teilzunehmen, über Lernziele nachzudenken oder etwas Neues auszuprobieren.
- ◆ Patienten lernen auch, im Verlauf der Therapie immer besser Verantwortung für die *Inhalte* ihrer Therapie zu übernehmen, Entscheidungen zu treffen und ihr Leben wieder autonom zu gestalten. Ob und was Patienten allerdings ändern möchten, wofür sie überhaupt die Dienste des Therapeuten in Anspruch nehmen oder wo sie sich für ein Beibehalten des Status quo entscheiden, Nein sagen und Angebote ablehnen, können sie zunehmend klarer unter Berücksichtigung emotionaler und rationaler Kriterien („mit Herz und Verstand“) diskutieren.

### 2.2.3 Rollenstrukturierung

Selten können wir davon ausgehen, dass unsere Patienten zu Beginn bereits wissen, was eine Therapie eigentlich leisten kann (und was nicht) und wie die Zusammenarbeit der beteiligten Personen überhaupt aussehen wird. Deshalb gehört es zur vordringlichsten Aufgabe des Therapeuten, seinen Patienten den Einstieg zu erleichtern und ihnen bereits ab dem ersten Kontakt die Spielregeln und Rollen zu verdeutlichen, also aktiv *Einfluss* zu nehmen auf eine günstige *Rollenstrukturierung*. Wie dies konkret in der Praxis geschieht, ist im Abschnitt 3 „Praktische Beziehungsgestaltung im Therapieprozess“ näher beschrieben und mit Gesprächsbeispielen illustriert (siehe unten).

## 2.3 Zwischenfazit: Mittels Therapiebeziehung die Selbstregulation fördern

Für das Erlernen (oder Wiedergewinnen) von Selbstregulation ist somit eine kooperative Grundhaltung günstig, bei der der Therapeut ...

- ◆ zunächst jeweils an der „inneren Welt“ seiner Patienten empathisch „andockt“,
- ◆ die Spielregeln der Therapie verdeutlicht, ein Arbeitsbündnis mit einer klaren Rollenverteilung etabliert, seine professionelle Unterstützung anbietet und dies dem Patienten so vermittelt, dass er sich in seinen Belangen verstanden fühlt,
- ◆ eine „lebensweltorientierte“ Zusammenarbeit praktiziert („mit vereinten Kräften gegen die Probleme draußen“, „wir beide in Kooperation zur Bewältigung Ihrer Schwierigkeiten“),
- ◆ in Analogie zu einem Fahrlehrer oder Entwicklungshelfer arbeitet, um Patienten vieles beizubringen, was sie später eigenständig umsetzen können,
- ◆ als „Katalysator“ die Patienten zu entdeckendem Lernen anregt und ihnen neue Kompetenzen vermittelt,
- ◆ über reale Erfahrungen („learning by doing“) beim Patienten zunehmend Selbsteffizienz (Bandura, 1997) aufbaut,
- ◆ auf der Basis von Transparenz, Information und Aufklärung eine Kultur von Dialog und Konsens, Mitentscheidung sowie „informed consent“ pflegt,
- ◆ die Therapie (samt dazugehöriger Beziehung) als „Angebot“ bzw. Chance zum Lernen, zur Veränderung, zur Weiterentwicklung präsentiert,

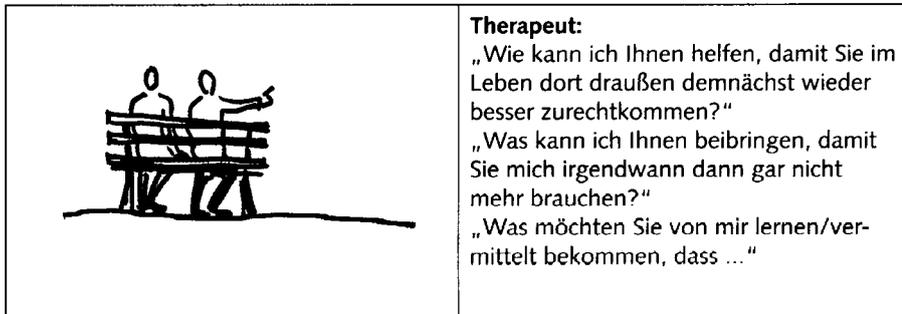
- ◆ den „Ball der Verantwortung“ immer wieder an die Patienten zurückspielt und
- ◆ kontinuierlich die Gratwanderung zwischen Empathie und Änderungsassistenz ausbalanciert.

Der Selbstmanagement-Therapeut beachtet bei seiner Beziehungsgestaltung jedoch auch viele *inhaltliche Aspekte*, die für das Gelingen von *Selbstregulation* unabdingbar sind. Er hilft Patienten z. B. dabei ...

- ◆ dysfunktionale Abläufe, Einstellungen und Verhaltensweisen zu erkennen (mittels Aufmerksamkeitslenkung, Sokratischem Dialog, reflexiven Fragen und Selbstbeobachtung),
- ◆ Ziele wieder oder neu zu entdecken und „neue Träume zu träumen“,
- ◆ sich Ziele zu setzen, die sie auch „wirklich“ erreichen möchten („commitment“),
- ◆ sich „passende“ Ziele zu setzen, deren Schwierigkeitsgrad sie nicht überfordern,
- ◆ ihr derzeitiges Verhalten (IST) mit ihren Standards (SOLL) zu vergleichen und Schlussfolgerungen daraus zu ziehen (Was jetzt? Ändern oder So-Bleiben?),
- ◆ eigene Einflussmöglichkeiten zu erkennen und zu nutzen („locus of control“: Rotter, 1966),
- ◆ sehr *konkrete* Umsetzungspläne für ihre Ziele zu schmieden,
- ◆ typische Abläufe und Stadien von Änderungsprozessen kennenzulernen und Hindernisse zu berücksichtigen (z. B. Macht der Gewohnheiten, Angst vor Veränderung, Kosten und Nutzen),
- ◆ ihre Aufmerksamkeit auf konstruktive Aspekte zu lenken (z. B. Frühwarnsignale, Alternativen, Stärken und Ressourcen etc.),
- ◆ „ressourcenschonend“ vorzugehen und ihre Energien für lösbare Probleme, nicht aber für das Ändern unabänderlicher Tatsachen einzusetzen,
- ◆ positive emotionale Zustände zu fördern etc.

Diese und viele andere therapeutischen Handlungsanweisungen sind der Grundlagenliteratur zur Selbstregulation zu entnehmen (vgl. Baumeister & Vohs, 2004; Boekaerts et al., 2000; Carver & Scheier, 2001; Kanfer, 1970; 1988; Kanfer & Gaelick-Buys, 1991). Denn die Beziehungsqualität hängt auf Dauer auch davon ab, ob die Therapie zielführende Resultate erbringt, die das Leben und die Selbstregulation des Patienten wirklich verbessern.

Umgekehrt *unterlässt* der Therapeut Verhaltensweisen, die für Selbstregulation kontraproduktiv sind. Er wird also *nicht* ...

**Abbildung 2:** Die therapeutische Allianz im Dienst der Selbstregulation

- ◆ stellvertretend für seine Patienten Probleme definieren, Ziele bestimmen oder deren Probleme lösen,
- ◆ direktive Ratschläge geben (und deren Befolgung erwarten),
- ◆ seine Patienten abhängig halten („Seien Sie froh, dass Sie zu mir gekommen sind. Alleine werden Sie das sowieso nie schaffen ...!“),
- ◆ die klassische Arzt-Patienten-Rollenverteilung befolgen („Ich bin hier der Experte und sage Ihnen, was Sie tun müssen!“),
- ◆ intransparent arbeiten und seine Patienten unmündig behandeln („Das brauche ich nicht zu erklären, das verstehen Sie sowieso nicht ...“),
- ◆ Patienten zu etwas überreden oder gar zwingen,
- ◆ Therapiestunden als Selbstzweck ohne Bezug zu „draußen“ abhalten, auf Hausaufgaben bzw. das Anstoßen neuer/anderer Erfahrungen verzichten,
- ◆ nur dem Jammern oder Klagen über die Beschwerden zuhören (und sonst nichts),
- ◆ eine Schonhaltung den Patienten gegenüber einnehmen (auch z. B. stationär) oder
- ◆ Therapieabhängige („therapy addicts“) produzieren, die nicht mehr ohne Therapie und Therapeuten leben können.

Wenn Patienten wieder zu Autonomie kommen sollen, dürfen vor allem ihre vorhandenen Selbsthilfepotenziale nicht ignoriert oder untergraben werden. Dies muss auch die Beziehungsgestaltung berücksichtigen: Wenn Patienten ihre Fortschritte nur auf die Medikamente oder die Tipps des „guten Therapeuten“ attribuieren, bleiben sie von diesen externen Helfern abhängig, ohne sich selbst um Verbesserungen zu bemühen. Sie lernen auch nichts „fürs Leben“, wenn sie passiv bleiben und die Therapie wie einen Reparaturbetrieb verstehen.

Allerdings sollten die Themen „Selbstverantwortung“ bzw. „Hilfe zur Selbsthilfe“ sehr sensibel vermittelt werden, da eine plumpe oder voreilige Konfrontation mit dieser Idee von Patienten als bedrohlich erlebt werden kann. Es wäre ein grober therapeutischer Fehler, zum Patienten etwa zu sagen: „Niemand kann Ihnen bei diesem Problem helfen – nur Sie selbst. Sie müssen das Problem schon selber lösen!“ Vielmehr kommt es darauf an, neben dem empathischen Verstehen des Patienten (einschließlich seinem Scheitern oder Zögern), auch die Suche nach neuen/andersartigen Lösungsmöglichkeiten im Zuge der Therapie zu betonen. Noch wichtiger ist jedoch eine realistisch-optimistische Grundhaltung, die auch die Unterstützungsbereitschaft des Therapeuten bei diesem Lernprozess signalisiert:

Ich bin zuversichtlich, dass Sie – wenn wir gut zusammenarbeiten – während der Therapie bestimmte positive Veränderungen schaffen können. Ich werde versuchen, Ihnen zu helfen, günstige Ausgangspunkte für Veränderungen und Verbesserungen zu finden. Dabei werde ich darauf achten, dass Sie sich nur solche Änderungsschritte vornehmen, mit denen Sie sich nicht überfordern, sondern die gerade so schwierig sind, dass Sie sie noch bewältigen können. Falls bestimmte Schritte einmal nicht ganz so klappen sollten, werde ich Sie unterstützen, indem ich z. B. gemeinsam mit Ihnen nach Wegen suche, die leichter zu bewältigen sind ... (Kanfer et al., 2006, S. 133).

## 2.4 Adaptive Beziehungsgestaltung und die Rolle von Ausbildung, Selbsterfahrung und Supervision

*Maßgeschneiderte Beziehungsgestaltung:* Eine gute Beziehung wird idealerweise nicht nur komplementär an die Motive der jeweiligen Patienten (Ambühl, 2005), sondern auch an die sonst vorfindlichen Gegebenheiten *adaptiert*. Dieser individuelle Zuschnitt variiert z. B. in Abhängigkeit von Faktoren wie:

- ◆ Krankheitsbild (vgl. Abschnitt 5 des vorliegenden Bandes),
- ◆ Rahmenbedingungen, Kontext und Setting (ambulant vs. stationär, einzeln vs. Paar vs. Familie vs. Gruppe etc.: vgl. Schmelzer, 2003; vgl. auch Abschnitt 7 in diesem Band) und
- ◆ Alter, Geschlecht oder Schichtzugehörigkeit der Patienten (vgl. Abschnitt 8 in diesem Band).

Es gehört zu einer Grundprämisse der Selbstmanagement-Therapie, nicht alles selbst erforschen zu wollen, sondern sich problem- und ziel-

orientiert an den diesbezüglichen Erkenntnissen der empirischen Grundlagenforschung zu orientieren. Die in diesem Beitrag geschilderten Hinweise sind daher – ähnlich wie das gesamte „integrative“ Phasenmodell – mit entsprechenden Empfehlungen zu ergänzen, zu adaptieren oder zu modifizieren, wenn dies zur Verbesserung der therapeutischen Effektivität beiträgt.

*Zur Rolle von Ausbildung, Selbsterfahrung und Supervision:* Wenn die therapeutische Beziehung in wesentlichen Zügen von „spontanen“ sozialen Alltagsbeziehungen abweicht, so wird die Notwendigkeit von Ausbildung und Training deutlich (Kanfer et al., 2006, S. 429ff.; Laireiter & Willutzki, 2005). Hier wiederholt sich die fundamentale Qualität von Beziehungsfaktoren, denn was nützt das beste Manual oder die beste Therapietechnik, wenn der Therapeut nicht gelernt hat, eine vertrauensvolle Atmosphäre aufzubauen, etwaige Zweifel des Patienten empathisch zu verstehen, dessen Person und Lebenssituation respektvoll zu behandeln und vieles mehr?

Neben dem Erlernen therapeutischen Basisverhaltens (vgl. z. B. Bachmair, Faber, Hennig, Kolb & Willig, 2004) und effektiver Kommunikation (z. B. nach dem hierarchischen Kompetenzmodell des „Microteaching“: Ivey & Ivey, 2003) muss vor allem das Einhalten der professionellen Therapeutenrolle trainiert werden. Dazu sind auch bestimmte Formen der Selbsterfahrung (vgl. z. B. Lieb, 1998; Schmelzer & Hirsch, 2005) hilfreich, um persönliche Achillesfersen zu erkennen und aus dem therapeutischen Geschehen herauszuhalten. Auch Supervision des unmittelbaren Therapeutenverhaltens (vgl. z. B. Schmelzer, 1997) ist unabdingbar, um eine adäquate Beziehungsgestaltung in der unmittelbaren Sitzung zu gewährleisten – nicht nur während der Ausbildung, sondern auch in späteren Phasen der Berufstätigkeit.

## 2.5 Zum Umgang mit schwierigen Beziehungssituationen

Die idealtypische Darstellung unseres Beitrags täuscht möglicherweise über die Tatsache hinweg, dass es in der therapeutischen Praxis viele Ecken, Kanten und Stolpersteine gibt, die ein „Handeln laut Lehrbuch“ erschweren. Trotzdem sollte von Therapeuten generell eine „widerstandspräventive Grundhaltung“ praktiziert werden:

*Beziehungsgestaltung zur Prävention von „Widerstand“:* Selbstmanagement-Therapeuten schaffen von Beginn an eine Beziehung, die die

Wahrscheinlichkeit von „Widerstandsphänomenen“ reduziert (Kanfer et al., 2006, S. 166ff.). Sie (1) erlauben ihren Patienten durchgängig ein möglichst hohes Ausmaß persönlicher Mitsprache, (2) lassen sie selbst Ziele setzen statt ihnen Ziele von außen vorzugeben, (3) helfen ihnen mit kleinen, aber erfolgreichen aktiven Schritten, Selbsteffizienz aufzubauen, (4) nutzen deren Selbstmotivation, indem sich Patienten selbst für hilfreiche Maßnahmen entscheiden („Ich mache X für *mich!*“), (5) arbeiten mit maximaler Transparenz und (6) beachten das Prinzip der Freiwilligkeit. Dadurch sinkt die Gefahr von destruktiven Interaktionsmustern, während sich intrinsische Motivation, Mitarbeit und Kooperation verbessern.

*Umgang mit „Widerstand“:* Treten trotzdem Anzeichen von „Widerstand“ auf, muss der Therapieprozess unterbrochen und – gemeinsam mit den Patienten – nach den Gründen der Störung gesucht werden (Kanfer et al., 2006, S. 406ff.). Eine solche „Widerstandsanalyse“ verläuft nach den üblichen Regeln des Problemlösens und der funktionalen Verhaltensanalyse. Die konkreten Bedingungen für therapeutische Sackgassen, Binnenprobleme und Beziehungskonflikte sind in der Regel vielfältig (vgl. auch Leahy, 2003). Neben Informations- und Kompetenzdefiziten des Patienten, Missverständnissen hinsichtlich der Rollenverteilung, Erwartungsdiskrepanzen, bislang unbemerkten Zielkonflikten, Angst vor Veränderung etc. können Widerstände natürlich auch vom Therapeuten produziert sein: Fehlende Empathie oder mangelhaftes Verständnis der Person und Lebenssituation von Patienten sollten daher ausgeschlossen werden, bevor wir vorschnell Therapieprobleme auf „Patientenwiderstände“ attribuieren. Bei ernsteren „Brüchen“ in der Beziehung sind in jedem Fall intensivere Maßnahmen zur Beziehungsklärung und Metakommunikation indiziert, bevor wieder zum Normalablauf der Therapie zurückgekehrt werden kann. Aus Platzgründen verweisen wir an dieser Stelle auf detailliertere Ausführungen bei Kanfer et al. (2006, S. 403ff.) bzw. auf weitere Kapitel in diesem Band (z. B. Beutler et al., Saffran et al., Willutzki & Michalak etc.).

*Zur Bedeutung von „Übertragung/Gegenübertragung“:* Unser Konzept stellt die Existenz von Phänomenen, die im tiefenpsychologischen Denken als „Übertragung“ und „Gegenübertragung“ bezeichnet werden, nicht in Abrede. Im Gegenteil: Bezugnehmend auf die aktuelle Grundlagenforschung zur Personwahrnehmung bleibt uns Menschen gar nichts anderes übrig, als vergangene Erfahrungen auf zukünftige Situationen (und vergangene Person-Schemata auf neue Personen) zu übertragen.

Wie an anderer Stelle zusammenfassend dargestellt (vgl. Schmelzer, 1997, S. 204ff.), ist jede Interaktion als „*reziproker Schema-Transfer*“ zu interpretieren, allerdings nicht auf frühkindliche Erfahrungen der Herkunftsfamilie begrenzt.

In unserer Therapie sind „Übertragung“ und „Gegenübertragung“ zwischen Therapeut und Patient aber nicht der wichtigste oder gar ausschließliche Fokus. Durch die anders gelagerte Kooperation („Wir beide zur Lösung der Probleme draußen im Patienten-Alltag“) und das Lernziel „Selbstregulation“ ist unsere Beziehung immer zweckgerichtet. Wenn der Therapeut stringent nach den Selbstmanagement-Prinzipien (s. o.) arbeitet, entsteht im positiven Fall beim Patienten eine Person-Person-Differenzierung der Art: „Der Therapeut erinnert mich vom Aussehen oder seiner Stimme her zwar etwas an meinen Vater. Genaugenommen ist er aber ganz anders, und ich gewinne zunehmend die Überzeugung, dass er mich gut dabei unterstützt, die Probleme in meinem Alltagsleben besser zu bewältigen.“

*Umgang mit ernststen Beziehungs- und „Persönlichkeitsstörungen“*: Therapeuten werden immer wieder auf Patienten treffen, die chronische Störungen in der Interaktion mit anderen Menschen aufweisen. Dies charakterisiert die sogenannten „Persönlichkeitsstörungen“ (Fiedler, 1997, S. 28), und es wäre sehr verwunderlich, wenn diese Interaktionsstörungen nicht auch in der Therapiebeziehung deutlich würden. Patienten bringen somit ihre sehr rigiden interaktiven, kognitiven und emotionalen Schemata in die Therapie mit ein – manchmal sehr früh und direkt, manchmal eher subtil und erst im Lauf der Zeit als Muster erkennbar.

Wie im zurückliegenden Abschnitt erwähnt, werden solche Phänomene heute unter Bezug auf die sozial-kognitive Grundlagenforschung und Personwahrnehmung *mit Hilfe des Schema-Ansatzes* empirisch fassbar diskutiert und therapeutisch genutzt (Caspar, 1996; Fiedler, 1997; Sachse, 2004; Young, Klosko & Weishaar, 2005; bzw. in anderem Zusammenhang Schmelzer, 1994, S. 268ff., oder Schmelzer, 1997, S. 128ff.).

Ohne an dieser Stelle in die Tiefe gehen zu können, sind die wesentlichen *praktischen Konsequenzen* folgende:

- a) Phase 1 und Beziehungsarbeit sind über weite Strecken der Hauptfokus der Therapie;
- b) angesichts der *chronifizierten* Störungen müssen sich alle Beteiligten von der Illusion einer „Kurzzeittherapie“ verabschieden;
- c) im Selbstmanagement-Verständnis geht es auch hier um ein *kooperatives* Analysieren und Herausarbeiten der (zunächst dysfunktionalen) Schemata;

- d) wesentlich ist dabei ein gemeinsames empathisches Verständnis der den Schemata zugrunde liegenden Motive (dass z. B. paranoide Interaktionsmuster dem menschlichen Bedürfnis nach Schutz, Sicherheit und Kontrolle entspringen);
- e) die jeweiligen Basismotive (Anerkennung, Sicherheit, Nähe etc.) werden gewürdigt und als legitime Interessen betrachtet;
- f) Patienten lernen allmählich, diese Motive mit *anderen* als den bisher dysfunktionalen Mitteln zu erreichen;
- g) dazu kann die therapeutische Beziehung einerseits als korrektive Erfahrung genutzt werden und
- h) andererseits vermittelt sie in der Regel neue Kompetenzen für den Alltag (z. B. Emotionsregulation: vgl. Linehan, 1996a; 1996b).

Von diesem Exkurs zu den Ausnahmesituationen kehren wir jetzt allerdings wieder zurück zum „Normalfall“ der Beziehungsgestaltung in der Praxis.

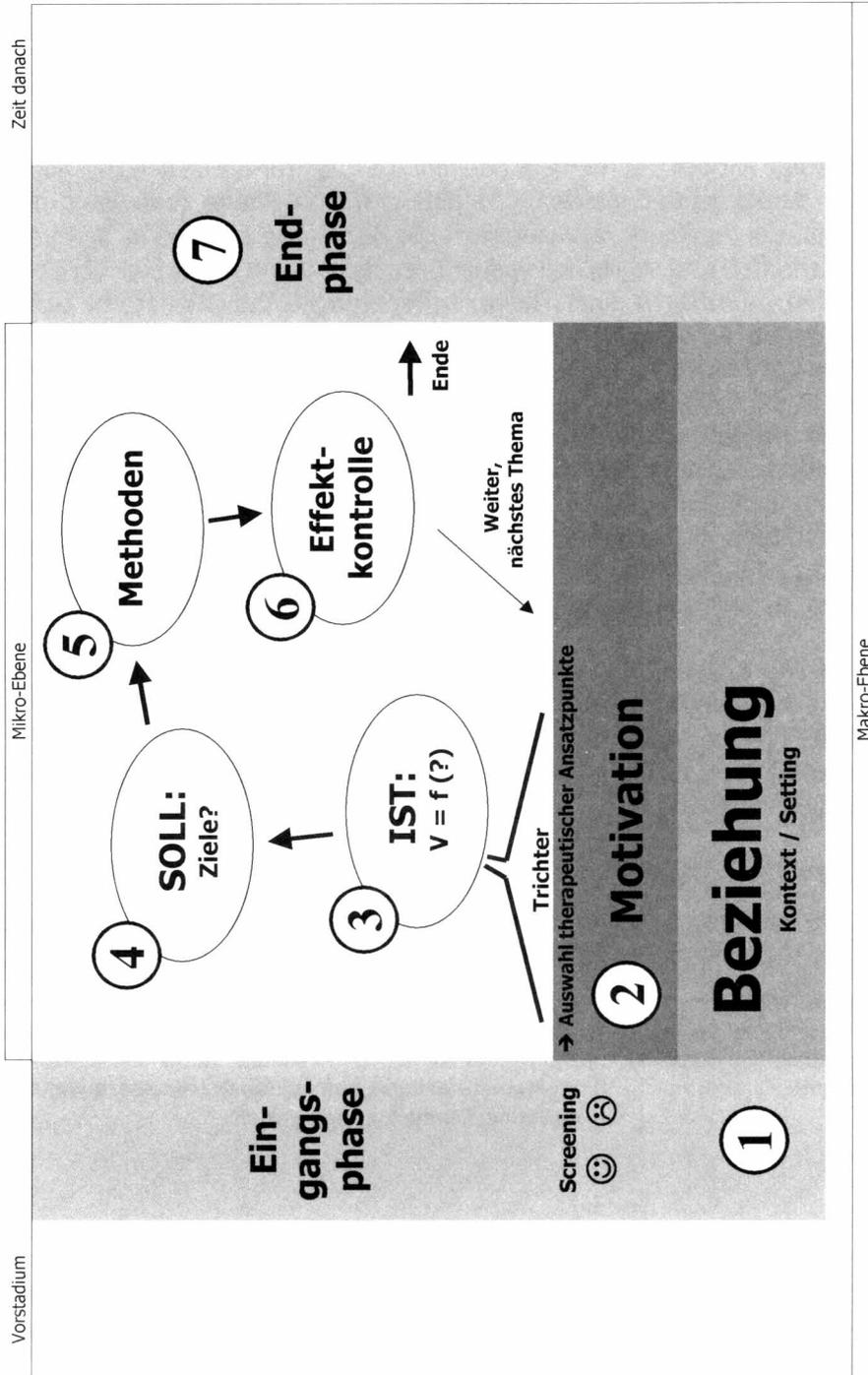
### 3 Praktische Beziehungsgestaltung im Prozessmodell der Selbstmanagement-Therapie

In diesem Abschnitt möchten wir anhand vieler Beispiele verdeutlichen, wie die therapeutische Beziehung mit Bezug auf das Prozessmodell der Selbstmanagement-Therapie konkret gestaltet werden kann. Das Gerüst für unser praktisches Vorgehen besteht aus sieben Phasen (vgl. Kanfer et al., 2006, S. 112ff.), mit deren Hilfe eine „maßgeschneiderte“ Therapie für die unterschiedlichsten Patienten entworfen werden kann. Sie sind idealtypisch beschrieben und bieten Therapeuten heuristische Hinweise für eine „gute“ *Beziehungsgestaltung* und das Bewerkstelligen *inhaltlicher Veränderungen*. Wenn die Ziele der momentanen Stufe erreicht sind, kann jeweils zur nächsten Phase fortgeschritten werden; falls bestimmte Schwerpunktziele nicht (mehr) erfüllt sind, ist zu früheren Phasen zurückzukehren.

Das siebenphasige Prozessmodell im Überblick:

- 1.) Eingangsphase – Schaffung günstiger Ausgangsbedingungen
- 2.) Aufbau von Änderungsmotivation und (vorläufige) Auswahl von Änderungsbereichen
- 3.) Verhaltensanalyse: Problembeschreibung und Suche nach aufrechterhaltenden Bedingungen
- 4.) Klären und Vereinbaren therapeutischer Ziele

Abbildung 3: Prozessmodell der Therapie (grafische Darstellung in Anlehnung an Kanfer et al., 2006, S. 112)



- 5.) Planung, Auswahl und Durchführung spezieller Methoden (als Mittel zum Ziel)
- 6.) Evaluation der Fortschritte
- 7.) Endphase – Erfolgsoptimierung und Abschluss der Therapie

In Abbildung 3 sind die Abläufe *grafisch* dargestellt:

Das obige Modell hat mehrere *Ebenen*, die auch für die Beziehungsgestaltung berücksichtigt werden: (1) Eine *zeitliche Ebene* (von links nach rechts), die impliziert, dass zunächst die Beziehung *aufgebaut*, dann *aufrechterhalten* und schließlich wieder *beendet* werden muss; eine (2) Ebene aus den *Grundlagen* einer Therapie (Beziehung/Motivation; siehe unten) und darauf aufbauend dem *inhaltlichen Veränderungsprozess*; eine (3) Ebene der Mikro- vs. Makroperspektive, wonach alle therapeutischen Bemühungen (Mikro) auf das Leben „draußen“ (Makro) bezogen werden.

Wir werden uns in diesem Beitrag weniger mit den Details des Problemlösevorgehens beschäftigen, sondern mit Antworten auf die Frage: Wie können Therapeuten ihre Patienten *auf der Beziehungsebene* dabei unterstützen, die genannten Phasen erfolgreich in Richtung Selbstregulation zu durchlaufen? Beginnen wollen wir mit einigen generellen Merkmalen, die wir *durchgängig* über alle Phasen hinweg verfolgen.

*Generelle phasenübergreifende Aspekte der Beziehungsgestaltung.* In der nachfolgenden Übersicht, deren Struktur sich auch unten beim Abriss der Phasen wiederfindet, sind links wichtige generelle Themen/Ziele dargestellt und rechts mit konkreten Beispielen, Fragen oder Gesprächsfacetten illustriert:

**Kasten 1: Wichtige Themen bzw. Ziele**

Thema/Ziel	Beispiele
Respektvolle Grundhaltung und Realisierung therapeutischer Basisvariablen	Wohlvollend-akzeptierende, ruhige, tolerante, neutrale und sanktionsfreie Atmosphäre; Respektieren der Person und Lebenshaltung des Patienten; verbal und nonverbal zugewandte Haltung, aufmerksames Interesse, emotionale Wärme, Echtheit, Kongruenz etc.

Thema/Ziel	Beispiele
Sich um ein empathisches Verständnis der Person und Lebenssituation von Patienten bemühen	„Ich würde Ihre Lage gerne noch ein bisschen besser verstehen. Können Sie mir schildern, was da genau in Ihnen vorgegangen ist?“ ... „Hm, das war bestimmt ganz schlimm für Sie ... Was hat Ihnen am meisten zugesetzt dabei?“ ... „Aha, immer wenn diese Angst kommt, müssen Sie sich auf Ihr Sofa legen und dann wird es etwas besser ...?“ ... „Ich habe jetzt noch nicht ganz mitbekommen, warum es in der einen Situation für Sie so schwierig war, in der anderen aber nicht ...?“ ... „Was würden Sie sagen: Welche ausgesprochenen und unausgesprochenen Spielregeln gibt es in Ihrer Kultur (bzw. Familie, Partnerschaft etc.)?“
„Andocken“ an den Vorerfahrungen des Patienten	„Was haben Sie denn alles schon selbst versucht, um mit den Ängsten umzugehen?“ ... „Was hat Ihnen in Ihrer zurückliegenden stationären Therapie denn zumindest ein bisschen weitergeholfen?“ ... „Wenn wir demnächst auf mehr Entspannung und Gelassenheit hinarbeiten – welche Erfahrungen haben Sie denn schon mit Entspannungsmethoden gemacht? Wo können wir da vielleicht anknüpfen?“
Professionelle Beziehung mit Regeln und Grenzen	Fester zeitlicher und räumlicher Rahmen, Neutralität/Objektivität, keine persönlichen/intimen Beziehungen, keine Doppelrollen etc. „Wir werden normalerweise einen Termin pro Woche haben, der hier in meinen Praxisräumen stattfindet“ ... „Schade, dass Sie heute zehn Minuten zu spät gekommen sind, aber jetzt sollten wir die verbleibenden vierzig Minuten bestmöglich nutzen.“ ... „Ich verstehe, dass Sie am liebsten eine Art Richterspruch von mir hätten oder ich Ihrem Partner sagen sollte, wo es langgeht. Ich kann und werde in unserem gemeinsamen nächsten Termin aber nur die Rolle des Moderators einnehmen und darauf achten, dass Sie beide ein faires Gespräch führen und sich vielleicht in ein oder anderen Punkt besser verstehen oder einigen können.“
Anstoßgeber, Assistent, Helfer	„Haben Sie schon einmal darüber nachgedacht, ob ...“ ... „Was könnte das konkret bedeuten für Sie?“ ... „Möchten Sie mithilfe der Therapie lernen, sich besser zu entspannen?“ ... „Was könnte Ihnen noch helfen bei Ihrer Entscheidung?“

Thema/Ziel	Beispiele
Lernen, Änderung und Kompetenzvermittlung als Angebot	„Natürlich ist es schwer für jemanden mit Angst vor anderen Menschen, sich so einer Situation zu stellen, wo es darauf ankommt, NEIN zu sagen. Aber jetzt sind Sie ja in Therapie gekommen –, und ich würde Ihnen – wenn Sie möchten – in den nächsten Wochen gerne beibringen, wie Sie ein bisschen mehr Selbstvertrauen zeigen könnten.“
Anregungen zum erfahrungsorientierten Lernen (z. B. via Aufgaben/Hausaufgaben)	„Wenn Sie wirklich noch näher an Ihre Gefühle in dieser Situation herankommen möchten, dann wäre es sehr gut, wenn Sie jetzt einmal eine kleine Imaginationsübung mitmachen würden.“ ... „Könnten Sie sich bereit erklären, bis zum nächsten Mal Folgendes auszuprobieren ...?“
Asymmetrische Beziehung: Fokus immer beim Patienten	„Danke, dass Sie sich nach meinem Befinden erkundigen. Aber Sie wissen ja, dass es in der Therapie um Ihre Person und Ihr Leben geht. Wie und wo kann ich Ihnen denn heute möglicherweise weiterhelfen?“

Die ebenfalls kontinuierlich relevanten Denk- und Handlungsregeln der kognitiven Verhaltenstherapie (vgl. Kanfer et al., 2006, S. 327ff.) lassen sich z. B. mit folgenden Beispielen verdeutlichen:

### **Kasten 2:** *Relevante Denk- und Handlungsregeln*

Thema/Ziel	Beispiele
Konkrete Verhaltensorientierung	„Ich weiß noch nicht, was Sie mit ‚Mir geht es schlecht‘ alles genau meinen. Was passiert da z. B. in welchen Situationen bei Ihnen?“ ... „Mir würde es helfen, wenn Sie für sich und mich noch ein paar konkrete Beispiele finden könnten, was es heißt für Sie: ‚Jetzt fühle ich mich wieder wohler.‘“
Lösungsorientierung	„Sie haben ja selbst gesagt, dass Jammern nicht weiterbringt. Was wäre denn ein konstruktiverer Ansatz, um mit der beklagten Situation besser umzugehen? Wie könnten Sie einer Lösung näherkommen?“

Thema/Ziel	Beispiele
Positives Denken und Handeln	„Jetzt haben wir viel über Ihre Probleme gesprochen. Mich interessiert aber auch, was es in Ihrem Leben gibt, wo Sie sagen: Da passt es, da läuft es, da ist es okay für mich – vielleicht sogar: Da bin ich ganz gut, das kann ich, das interessiert mich, das ist eine kleine Stärke von mir ...?“
Kleine Schritte	„„Mehr Sicherheit gewinnen' ist ein Ziel, das wir im Lauf der nächsten Wochen und Monate durchaus erreichen können. Es ist ein großes Ziel, das Zeit braucht. Was wäre denn der allererste kleine Schritt auf dem Weg dahin für Sie?“
Flexibel denken und handeln	„Falls dieser Plan jetzt doch nicht funktionieren sollte – was gäbe es sonst noch an Alternativen? Wie könnten Sie es noch anpacken? Was wäre, wenn ...?“
Zukunftsorientierung	„Wir werden uns sicher gemeinsam anschauen und analysieren, wie das bei Ihnen alles so gekommen ist. Aber noch wichtiger wird sein, dass wir uns gemeinsam aus Ihrer Sicht fragen: Was ab jetzt mit Blick nach vorn?“

Nachfolgend betrachten wir die Beziehungsgestaltung unter dem Aspekt, was in welcher Phase der Therapie besondere Betonung findet.

### **Phase 1: Eingangsphase – Schaffung günstiger Ausgangsbedingungen**

Die wichtigste Weichenstellung zu Beginn betrifft den behutsamen *Aufbau einer kooperativen therapeutischen Beziehung*. Inhaltlich möchten sich die Patienten zunächst mit ihren Beschwerden ernst genommen fühlen – und so erfolgt ein erstes Sondieren von möglichen Anliegen/Themen/Problembereichen bzw. von Therapieerwartungen. Alle Angaben dazu werden aber nur dann brauchbar sein, wenn die *Beziehung* stimmt. Da den meisten Patienten die Abläufe einer Therapie relativ unklar sind, nehmen wir ab dem ersten Kontakt Einfluss auf eine adäquate *Rollenstrukturierung* und tun alles, um eine günstige Beziehungsbasis für die Therapie zu schaffen.

Das zentrale Ziel der Beziehungsgestaltung in dieser allerersten Phase wird mit Kanfers Grundregel umrissen: *Um mit Patienten arbeiten zu können, müssen sie erst einmal wiederkommen!* Dazu können Therapeuten z. B. Folgendes tun:

**Kasten 3: Aufgaben der Therapeuten**

<b>Thema/Ziel</b>	<b>Beispiele</b>
Patienten dort abholen, wo sie stehen	„Ich weiß, dass Sie am liebsten gleich wieder so sein möchten wie vor Ihrer Krise und dem Zusammenbruch 2004. Aber jetzt müssen wir beide erst einmal schauen, wo Sie stehen, was Sie heute noch oder wieder schaffen und wo wir überhaupt starten können ...“
Behutsames Sichten von Eingangsbeschwerden	„Was führt Sie denn zu mir?“ ... „In welchen Lebensbereichen gibt es Schwierigkeiten?“ ... „Was genau sind denn die Gründe, weshalb Sie in Therapie kommen?“ ... „Wo läuft es nicht so, wie Sie es sich gerne wünschen?“
Klären von Erwartungen (und sensible Korrektur von Fehlerwartungen)	„Was wünschen (erhoffen, erwarten) Sie sich denn von unserer Therapie? Wie könnte ich Ihnen helfen? Wie müsste die Situation bei Ihnen denn werden, damit Sie sagen: Jetzt brauche ich die Therapie nicht mehr?“ ... „Hm, ganz so, wie Sie sich das vorstellen, läuft das bei einer Therapie leider nicht. Da wird es schon darauf ankommen, dass Sie früher oder später selbst wieder aktiv werden – zumindest ein klein wenig im Rahmen Ihrer Möglichkeiten. Aber am besten sage ich Ihnen jetzt zu Beginn einfach mal ein paar Dinge, was alles nötig ist, damit eine Therapie Erfolg bringen kann ...“
Regeln, Abläufe und Grenzen der therapeutischen Beziehung und des Therapieprozesses besprechen	Rollenstrukturierung in Anlehnung an die Tabelle 2 (vgl. oben): „Ich kann Ihnen leider kein Zaubermittel verabreichen oder die Probleme stellvertretend für Sie von außen lösen. Aber ich kann und werde Sie gerne dabei unterstützen, dass Sie mit vielen Dingen Ihres Lebens wieder besser klarkommen.“ ... „Damit eine Therapie erfolgreich abläuft, gibt es für uns beide ein paar Spielregeln, die ich Ihnen gerne kurz erläutern möchte ...“
Veränderungsfreundliche Atmosphäre herstellen	„Sie haben eben gesagt, dass Sie nicht in die Therapie gekommen sind, um nur zu jammern und alles beim Alten zu belassen. Haben Sie denn schon einmal vorsichtig darüber nachgedacht, was Sie – wenn es möglich wäre – vielleicht ändern möchten? Nur mal so theoretisch?“

Thema/Ziel	Beispiele
Transparenz, Information und Aufklärung	„Ich kann Ihnen gerne erläutern, was es mit diesem Fragebogen auf sich hat“ ... „Was wissen Sie denn schon über Therapie (autogenes Training, Depressionen, Ängste etc.)? Soll ich Ihnen ein bisschen darüber erzählen? An welchen Erfahrungen kann ich da anknüpfen? Stellen Sie ruhig Ihre Fragen.“ Auch: Nutzung von Informationsmaterial, Broschüren oder Büchern zur Psychoedukation (z. B. Kanfer & Schmelzer, 2005).
Kontinuierliche Mitbeteiligung und Mitentscheidung von Patienten	„Was meinen Sie dazu?“ ... „Was halten Sie davon, wenn ...?“ ... „Nach allem, was wir besprochen haben – wo sollten wir heute anfangen/weitermachen?“ ... „Was ist für Sie das Wichtigste?“ ... „Was brauchen Sie noch, um sich entscheiden zu können?“
Erste emotionale Stabilisierung	„Wir können heute alles mal wirklich ganz in Ruhe besprechen“ ... „Nehmen Sie erst einmal ein paar tiefe Atemzüge und lassen Sie sich die Zeit, die Sie brauchen, um sich ein bisschen zu sammeln ...“
Kognitive Orientierung vermitteln	„Sollen wir hier auf dem Blatt erst einmal gemeinsam festhalten, was so ein paar wichtige Themen Ihres Lebens und unserer Therapie sein könnten ...?“ ... „Was halten Sie davon, wenn ich Ihnen erst einmal in Ruhe sage, wie so eine Therapie ablaufen könnte?“
Eigeninitiative und aktive Mitarbeit verstärken	„Schön, dass Sie sich daheim schon ein paar Notizen gemacht haben. Das erleichtert unser Gespräch.“ ... „Oh, das ist gut, dass Sie gleich den letzten Klinikbefund dabei haben!“ ... „Prima, jetzt haben Sie ja schon den allerersten Schritt getan ...!“ ... „Gute Idee, das könnten Sie gleich bis zu unserem nächsten Treffen mal ausprobieren ...“
Konditionale Hoffnung wecken	„Wenn Sie Ihren Beitrag leisten und gut mitarbeiten, können Sie trotz Ihrer ernsten Probleme in unserer Therapie wohl einiges für sich erreichen ...“ ... „In der Therapie ist es oft wie in der Natur: Zunächst müssen wir etwas aussäen, dann die ersten zarten Pflänzchen wässern, hegen und pflegen, und erst viel später lässt sich die Ernte einbringen – sind Sie denn dazu bereit, sich auf ein solches Vorgehen einzulassen? Wo könnten wir mit dem Aussäen anfangen?“
Herstellen eines Kontextes, der dem Therapieprozess dienlich ist	Adäquates Setting (z. B. ruhiger Therapieraum, störungsfreie Atmosphäre); Klären/Optimieren organisatorischer Belange, z. B.: „Im Allgemeinen finden unsere Sitzungen einmal pro Woche statt. Das lässt sich aber bei Bedarf auch flexibel handhaben, und natürlich werde ich versuchen, Ihre Berufstätigkeit bzw. Kindererziehung bei der Terminfestlegung zu berücksichtigen.“

In den ersten Sitzungen kommt es darauf an, Patienten auf der Beziehungsebene solche Erfahrungen zu vermitteln, die ihnen die Hoffnung geben: „Es lohnt sich wiederzukommen“ bzw. „Es könnte möglich sein, mit Begleitung dieses Therapeuten/dieser Therapeutin gewisse Veränderungen zu schaffen“. Dazu gehören auch Angst reduzierende Maßnahmen zur Informationsvermittlung und Orientierung sowie zur emotionalen Stabilisierung.

Außerdem sind Offenheit und Vertrauen wichtig. Den Patienten nur zu sagen: „Sie *müssen* zu mir offen sein und Vertrauen haben!“ nützt herzlich wenig – vielmehr müssen wir Therapeuten das notwendige Vertrauen unserer Patienten durch unser reales Interaktionsverhalten erst verdienen. Auch für die Beziehungsgestaltung gilt somit: Reden ist Silber – Handeln ist Gold ...

### **Phase 2: Aufbau von Änderungsmotivation und (vorläufige) Auswahl von Änderungsbereichen**

Wenn sich die Patienten in der therapeutischen Beziehung wohlfühlen und gerne wiederkommen, ist zwar der Anfang geschafft. Nun geht es allerdings um *Möglichkeiten einer Veränderung* und um die dementprechende Motivation. Der Therapeut befindet sich ab jetzt ständig auf der Gratwanderung zwischen Empathie und Veränderung, die wir oben beschrieben hatten: Wenn er Veränderungen zu stark forciert, riskiert er „Widerstand“ (bis hin zum Therapieabbruch); wenn er nur auf Empathie baut, fühlen sich Patienten zwar meist gut angenommen, bleiben jedoch in ihren bisherigen Problemmustern stecken.

Da es genau genommen keine unmotivierten Patienten gibt (sie wollen nur gerade nicht das, was *wir* von ihnen wünschen ...), lautet die entscheidende Frage: *Wofür* sind sie denn derzeit motiviert bzw. wozu *könnten* sie sich mit unserer Hilfe motivieren?

Auch für die Motivationsanalyse und -förderung ist eine vertrauensvolle Beziehung unabdingbar: Durch eine gezielte Aufmerksamkeitslenkung auf Ressourcen, alternative Betrachtungs- und Handlungsweisen („So habe ich das Ganze noch gar nicht gesehen ...!“) und eine Beschäftigung mit konstruktiven Entwicklungsmöglichkeiten („Was ab jetzt mit Blick nach vorn?“) wird die zu Therapiebeginn häufig vorherrschende Hoffnungslosigkeit und Demoralisierung reduziert. Dann können sich Patienten auch in ersten Ansätzen mit Fragen beschäftigen, die sich auf *Visionen, Zukunftsperspektiven* und *positive Anreize für Veränderungen* beziehen.

Neben der Exploration von *Änderungsmöglichkeiten* geht es auch um das Abklären von *Änderungsnotwendigkeiten*. Das Leben ist kein

Wunschkonzert, und so gibt es äußere Umstände (Arbeitslosigkeit, Verluste, Migration) genauso wie natürliche Entwicklungsschritte im Lebenszyklus, die bewältigt werden wollen (Pubertät, Ausbildung, Berufsbeginn, von Partnerschaft zu Ehe/Familiengründung, Kindererziehung über spätere Phasen der familiären Entwicklung bis hin zu Trennung/Scheidung, Renteneintritt, Alter und Tod: vgl. z. B. Kegan, 1994; Petzold, 1992). Am anderen Ende des Spektrums stehen *unabänderliche Tatsachen*: Hier sind keine direkten aktiven Änderungsversuche möglich, sondern solche Coping-Strategien einzuschlagen (akzeptieren, sich arrangieren, emotionale Anpassung), bei denen es nicht um äußere, sondern um innere kognitiv-emotionale Veränderungen geht. Zwischen änderbaren Problemen und feststehenden Tatsachen zu unterscheiden, ist ebenfalls eine kooperative Aufgabe. Deshalb gehört zu einer guten Beziehungsgestaltung auch, Probleme und Ziele gemeinsam in lösungsförderlicher Weise zu definieren und *realistische* Ansatzpunkte zu finden.

**Kasten 4:** *Exploration von Änderungsmöglichkeiten und -notwendigkeiten*

Thema/Ziel	Beispiele
Derzeitiges Änderungsstadium klären	(Analog zu Prochaska & Norcross, in diesem Band): „Habe ich Sie richtig verstanden, dass Sie erst einmal überlegen, ob eine Therapie für Sie überhaupt das Richtige sein könnte?“ ... „Hm, da sind Sie zu Recht sehr skeptisch – vielleicht ist es gerade nicht der beste Zeitpunkt für so einschneidende Veränderungen.“ ... „Aha, Sie kommen also gerade aus Klinik XY und wollen so schnell wie möglich mit der Exposition weitermachen, um nächsten Monat wieder arbeiten zu können ...?!“
Probleme mit Veränderungen akzeptieren	„Hm, was Sie da schildern, ist recht typisch für Veränderungen bei uns Menschen. Da gibt es gute Absichten, tolle Vorsätze – aber dann klappt es doch nicht so wie geplant.“
Hoffnung auf Veränderung wecken	„Wie Sie schon erfahren haben, ist soziale Angst ja kein Schicksal, sondern etwas Gelerntes. Das Gute daran ist, dass man – mit den richtigen Lerntechniken – auch wieder Umlernen kann.“ ... „Heute Nachmittag haben Sie Gelegenheit, mit einer Gruppe von Patienten, die kurz vor der Entlassung steht, darüber zu sprechen, was man in sechs Wochen Klinik so alles erreichen kann.“

Thema/Ziel	Beispiele
Änderungsunterstützung signalisieren	„Sich ändern ist zugegebenermaßen nicht einfach. Sich ändern ist aber möglich, und ich würde Ihnen gerne dabei helfen.“ ... „Das ist der Job von uns Therapeuten: Das Ganze mit Ihnen so anzulegen, dass es für Sie besser klappt als bisher.“
Exploration von Alternativen und Änderungsmöglichkeiten	„Was wäre, wenn Sie in einem halben Jahr wieder wie früher Bus und Bahn fahren und in Kaufhäuser gehen könnten?“ ... „Wir haben uns heute mal angeschaut, wie das abläuft, wenn Sie eine Panikattacke bekommen. Da spielt ja einiges zusammen. Was meinen Sie: An welchen Rädchen könnte man denn hier überhaupt was drehen?“ ... „Was könnten Sie an dieser Stelle künftig anders machen?“ ... „Wie gehen andere Leute mit solchen Situationen um?“ ... „Was könnten Sie sonst noch tun, um X zu erreichen?“
Anreize für Veränderungen ins Blickfeld nehmen	„Hm, wenn Sie künftig selbstbewusster wären, bräuchten Sie sich von den Kollegen nicht mehr so viel gefallen zu lassen.“ ... „Stimmt, Ihre Traumstadt San Francisco werden Sie erst dann erleben können, wenn Sie Ihre Flugangst überwunden haben.“
Visionen, Zukunftsperspektiven und „neue Träume träumen“	Maßnahmen der „Ziel- und Wertklärung“ (z. B. Imaginationen, Phantasieübungen, Was-wäre-wenn-Fragen: vgl. Kanfer et al., 2006, S. 381ff.; Schmelzer, 1998): „Angenommen, die nächsten drei Jahre Ihres Lebens verliefen ideal nach Ihren Wünschen, alle Ihre Träume gingen in Erfüllung.“ ... „Wenn wir die nächsten Monate gut zusammenarbeiten – was wären denn Anzeichen, dass die Therapie erfolgreich läuft? Was wäre anders/besser?“ ... „Wie müsste es werden, damit die Probleme keine ‚Probleme‘ mehr darstellen?“
Lenkung der Aufmerksamkeit auf konstruktive Ansätze und Ressourcen	„Von Ihren Problemen habe ich mittlerweile schon einiges erfahren. Mich interessieren natürlich auch die anderen Bereiche Ihres Lebens, wo Sie sagen, da passt es für mich, da ist es ok, da komme ich einigermaßen klar ...“ ... „Wenn Sie jetzt einmal versuchen, mit mir gemeinsam darüber nachzudenken: Wie möchte ich denn stattdessen leben? Wie sollte es sein, wenn ich tatsächlich zufrieden bin damit?“
„Positive Automatismen“ erkennen und fördern	„Welche Lebensbereiche sind okay und brauchen keine Veränderung?“ ... „Welche Gewohnheiten sollten unbedingt beibehalten werden?“ ... „Welche Stärken und Ressourcen sind vorhanden?“

Thema/Ziel	Beispiele
Angst vor Veränderung akzeptieren und allmählich reduzieren	„Das ist ganz normal, dass Sie Bammel bekommen, wenn der Chef neben Ihnen steht. Aber jetzt sind Sie ja in Therapie und haben die Möglichkeit, das zu ändern.“ ... „Jetzt, nach dem zweiten Rollenspiel, sind Sie schon wesentlich lockerer.“
Ausloten persönlicher Einflussmöglichkeiten	„Wo können Sie Einfluss nehmen/etwas tun/ändern?“ ... „Wo können Sie leider nichts tun – wo sollten Sie deshalb auch Ihre Energien sparen?“
Intrinsische Motivation aufbauen	„Es mag ja sein, dass Ihre Eltern oder Ihr Hausarzt gute Tipps für Sie haben. Aber wir sollten uns etwas Zeit nehmen, um gemeinsam darüber nachzudenken, was Sie eigentlich selbst für sich möchten.“

Die Beziehungsgestaltung verfolgt in dieser Phase den Schwerpunkt, Patienten zu Veränderungen ihrer Lebenssituation zu motivieren: *Ändern oder beibehalten?* So lautet die zentrale Frage. Veränderungen machen in der Regel Angst, und so ist es gut, wenn der Patient in dieser kritischen Phase einen Therapeuten an seiner Seite weiß, der ihn schützt, stützt, in seinem Zögern versteht, ihn trotzdem motiviert und anregt, bei aller Skepsis minimale Veränderungen zu probieren und sich auf diese Weise selbst davon zu überzeugen, dass zumindest kleine Verbesserungen möglich sind.

### Phasen 3 bis 6: Von der Verhaltensanalyse über Zielvereinbarung, Methodenauswahl und -durchführung bis zur Evaluation der Fortschritte

Für unser Thema „Beziehungsgestaltung“ fassen wir die nächsten vier Phasen hier nur kurz zusammen. Auch bei der inhaltlichen Arbeit an Problemen und Zielen wird die *Kooperation* groß geschrieben: *Gemeinsam* werden in *Phase 3* Themen fokussiert, Probleme definiert und anhand repräsentativer Beispielsituationen auf ihre Bedingungen, Entstehungsgeschichte und Zusammenhänge hin analysiert.

Ebenso kooperativ wird die Frage, was *stattdessen* werden soll, beantwortet und in *Phase 4* („*Klären und Vereinbaren therapeutischer Ziele*“) genauer herausgearbeitet und *verbindlich* gemacht. Während der Therapeut auch zur Zielfindung allenfalls Anregungen auf der Prozessebene gibt und die „richtigen“ Fragen stellt, ist es der Patient, der im Lauf der Zeit *seine* inhaltlichen Antworten und Perspektiven findet.

Sobald klar ist, was ab jetzt verfolgt werden soll, werden Lösungsschritte geplant und umgesetzt (*Phase 5: „Planung, Auswahl und*

*Durchführung spezieller Methoden*“). Alle Interventionen werden als „Mittel zum Ziel“ aufgefasst und dienen zur (Selbst-)Regulation der Diskrepanz zwischen negativem IST- und positivem SOLL-Zustand.

Nach Möglichkeit werden alle Problemstellungen dort angegangen, wo sie auftreten. Falls die Maßnahmen nur in der künstlichen Therapie-situation (in Form von Rollenspielen, kognitiven Proben etc.) zum Einsatz kommen, wird immer darauf geachtet, daß die nötige *Generalisierung* auf die Realsituation „draußen“ erfolgt (vgl. unten, Phase 7). Dazu gehören auch die gemeinsam entwickelten kleinen Aufgaben und „Hausaufgaben“ für den Alltag der Beteiligten, die für unser Vorgehen typisch sind. Schrittweises Vorgehen („Salami-Taktik“) erleichtert nicht nur die wohlportionierte Annäherung an größere Ziele, sondern auch – durch Erfolg bei der Handlungsumsetzung – den Aufbau von *Selbsteffizienz* im Sinne Banduras (1997).

*Inhaltlich* kommen vor allem solche Methoden zur Anwendung, deren Effektivität für bestimmte Zwecke bereits empirisch geprüft und nachgewiesen wurde (vgl. sog. „Standardmethoden“: Fliegel, Groeger, Künzel, Schulte & Sorgatz, 1998; Linden & Hautzinger, 2005). Dabei bedienen wir uns bevorzugt bei *Fähigkeitstrainings*, denn Selbstregulation und Autonomie werden nur dann gelingen, wenn die dazu notwendigen „Skills“ vermittelt wurden. Die nachfolgende Tabelle gibt schlagwortartig eine beispielhafte Übersicht (vgl. auch Kanfer et al., 2006, S. 365ff.):

**Tabelle 3:** *Handlungsmethoden zum Aufbau von Selbsteffizienz*

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selbstbeobachtung</li> <li>• Kommunikation</li> <li>• Konfliktbewältigung</li> <li>• Soziale Kompetenzen</li> <li>• Problemlösen und Entscheiden</li> <li>• Zielklärung/Zielsetzung</li> <li>• Stressmanagement</li> <li>• Emotionsregulation allgemein</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Angstbewältigung</li> <li>• Ärgerkontrolle</li> <li>• Selbstorganisation</li> <li>• Prioritätensetzung und Zeitplanung</li> <li>• Selbstinstruktionen</li> <li>• Entspannung</li> <li>• Genuss und Genießen</li> <li>• etc.</li> </ul>
---	---

In *Phase 6* („*Evaluation von Fortschritten*“) wird – ebenfalls in Kooperation der Beteiligten – die Wirkung der Maßnahmen beobachtet. Je nach Resultat können entweder die begonnenen Schritte weitergeführt werden, oder es erfolgt bei Misserfolg/Stagnation die Rückkehr zu früheren Phasen, um den Problemlöseprozess erneut zu durchlaufen.

Was können Therapeuten bei der inhaltlichen Problemlösearbeit der Phasen 3 bis 6 tun, um die Qualität der Beziehung aufrechtzuerhalten und für die Verbesserung von Autonomie und Selbstregulation ihrer Patienten zu nutzen? Sie können u. a.:

**Kasten 5: Aufgaben des Therapeuten in Phase 3 bis 6**

Thema/Ziel	Beispiele
Weiterhin sensibel auf Beziehungsbasis achten und rasch auf Anzeichen von „Brüchen“ reagieren	(Analog zu Safran et al., in diesem Band): „Ich habe nochmal darüber nachgedacht, dass Sie in der letzten Sitzung ja gar nicht zufrieden mit meiner Art der Unterstützung waren – wären Sie damit einverstanden, dass wir heute erst mal in Ruhe anschauen, wo es hakt und wie wir beide wieder zu einer guten Zusammenarbeit finden können?“ ... „Wenn Leute miteinander arbeiten, kann es auch mal danebengehen oder Missverständnisse geben. Das ist in einer Therapie nicht anders. Darf ich fragen: Was hat Sie denn gerade so an mir geärgert?“
Gratwanderung „Empathie vs. Änderungsimpulse“ fortsetzen	(Bei Zögern/Widerstand:) „Hm, da habe ich Sie vielleicht irgendwo noch nicht richtig verstanden und Sie vielleicht überfordert ...? Wo stecken Sie da fest? Was ist im Moment noch zu schwer (zu viel, zu groß etc.)?“ (Bei fehlenden Änderungsanzeichen:) „Das mag im Moment zwar ganz wohltuend sein, alles erst mal eine Weile so zu belassen – aber wenn ich Sie vorhin richtig verstanden habe, möchten Sie ja vorwärtskommen. Wie könnte ich Ihnen heute dabei helfen?“
Therapeut als Modell	Vereinbarungen einhalten, eigene „Hausaufgaben“ erledigen (z. B. mit dem Hausarzt telefonieren, Antrag schreiben etc.), klare Fragen und Instruktionen, lautes Denken in Richtung Ziele/Lösungen, Selbstinstruktionen („Wenn Sie mich fragen, worauf es da ankommt – mir würde der Satz helfen: Trotz meiner Anspannung ran an den Speck, bloß nicht kneifen!“)
Inhaltliche Verantwortung an Patienten zurückgeben	„Wie stehen Sie dazu?“ ... „Was heißt das jetzt für unsere Therapie?“ ... „Sollen wir uns für dieses Thema mehr Zeit nehmen?“ ... „Wo möchten Sie weitermachen?“ ... „Was möchten Sie als Nächstes anpacken?“ ... „Wie könnte der nächste Schritt aussehen?“ ... „Wie kann ich Ihnen helfen, dass Sie X leichter schaffen?“

Thema/Ziel	Beispiele
Kontinuierliche Mitbeteiligung an Entscheidungen über Ziele und Maßnahmen	„Bei Ihren Problemen könnten Maßnahmen der Stressbewältigung helfen. Was halten Sie davon, wenn wir zunächst einmal mit dem ersten Schritt, dem Erlernen von Entspannung, beginnen? Parallel dazu könnten wir gemeinsam Ihre bevorzugten Stressquellen analysieren und Gegenmaßnahmen planen ... Ist das okay für Sie, wenn wir so vorgehen?“
Auf Selbstverpflichtung gegenüber seinen Zielen („commitment“) hinarbeiten	„Wir Menschen neigen oft dazu, nur gute Vorsätze zu äußern oder Lippenbekenntnisse abzulegen. Was möchten Sie denn ab jetzt mit Blick nach vorn wirklich? Was sollen wir ab jetzt definitiv für die Therapie ins Auge fassen?“
Rolle des Änderungs-Assistenten durchhalten, keine stellvertretende Problemlösung	„Sicher wäre es auf den ersten Blick einfacher, wenn ich Ihnen sagen könnte, wie Sie sich bezüglich der neuen Arbeitsstelle entscheiden sollten. Aber Sie sind die Person, die die Konsequenzen tragen muss – positiv wie negativ. Deshalb lassen Sie uns doch in aller Ruhe Ihre Standpunkte beleuchten: Was spricht dafür, was spricht dagegen? Was sagt der Kopf, was sagt das Herz?“
Optimale Herausforderungen zum Lernen schaffen	(Analog zu Heckhausen, 1965): „dosierte Diskrepanzerlebnisse“ schaffen, Lernschritte als Herausforderung, dann schrittweise Schwierigkeitsgrad steigern, notfalls vor Überforderungen bremsen.
Mit der Trägheit alter Gewohnheiten umgehen	„Hm, die alten Gewohnheiten strecken natürlich nicht von allein gleich ihre Waffen. Der erste Schritt ist oft, die alten Muster erst einmal zu bemerken. Im zweiten Schritt kommt oft das: ‚Ach jetzt hätte ich X tun können, aber ich hab wieder alles so wie bisher gemacht.‘ Das ist jetzt unsere Aufgabe: Alte Gewohnheiten frühzeitig erkennen, stoppen und dann die neuen Alternativen praktizieren.“
Änderungen begleiten	„Ich finde es hervorragend, wie Sie Ihre ersten Schritte gemeistert haben. Und Sie haben gemerkt – in der zweiten Woche ging es schon leichter. Worauf werden Sie jetzt weiter achten?“ ... „Sehr gut, dass Sie da drangeblieben sind und durchgehalten haben!“ ... „Welche Hindernisse könnten kommen, wenn Sie X ausprobieren? Wie könnten Sie damit umgehen?“ ... „Gut, jetzt haben Sie es schon vier Wochen geschafft, nicht mehr zu rauchen. Jetzt kommt es darauf an, die Änderung stabil zu halten. Was können Sie da weiter tun? Was könnte Ihnen dabei helfen?“

Thema/Ziel	Beispiele
Geduld bei Veränderungen	„Sie sagen, Sie können das nicht – was halten Sie davon, wenn wir sagen, Sie können das NOCH nicht ...?!“ „Veränderungen brauchen Zeit, und da möchte ich Sie in Ihrem eigenen Interesse um etwas Geduld bitten.“
„Autopilot“ unterbrechen	„Halt, stopp! Jetzt sind Sie gerade wieder dabei zu kniefen. Sie wollten sich aber ab jetzt doch den unangenehmen Gefühlen stellen ... Ist es okay, wenn ich Sie immer wieder auf Ihre eigenen Ziele und Pläne hinweise?“
Vorwärtsarbeiten und „Vorausüben“ („prehearsal“)	(Analog zu Kanfer et al., 2006, S. 308): auf aktuelle/künftige Herausforderungen vorbereiten, proaktives Handeln, kognitives, verhaltensmäßiges und emotionales Vorbereiten auf kritische Situationen (Problemlösen, Rollenspiele, Hausaufgaben)
Systematisch vorgehen	„Wie Sie bemerkt haben, geht leider nichts von allein. Jetzt kommt es darauf an, an diesem Thema dranzubleiben, systematisch immer wieder eine kleine Stufe weiterzugehen, Schritt für Schritt – dabei möchte ich Sie gerne begleiten.“
Im Bedarfsfall auf die Akzeptanz des Unabänderlichen hinarbeiten	„Vielleicht ist es im Moment das Beste, die Situation so zu nehmen wie sie ist: Dass Sie einfach erschöpft und niedergeschlagen sind und dass Ihr Körper Ruhe braucht, um den Akku wieder aufzuladen“ ... „Sie sagen, dass das schon der zweite Jahrestag war, seit Ihr Kind tödlich verunglückt ist, und dass Sie mit dem Verlust einfach nicht zurechtkommen. Es ist sehr mutig, sich jetzt mit Hilfe einer Therapie auf den schmerzlichen Trauerprozess einzulassen, und ich möchte Sie dabei unterstützen, diese schlimme Situation langsam besser zu verkraften ...“
Evaluation von Fortschritten vom IST-Zustand aus	„Können Sie sich noch an die Situation zu Beginn der Therapie erinnern? Und wie Sie das jetzt mittlerweile hinkriegen?“ ... „Sollen wir nochmals das Video von der zweiten Sitzung anschauen, um beurteilen zu können, wie weit Sie schon gekommen sind?“
Evaluation von Fortschritten in Richtung Selbstattribution fördern	„Letzte Woche hatten Sie noch starke Zweifel, ob Sie trotz der Ängste in diese Situation gehen. Jetzt haben Sie es geschafft, – Sie – ganz allein und sogar ganz ohne Beruhigungsmittel! Was sagen Sie dazu?“
Keine Selbsthilfepotenziale untergraben	„Obwohl nicht alles ganz nach Plan gelaufen ist, haben Sie nicht gleich mich angerufen, sondern sich selbst um eine Klärung des Konflikts bemüht und das auch geschafft. Sehr gut!“ ... „Was könnten Sie denn selbst bis zur nächsten Stunde tun, um Antworten auf Ihre Frage zu bekommen?“

In den Phasen 3 bis 6 rückt die Beziehung, solange sie tragfähig ist, etwas in den Hintergrund, bleibt aber trotzdem im Blickpunkt therapeutischer Aufmerksamkeit. Bei positivem Verlauf stärkt es die Beziehung, erreichte Fortschritte (in einer kurzen Zwischenbilanz) gebührend zu würdigen. Sobald sich aber leiseste Anzeichen ergeben, dass es „Brüche“ im Beziehungsfundament gibt (vgl. auch Safran et al., in diesem Band), wendet sich der Therapeut dieser „Störung“ zu; in der Regel bedeutet dies ein Zurück zu den Zielen von Phase 1 und/oder Phase 2.

**Kasten 6:** *Themen und Ziele der Schlussphase*

Thema/Ziel	Beispiele
Vom einzelnen Inhalt zum generellen Prozess	„Jetzt haben Sie bei (Thema X) gute Fortschritte erzielt. Halten wir doch mal inne und reflektieren gemeinsam: Wie sind wir da eigentlich genau vorgegangen? Was haben wir als Erstes gemacht? Was war Ihr Beitrag? Was kam als Nächstes?“ Wie geht man also prinzipiell bei Problemen vor?
Regeln und Erfolgsrezepte ableiten	„Wenn Sie für sich selbst noch einmal kurz zusammenfassen: Worauf kommt es an, wenn Sie mit schwierigen Situationen konfrontiert sind? Welche Gedanken, Sprüche oder Regeln könnten helfen?“ (z. B. „Auch wenn ich nervös bin, versuche ich diesen Schritt!“ etc.)
Flexibles Handeln fördern/weitere Anwendungsmöglichkeiten von Erfolgsstrategien diskutieren	„Wenn Ihnen in Situation Y geholfen hat, Z zu tun – bei welchen anderen Gelegenheiten könnte diese Strategie vielleicht auch noch hilfreich sein?“ ... „Was könnten Sie tun, wenn Herr F. sich plötzlich ganz anders verhält, oder wenn Sie merken, dass innerlich wieder diese Wut aufsteigt?“
Rückfallprävention	„Jetzt haben Sie X gut geschafft, prima! Wenn wir beide mal nach vorne schauen: Wo könnte es Situationen für Sie geben, in denen die neuen Strategien vielleicht noch nicht so sicher greifen, wo es trotz allem wieder schwierig werden könnte? Wo müssten Sie noch wachsam sein? Wo sollten wir uns gegen Ende unserer Kontakte doch noch Zeit nehmen, um gezielt zu überlegen und zu üben, was Sie dann tun könnten?“

Falls es nicht mit dem einmaligen Durchlauf des Problemlöseprozesses getan ist, sondern – wie bei komplexen Fällen die Regel – noch weitere

Themenbereiche auf eine Bearbeitung warten, wird erneut in das Phasenmodell eingetreten (meist in Phase 3, vgl. Abb. 3 oben). Andernfalls geht es – nach konstruktiver Kooperation und zufriedenstellenden Therapieergebnissen – mit Phase 7 weiter.

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

In der Schlussphase werden Vorkehrungen getroffen, damit (a) die bislang erzielten Veränderungen weiter stabil bleiben bzw. zu neuen Gewohnheiten werden, und (b) eine unkomplizierte Ablösung von Therapeut und Patient erfolgen kann.

- a) Zur Förderung der Selbstregulation lassen wir manche Therapieabläufe nochmals rekapitulieren und aus der erfolgreichen Bewältigung Regeln für zukünftiges Handeln bzw. präventive Strategien für mögliche künftige Risikosituationen ableiten. Wie schon in den Phasen zuvor lernen Patienten hier nochmals schwerpunktmäßig, wie man *prinzipiell* besser mit Problemen umgehen bzw. eigene Ressourcen noch effektiver nutzen kann.
- b) Die Ablösung der Patienten von der Therapie und vom Therapeuten erfolgt im ambulanten Setting über ein allmähliches „Ausblenden“ der Kontakte und „Rücknahme“ des Therapeuten. In der letzten Sitzung bitten wir die Patienten zudem um Feedback bezüglich ihrer Zufriedenheit mit den Vorgehensweisen und Ergebnissen der Therapie und geben umgekehrt unsere eigene Einschätzung kund. Etwa ein halbes bis ein Jahr nach Ende der Kontakte führen wir eine Nachbefragung („Katamnese“) durch.

Die Beendigung der therapeutischen Beziehung fällt dann leichter, wenn es uns im Verlauf der Therapie gelungen ist,

- ◆ von Beginn an eine professionelle Rollenstrukturierung und die Endlichkeit der Therapie zu verdeutlichen (Therapie hat Grenzen, dauert nicht ewig, ist zielgerichtet und lösungsorientiert etc.),
- ◆ den Fokus auf Verbesserungen im Alltag „draußen“ zu richten (statt die Therapie als „künstliche Insel“ zu gestalten),
- ◆ intrinsische Motivation („Es ist für *mich*“), internale Erfolgsattribuierung („*Ich* habe es geschafft“) und Selbsteffizienz aufzubauen,
- ◆ das Thema „Ablösung“ frühzeitig zum Thema zu machen und konstruktiv zu bearbeiten,
- ◆ Patienten zum Aufbau befriedigender Beziehungen in ihrem *Alltag* zu motivieren, sodass sie nicht ausschließlich von der Therapiebeziehung abhängig sind, sowie

- ◆ ihnen all die Strategien und Kompetenzen zu vermitteln, die ihnen eine autonome Lebensgestaltung auch dann ermöglichen, wenn sie nicht mehr unsere ständige Begleitung haben.

### **Abschließende Gedanken**

Das siebenphasige Prozessmodell der Selbstmanagement-Therapie wurde mit Blick auf eine optimale Hilfestellung von „Achse-I-Störungen“ konzipiert und hat sich hierfür theoretisch wie praktisch bewährt. In diesem Ansatz stellt die Beziehung eine unabdingbare Basis für Therapieerfolg, aber keinen Selbstzweck dar. Sie beschränkt sich weder auf das (eine) Extrem der bloßen Umsetzung der klassischen therapeutischen Basisvariablen noch ist sie nur schmückendes Beiwerk für die früher gläubig zelebrierte Umsetzung klassischer verhaltenstherapeutischer Standardtechniken (zweites Extrem). Sie verfolgt gleichsam einen „dritten Weg“ auf der Prozessebene: *Kooperation zum Zweck der Autonomie und Selbstregulation*.

Zielorientierte Beziehungsgestaltung heißt: Vom Zweck der ganzen Unternehmung, also vom Therapieprozess hängt die Beziehungsgestaltung ab, sie ist am Prozess der Veränderung, des Problemlösens und der Vermittlung von Selbstregulation ausgerichtet und wird nur in Orientierung an diesem Gerüst verständlich. Folglich ist der Therapeut ausgesprochen *prozessdirektiv* – zum Wohl seiner Patienten, die dadurch ihre inhaltlichen Entscheidungen auf dem Weg zur Autonomie leichter treffen können.

Therapeuten, die unserer Route folgen wollen, benötigen u. a. Geduld, Demut und Toleranz. Sie beschränken sich nicht auf nondirektive Begleitung, müssen dabei aber auch der Versuchung widerstehen, ihren Patienten auf der Inhaltsebene vermeintlich einfache, naheliegende, fertig konfektionierte Lösungen überzustülpen. Sie unterstützen sie beim länger währenden Lernprozess in Richtung Selbstregulation und realisieren dazu eine zwar präsente, aber doch „zurückgenommene“ Beziehung, weg vom falsch verstandenen inhaltlichen Expertentum für den Patienten, weg von besserwisserischen Ratschlägen und weg von einer manualisierten Therapie in Analogie zum „Malen nach Zahlen“. Das Entscheidende ist der *Prozess* mit seiner individuellen Ausrichtung an Lernen, Veränderung, Problemlösen und dem Ziel von Autonomie und Selbstregulation – mit seiner partnerschaftlich-kooperativen Basis. Diesbezüglich gilt auch für jede gute Selbstmanagement-Therapie: Beziehung ist nicht alles, aber ohne Beziehung ist alles nichts.

## Literatur

- Ambühl, H. (2005). Die Entwicklung von Beziehungs- und interaktionellen Kompetenzen. In A. Laireiter & U. Willutzki (Hrsg.), *Ausbildung in Verhaltenstherapie* (S. 221–238). Göttingen: Hogrefe.
- Arnkoff, D. B., Glass, C. R. & Shapiro, S. J. (2002). Expectations and preferences. In J. C. Norcross (Hrsg.), *Psychotherapy relationships that work* (S. 335–356). New York: Oxford University Press.
- Bachmair, S., Faber, J., Hennig, C., Kolb, R. & Willig, W. (2004). *Beraten will gelernt sein. Ein praktisches Lehrbuch für Anfänger und Fortgeschrittene* (6. Aufl.). Weinheim: Beltz/Psychologie Verlags Union.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Baumeister, R. F. & Vohs, K. D. (Hrsg.). (2004). *Handbook of self-regulation. Research, theory, and applications*. New York: Guilford.
- Boekaerts, M., Pintrich, P. R. & Zeidner, M. (Hrsg.). (2000). *Handbook of self-regulation*. New York: Academic Press.
- Bohart, A. C., Elliott, R., Greenberg, L. S. & Watson, J. C. (2002). Empathy. In J. C. Norcross (Hrsg.), *Psychotherapy relationships that work* (S. 89–108). New York: Oxford University Press.
- Borg-Laufs, M. & Hungerige, H. (2005). *Selbstmanagementtherapie mit Kindern. Ein Praxishandbuch*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Carver, C. S. & Scheier, M. F. (2001). *On the self-regulation of behavior*. New York: Cambridge University Press.
- Caspar, F. (1996). *Beziehungen und Probleme verstehen. Eine Einführung in die psychotherapeutische Plananalyse* (2. Aufl.). Bern: Huber.
- Caspar, F. M. & Grawe, K. (1981). Widerstand in der Verhaltenstherapie. In H. Petzold (Hrsg.), *Widerstand. Ein strittiges Konzept in der Psychotherapie* (S. 349–384). Paderborn: Junfermann.
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum.
- Farber, B. A. & Lane, J. S. (2002). Positive regard. In J. C. Norcross (Hrsg.), *Psychotherapy relationships that work* (S. 175–194). New York: Oxford University Press.
- Fiedler, P. A. (1997). *Persönlichkeitsstörungen* (3. Aufl.). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Fliegel, S., Groeger, W. M., Künzel, R., Schulte, D. & Sorgatz, H. (1998). *Verhaltenstherapeutische Standardmethoden. Ein Übungsbuch* (4. Aufl.). München: Psychologie Verlags Union.
- Grawe, K. (1992). Komplementäre Beziehungsgestaltung als Mittel zur Herstellung einer guten Therapiebeziehung. In J. Margraf & J. C. Brengelmann (Hrsg.), *Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie* (S. 215–244). München: Röttger.

- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Heckhausen, H. (1965). Wachsen und Lernen in der Genese von Persönlichkeitseigenschaften. In H. Heckhausen (Hrsg.), *Bericht über den 24. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychologie* (S. 125–132). Göttingen: Hogrefe.
- Heckhausen, J. & Heckhausen, H. (Hrsg.). (2006). *Motivation und Handeln* (3. Aufl.). Berlin: Springer.
- Ivey, A. E. & Ivey, M. B. (2003). *Intentional interviewing and counseling: Facilitating client development in a multicultural society*. Pacific Grove (CA): Brooks/Cole-Thomson Learning.
- Kanfer, F. H. (1970). Self-regulation: Research, issues and speculations. In C. Neuringer & J. L. Michael (Hrsg.), *Behavior modification in clinical psychology* (S. 178–220). New York: Appleton-Century-Crofts.
- Kanfer, F. H. (1988). Beiträge eines Selbstregulationsmodells zur psychotherapeutischen Praxis. *Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 1, 289–300.
- Kanfer, F. H. & Gaelick-Buys, L. (1991). Self-management methods. In F. H. Kanfer & A. P. Goldstein (Hrsg.), *Helping people change* (4. Aufl.) (S. 305–360). New York: Pergamon.
- Kanfer, F. H. & Phillips, J. S. (1970). *Learning foundations of behavior therapy*. New York: Wiley (deutsch 1975: *Lerntheoretische Grundlagen der Verhaltenstherapie*. München: Kindler).
- Kanfer, F. H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2006). *Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis* (4. Aufl.). Berlin: Springer.
- Kanfer, F. H. & Schmelzer, D. (2005). *Wegweiser Verhaltenstherapie: Psychotherapie als Chance* (2. Aufl.). Berlin: Springer.
- Kegan, R. (1994). *Die Entwicklungsstufen des Selbst. Fortschritte und Krisen im menschlichen Leben* (3. Aufl.). München: Kindt.
- Keupp, H. (1993). Die (Wieder-)Gewinnung von Handlungskompetenz: Empowerment in der psychosozialen Praxis. *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis*, 25 (3), 365–381.
- Klein, M. H., Kolden, G. G., Michels, J. L. & Chisholm-Stockard, S. (2002). Congruence. In J. C. Norcross (Hrsg.), *Psychotherapy relationships that work* (S. 195–215). New York: Oxford University Press.
- Laireiter, A. & Willutzki, U. (Hrsg.). (2005). *Ausbildung in Verhaltenstherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Leahy, R. L. (Hrsg.). (2003). *Roadblocks in cognitive-behavioral therapy*. New York: Guilford.
- Lieb, H. (Hrsg.). (1998). *Selbsterfahrung für Psychotherapeuten: Konzepte, Praxis, Forschung*. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.

- Linden, M. & Hautzinger, M. (Hrsg.). (2005). *Verhaltenstherapiemanual: Techniken, Einzelverfahren und Behandlungsanleitungen* (5. Aufl.). Berlin: Springer.
- Linehan, M. M. (1996a). *Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien.
- Linehan, M. M. (1996b). *Trainingsmanual zur Dialektisch-Behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien.
- Maslach, C. (1982). *Burnout – the cost of caring*. Englewood Cliffs (NJ): Prentice Hall.
- Norcross, J. C. (Hrsg.). (2002). *Psychotherapy relationships that work. Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press.
- Petzold, M. (1992). *Familienentwicklungspsychologie. Einführung und Überblick*. München: Quintessenz.
- Piaget, J. (1976). *Die Äquilibration der kognitiven Strukturen*. Stuttgart: Klett.
- Rappaport, J. (1985). Ein Plädoyer für Widersprüchlichkeit: Ein sozialpolitisches Konzept des „empowerment“ anstelle präventiver Ansätze. *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis*, 17 (2), 257–278.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, Nr. 609.
- Sachse, R. (2004). *Persönlichkeitsstörungen. Leitfaden für die Psychologische Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Safran, J. D. (1993). Breaches in the therapeutic alliance: An area for negotiating authentic relatedness. *Psychotherapy*, 30, 11–24.
- Schmelzer, D. (1994). Zur Bedeutung von „Selbsterfahrung“, „Selbstreflexion“ und „Selbstmodifikation“ in der Ausbildung von Verhaltenstherapeuten. In R. Frühmann & H. Petzold (Hrsg.), *Lehrjahre der Seele – Lehranalyse, Selbsterfahrung, Eigentherapie in den psychotherapeutischen Schulen* (S. 257–301). Paderborn: Junfermann.
- Schmelzer, D. (1997). *Verhaltenstherapeutische Supervision: Theorie und Praxis*. Göttingen: Hogrefe.
- Schmelzer, D. (1998). Erwartungskklärung, Motivationsklärung und Aufbau von Therapiemotivation. In S. K. D. Sulz (Hrsg.), *Das Therapiebuch* (2. Aufl.) (S. 35–52). München: CIP-Medien.
- Schmelzer, D. (2003). Rahmenbedingungen der Psychotherapie, Behandlungssetting, Einleitung und Beendigung der Behandlung. In E. Leibing, W. Hiller & S. K. D. Sulz (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie – Band 3: Verhaltenstherapie* (S. 49–65). München: CIP-Medien.
- Schmelzer, D. & Hirsch, R. (2005). Supervision und Selbsterfahrung. In W. Senf & M. Broda (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch für Psychoanalyse und Verhaltenstherapie* (3., völlig neu bearb. Aufl.) (S. 363–371). Stuttgart: Thieme.

- Stark, W. (1996). *Empowerment. Neue Handlungskompetenzen in der psychosozialen Praxis*. Freiburg/Br.: Lambertus.
- Tryon, G. S. & Winograd, G. (2002). Goal consensus and collaboration. In J. C. Norcross (Hrsg.), *Psychotherapy relationships that work* (S. 109–125). New York: Oxford University Press.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H. & Jackson, D. D. (1969). *Menschliche Kommunikation*. Bern: Huber.
- White, R. W. (1959). Motivation reconsidered: The concept of competence. *Psychological Review*, 66, 297–333.
- Wittmann, L. & Wittmann, S. (1986). Widerstand als Chance. Zur Rekonzeptualisierung des Widerstandsbegriffs in der Verhaltenstherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 34, 217–233.
- Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. E. (2005). *Schematherapie. Ein praxisorientiertes Handbuch*. Paderborn: Junfermann (Amerikanisches Original, 2003: *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford).