

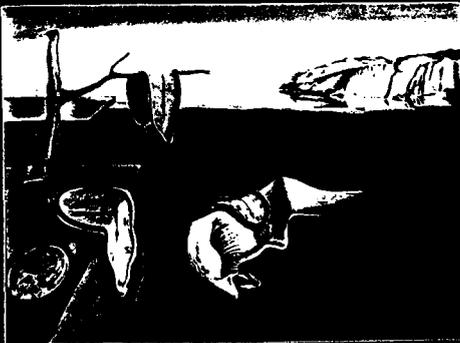
Nur zum persönlichen Gebrauch!

aus:

Renate Frühmann, Hilarion Petzold (Hrsg.)

## Lehrjahre der Seele

Lehranalyse, Selbsterfahrung, Eigentherapie  
in den psychotherapeutischen Schulen



Junfermann Verlag • Paderborn  
1994

(S. 257 – 301)

## Zur Bedeutung von „Selbsterfahrung“, „Selbstreflexion“ und „Selbstmodifikation“ in der Ausbildung von Verhaltenstherapeuten

Dieter Schmelzer  
1994

### 1. Einführung in die Thematik

Es ist noch nicht sehr lange her, da wurden seitens der Verhaltenstherapie die Person des Therapeuten<sup>1</sup> und die Bedeutung der „therapeutischen Beziehung“ nicht adäquat gewürdigt. Konsequenterweise waren in dieser Frühphase weder „Selbsterfahrung“ noch „Selbstmodifikation“ ein Thema – von der persönlichen Therapie des Therapeuten (in Analogie zur psychodynamischen „Lehranalyse“) ganz zu schweigen. Statt dessen standen vorwiegend therapeutische *Methoden* („Techniken“) im Mittelpunkt des theoretischen und praktischen Interesses. Beziehungsvariablen oder persönliche Therapeuteneinflüsse wurden entweder völlig ignoriert oder bekamen allenfalls den Status „unspezifischer Wirkfaktoren“ zuerkannt.

Das explizite Ignorieren dieser Variablen stand allerdings bereits frühzeitig im Gegensatz zu der Beobachtung, daß es Verhaltenstherapeuten in ihrer *praktischen* Arbeit sehr wohl verstanden, eine positive Beziehung aufzubauen und ihre Person adäquat in die Therapie einzubringen: Als z. B. gegen Ende der 60er Jahre einige psychodynamisch orientierte Therapeuten ihre verhaltenstherapeutischen Kollegen *Joseph Wolpe* und *Arnold Lazarus* eine Woche lang bei deren Arbeit mit Klienten persönlich beobachten konnten, waren sie sehr überrascht angesichts der Feststellung, daß Variablen genutzt wurden (z. B. Suggestion und Beziehungsfaktoren), die weit über das propagierte „technische“ Vorgehen hinausgingen (vgl. *Klein, Dittmann, Parloff & Gill* 1969). Eine Analyse des Kommunikationsverhaltens erfahrener Psychoanalytiker, Gestalt- und Verhaltenstherapeuten zeigte – bei allen Unterschieden in bezug

auf theoretische Orientierung, Direktivität und inhaltliche Schwerpunktsetzung – ein sehr *ähnliches* Ausmaß an Empathie als Basis der therapeutischen Beziehung (Brunink & Schroeder 1979). In groß angelegten Therapie-Vergleichsstudien erhielten Verhaltenstherapeuten sogar häufig mehr „Empathie“ und intensiveren persönlichen Kontakt zugeschrieben als Gesprächstherapeuten und Psychoanalytiker (vgl. Sloane, Staples, Cristol, Yorkston & Whipple 1975/dt. 1981; im Überblick auch Schindler 1987, 88ff.).

Die schon immer bestehende implizite Nutzung von Beziehungsvariablen in der verhaltenstherapeutischen Praxis konnte auf längere Sicht nicht ohne Auswirkung auf konzeptionelle Vorstellungen bleiben und führte schließlich dazu, daß sich auch Theoretiker und Forscher diesem lange Zeit gemiedenen Thema zuwendeten. Spätestens seit Mitte/Ende der 70er Jahre werden nunmehr auch seitens der Verhaltenstherapie *explizit* persönliche Therapeuteneinflüsse sowie Fragen der optimalen Gestaltung einer therapeutischen Beziehung diskutiert (vgl. DeVoge & Beck 1978; Goldstein & Myers 1986; Morris & Magrath 1983; Seiderer-Hartig 1980; Sweet 1984; Wilson & Evans 1977; Zimmer 1983a).

Parallel dazu rückte seitens der empirischen Psychotherapieforschung das Interesse an „Therapeuten-Variablen“ in den Vordergrund (vgl. z. B. Barrett & Wright 1984; Beutler, Crago & Arizmendi 1986; Gurman & Razin 1977; Lambert 1989; Orlinsky & Howard 1986 etc.). Sehr verkürzt dargestellt deuten die meisten Ergebnisse darauf hin, daß therapeutische Techniken in ihrer Bedeutung für den Therapieerfolg bislang wohl überschätzt wurden. Ebenso scheinen schulenspezifische Orientierungen für die Gesamt-Effektivität kaum eine Rolle zu spielen (vgl. z. B. Luborsky, Singer & Luborsky 1975; Smith, Glass & Miller 1980). Allerdings mehren sich kritische Stimmen, die ein Fehlen von schulen- und personenspezifischen Differenzen auf das jeweilige Vorgehen bei Therapiestudien (Therapeuten müssen z. B. häufig standardisierte Manuale befolgen) oder auf statistische Auswertungsaspekte (Meta-Analysen nivellieren „qua Methode“) attribuieren. Widersprüchliche, unklare Forschungsergebnisse sowie Befunde, die der klinischen „Intuition“ widersprechen (z. B. daß die „Erfahrung“ des Therapeuten wenig Einfluß hat; vgl. Stein & Lambert 1984), deuten darauf hin, daß die Relevanz des Therapeuten im Hinblick auf den Therapieerfolg noch keineswegs klar erforscht ist. Zwar lassen sich aus Übersichtsstudien zum Thema „wichtige Therapeutenvariablen“ (vgl. z. B. Beutler, Crago & Arizmendi 1986) durchaus einige Aussagen mit Praxisrelevanz ableiten – bei der Suche nach eindeutigen Erkenntnissen, die dann auch für eine Therapieausbildung von Bedeu-

tung wären, sind Theoretiker wie Praktiker jedoch nach wie vor zu einem Großteil auf ihre (schulspezifischen) Vorurteile und persönlichen Überzeugungen angewiesen. In dieser Hinsicht ist sicher Lambert (1989) beizupflichten, der eine genauere Erforschung vor allem der *individuellen* Beiträge von Therapeuten zur Effektivität von Therapie fordert. Hier kann in nächster Zeit möglicherweise die neu aktivierte „Prozeßforschung“ helfen, über die generelle Bedeutung der Therapeutenperson hinaus klarere Erkenntnisse über spezifische Person-Einflüsse im Einzelfall zu gewinnen (vgl. z. B. Bastine, Fiedler & Kommer 1989).

Trotz vieler offener Fragen, die angesichts der Vielzahl und Komplexität der diskutierten Einflußgrößen kaum verwundern, steht die Bedeutung der Person des Therapeuten für die heutige Verhaltenstherapie außer Frage. Auf der Basis des gewandelten Verständnisses der Person des Therapeuten und der therapeutischen Beziehung sind mittlerweile auch „Selbsterfahrung“ oder „Selbstmodifikation“ als wichtige Ausbildungsbestandteile anerkannt. Während es vor ca. 10 Jahren noch nötig war, *grundsätzlich* für die Einbeziehung solcher Bausteine zu plädieren (vgl. z. B. Lutz 1981; Ringler 1980; Teegen 1977), ist dies mittlerweile eine „Selbstverständlichkeit“ und – formal institutionalisiert – in jeden Ausbildungsplan integriert. Allerdings existieren oft noch sehr unklare, heterogene und kontroverse Meinungen über mögliche Inhalte, Vorgehensweisen, Umfang und Dauer der Ausbildung. Auch ist für viele strittig, ob „Selbsterfahrung“ innerhalb eines strikt verhaltenstherapeutischen Rahmens ablaufen müsse oder aber Elemente anderer Therapieschulen enthalten dürfe (vgl. Ringler 1980, 237). Bei solchen Diskussionen geht es häufig nicht nur um das Thema „Selbsterfahrung“, sondern auch um die Frage, was man heutzutage generell unter „Verhaltenstherapie“ verstehen kann bzw. was als unzulässige „Grenzüberschreitung“ gelten soll.

Mit dem vorliegenden Text möchte ich einen Beitrag dazu leisten, das aktuelle verhaltenstherapeutische Verständnis von „Selbsterfahrung“ klären zu helfen. Ich werde versuchen, Argumente für die adäquate Berücksichtigung persönlicher Einflüsse des Therapeuten zu liefern und außerdem einige Ideen skizzieren, wie eine therapierelevante Art der „Selbstreflexion“ programmatisch und inhaltlich aussehen könnte. Dies werde ich aus einer verhaltenstherapeutischen Position heraus tun, deren Grundlagen an anderer

Stelle ausführlicher dargelegt sind (vgl. z. B. Schmelzer 1985, 1986; Reinecker 1987). Insbesondere sind die nachfolgenden Ausführungen im Rahmen der sogenannten „Selbstmanagement-Therapie“ (Kanfer, Reinecker & Schmelzer 1990) zu sehen. Vor diesem Hintergrund werde ich zunächst auf das jetzige Verständnis der Rolle des Therapeuten und der Therapeut-Klient-Beziehung eingehen. Danach werden einige potentielle Risiken skizziert, die durch die Person des Therapeuten in den diagnostisch-therapeutischen Prozeß einfließen können. Nach einigen Anmerkungen zur Organisation persönlicher Erfahrungen und einer kurzen Diskussion des problematischen Begriffs der „Selbsterfahrung“ wird das Konzept der „Zielorientierten Selbstreflexion“ präsentiert. Auf die Darstellung des Konzepts und der Rahmenbedingungen folgen einige inhaltliche Vorschläge inklusive Bemerkungen zu den Themen „Selbstmodifikation“ und „persönliche Eigentherapie“ des Therapeuten. Während sich diese Aspekte hauptsächlich auf den Abschnitt therapeutischer Ausbildung konzentrieren, geht es am Ende des Textes noch um Möglichkeiten, persönliche Einflüsse auch nach dem Ende einer formalen Ausbildung, d. h. im Rahmen des späteren Berufsalltags adäquat zu erkennen, zu kontrollieren und gegebenenfalls zu modifizieren.

## 2. Zur Rolle des Therapeuten und der Therapeut-Klient-Beziehung im Rahmen der verhaltenstherapeutischen Selbstmanagement-Therapie

In der Selbstmanagement-Therapie wird die Person des Therapeuten als eine wesentliche Größe im Therapieprozeß anerkannt. Auch „Selbsterfahrung“, „Selbstreflexion“, „Selbstmodifikation“ und Supervision sind dabei Themen, die ab dem Beginn einer formellen Therapieausbildung Relevanz besitzen. Die Therapeut-Klient-Beziehung stellt in diesem Ansatz allerdings nur eine *notwendige*, nicht aber schon hinreichende Bedingung für eine effektive Therapie dar (vgl. Kanfer, Reinecker & Schmelzer 1990). Sie bildet somit eine wesentliche *Voraussetzung* für den diagnostisch-therapeutischen Prozeß (etwa im Sinne „günstiger Bedingungen für optimales Lernen“),

muß jedoch durch zusätzliche Interventionen – verbaler und non-verbaler Art, innerhalb wie auch außerhalb der Therapiesitzungen – ergänzt werden, um insgesamt positive Resultate zu erbringen.

In der nachfolgenden Tabelle 1 sind einige wesentliche Aspekte der Therapeut-Klient-Beziehung skizziert:

### Positiv-Merkmale:

- Zweckbestimmte, zielgerichtete Beziehung
- Arbeitsbeziehung
- Zeitlich begrenzte Beziehung mit Variation der Schwerpunkte über die Zeit
- Spezifische Rollenverteilung (professioneller Helfer/Hilfesuchender)
- Rahmensituation für den Einsatz spezifischer Interventionen
- *Notwendige*, nicht aber schon hinreichende Voraussetzung für Therapieerfolg
- Wechselseitiger Einflußprozeß mit allerdings *einseitiger Zielrichtung* (Änderungen des Klienten stehen im Mittelpunkt)

### Negativ-Merkmale:

- keine alltägliche Freundschaftsbeziehung
- keine orthodox-medizinische Arzt-Patient-Rollenverteilung
- keine Situation *völlig* bedingungslosen Akzeptierens (egal, was der Klient sagt oder tut)
- kein Selbstzweck bzw. Ersatz für im Alltag fehlende soziale Beziehungen

Tabelle 1: Einige Merkmale der therapeutischen Beziehung im Rahmen der Selbstmanagement-Therapie (vgl. Kanfer, Reinecker & Schmelzer 1990).

Aus obiger Tabelle geht hervor, daß es sich dabei um eine *Arbeitsbeziehung* zum Zweck der Verbesserung der Lebenssituation von Klienten handelt, wobei sich der Therapeut als „Änderungs-Assistent“ bzw. „Katalysator“ für Veränderungsprozesse bei Klienten versteht. Die therapeutische Beziehung weicht in einigen Merkmalen (z. B. einseitige Zielrichtung) deutlich von alltagsüblichen Sozialbeziehungen ab, ist zeitlich begrenzt und stellt den *notwendigen*, nicht aber schon hinreichenden

Rahmen für Änderungsprozesse der Klienten dar. Während der Therapeut durchaus Verantwortung für den *fachlichen Ablauf* der Therapie (z. B. das adäquate „Timing“ von Interventionen, das rechte Ausmaß an Unterstützung etc.) übernimmt, enthält er sich *inhaltlicher Vorgaben*. Er geht insofern eine unidirektionale Beziehung ein, als er normalerweise *keine* eigenen Probleme, Ziele und Interessen thematisiert, sondern alle Interaktionsbemühungen darauf richtet, den Klienten bei *dessen* Änderungsbemühungen zu unterstützen.

Die Therapeut-Klient-Beziehung stellt jedoch immer (d. h. bei jeder Form von Therapie) einen sozialen *Beeinflussungsprozeß* dar (vgl. Johnson & Matross 1977; Strong & Claiborn 1982). Selbst wenn am Ende einer gelungenen Therapie der Klient selbstverantwortlich tätig ist, läßt sich diese Autonomie als Ergebnis eines Lernprozesses mit mehr oder weniger intensivem Einfluß des Therapeuten verstehen. Hier wird einerseits die Notwendigkeit ethisch verantwortbaren therapeutischen Handelns deutlich, um die Wahrscheinlichkeit eines mißbräuchlichen Umgangs mit dieser Beeinflussungssituation zu reduzieren; andererseits existiert eine Fülle „unbeabsichtigter“ („unbewußter“) Einflüsse, die der Person des Therapeuten entstammen und zu destruktiven Konsequenzen bei Klienten führen können (vgl. unten: Abschnitt 3). Gerade für das Geringhalten solcher Einflüsse sind kontinuierliche „Selbstreflexion“ und Supervision von wesentlicher Bedeutung.

Umgekehrt sollte sich der Therapeut auch bewußt sein, daß er in der Therapiesituation gewissen Einflüssen seitens des Klienten ausgesetzt ist, die dem diagnostisch-therapeutischen Prozeß abträglich sein können (z. B. Wunsch des Klienten nach Zuneigung, Sympathie, Übernahme von Verantwortung etc.). Um die therapeutischen Ziele im Auge behalten zu können, sollte der Therapeut darauf achten, daß ihn der Klient nicht durch Botschaften oder Manöver, die von der eigentlichen Therapie ablenken und auf seine Person abzielen, in einer alltagsüblichen Weise beeinflussen kann. Dies bedeutet auch, daß es für Therapeuten günstig ist, sich darüber klar zu werden, auf welche Einflüsse von Klienten sie besonders ansprechen, welche persönlichen Motive für sie wichtig sind, sowie, daß es notwendig und legitim ist, eigene Bedürfnisse *außerhalb* der Therapiesituation zu befriedigen.

Im Verlauf der therapeutischen Ausbildung lernen Therapeuten u. a., die Beziehung zu Klienten in Anlehnung an die Kriterien der obigen Tabelle 1 zu gestalten. Dabei sind die Interaktionen *während* der Therapiesitzung im Idealfall so angelegt, daß Veränderungen von Klienten in ihrer Welt (d. h. *außerhalb* des therapeutischen „Settings“) erleichtert werden. Den *Chancen* für eine optimale Ge-

staltung stehen jedoch gewisse *Risiken* gegenüber, die durch die Person des Therapeuten in die Therapie einfließen können.

### 3. Die Person des Therapeuten: Einige mögliche Risiken für den diagnostisch-therapeutischen Prozeß

Die Person des Therapeuten als wichtiges *Instrument* des diagnostisch-therapeutischen Prozesses eröffnet einerseits positive Möglichkeiten, birgt andererseits jedoch auch die Gefahr von Beeinträchtigungen in sich. Wie Beutler, Crago & Arizmendi (1986) in ihrer Übersicht verdeutlichen, sind viele Einflüsse *therapiespezifisch geplant* und werden absichtlich eingesetzt, um therapeutische Veränderungsprozesse zu erleichtern (z. B. akzeptierende Therapeutenhaltung, Aufbau positiver Therapieerwartungen, soziale Einflußnahme etc.). Andere Einflüsse kommen dagegen *ohne intentionalen Bezug zur Therapie*, d. h. eher willkürlich und ungeplant zustande (z. B. Auswirkungen von Alter, Nationalität, Geschlecht, aber auch Phänomene der „Gegenübertragung“: vgl. Gysling-Schaub 1985, oder persönliche Einstellungen etc.). Für unser Thema sind besonders die potentiellen *Risiken* von Interesse, die sich z. B. aus mangelhaften therapeutischen Kompetenzen, ineffektiver interpersonaler Kommunikation, verzerrter Informationsverarbeitung bei der klinischen Urteilsbildung, Verletzungen ethisch-berufsständischer Richtlinien, unzureichendem Verständnis für soziokulturell bedingte Problemfaktoren bei Klienten, durch dysfunktionale bzw. unerkannt wirksame persönliche Motive oder aufgrund (akuter oder chronischer) eigener Probleme des Therapeuten ergeben können.

**Mangelhafte therapeutische Kompetenzen.** Trotz einer Relativierung der Bedeutung von therapeutischen „Techniken“ ist eine längerfristige, fundierte Ausbildung für Therapeuten unerlässlich. Diese sollte neben der „fachlichen“ Seite (Theorie/Praxis des diagnostisch-therapeutischen Prozesses, Therapieplanung, Effektkontrolle, aktueller Wissensstand bezüglich klinischer „Störungsbilder“ und deren optimaler Behandlung) auch Aspekte effektiver interpersonaler Kommunikation und persönliche Einflüsse umfassen. Nicht

immer sind Therapeuten allerdings objektive und zuverlässige Beurteiler ihrer eigenen Fähigkeiten. Therapeutische Risiken können sich z. B. aus inadäquaten Bedingungsanalysen, fehlerhaftem Einsatz therapeutischer Strategien, Verzicht auf die Evaluation des eigenen Tuns etc. ergeben – und zwar um so eher, je weniger eigene Grenzen und Kompetenzmängel (mit daraus resultierender Selbstüberschätzung) erkannt werden.

**Ineffektive interpersonale Kommunikation.** Selbst wenn für die Selbstmanagement-Therapie die Änderungen von Klienten *im realen Leben* im Zentrum stehen, hat die unmittelbare Interaktion während der Therapiestunde enorme Bedeutung. Effektive interpersonale Kommunikation auf verbaler, nonverbaler und paraverbaler Ebene ist die Voraussetzung dafür, daß Klienten die während der Therapiestunde geplanten und vorbereiteten Änderungen in ihrem Alltag auch umsetzen können. Falls inhaltliche oder kommunikative Mängel (z. B. persönliche Eigenarten oder „Manierismen“) verhindern, daß Klienten die von uns intendierten Botschaften adäquat verstehen, ist die gesamte therapeutische Effektivität gefährdet. Besonders nonverbale Muster stehen im therapeutischen Alltag nicht ständig im Fokus unserer Aufmerksamkeit; mit Hilfsmitteln (z. B. Medien wie Tonband- oder Video-Aufzeichnungen) lassen sich (u. U. behutsame) Konfrontationen mit dem eigenen Kommunikationsstil zu einer sehr effektiven Form „objektiven“ Feedbacks verdichten.

**Verzerrte Informationsverarbeitung bei der klinischen Urteilsbildung.** Seit der „klassischen“ Arbeit von *Meehl* (1954) ist bekannt, daß die klinische Urteilsbildung ein schwieriges Unternehmen mit vielerlei Fehlerrisiken darstellt (vgl. z. B. *Faust* 1986; *Kahneman, Slovic & Tversky* 1982; *Nisbett & Ross* 1980; *Turk & Salovey* 1988 etc.). Dabei unterliegen Therapeuten (genauso wie Laien) häufig der Illusion, daß ihre Hypothesen und Schlußfolgerungen korrekt und zutreffend seien, obwohl genau das Gegenteil stimmt. *Kanfer, Reinecker & Schmelzer* (1990: Teil III, Kap. 3.4) haben eine Vielzahl typischer Beurteilungsfehler beschrieben, die besonders im klinischen Kontext auftreten können. Diese reichen von „selektiver Wahrnehmung“ (z. B. filtern unsere theoretischen Vorannahmen

unsere Informationsaufnahme), „selbsterfüllenden Prophezeiungen“ über die Fehleinschätzung von Therapieerfolgen bis hin zu Fehlern aufgrund des extrem komplexen und dynamischen klinischen Arbeitsfelds. Da sich die zitierten Autoren nicht nur mit den Fehlermöglichkeiten beschäftigen, sondern auch praktische Strategien zur *Optimierung* der klinischen Urteilsbildung (d. h. zur Reduktion von Fehlern) behandeln, verweise ich näher Interessierte auf diese Publikation.

**Verletzung ethisch-berufsständischer Richtlinien.** Aus der Gewißheit heraus, daß es sich bei therapeutischen Kontakten um eine schwierig zu handhabende Situation handelt, wurden konkrete ethische Standards und berufsständische Verpflichtungen für Therapeuten formuliert (vgl. z. B. *American Psychological Association* 1981; *Berufsverband Deutscher Psychologen* 1986). Eigentlich sollte die Einhaltung solcher Richtlinien eine Selbstverständlichkeit sein; ähnlich wie es im Alltag jedoch Verstöße gegen geltende Zivil- und Strafgesetze gibt, kommt es im therapeutischen Kontext immer wieder einmal zu ethisch bedenklichen Entwicklungen (wobei es hier dahingestellt sein soll, ob „bewußte“ oder „unbewußte“ Motive mit im Spiel sind). Wenn therapeutische Mißerfolge auf spektakuläre Weise Schlagzeilen in den Medien machen (vgl. z. B. *Hemminger & Becker* 1985), werden immer auch ethisch-berufsständische Standards diskutiert. Im Einzelfall reicht jedoch die bloße Existenz allgemeinverbindlicher Richtlinien nicht aus; es kommt vielmehr auf deren *persönliche* Umsetzung durch die jeweilige Person des Therapeuten an. Dabei gibt es eine Reihe individueller „Fallen“, die mittels „Selbstreflexion“ unter die Lupe genommen werden sollten (siehe Abschnitt 6.3).

**Unzureichendes Verständnis für soziokulturell bedingte Problemfaktoren bei Klienten.** Trotz der Forderung nach möglichst hoher „Empathie“ des Therapeuten kann niemand die gesamte Variationsbreite möglicher Lebens- und Problembedingungen, die bei Klienten relevant sind, aus eigener Anschauung kennen. Normen, Traditionen, Standards, emotionale Muster und Verhaltensgewohnheiten streuen sehr stark in Abhängigkeit von *soziokulturellen Bedingungen*, welche deutlich von den persönlichen Erfahrungen

des Therapeuten abweichen können (z. B. Herkunft, Sozialschicht, Alter, Geschlecht, Religion, ethische Besonderheiten etc.). Während es im Fall *extremer* Differenzen zwischen Therapeut und Klient leichter ist, soziokulturelle Verständnisbarrieren zu registrieren, verwischen sich bei (vermeintlich) geringeren Unterschieden die Grenzen zwischen Empathie und „irrtümlichem Verständnis“, so daß u. U. gerade in solchen Fällen therapeutische Mißerfolge oder Therapieabbrüche drohen.

**Dysfunktionale persönliche Motive von Psychotherapeuten.** Entsprechend der Grundbotschaft von Motivations-, Handlungs- und Verhaltenstheorien sind Menschen *immer* motiviert. Es wäre daher für Therapeuten eine unrealisierbare Forderung, persönliche Motive gänzlich aus dem therapeutischen Tätigsein herauszuhalten. Sinnvoller ist es, Motive nach ihren *funktionalen* bzw. *dysfunktionalen* Auswirkungen auf die Therapie zu unterscheiden und sich in der Folge darauf zu konzentrieren, (a) solche Einflüsse überhaupt zu registrieren und (b) *negative* (schädliche) Faktoren geringzuhalten bzw. zu kontrollieren. Diese Fähigkeit sollten Therapeuten jederzeit Couleur spätestens im Laufe ihrer Ausbildung erwerben.

Therapeuten beginnen ihre Berufslaufbahn bzw. arbeiten später aus vielerlei Gründen. *Guy* (1987) hat – nach Durchsicht relevanter Literatur – einige funktionale (= günstige) und dysfunktionale (= ungünstige) Motive zusammengetragen:

*Günstige* Motive (zumindest wenn sie nicht in übertriebener Form vorliegen) dürften demzufolge z. B. sein: Natürliches Interesse an Menschen, Zuhören-können, Freude an Kommunikation mit anderen, Empathie und Verständnis, Toleranz für eine große Bandbreite von Verhaltensweisen/Überzeugungen/Emotionen, Fähigkeit zur Introspektion, Bereitschaft zum Hintanstellen eigener Interessen, Ambiguitätstoleranz angesichts von Konfusion und Krisen, Fähigkeit zu persönlicher Wärme und Fürsorglichkeit für andere, Ertragen psychischer Intimität und Nähe, verantwortungsvoller Umgang mit Macht und Einfluß, Sinn für Humor sowie Freude am Leben (*Guy* 1987, 9ff.).

Motive mit *schädlichen* Aspekten sind demgegenüber z. B. folgende: Emotionale Probleme (und die damit verbundene Hoffnung, sie durch den Beruf lösen zu können), Einsamkeit und Isolation (und der daraus resultierende Wunsch nach Kontakt), Bedürfnis nach Macht und Kontrolle, das Gefühl, Liebe/Zuneigung geben zu müssen und „gebraucht zu werden“, „stellvertretende Problembewältigung“ (wobei Klienten

mit ähnlichen Problemen erst einmal als „Versuchskaninchen“ herhalten müssen), „stellvertretende Rebellion“ gegen soziale Normen (wobei Klienten z. B. zu nicht-normkonformen Verhaltensweisen ermutigt werden, die der Therapeut aus Angst vor den Konsequenzen nie selbst wagen würde) etc. (vgl. *Guy* 1987, 13ff.).

Speziell für *Verhaltenstherapeuten* haben *Kanfer, Reinecker & Schmelzer* (1990) auf der Basis ihrer Erfahrungen während der Ausbildung und Supervision drei sogenannte „Teufelchen“ beschrieben, die „auf der Schulter eines jeden Therapeuten sitzen“. Diese sind (1) *voyeuristische Tendenzen* (z. B. übergroße persönliche, durch keine therapeutische Notwendigkeit gerechtfertigte Neugier an Lebensumständen von Klienten), (2) *Bedürfnis nach Macht und Kontrolle* (wozu auch „missionarischer Überzeugungseifer“ gehört) und (3) *Selbsttherapie* (mißbräuchliche Nutzung der Therapie, um eigene Interessen zu verfolgen und sich selbst zu helfen). Falls solche Bedürfnisse im diagnostisch-therapeutischen Prozeß überhohen Einfluß gewinnen, sind mit hoher Wahrscheinlichkeit Negativeffekte für Klienten zu erwarten.

**Akute oder chronische eigene Probleme des Therapeuten.** Niemand kann allen Ernstes die Haltung vertreten, daß die Rolle des Therapeuten nur solchen Personen vorbehalten sein dürfte, die frei von jeglichen persönlichen Problemen oder psychischen Belastungen wären (*Guy* 1987, S. 14). Dies wäre sicher eine übermenschliche Forderung. Auch Therapeuten können Partnerschafts- oder familiäre Konflikte, Schwierigkeiten am Arbeitsplatz oder mit Gruppen etc. haben oder Durchsetzungsprobleme, depressive Verstimmungen, Ängste, Entscheidungskonflikte u. ä. erleben. Auch von sogenannten „life events“ (z. B. Tod nahestehender Personen, Unfälle, beruflicher Auf- oder Abstieg, finanzielle Krisen u. v. m.) bleiben sie nicht verschont. Probleme sind im menschlichen Leben natürlich und auch für Therapeuten nichts Außergewöhnliches; allerdings sollten wir im Interesse unserer Klienten dafür Sorge tragen, daß sich akute oder chronische eigene Belastungen nicht beeinträchtigend auf die therapeutische Arbeit auswirken. Wie weiter unten dargestellt werden wird (vgl. Abschnitt 8), kann im Fall größerer persönlicher Probleme eine Eigentherapie des Therapeuten angezeigt sein.

Nicht in allen Fällen wird Therapeuten schon automatisch die Kompetenz aberkannt, falls sie mit bestimmten Schwierigkeiten selbst zu tun hatten. Bekanntlich werden für manche „Störungsbilder“ (z. B. Abhängigkeiten) gerade solche Personen als effektivste – zumindest glaubwürdigste – Therapeuten propagiert, die die betreffende Problematik am eigenen Leib erlebt und erfolgreich bewältigt haben. Daraus läßt sich aber nicht der Umkehrschluß ableiten, daß Therapeuten *immer* die jeweiligen Schwierigkeiten ihrer Klienten schon selbst „durchlebt“ haben müssen, um wirksam helfen zu können.

Zusammenfassend läßt sich festhalten, daß auch für die Verhaltenstherapie eine Reihe potentieller Störfaktoren existiert, die von der Person der Therapeuten ausgehen können. Die Frage, ob sich persönliche Einflüsse als Chance oder Risiko begreifen lassen, kann immer nur unter Bezug auf die individuelle Person des Therapeuten, die jeweilige Situation (z. B. Person und „Störungsbild“ des Klienten) und den jeweiligen Zeitpunkt der Therapie beantwortet werden. Das Sensibilisieren für (und Kontrollieren bzw. Bearbeiten von) Negativfaktoren ist eine wichtige Aufgabe von „Selbsterfahrung“ und „Selbstreflexion“ während des gesamten Berufslebens. Dabei müssen wir anerkennen, daß wir Klienten *nie* als „tabula rasa“ gegenüber treten können, sondern daß uns gar nichts anderes übrig bleibt, als gegenwärtige therapeutische Situationen im Licht vergangener Erfahrungen zu interpretieren. Dazu zwingen uns – wie der nächste Abschnitt zeigt – unsere persönlichen „Schemata“.

#### 4. Zur Organisation persönlicher Erfahrungen mittels emotionaler, kognitiver und Handlungs-„Schemata“

Ansätze, die sich mit persönlichen Erfahrungen über sich und die Welt beschäftigen, müssen sich auch in irgendeiner Form zu Fragen der Aufnahme, Verarbeitung, Speicherung, (Re-)Aktivierung und Handlungsrelevanz solcher Erfahrungen äußern. Selbstverständlich kann an dieser Stelle keine umfassende Theorie präsentiert werden; punktuell möchte ich allerdings auf einige Facetten eingehen, die ich in bezug auf Modellvorstellungen der Organisation

„persönlicher Erfahrungen“ für wesentlich halte und die besonders für praktische „Selbsterfahrungs“-Bemühungen Konsequenzen haben. Einige Gedanken dazu sind ausführlicher z. B. in neueren Artikeln von *Singer* (1985) bzw. *Westen* (1988) dargelegt, welche sich – aus der Sicht aktueller Informationsverarbeitungs-Theorien – mit Phänomenen beschäftigen, die im psychoanalytischen Denksystem als „Übertragung“/„Gegenübertragung“ bezeichnet werden. Andere Ideen basieren auf Versuchen, die „Schema-Theorie“ von *Piaget* (z. B. 1976) für kognitiv-verhaltenstherapeutische Zwecke zu nutzen (vgl. z. B. *Goldfried & Robins* 1983; *Graue* 1987; *Turk & Speers* 1983 oder *Winfrey & Goldfried* 1986). Auch neuere Ansätze zur Verarbeitung von Emotionen (*Frijda* 1988) und konstruktivistische Modelle der Organisation kognitiver, emotionaler und verhaltensmäßiger Inhalte/Prozesse sind hier von Belang (z. B. *Guidano & Liotti* 1985). Im wesentlichen geht es um folgende Stichpunkte:

- Menschen machen ab dem Beginn ihres Lebens ständig „Erfahrungen“.
- Alle Kognitionen, Emotionen und Verhaltensweisen einer Person zu einem bestimmten Zeitpunkt ihres Lebens sind ein Resultat ihrer früheren Erfahrungen, d. h. eine Funktion ihrer persönlichen Lerngeschichte. Hier gibt es große Übereinstimmung der Verhaltenstherapie mit der Sichtweise der Psychoanalyse, wonach jeder aktuelle Gedanke, jeder Wunsch, jede Phantasie eine „Geschichte“ hat. In ähnlicher Form hat *Piaget* (1976) formuliert, daß jedes aktuelle „Schema“ das Endprodukt einer Serie vergangener „Assimilationen“/„Akkommodationen“ darstellt.
- Solche „Schemata“ lassen sich – auf verschiedenen Ebenen/Funktionsniveaus sowie mit unterschiedlichem Informationsgehalt für die Person – als hierarchisch (oder in Form einer Pyramide) organisiert betrachten. „Zentrale“, übergeordnete Schemata stehen dabei an der Spitze, während periphere, untergeordnete Schemata am Boden angesiedelt denkbar sind.
- Die Inhalte der personspezifischen Schemata sind das Resultat *aktiver* Prozesse der Informationsverarbeitung (Aufnahme, Verarbeitung und Speicherung, Erinnern etc.). Menschen *konstruieren* sich ihre Erfahrungen auf subjektive Weise; eine „objektive“, unbeeinflusste Art der Wahrnehmung gibt es nicht.
- Frühere Erfahrungen sind allerdings nicht nur auf *frühkindliche* Erfahrungen beschränkt. Folglich enden die Gemeinsamkeiten im Verständnis zwischen Verhaltenstherapie und anderen (z. B. psychodynamischen) Ansätzen dort, wo (a) die frühe Kindheit übergroße Bedeutung erhält, wo (b) gefordert wird, daß eine lange (lückenlose/

endlose?) „Aufarbeitung“ der Vergangenheit nach psychoanalytischer Manier unabdingbar sei, und/oder wo (c) Phänomene der „Übertragung“/„Gegenübertragung“ (Gysling-Schaub 1985; Singer 1985; Westen 1988) zum ausschließlichen Zentrum der Therapie erhoben werden.

- Wie die neuere Biographie- bzw. „Coping“-Forschung besonders anhand der sogenannten „Invulnerablen“ gezeigt hat (vgl. z. B. Garmezy & Rutter 1983; Lösel, Bliesener, Köferl, Mittag & Schmidpeter 1987; Ulich 1988 etc.), ist Kindheit nicht automatisch als „Schicksal“ zu betrachten (siehe auch Hemminger 1986). Selbst katastrophale psychische und soziale Umgebungsbedingungen bzw. selbst Defizite in der biologisch-psychologischen „Ausstattung“ bedeuten nicht zwangsläufig psychische oder psychopathologische Auffälligkeiten im späteren Leben.
- Entwicklung ist sowieso nicht mit der frühen Kindheit „beendet“, sondern ein lebenslanger Prozeß. Änderungen – im Sinne korrigierender Erfahrungen – sind im späteren Leben genauso möglich wie erneute (oder erstmalige) „Traumatisierungen“.
- Die Inhalte der jeweiligen Schemata repräsentieren einerseits die Endresultate der bisherigen personenspezifischen Erfahrungen; sie regulieren andererseits die Aufnahme und Verarbeitung von neuen Informationen in selektiver Weise.
- Besondere Bedeutung kommt hierbei den *affektiven* Schemata zu, die bereits vor aller „bewußten“ Verarbeitung – also bereits auf der „prä-attentiven“ Ebene: Neisser (1979) – auf die Wahrnehmungssteuerung Einfluß nehmen können (vgl. Zajonc 1984). Diese emotionale Form der Informationsverarbeitung gehorcht ihrerseits wieder bestimmten Gesetzmäßigkeiten (vgl. Frijda 1988). Wie Singer und Salovey (1988) in bezug auf die sogenannte „Netzwerktheorie“ des Affekts zusammengefaßt haben, stehen Kognitionen, Emotionen und Verhaltensweisen in einem engen (netzwerkartigen) Zusammenhang: Affektive „Knoten“ können einerseits durch kognitive bzw. Verhaltens-Inputs aktiviert werden; die momentane emotionale Befindlichkeit einer Person wirkt sich umgekehrt auch z. B. auf Erinnern und optimales Lernen aus („stimmungsabhängige Lerneffekte“).
- Für die konstruktive Verarbeitung negativer emotionaler Erfahrungen genügt es nicht, ein ursprüngliches „Trauma“ lediglich erneut (z. B. in Phantasie oder Hypnose) zu „durchleben“ und auf eine Art „automatische Katharsis“ zu hoffen; von einer „effektiven Katharsis“ läßt sich erst dann sprechen, wenn adaptive Bewältigungsprozesse möglich werden (vgl. auch Nichols & Efran 1985). Eine tatsächlich „verarbeitete“ Erfahrung muß immer zu einer veränderten oder neuen Konzeptualisierung, d. h. zu einer „Akkommodation“ von Schemata führen, während das bloße „Eintauchen“ in alte Erfahrungen die bestehenden Schemata unverändert läßt.

- Schemata sind nicht nur für kognitive und emotionale Erfahrungen anzunehmen, sondern auch für *Handlungsprogramme* (sogenannte „scripts“; Abelson 1981). Diese präsentieren – auf unterschiedlich komplexen Niveaus – eingeschliffene Verhaltensmuster für bestimmte Situationen und werden meist von entsprechenden Auslösern aktiviert.
- Während viele Informationsverarbeitungsvorgänge *kontrolliert* und „bewußt“ ablaufen, vollziehen sich andere *automatisiert* auf „unbewußter Ebene“ (vgl. Schneider & Shiffrin 1977; Shiffrin & Schneider 1977). Dabei ist der Begriff „unbewußt“ allerdings nicht in der (engen) psychoanalytischen Bedeutungstradition zu verstehen. Er ist eine notwendige Annahme jeder Mehr-Ebenen-Handlungstheorie (Shevrin & Dickmann 1980), bei der gewisse zeitlich parallele Abläufe sozusagen zum Teil im „Vordergrund“, andere zum Teil im „Hintergrund“ bzw. zeitlich unterbrochen ablaufen.
- Auch Therapeuten denken im Alltag nicht ständig über sich nach oder reflektieren stets – auf hohem „Bewußtheitsniveau“ – über ihre Ziele, Werte, Motive bzw. über die kommunikativen Wirkungen, die von ihnen in therapeutischen Interaktionen ausgehen. Ihre „Selbstaufmerksamkeit“ schwankt; sie kann jedoch dadurch erhöht werden, daß (z. B. von außen) eine gezielte Lenkung der Informationsverarbeitung auf solche Inhalte und Prozesse erfolgt. Gerade für die effektive therapeutische Arbeit ist eine regelmäßige Konfrontation mit der externen Perspektive anderer Personen (Lehrtherapeuten, Supervisoren, Kollegen) unabdingbar.
- Die biologisch-physiologische Ausstattung des Menschen bringt es mit sich, daß wir immer mit bestimmten Grenzen leben müssen (z. B. selektive Wahrnehmung, begrenzte Erkenntnis, Vorhandensein „blinder Flecken“ etc.). Die Wahrscheinlichkeit *zusätzlicher* Begrenzungen erhöht sich jedoch, wenn Therapeuten auf den Kontakt zu Kollegen (auch anderer Therapieschulen) verzichten.

Insgesamt müssen wir anerkennen, daß unsere bisherige Lerngeschichte unser Handeln zu wesentlichen Teilen mitbestimmt und daß auch Therapeuten stets gezwungen sind, auf der Basis ihrer persönlichen „Schemata“ zu interagieren. Zwar übernimmt die Verhaltenstherapie nicht den Standpunkt der Psychoanalyse, die vor allem *frühkindliche* Erfahrungen betont; *Schemata* übertragen wir jedoch *immer*.

Für unsere Bemühungen um eine konstruktive Form therapeutischer „Selbstreflexion“ (siehe unten, Abschnitt 6) beinhalten die obigen Bemerkungen u. a. folgende Konsequenzen:

1. Kognitive/emotionale/verhaltensmäßige Schemata müssen zunächst in den Fokus der Aufmerksamkeit gerückt bzw. zugänglich gemacht werden (möglichst „lebendig“ in Form realer Erfahrungen im Hier und Jetzt bzw. in Phantasie, Rollenspiel, emotionaler „Rekonstruktion“ vergangener Erlebnisse).
2. Ein ausschließliches „Eintauchen“ in alte Erfahrungen reicht nicht aus, um einen künftig produktiven Umgang zu ermöglichen. Vielmehr kommt es darauf an, auch *korrigierende, neue, andere* Erfahrungen (auf allen Ebenen) zu machen, damit bestehende Schemata sich konstruktiv verändern, d. h. „akkommodieren“ können.
3. Diese korrigierenden Erfahrungen müssen danach zu neuen Schemata strukturiert, d. h. *neu/anders* konzeptualisiert werden, wenn es in Zukunft zu effektiveren Gefühls-, Denk- und Handlungsmustern kommen soll.

## 5. Selbsterfahrung – ein kritischer Begriff

„Selbsterfahrung“ ist – vor allem wegen der Nähe zu manchen Auswüchsen des sogenannten „Psychobooms“ (vgl. dazu z. B. *Boysen, Hemminger & Küenzlen 1988; Reinecker 1985*) – ein relativ vorbelasteter, vager Begriff mit einem weiten Spektrum von Bedeutungen. Selbst hinsichtlich „fundierter“ Selbsterfahrungsansätze sind sowohl Nutzen als auch Relevanz durchaus strittig. Ein weiterer kritischer Aspekt kommt durch die Tatsache hinzu, daß „Selbsterfahrung“ – besonders im westlichen Kulturkreis – mittlerweile hoch professionalisiert und kommerzialisiert abläuft und daß es mittlerweile wohl kein Angebot gibt, das es in diesem Zusammenhang *nicht* gibt, vorausgesetzt, daß die Interessenten fähig und bereit dazu sind, den jeweiligen Preis zu bezahlen.

Die hohe *persönliche* Relevanz von psychisch eindrucksvoller „Selbsterfahrung“ ist dabei eine Erfahrungsatsache:

Es ist unbestritten, daß für viele Personen Aktivitäten wie Bergsteigen, Drachenfliegen, Skilaufen, Tanzen, Fallschirmspringen, der Besuch eines Musikkonzerts etc. tiefgreifende persönliche Erfahrungen auf allen Ebenen bedeuten können, genauso wie für andere eine Vollmond-Meditation, religiöse Versenkung, ein Aufenthalt im „Samadhi-Tank“, die Geborgenheit einer „Psychogruppe“ am Wochenende oder in den Ferien etc. Es steht darüber hinaus außer Frage, daß es für viele Menschen sinnvoll sein kann, nicht nur nach Extremerfahrungen und außergewöhnlichen Höhepunkten zu suchen, sondern auch die positiven

Kleinigkeiten des Alltags (wieder?) zu entdecken und sich z. B. einem „bewußten Spaziergang“, den Farben des Waldes, dem genießerischen Verzehren einer Liebesspeise, einigen Momenten der Stille zuzuwenden, Zärtlichkeiten mit lieb gewonnenen Menschen auszutauschen, eine Zeitlang „in sich“ zu gehen und vieles andere mehr.

Häufig wird die Botschaft der „Awareness“- und „Ecounter“-Tradition, nach der „Bewußtes Leben“ immer und automatisch gut sei, allerdings mißverstanden oder überstrapaziert, und es entwickelt sich daraus eine Art Zwang zu kontinuierlicher Selbstbespiegelung. Zum Teil werden in diesem Zusammenhang auch utopische Sehnsüchte und Menschheitsträume geweckt, die niemand bzw. keine Therapie der Welt realisieren kann, wie z. B. die Hoffnung auf dauerhaftes Glück, „Reife und Vollkommenheit“, „Erfolg und Fehlerlosigkeit“ u. v. m. Bezüglich *therapeutischer* Selbsterfahrung wird manchmal der Eindruck erweckt, daß durch das jeweilige Angebot aus bislang inkompetenten, nicht perfekten, „psychisch unreifen“ und „noch zu wenig entwickelten“ Personen schließlich „glückliche“, „reife“, „kompetente“ Therapeuten auf einer hohen „Bewußtseins-“ oder „Entwicklungsstufe“ würden. Dabei entwickelt sich oft – in Analogie zum materiellen „Immer Mehr“ – eine Art *psychologische Wachstumsideologie*, die dazu führt, daß „erlebnishungrig“ nach immer neuen psychischen Erfahrungen gesucht wird, ohne die Utopie der Vollkommenheit, Allmacht, Reife oder Weisheit jemals erreichen zu können.

Ein unkritisches Konsumieren von „Selbsterfahrungs“-Angeboten birgt m. E. mindestens drei Risiken in sich:

1. **„Selbsterfahrung“ als Selbstzweck:** Sobald die Beschäftigung mit persönlicher „Selbsterfahrung“ wichtiger wird als das „eigentliche“ (hier: berufliche) Leben, ist m. E. der Zweck verfehlt. Statt einer themenzentrierten Reflexion beruflicher Aspekte wird eine kontinuierliche „narzißtische Nabelschau“ betrieben, in der Erfahrungen *um der Erfahrungen willen* gesucht werden. In der Hoffnung, von immer neuen Angeboten immer weiter persönlich profitieren zu können, setzt sich eine verhängnisvolle Bedürfnisspirale in Gang, die oft direkt zum folgenden Punkt führt:
2. **Psychische Abhängigkeit von „Selbsterfahrung“:** Psychotherapeuten aller Schulrichtungen kennen Personen, die aufgrund extrem betriebener „Selbsterfahrung“ in eine psychische Abhängigkeit von entsprechenden Therapien oder Gruppen geraten. Dem kurzfristig extrem positiven Erlebnis solcher Gruppen steht der harte Kontrast

des „trüben Alltags“ gegenüber. Statt *dort* aktiv zu sein und eventuell notwendige Änderungen zu vollziehen, fliehen Personen in die trügerische Geborgenheit einer künstlichen „Psychowelt“, bis sie nur noch dort, nicht aber mehr im Alltag leben können.

3. **Irrelevanz vieler Angebote und Möglichkeiten für die berufliche Qualifikation:** Gerne wird mit Schlagworten argumentiert wie z. B. „Alles ist Erfahrung“, „Jede Erfahrung ist von Bedeutung“ oder „Bei jedem Menschen läßt sich irgendetwas immer noch irgendwie weiterentwickeln“. So zutreffend diese Ansichten auch sein mögen – sie stellen m. E. unzureichende Begründungen dar, wenn es darum geht, die menschliche Unvollkommenheit und natürliche Neugier zu kommerziellen Zwecken auszunutzen. Therapeuten tun daher gut daran, bestehende Angebote auf ihre Relevanz im Hinblick auf die Wahrung/Steigerung der beruflichen Kompetenz zu prüfen.

Aufgrund der angedeuteten Kritikpunkte und der vielen problematischen Bedeutungsnuancen erscheint es nicht sehr sinnvoll, den Begriff der „Selbsterfahrung“ vorbehaltlos in einem verhaltenstherapeutischen Konzept weiterzuverwenden. Außerdem kann es für angehende (und „fertige“) Verhaltenstherapeuten nicht darum gehen, unbesehen jedes Angebot zu akzeptieren, das den Titel „Selbsterfahrung“ trägt. Die Frage, was im Einzelfall „sinnvoll“ ist, hängt allerdings (wie immer) von den jeweiligen *Zielen* der Bemühungen ab. Deshalb wird im nächsten Abschnitt thematisiert, welche *Zwecke* eine „Selbsterfahrung“ im Rahmen der verhaltenstherapeutischen Ausbildung erfüllen soll – eine Frage, die direkt zum Konzept der „Zielorientierten Selbstreflexion“ führt.

## 6. „Zielorientierte Selbstreflexion“ in der Praxis – Programmmatische und inhaltliche Vorschläge

### 6.1 Das Konzept der „Zielorientierten Selbstreflexion“ (ZOSR)

Auf der Basis obiger Überlegungen und auf der Grundlage der „Selbstmanagement-Therapie“ wurde das Konzept der „Zielorientierten Selbstreflexion“ (ZOSR) entwickelt (vgl. Kanfer, Reinecker & Schmelzer 1990). Die nachfolgende Tabelle 2 vermittelt zunächst einen groben Überblick:

Positive Begriffsbestimmung	Negative Begriffsbestimmung
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kontinuierliches Bemühen um das Erkennen, Reflektieren und Antizipieren persönlicher Einflüsse auf die Therapie:               <ul style="list-style-type: none"> <li>a) positive Anteile nutzen</li> <li>b) negative Anteile und schädliche persönliche Motive geringhalten, kontrollieren bzw. adäquate andere Formen des Umgangs (Weiterverweisung, persönliche Therapie etc.) finden</li> </ul> </li> <li>- Selbstreflexion erfolgt auf <i>allen</i> Ebenen menschlichen Verhaltens und Erlebens (kognitive, emotionale und motorisch-verhaltensmäßige Ebene); Ziel: Verarbeitung von Erfahrungen in konstruktiv-zielführender Weise (d. h. nicht nur Erfahrungen <i>machen</i>)</li> <li>- „berufszentrierte“ Selbstreflexion (konzentriert sich <i>schwerpunktmäßig</i> auf die Person des Therapeuten in <i>der Situation Therapie</i>)</li> <li>- ZOSR ist <i>kontinuierlich</i> relevant, sollte also nicht auf eine mehr oder minder kurze Phase während der Ausbildung beschränkt bleiben, sondern ein dauerhafter Bestandteil späterer Berufstätigkeit sein</li> <li>- Akzeptieren allgemeinemenschlicher und speziell-persönlicher Grenzen als weiteres Lernziel (d. h. auch: selbst bei noch so intensiver ZOSR ist für Therapeuten nicht alles machbar bzw. wird es therapeutische Fehler und Mißerfolge geben)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <del>keine</del> „Introspektion“ im klassischen Sinn; keine rein kognitive Angelegenheit</li> <li>- kein Selbstzweck</li> <li>- keine ständige „narzißtische Nabelschau“ (die im Extremfall für Personen wichtiger wird als ihr beruflicher „Alltag“, für den die ZOSR gedacht ist)</li> <li>- nicht alle Angebote mit dem Titel „Selbsterfahrung“ sind relevant</li> <li>- Ziel ist <i>nicht primär</i> die Förderung des „Privatlebens“ oder „emotionalen Wohlbefindens“ des Therapeuten (allenfalls <i>sekundäres</i> Ziel oder günstiger Begleiteffekt)</li> <li>- Persönliches Wachstum ist nur insoweit relevant, als es der Gewährleistung therapeutischer Effektivität dient</li> <li>- Selbsterfahrung/Selbstreflexion gilt nicht als vorrangiges, einziges oder gar ausschließliches Qualifikations-Kriterium für angehende Therapeuten</li> <li>- Keine abgegrenzte „Eingangs- oder Durchgangsstufe“ während der Therapieausbildung, die nach dem Absolvieren „beendet“ sein kann</li> <li>- Kein Anstreben von Utopien (z. B. „Idealpersönlichkeit“, „Vollkommenheit“, „Fehlerlosigkeit“, „Perfektionismus“)</li> </ul>

Tabelle 2: Grundlegende Aspekte der „Zielorientierten Selbstreflexion“ (ZOSR).

Das Konzept geht im wesentlichen davon aus, daß der Hauptzweck aller Selbsterfahrungs- und Selbstreflexionsbemühungen darin besteht, Störfaktoren geringzuhalten, die durch die Person des Therapeuten in den diagnostisch-therapeutischen Prozeß einfließen und das Erreichen therapeutischer Fortschritte gefährden. Positiv formuliert soll durch die Selbstreflexion die Wahrscheinlichkeit erhöht werden, daß die zwischen Klient und Therapeut vereinbarten Ziele des diagnostisch-therapeutischen Prozesses die Therapie bestimmen und nicht prozeßfremde Interessen (z. B. egozentrische Motive, Wahrnehmungsverzerrungen, „blinde Flecken“, Vermeidungstendenzen, „Lieblingsthemen“, Ängste und Probleme des Therapeuten etc.). Dazu ist ein ständiges Bemühen um das Erkennen, Reflektieren und Antizipieren persönlicher Einflüsse auf die Therapie wichtig, wodurch nicht nur schädliche Faktoren reduziert bzw. kontrolliert, sondern umgekehrt auch positive Anteile genutzt werden können.

Die Selbstreflexion erfolgt auf allen Ebenen menschlichen Verhaltens und Erlebens, bezieht also emotionale, kognitive und verhaltensmäßige Faktoren explizit mit ein. ZOSR versteht sich als „berufszen-triert“, konzentriert sich also schwerpunktmäßig auf die Person des Therapeuten in ihren therapeutisch relevanten Aspekten. Sie beginnt im Regelfall während der Therapieausbildung, ist jedoch im Verlauf der späteren Berufsausübung kontinuierlich von Bedeutung.

Umgekehrt läßt sich auch formulieren, was ZOSR in diesem Verständnis nicht ist: „Selbstreflexion“ ist weder mit einsamem Nachdenken über sich selbst noch mit „Introspektion“ im klassischen Sinne identisch. Sie erfüllt auch keinen Selbstzweck, wonach Erfahrungen um der Erfahrungen willen gesucht werden und im Extremfall eine narzißtische Selbstbespiegelung oder die Suche nach „peak experiences“ wichtiger sind als der berufliche Alltag, auf den sich die ZOSR konzentriert. Aus der Fülle vorhandener Angebote mit dem Titel „Selbsterfahrung“ ist somit nur ein geringer Prozentsatz für unsere Zwecke relevant; einige konzeptionelle und inhaltliche Anregungen für eine verhaltenstherapeutische Form der ZOSR folgen in den Abschnitten 6.2 und 6.3.

Auch die Förderung des „Privatlebens“ oder des allgemeinen „emotionalen Wohlbefindens“ von Therapeuten (genauso wie „persönliches Wachstum“) sind allenfalls sekundäre Ziele. Wenn solche

Resultate gleichsam als Begleiteffekt einer ZOSR entstehen, so ist dies in Ordnung; keine Ausbildungsinstitution sollte jedoch den „Zwang zum Glücklichen per Selbsterfahrung“ von oben herab verordnen, sondern Freiwilligkeit und Wahlfreiheit zulassen können. „Selbsterfahrung“/„Selbstreflexion“ kann zudem nicht als vorrangiges, einziges oder gar ausschließliches Qualifikationskriterium für angehende Therapeuten gelten bzw. eine Art „Zulassungsvoraussetzung“ darstellen und dann beendet sein. Schließlich werden mit einer so verstandenen ZOSR keine utopischen Hoffnungen (z. B. „idealer Therapeut“ ohne Fehler) oder Allmachtsphantasien geweckt, sondern Kandidaten lernen u. a., allgemein-menschliche sowie speziell-persönliche Grenzen zu entdecken und als solche zu akzeptieren.

## 6.2 Durchführungsrahmen und prinzipielles Vorgehen

Für die „Zielorientierte Selbstreflexion“ bieten sich ab dem Beginn einer formellen Verhaltenstherapie-Ausbildung mehrere Möglichkeiten an:

- a) Kompakte Selbstreflexions-Workshops
- b) Selbstreflexionsgruppen über einen längeren Zeitraum
- c) Thematisieren und Bearbeiten persönlicher Anteile während der Therapieausbildung (mit Assistenz von Lehrtherapeuten und Ausbildungsgruppe)
- d) Reflexion und Kontrolle eigener Anteile während der Supervision späterer Berufstätigkeit
- e) Sporadischer, aber regelmäßiger Besuch von (kompakten) Selbstreflexions-Workshops während der späteren Berufstätigkeit (z. B. alle 2-3 Jahre)

Beim momentanen Stand der Dinge ist es sicher notwendig, daß diverse Verhaltenstherapie-Ausbildungsverbände einerseits noch besser strukturierte Konzepte entwickeln und z. B. Workshops bzw. Gruppen in zentralisierter und dezentralisierter Form veranstalten. Dies entspricht der Gewährleistung fundierter Angebote sozusagen „von oben herab“. Andererseits wäre es günstig, wenn Ausbildungskandidaten sich soweit wie möglich von der Sinnhaftigkeit einer kontinuierlichen ZOSR überzeugen ließen, daß auch eine Selbstorganisation „von der Basis aus“ erfolgen kann. In beiden

Fällen ist der Aspekt der „Freiwilligkeit“ gebührend zu berücksichtigen; wo ZOSR zwingend in Ausbildungsrichtlinien verankert ist, sollte zumindest die Möglichkeit der *Auswahl* aus mehreren Alternativen (incl. der Wahl zwischen mehreren Workshop- bzw. Gruppenleitern) geschaffen werden.

Die Bevorzugung des *Gruppenrahmens* läßt sich mit der Notwendigkeit des *interaktiven Austauschs* begründen: Die Interaktion und Kommunikation mit *anderen* Personen macht es – unter Anleitung einer erfahrenen Leitungs-Person – z. B. erst möglich, eigene „blinde Flecken“ zu erkennen und zu bearbeiten, selbstgesetzte Problemrahmen zu verändern, Hinweise, Kritik, Feedback und Anregungen von anderen zu nutzen u. v. m.

Letztlich ist auch oft das sogenannte „Universalitäts-Erlebnis“ (Yalom 1988, 23) hilfreich – die Erfahrung nämlich, daß jemand mit bestimmten Problemen (z. B. dem Umgang mit bestimmten Klienten oder mit eigenen Schwierigkeiten) nicht allein ist.

Für die Organisation entsprechender Workshops ist die Durchführung nach Art üblicher verhaltenstherapeutischer Gruppen günstig (vgl. z. B. Fiedler 1986, 1987), besonders ein Vorgehen nach dem Konzept der „interaktionellen Gruppentherapie“ (Grawe 1980; Grawe & Dzewas 1978), welche besonders die unmittelbaren Interaktionen der Gruppenmitglieder für diagnostisch-therapeutische Zwecke nutzt. Die *Themen* der jeweiligen Sitzungen leiten sich aus dem groben Raster *inhaltlicher* Vorschläge (siehe unten) ab; das Konzept ist allerdings so offen und flexibel, daß jederzeit akute Themen einzelner Gruppenmitglieder vorrangig bearbeitet werden können. Die Intensität und der Tiefgang der Selbstreflexionserfahrungen sollte allerdings in die Verantwortung der Teilnehmer gestellt werden; dabei erscheint ein behutsames, sensibles Vorgehen der Gruppenleitung besonders wichtig.

Andere organisatorische Aspekte betreffen die Zusammenstellung der Gruppen: Idealerweise sollten diese so zusammengesetzt sein, daß einzelne Mitglieder untereinander keine Sanktionierungsmöglichkeiten haben (d. h. keine Vorgesetzten/Untergebenen) und daß die Offenheit von Personen nicht für eigene Zwecke im Alltag ausgenutzt werden kann (d. h. keine unmittelbaren Teamkollegen, keine Ehepartner etc.). Daß die Leiter solcher Workshops keine Personen sind, die in einer Art Vorgesetztenrolle hierarchisch über

einzelnen Mitgliedern stehen oder gar Laufbahnbeurteilungen vornehmen können, versteht sich eigentlich von selbst. Nur unter *Beachtung* solcher organisatorischer Überlegungen können sich die notwendigen instrumentellen Rahmenbedingungen wie Offenheit, Vertrauen und Kohäsion adäquat entwickeln (vgl. Dzewas 1980; Krumboltz & Potter 1980).

Als *Hilfsmittel* für die praktische Umsetzung der ZOSR kommen u. a. strukturierte Rollenspiele, gezielte Simulationen, Aufgaben, „Selbstexperimente“, gelenkte Phantasieübungen („Was-wäre-wenn-Szenarios“) etc. bzw. „Real-life“-Erlebnisse und Aufzeichnungen von Therapiesitzungen in Frage. Die nachfolgende Reflexion und Diskussion der dort gemachten Erfahrungen kann mit Arbeitsblättern, Fragebögen, Skizzen, Grafiken, kreativen Medien, Materialien usw. unterstützt werden.

In jedem Fall folgt das *prinzipielle Vorgehen* drei groben Schritten:

1. Ansatzpunkte sind jeweils reale *Erfahrungen*, und zwar entweder direkt im „Hier und Jetzt“ oder – wiedererlebt/erinnert – in Rollenspielen, Gruppenexperimenten oder in der Phantasie.
2. Reflexion der gemachten Erfahrungen von (1.), z. B. im Hinblick auf die *allgemeine* Bedeutung wiederkehrender Problem- und Zielbereiche, sowie hinsichtlich der *speziellen* Relevanz für den beruflichen Alltag.
3. Neukonzeptualisierung von Interaktionsmustern, Verhaltensweisen etc. in Form kognitiver, emotionaler und verhaltensbezogener „Schemata“, z. B. in Richtung: Welche Schemata sind „OK“ und beizubehalten (u. U. positiv zu nutzen)? Welche bedürfen – zumindest im Hinblick auf die berufliche Tätigkeit – einer Veränderung? Welche machen einen kontrollierten Umgang erforderlich (z. B. im Sinne von: bestimmte Klienten mit bestimmten „Störungsbildern“ lieber weiterverweisen etc.)?

### 6.3 Inhaltliche Möglichkeiten

Dem Begriff entsprechend sind die Inhalte einer „Zielorientierten Selbstreflexion“ immer von den jeweiligen Zwecken abhängig. Obwohl es durchaus möglich (und manchmal *notwendig*) ist, auch Übungen und Anregungen zu nutzen, die ursprünglich in anderen psychotherapeutischen Traditionen entstanden sind, genügt es nicht, lediglich ein buntes Programm aus gruppenspezifischen Experimenten, „Awareness“- , Bewußtseins- und Körper-Übungen

abzuspulen in der Hoffnung, daß die Teilnehmer davon schon irgendwie profitieren werden. Im Einzelfall müssen Interessenten (und Befürworter) vielmehr immer die Frage „Selbstreflexion – wozu?“ für sich beantworten. Von den Antworten und von ihren Begründungen hängen dann sowohl die Schwerpunkte („Was?“) als auch die genaue Ausgestaltung („Wie?“) ab, so daß eine *maßgeschneiderte Zusammenstellung* erfolgen kann. Die nachfolgend kurz skizzierten Möglichkeiten<sup>2</sup> stellen somit allenfalls einen Überblick mit Vorschlags-Charakter dar. Aus sprachlich-didaktischen Gründen wurde eine Gliederung in „vergangenheits-, gegenwarts- und zukunftsorientierte“ Selbstreflexion vorgenommen; dabei stellt die jeweilige Zeitebene den *thematischen Mittelpunkt* für die Anregung dar.

**Vergangenheitsorientierte Selbstreflexion.** Auch für die Verhaltenstherapie sind frühere Erfahrungen von Menschen keineswegs irrelevant (siehe oben, Abschnitt 4; vgl. auch *Schmelzer* 1985, 126ff.). Ein Grundsatz der (sozialen) Lerntheorie besagt ja, daß jeder Mensch ein Produkt seiner bisherigen Lebensgeschichte ist. Allerdings ist für die Verhaltenstherapie eine „gegenwartsbezogene“ Sicht der Vergangenheit kennzeichnend, die sich in etwa durch die Frage umschreiben läßt: „Was ist von der Vergangenheit *jetzt* noch verhaltensbestimmend?“ In diesem Sinne können bei der „vergangenheitszentrierten Selbstreflexion“ einige wesentliche Erfahrungen aus der *persönlichen Lebensgeschichte* in den Mittelpunkt gerückt werden – besonders z. B. der Einfluß wichtiger Bezugspersonen (Eltern, Großeltern, Geschwister, Verwandte, Lehrer, Freunde, Bekannte usw.), die Entwicklung von Zielen, Werthaltungen und Überzeugungen, die Übernahme bestimmter Rollenmuster (Rolle von „Mann“, „Frau“, „Vater“, „Mutter“, „Kind“ etc.), prägende positive Lebensereignisse bzw. persönliche „Traumatisierungen“, die Entwicklung emotionaler und interaktiver Muster incl. persönlicher Stärken und Schwächen u. v. m.

Eine *lerntheoretische* Analyse der eigenen Entwicklung führt zu Fragen wie: Wofür wurde ich in meiner Lebensgeschichte positiv verstärkt, wofür bestraft? Welche Vermeidungsstrategien habe ich wovor entwickelt? Welche Vorbilder und Modelle für welches Verhalten (auf allen Ebenen, d. h. auch bezüglich Emotionen) habe ich

kennengelernt? etc. Dabei steht für viele die *eigene Herkunftsfamilie* im Zentrum, deren (zum Teil implizite) Lernerfahrungen in der Regel mit zunehmendem Alter durch Einflüsse *außerfamiliärer* Personen und Einrichtungen (z. B. Kindergarten, Schule, Ausbildung, Universität, Berufsfeld, Freunde und Bekannte etc.) ergänzt, modifiziert, verstärkt oder korrigiert wurden.

Für (angehende wie „fertige“) Therapeuten ist natürlich auch die „*therapeutische Sozialisation*“ von besonderem Interesse, da sich aus der beruflichen Entwicklung (begonnen von ersten vagen Erwägungen in Richtung „Therapeut werden“ bis hin zu definitiven Berufsentscheidungen) wichtige Motive für die heutige Tätigkeit ableiten lassen. Einige Fragen dazu können z. B. sein: Welche Stationen (Erlebnisse, Personen, Informationen) spielten für meine Berufswahl eine Rolle? Welche Einflüsse haben mich veranlaßt, eine bestimmte therapeutische Schulrichtung zu bevorzugen? Haben sich meine Vorstellungen, Ziele und Motive erfüllt/geändert? Mit welchen Zielvorstellungen arbeite ich *im Moment*? etc.

Aus der letzten Frage geht hervor, daß eine vergangenheitszentrierte Selbstreflexion immer auf die funktionalen Auswirkungen früherer Erfahrungen auf die *jetzige* Therapiesituation abzielt, nicht jedoch ein lückenloses Durcharbeiten der eigenen Lerngeschichte anstrebt. Für jede so verstandene „Selbsterfahrung“ sind zwei Kernfragen (vgl. *Kanfer, Reinecker & Schmelzer* 1990, 520) wesentlich, nämlich:

1. Welche Ereignisse und Muster aus meiner persönlichen Vergangenheit sind für mich als Therapeut *heute noch relevant*, d. h. bestimmen heute noch mein Verhalten (auf allen Verhaltensebenen) – besonders in der Therapiesituation?
2. Welche Ereignisse und Muster sind für mich mittlerweile *tatsächlich Vergangenheit*, d. h. „abgelegt“ und nicht mehr verhaltenswirksam?

Während Verhaltensweisen der zweiten Kategorie meist keiner detaillierten Aufmerksamkeitszuwendung bedürfen, müssen Aspekte der obigen Kategorie (1) in der Regel noch intensiver weiterbearbeitet werden. Dabei ist u. a. zu klären, wie der Therapeut *in Zukunft* mit solchen persönlichen Einflüssen umgehen möchte (vgl. unten: Abschnitt 9, Tabelle 3).

**Gegenwartsbezogene Selbstreflexion.** Für eine beruflich relevante Form der Selbstreflexion stehen natürlich Erfahrungen während

der aktuellen Ausübung von Therapie in Vordergrund. Neben *äußeren* Faktoren des Therapeuten (z. B. Alter, Geschlecht, Aussehen, Kleidung, Sprechweise etc.) und deren typischen Wirkungen (überzufällig ähnliche Resultate?) interessieren dabei vor allem „*innere*“ Variablen mit ihren Effekten. Um auf solche Einflüsse zu stoßen, können eigene Therapiesitzungen auf besondere (positive wie negative) *emotionale Erlebnisse* sowie *wiederkehrende* kognitive und verhaltensmäßige *Muster* untersucht werden. Im Anschluß daran lassen sich die beobachteten Erfahrungen danach hinterfragen, ob sie (1) auf bestimmte Auslöser hin ablaufen, ob sie (2) mit persönlich bedeutsamen Zielen und Motiven in Verbindung stehen, bzw. ob sich (3) daraus potentiell beeinträchtigende Therapieeffekte ergeben.

Die Beobachtungen konzentrieren sich in der Regel auf solche (auch emotionalen) Reaktionen des Therapeuten während der Sitzungen, die seitens der Psychoanalyse als „*Gegenübertragung*“ bezeichnet werden. Dabei teilen wir allerdings nicht das psychodynamische Verständnis dieses Begriffs, der sich – wie *Gysling-Schaub* (1985) in differenzierter Form dokumentiert – im Verlauf der Geschichte der Psychoanalyse sowieso stark gewandelt hat. Phänomene wie die folgenden sind aber natürlich auch verhaltenstherapeutischen Praktikern bekannt: Gefühle von Haß, Wut, Ärger, Neid oder Aggression; Gleichgültigkeit und Langeweile bis hin zu Müdigkeit; Trauer/Depression; Verliebtheit bis hin zu erotisch-sexuellen Gefühlen; Verlangen nach Zärtlichkeit/Körperkontakt; diverse Arten von Ängsten (z. B. Angst vor Ablehnung, vor eigenen aggressiven Impulsen, vor Nähe, vor Kontrollverlust etc.); Ungeduld/Drängen; finanzielle, arbeitsmäßige, wissenschaftliche oder sexuelle Ausbeutung von Klienten; überstarke Konzentration auf Lieblingsthemen; Vermeidung solcher Aspekte, die eigene Konflikttherde wachrufen würden u. v. m.

Die Fülle der Themen zeigt, daß der völlig affektlos-neutrale Therapeut allenfalls eine Utopie darstellt; Therapeuten reagieren *immer* auf Klienten (und umgekehrt) – und so lohnt es sich, die Abläufe während der Therapiestunden (besonders verbale, nonverbale und paraverbale Kommunikationsabläufe) genauer unter die Lupe zu nehmen. Die intensive Beschäftigung mit aktuellen therapeutischen Erfahrungen erfolgt am besten mit Rückmeldung von Supervisoren oder zumindest in Form kollegialer „*Peer-Supervision*“, unterstützt durch Hilfsmittel wie Tonband- oder Videoaufzeichnungen. Einige relevante Aspekte sind dabei z. B.:

- Was verletzt, ärgert, irritiert, nervt oder ängstigt mich?
- Was löst positive Gefühle aus?
- Was sind für mich „angenehme“ bzw. „schwierige“ Klienten?
- Welche Themen favorisiere ich bzw. meide ich?
- Welche Interventionen favorisiere ich bzw. meide ich?
- In Gruppen-, Paar- oder Familientherapien: Mit welchen Personen gehe ich gerne Koalitionen ein? Für wen bin ich geneigt, Partei zu ergreifen (eher für Kinder, für die Frau, für den Mann, für die Eltern)?
- Lasse ich mich schnell auf Machtkämpfe ein?
- Gehe ich bei manchen Personen mit übergroßer Sympathie bzw. mit übergroßer Härte vor? Wann? Mit wem?
- Was passiert bei mir, wenn Personen sehr stark von den von mir bevorzugten Wertvorstellungen, Ansichten, Normen und Verhaltensweisen abweichen?
- Womit können mich Klienten „ködern“ bzw. „treffen“?
- Welche expliziten und impliziten Standards lege ich an für Dinge wie „gute Therapie“, „Therapieerfolg“, „gute Klienten“ etc. u. v. m.

In einer darauffolgenden „*Auswertung*“ lassen sich solche Beobachtungen auf Häufungen, Gemeinsamkeiten und sich regelmäßig wiederholende Abläufe untersuchen:

- Welche emotionalen, kognitiven und verhaltensmäßigen Muster treten überzufällig oft auf?
- Welche Muster provoziere ich bei Klienten übersignifikant häufig?
- Was genau macht es aus, daß obige Ereignisse eintreten?
- Wie kann ich mit solchen Mustern ab jetzt umgehen? etc.

Viele Beobachtungen lassen sich im Laufe der Zeit mosaiksteinchenartig zum (allerdings nie vollständigen und stets fluktuierenden) Bild unserer persönlichen „*Therapie-Ideologie*“ zusammensetzen, welche unsere Therapie – genauso wie unsere „*Lebensideologie*“ – immer mit beeinflusst. In diesem Sinne ist es auch wichtig, als Therapeut halbwegs „*realistische*“ Einstellungen gegenüber Therapie zu entwickeln und eigene „*irrationale Tendenzen*“ (im Sinne der „*Rational-Emotiven Therapie*“ von *Ellis* 1977) zu erkennen. Beispielsweise wird die Überzeugung „*Ich muß jederzeit mit all meinen Klienten erfolgreich sein*“ – falls nicht hinterfragt und relativiert – eine Vielzahl von destruktiven Effekten produzieren.

Auch wenn die ZOSR sich auf berufliche Themen konzentriert, kann sie *privat-persönliche Lebensbereiche* nicht gänzlich ausklammern.

mern. Die *allgemeine* Lebenssituation hat deswegen so große Bedeutung, weil auch Therapeuten menschliche Bedürfnisse (z. B. nach Sicherheit, Geborgenheit, Anerkennung, Nähe, Zärtlichkeit, Sexualität usw.) besitzen. Falls diese nicht im privaten Alltag erfüllt werden können, stehen Therapeuten leicht in der Versuchung, sich das Fehlende während ihrer Therapien zu holen. Therapeuten haben deshalb m. E. die Pflicht, solche Interessen ausreichend *im Privatleben* zu befriedigen.

Neben persönlichen Bedürfnissen können auch Alltagserlebnisse (z. B. freudige Ereignisse, aber auch Probleme, Sorgen und Konflikte) Einfluß auf die Therapie nehmen. Therapeuten, die beispielsweise gerade selbst eine Scheidung hinter sich haben oder seit Jahren verzweifelt mit Eßproblemen kämpfen, sollten sich – zumindest in der Phase emotionaler Verstrickung – fragen, ob sie derzeit Klienten mit ähnlicher Problematik effektiv weiterhelfen können. Obwohl es ein ideales Ziel der meisten Therapieschulen ist, daß Therapeuten das Leben von Klienten „mit den Augen und dem Herzen“ des Klienten „verstehen“ können, müssen sie gleichzeitig lernen, die eigene Person (mit allen persönlichen Motiven, Gefühlen, Zielen und Wertvorstellungen) von der des Klienten zu *trennen*. Diesbezüglich ist das Risiko eines „egozentrischen Beurteilungsfehlers“ (Heider 1958/dt. 1977; Ross 1977) nicht zu unterschätzen: Dieser besagt – stark vereinfacht ausgedrückt – daß Personen dazu neigen, ihrer Sicht der Dinge (incl. eigener Emotionen, Norm- und Wertvorstellungen) überwertige Bedeutung beizumessen. Im Fall akuter emotionaler Belastungen verstärkt sich diese Tendenz noch zusätzlich.

Wegen der immer existierenden Möglichkeit privater wie beruflicher Belastungen ist die Umsetzung bestimmter Maßnahmen zur Sicherung der eigenen „*Psychohygiene*“ empfehlenswert (vgl. auch Schmelzer & Pfahler, 1991). Um entsprechende Alternativen (z. B. Entspannung, Streßbewältigung, Arbeitsorganisation, Gesundheitsprävention, körperliche Fitness etc.) individuell passend und auf persönlich hilfreiche Weise einsetzen zu können, ist es zunächst sinnvoll, (a) den eigenen Alltag gezielt nach potentiellen „Stressoren“ zu analysieren, (b) im Einzelfall die relevanten (funktionalen) Belastungsbedingungen herauszuarbeiten, (c) sich mit potentiell hilfreichen Alternativen zu beschäftigen, (d) aus dieser Basis Entscheidungen in Richtung Änderung zu treffen, diese (e) dann regel-

mäßig einzusetzen und (f) ihre Effektivität zu überprüfen. Auch hierbei ist die offene Rückmeldung anderer Personen eine wertvolle **Unterstützung**.

Neben der Konzentration auf potentiell beeinträchtigende Faktoren sollten sowohl Alltag als auch Berufsfeld dafür genutzt werden, um persönliche *Stärken* zu erkennen, zu „kultivieren“ und weiterzuentwickeln. Gerade für den therapeutischen Beruf können solche Faktoren hilfreiche Ressourcen darstellen und zudem eine „Individualität“ von Therapeuten (im Gegensatz zu „grauen Einheitstherapeuten“) ermöglichen.

**Zukunftsbezogene Selbstreflexion.** Bei der zukunftsbezogenen Selbstreflexion stehen solche Aspekte im Mittelpunkt, die mögliche künftige (therapierelevante) Situationen, Ziele, Motive und Interessen betreffen. Obwohl natürlich niemand über die *tatsächliche* zukünftige Entwicklung zuverlässige Prognosen abgeben kann, wirken sich z. B. berufliche wie auch persönliche Ziele für die Zukunft auch bereits auf unsere heutige Art der Therapiedurchführung aus. Durch Ansätze zur „*Ziel- und Wertklärung*“ (Schmelzer 1983), die u. a. gelenkte Phantasieübungen und Fragen mit „Was-wäre-wenn“-Charakter nutzen, können Therapeuten dazu angeregt werden, sich mit Themen zu beschäftigen wie z. B.: Was ist mir ab jetzt in meinem Leben wichtig/unwichtig? Welche Ziele, Pläne, Wünsche, Träume habe ich für die nächsten Jahre? Welche Konflikte, Probleme, Herausforderungen werfen ihre Schatten voraus? Welche Dinge will ich beibehalten, welche möchte ich ändern? etc. Dies kann für die Bereiche Beruf, Freizeit, persönliche Beziehungen, soziales Umfeld, Politik/Gesellschaft, persönliche Entwicklung, Selbstkonzept, Philosophie/Ethik/Religion/Spiritualität etc. vollzogen werden, wobei es durchaus erlaubt ist, „neue Träume zu träumen“. Danach erfolgt in der Regel eine Abstimmung der (u. U. zu phantastischen) Ideen auf realistisch mögliche Ziele.

Der zukunftsorientierte „Blick nach vorn“ macht es auch möglich, sich hinsichtlich solcher Bereiche, die sich beruflich negativ auswirken können (z. B. angesichts bereits erkannter eigener Problemfelder, „Risiko-Situationen“ und destruktiver Muster), zu fragen, wie der künftige Umgang damit aussehen könnte: Muß ich bestimmte „Tatsachen“ akzeptieren? Kann ich gewisse Muster bei-

behalten? Welche Einflüsse sollte ich kontrollieren? Woran muß bzw. will ich „arbeiten“? Was muß/möchte ich ändern? Wo möchte ich mich weiterentwickeln und neue Kompetenzen erwerben? etc. In diesem Sinne hat die zukunftsbezogene Selbstreflexion klar *präventiven* Anspruch, d. h. sie zielt auf eine Prophylaxe künftiger persönlicher Negativeinflüsse des Therapeuten ab (ohne allerdings das Ideal einer *völligen* Unbeeinflussbarkeit des Therapiegeschehens durch negative Einflüsse aus der Person des Therapeuten jemals ganz erreichen zu können).

Auch die Beschäftigung mit ethischen und berufsständischen Richtlinien (z. B. *American Psychological Association* 1981; *Berufsverband Deutscher Psychologen* 1986), z. B. in Form einer Konfrontation mit ethisch schwierigen Fragestellungen (*Abeles* 1980) in Rollenspielen dient der Entwicklung einer zukunftsorientierten „persönlichen Ethik“ mit präventivem Charakter.

Alles in allem sollten sämtliche „Selbsterfahrungsbausteine“ danach ausgewertet werden, ob es *wiederkehrende Muster* (kognitiver, emotionaler und verhaltensmäßiger Art) gibt, die die Effektivität des diagnostisch-therapeutischen Prozesses beeinträchtigen. Eine „präventive Selbstreflexion“ bedeutet dabei immer (a) das Sensibilisieren für potentielle „Risikosituationen“ in der Zukunft und (b) das Entwickeln/Erlernen von Strategien zur Kontrolle, Minimierung oder Bewältigung der kritischen Situationen (vgl. unten, Abschnitt 9).

## 7. „Selbstmodifikation“ im Rahmen der Ausbildung

Als „Selbstmodifikation“ lassen sich alle eigeninitiierten Versuche verstehen, bestimmte (meist eher eng umgrenzte) Aspekte des eigenen Lebens zu verändern. In fast allen verhaltenstherapeutischen Ausbildungsgängen haben solche Versuche einen festen Platz. Meist erfolgen sie unter gezielter Anwendung therapeutischer Änderungsprinzipien und als logische Umsetzung diagnostisch-therapeutischer Theorieschritte in die Praxis.

Eine „Selbstmodifikation“ kann dabei mehrere Funktionen erfüllen:

- Angehende Therapeuten machen eigene Erfahrungen mit einer Fülle von diagnostisch-therapeutischen Aspekten, die ihnen zunächst meist nur theoretisch vermittelt wurden (z. B. Selbstbeobachtung, Verhaltensanalyse, Zielklärung, Therapieplanung, Umsetzung konkreter Maßnahmen in die Praxis, einzelfallorientierte Evaluation der Fortschritte, Stabilisierung und Transfer von Veränderungen u. v. m.).
- Es ist für Therapeuten sicher günstig, zumindest einige der Therapiemethoden „am eigenen Leibe“ kennengelernt zu haben, die sie später selbst bei ihren Klienten einsetzen möchten. Dies führt zu einem besseren Verständnis für die Abläufe, Anforderungen und Fertigkeiten – sowie für das Ausmaß an Motivation! –, die eine bestimmte Intervention erfordert.
- Sie erleben außerdem einen selbstinitiierten *Änderungsprozeß*, der in der Regel mehrere typische Phasen umfaßt (Überlegungsphase, Entscheidung zur Veränderung, Ausführen der Vorsätze, Aufrechterhaltung der Veränderung: vgl. *Prochaska & DiClemente* 1982). Diese Schritte müssen nicht immer komplett durchlaufen werden; das sogenannte „Drehtür“-Modell der genannten Autoren symbolisiert auch explizit das aus dem Alltag bekannte „Rein-raus-rein-raus“ bei geplanten Veränderungen.
- Sie können sich in die Situation von Klienten besser hineinversetzen, indem sie sowohl mit üblichen *Hindernissen* bei Veränderungen konfrontiert werden (z. B. mit Stagnationen, hartnäckigen „alten Gewohnheiten“, mit Lippenbekenntnissen bzw. „Silvester-Vorsätzen“, mit störenden/hemmenden Umgebungsfaktoren, Angst vor dem Ungewissen, Furcht vor Mißerfolg etc.) als auch Erfahrungen mit positiven *Hilfen* auf dem Weg zu effektiven Änderungen machen können (z. B. Selbstmotivierung durch Ziele und Anreize, Effekte von Gruppendruck etc.).
- Sie erfahren auch etwas über die *Ambivalenz* von Veränderungen, die daraus resultiert, daß sich einerseits alte Gewohnheiten bzw. „sekundäre Gewinne“ aus der Problematik und andererseits noch unvertraute, unbekannte neue Erfahrungen mit durchaus „riskanten“ Erfolgsaussichten gegenüberstehen. Schließt man sich der Ansicht *Mandlers* (1975/dt. 1979) an, wonach Änderungen für uns Menschen *prinzipiell aversiv* sind, so wird verständlich, daß viele Klienten die Therapie nicht schon automatisch mit hoher Änderungsmotivation beginnen. Dies kann zu bescheideneren Erwartungshaltungen, vorsichtigeren „Widerstands“-Zuschreibungen und zu mehr Geduld mit zögerlichen Klienten beitragen – besonders dann, wenn Therapeuten bei ihren eigenen Selbstmodifikationsbemühungen nur geringe oder gar fehlende Erfolge erlebt haben.

- Therapeuten lernen zudem etwas über die *Rolle* von Klienten und deren Bedeutung im psychosozialen Feld (welche Konnotationen von „hilfsbedürftig“, „passiver Rezipient vs. aktive Eigeninitiative“ bis hin zu „gestört/nicht normal“ beinhalten kann). So können sich angehende Therapeuten im Zuge ihrer Selbstmodifikation z. B. fragen, wann sie selbst professionelle Hilfe in Anspruch nehmen würden, welche Erwartungen sie dabei hätten bzw. wie sie umgekehrt mit gewissen Leitgedanken der verhaltenstherapeutischen Selbstmanagement-Therapie (z. B. Offenheit, Eigeninitiative, zeitlich begrenzte Therapeut-Klient-Beziehung, Selbstverantwortung/Autonomie als Hauptziel) zurechtkämen.

Trotz aller skizzierten hilfreichen Aspekte von „Selbstmodifikation“ sind jedoch auch gewisse Einschränkungen zu erwähnen:

Die größte Gefahr besteht wohl darin, daß angehende Therapeuten ihre eigenen Selbstmodifikationserfahrungen *übergeneralisieren*: Dies betrifft einerseits Schlußfolgerungen aus den – meist in bestimmten engumgrenzten Situationen – vollzogenen Änderungsversuchen auf *eigene* Änderungen in *anderen* Lebensbereichen. Andererseits stehen wir in der Versuchung, unsere eigenen Erfahrungen vorschnell auf unsere Klienten zu übertragen: Leider sagen die (erfolgreichen wie erfolglosen) Änderungsbemühungen von Therapeut X wenig darüber aus, wie Frau Meier, Herr Schmidt oder Familie Müller ihre Therapie erleben. Klienten denken, fühlen und handeln in der Regel *anders* als wir; ihre persönliche Situation, ihre „innere Welt“, die für sie notwendigen Veränderungen, die Bedeutung ihres „Klient-seins“ etc. sind üblicherweise verschieden von dem, was Therapeut X während seiner Selbstmodifikation erfahren hat.

Auch mit globalen Erfolgs- oder Mißerfolgsbeurteilungen hinsichtlich bestimmter Therapiemaßnahmen müssen wir sehr vorsichtig sein: Hier machen wir womöglich den Fehler, die persönlich erlebte Effektivität mit der *generellen* Effektivität einer Methode zu verwechseln, wenn wir die Ansicht vertreten: „Methode Y hat mir gutgetan, dann wird sie auch Klienten nützen“ bzw. „Methode Z hat mir mißfallen, sie wird daher auch Klienten nicht helfen“. Über die (differenzielle) Indikation und Effektivität von Interventionen kann jedoch nur die empirische Therapieforschung Auskunft geben, da sie mit ihren Erkenntnismethoden in der Lage ist, die

persönlichen (möglicherweise sehr verzerrten) Erfahrungstat-sachen *einzelner* Therapeuten zu relativieren.

Es gibt meines Wissens auch keine Ergebnisse, die die Ansicht stützen könnten, man dürfe *nur* solche Maßnahmen einsetzen, die man als Therapeut schon selbst ausprobiert hat. Zudem arbeiten Therapeuten nicht nur dann effektiv, falls sie in der Lage sind, sich selbst und ihr Leben (beliebig) zu ändern. Entsprechend unserem Verständnis des Therapeuten als „Änderungsassistenten“ können selbst Therapeuten, die unfähig zur Veränderung bestimmter Bereiche in ihrem *eigenen* Leben sind, sehr effektive Begleiter von Klienten sein, wenn es um *deren* Weiterentwicklung geht.

Zusammenfassend und relativierend läßt sich feststellen, daß eine „Selbstmodifikation“ während der Therapieausbildung eine Reihe hilfreicher Erfahrungen produzieren kann, die allerdings nicht übergeneralisiert werden dürfen. In jedem Fall dürften Therapeuten einen persönlichen Eindruck davon bekommen, daß „Sich-Ändern“ meist ein schwieriges Unterfangen darstellt, daß es dabei bestimmte Gesetzmäßigkeiten gibt und daß bei Änderungen in jedem Einzelfall hemmende bzw. förderliche Faktoren eine Rolle spielen können. Auf die Therapie übertragen heißt das, daß wir Klienten dann nicht gerecht werden können, wenn wir aus unseren (begrenzten) Eigenerfahrungen voreilig allgemeingültige Schlußfolgerungen ableiten und sie zu stark auf der Basis unserer Maßstäbe und Emotionen beurteilen. Für den diagnostisch-therapeutischen Änderungsprozeß ist somit ein individuelles, maßgeschneidertes Vorgehen auf der Grundlage eines empirischen Therapieverständnisses unerlässlich (vgl. z. B. Kanfer & Grimm 1980; Reinecker 1987; Kanfer, Reinecker & Schmelzer 1990).

## 8. Zur Frage von persönlicher Therapie des Therapeuten

Während in anderen therapeutischen Schulen – man denke an das Paradebeispiel der tiefenpsychologischen „Lehranalyse“ – eine persönliche Therapie des Therapeuten schon immer einen integralen Bestandteil der jeweiligen Therapieausbildung darstellt, zeigten sich verhaltenstherapeutische Richtungen diesbezüglich bislang

sehr zurückhaltend bis abweisend. Dies mag einerseits mit der lange Zeit unterschätzten Bedeutung der Therapeuten-Person erklärbar sein, dürfte andererseits aber auch damit zu tun haben, daß seitens der empirischen Therapieforschung kaum substantielle Befunde existieren, welche die Sinnhaftigkeit oder gar Notwendigkeit einer eigenen Therapie belegen könnten. Der Grundtenor der Ergebnisse scheint zu besagen, daß ernste persönliche Probleme und Konflikte des Therapeuten sicherlich den diagnostisch-therapeutischen Prozeß beeinträchtigen. Zumindest lenken sie die Informationsverarbeitung des Therapeuten weg von den Interessen der Klienten hin zu ich-orientierten, konflikthaftern Aspekten des Therapeuten, wie *Cutler* (1958) bereits früh mittels einer Analyse von Moment-zu-Moment-Interaktionen des Therapieprozesses nachweisen konnte. Umgekehrt fehlen jedoch Belege, daß eine eigene Therapie – selbst bei hohem „subjektiven Gewinn“ – automatisch eine Steigerung der therapeutischen Effektivität zur Folge hätte (vgl. *Garfield & Bergin* 1971; *Greenberg & Staller* 1981; *Guy* 1987; *Parloff, Waskow & Wolfe* 1978; *Zimmer* 1983b, 1983c). Dies wird noch verschärft durch Ergebnisse, die zu dem für uns provokativen Standpunkt führen, daß professionelle Therapeuten ihren Klienten manchmal mehr schaden als nützen und daß Laien zumindest ebenso gute, wenn nicht sogar bessere Therapeuten sind (*Carkhuff* 1968; *Gunzelmann, Schiepeck & Reinecker* 1987). Dennoch wird seitens vieler Psychotherapeuten nach wie vor der generelle Standpunkt vertreten, daß eine persönliche Therapie für eine effektive Therapieausübung hilfreich sei (vgl. z. B. *Buckley, Karasu & Charles* 1981; *Prochaska & Norcross* 1983). Wie so oft klaffen auch in diesem Punkt Behauptungen/Ansichten von Praktikern und empirische Nachweise der Notwendigkeit auseinander. Angesichts der zahlenmäßig sehr dürftigen Befundlage der Therapieforschung (vgl. *Barrett & Wright* 1984) ist daher die Forderung berechtigt, in Zukunft die Forschungsbemühungen zur genaueren Klärung dieses Sachverhalts zu intensivieren.

Während wohl mit vielen anderen Therapierichtungen Übereinstimmung über das grundlegende Ziel herrscht, daß nämlich eine Therapie *möglichst unbeeinflusst* von schädlichen persönlichen Motiven des Therapeuten ablaufen sollte, gibt es also wenig stützende Daten für die Ansicht, daß dafür unbedingt der Weg einer persön-

lichen Therapie notwendig sei. Genausowenig kann nach dem Absolvieren einer eigenen Therapie eine dauerhafte Problemfreiheit erwartet werden; dies wäre schon angesichts der ständig neuen Herausforderungen und Weiterentwicklungen in jedem menschlichen Leben nicht zu garantieren. Der „vollständig“ durchanalysierte“ Therapeut, welcher nach einer persönlichen Therapie in Zukunft selbst von Spuren einer „Restneurose“ verschont bleibt, ist mit Sicherheit ein Mythos.

Ein weiterer Grund, eine persönliche Therapie *nicht* zwingend in verhaltenstherapeutischen Ausbildungsrichtlinien zu verankern, basiert auf Erfahrungen, die Psychoanalytiker mit der dort institutionalisierten „Lehranalyse“ gemacht haben. So hält z. B. *Strotzka* (1978) die Lehranalyse generell für wichtig und für die sogenannte „große Analyse“ auch unabdingbar notwendig, baut jedoch auf eine gewisse Freiwilligkeit: „Eine Besonderheit der Lehranalyse besteht außerdem ... darin, daß der Persönlichkeitseingriff, den sie ohne Zweifel bedeutet, nicht obligat gefordert werden kann, wie sonst alle anderen Trainingsmethoden, sondern an einen freiwilligen Entschluß gebunden bleiben muß“ (*Strotzka* 1978, 139). Dies scheint auch aus finanziellen Gründen eine Notwendigkeit zu sein – stellt doch eine zeitintensive Lehranalyse laut *Strotzka* das weitaus größte finanzielle Problem in der Ausbildung dar.

Eine andere problematische Facette einer zwingend vorgeschriebenen Eigentherapie besteht in der äußerst konflikthaftern Rollenverteilung zwischen Lehrtherapeut und Ausbildungskandidat. So befindet sich letzterer immer in der Versuchung, während seiner Lehrtherapie solches Verhalten zu zeigen (bzw. solche Inhalte zu äußern), die ihn als „linientreues Mitglied“ und geeigneten Kandidaten ausweisen. Angesichts der immensen (materiellen und immateriellen) Kosten kann es sich wohl kein Kandidat erlauben, allzu kritisch zu sein oder belanglose Dinge zu äußern, ohne in der Gefahr zu stehen, als möglicherweise ungeeignet ausgesondert zu werden. Selbst wenn psychoanalytischen Institutionen dieser Rollenkonflikt sehr bewußt ist und zu Abhilfemaßnahmen Anlaß gab (z. B. haben Lehranalytiker meist keine Entscheidungsbefugnis über die Eignung des Kandidaten), sollten verhaltenstherapeutische Ausbildungseinrichtungen aus den Erfahrungen ihrer psychoanalytischen Kollegen konstruktive Schlüsse ziehen.

Wichtiger als das routinemäßige Durchlaufen einer Eigentherapie im Zuge der Ausbildung scheint daher zu sein, daß ein Therapeut während seiner *gesamten* beruflichen Tätigkeit kontinuierlich darauf achtet, daß persönliche Konflikte und Interessen den Fortgang einer Therapie möglichst wenig beeinträchtigen, und daß gewährleistet ist, daß in erster Linie die *therapeutisch relevanten Ziele und Interessen von Klienten* das Geschehen bestimmen. Da z. B. das Erkennen „blinder Flecken“ nicht der betreffenden Person allein möglich ist, sondern schon „per definitionem“ die Interaktion mit *anderen* Personen voraussetzt, sind dazu die kontinuierliche „Selbstreflexion“ im Gruppenrahmen (mit der Bereitschaft zu offener Diskussion persönlicher Anteile), lebenslanger kollegialer Austausch, regelmäßige Fallbesprechungen und vor allem Supervision optimale Möglichkeiten (siehe oben, Abschnitt 6).

Selbstverständlich sollte auch ein Therapeut sich nicht scheuen, bei schwerwiegenden (akuten oder chronischen) persönlichen Problemen die Hilfe von Kollegen zum Zweck einer eigenen Therapie in Anspruch zu nehmen. Diese Entscheidung sollte er jedoch dann analog dazu treffen, wie es im Alltag z. B. eine Ärztin, ein Ingenieur, eine Journalistin, ein Schreiner, eine Verkäuferin oder ein Hilfsarbeiter täte. Menschen müssen folglich nicht ausschließlich deswegen in Therapie gehen, weil sie sich für den Beruf des Psychotherapeuten entschieden haben. Zumindest gibt es aus der Sicht der (dürftigen) diesbezüglichen Therapieforschung dafür keine stichhaltigen Argumente.

*Zusammenfassend* läßt sich folgender Standpunkt vertreten: Eine intensive Eigentherapie für angehende Therapeuten sollte nicht obligatorisch oder verpflichtend in verhaltenstherapeutische Ausbildungs-Curricula verankert werden. Dies läßt sich begründen mit dem fehlenden empirischen Nachweis der Effektivitätssteigerung durch persönliche Therapie, mit ethischen Bedenken, einen derart intensiven Persönlichkeitseingriff zwingend aufzuerlegen sowie mit Rollenkonflikten und Problemen der Finanzierbarkeit während der praktischen Durchführung einer intensiven Eigentherapie während der Therapieausbildung.

Gegen eine *freiwillige* persönliche Therapie ist nichts einzuwenden; diese sollte allerdings der Entscheidung des Kandidaten überlassen bleiben. Bei akuten oder chronischen persönlichen Konflik-

ten sollte ein Therapeut (nicht nur während der Ausbildung, sondern auch im Zuge späterer Berufstätigkeit) durchaus die **Möglichkeit einer Eigentherapie in Anspruch nehmen**. Im Fall gravierender Beeinträchtigungen halte ich dies – im Interesse der Klienten – geradezu für eine Verpflichtung.

Der grundlegende *Zweck* einer Eigentherapie steht m. E. für alle Therapierichtungen außer Frage: nämlich zu gewährleisten, daß die *Interessen von Klienten* die Therapie bestimmen und nicht persönliche Probleme, „blinde Flecken“, Ängste oder egozentrische Motive von Therapeuten. Dieses Ziel kann jedoch auch mit *anderen* Mitteln erreicht werden (siehe oben).

## 9. Abschließende Bemerkungen: „Selbstreflexion“ als lebenslanger Prozeß

Die bisherigen Ausführungen haben den Standpunkt der aktuellen Verhaltenstherapie (insbesondere des „Selbstmanagement-Ansatzes“) zu den Themen „Selbsterfahrung“, „Selbstreflexion“ und „Selbstmodifikation“ zu klären versucht. Mit der veränderten Bedeutung der Person des Therapeuten und der therapeutischen Beziehung sind solche Aspekte mittlerweile auch wichtige Inhalte jeder formalen Verhaltenstherapie-Ausbildung. Zwar stehen Verhaltenstherapeuten aus mehreren dargelegten Gründen dem Begriff der „Selbsterfahrung“ sehr kritisch gegenüber, haben jedoch mit der „Zielorientierten Selbstreflexion“ (welche mit neueren Gesichtspunkten der Organisation persönlicher Erfahrungen in Einklang steht) ein Konzept zur Verfügung, welches eine *zweckorientierte*, berufsbezogene Form der Beschäftigung mit therapeutisch relevanten persönlichen Einflußgrößen ermöglicht. Dazu ist notwendig, (1) zunächst einmal anzuerkennen, daß immer persönliche Affekte in die Therapie eingehen, (2) daß nicht alle diese Einflüsse positiv sind und (3) daß vor allem negative oder schädliche Faktoren in irgendeiner Form *kontrolliert* werden müssen. Dabei geht es weniger um das vereinzelt Aufflackern persönlicher Variablen, sondern um überzufällig häufige, immer *wiederkehrende Muster*, die u. U. auf bestimmte Auslöser hin ablaufen.

Für das Erkennen solcher regelhafter Einflüsse aus der eigenen Person ist ein singuläres Vorgehen (etwa in Form der Selbstbeobachtung) nur begrenzt hilfreich; um vor allem „blinde Flecken“ wahrnehmen zu können, die „per definitionem“ zunächst dem eigenen Erkennen verschlossen sind, ist die Interaktion mit anderen Personen (Kollegen, Supervisoren, Lehrtherapeuten etc.) unabdingbar. Selbstreflexion kommt somit oft erst über den Umweg der Fremdreflexion in Gang und baut zu großen Teilen auf die Rückmeldung anderer und eine offene Art der (wechselseitigen) Kommunikation auf.

Die *Inhalte* einer ZOSR sind immer von den jeweiligen Zielen im Einzelfall abhängig; die im Abschnitt 6.3 präsentierten Themen können daher nur als (keineswegs erschöpfende) Palette möglicher Anregungen verstanden werden.

Die „Zielorientierte Selbstreflexion“ sollte zwar während der Therapieausbildung beginnen und dort einen großen Raum einnehmen; das Sensibilisieren für persönliche Einflüsse und der alltäglich-berufliche Umgang damit sind jedoch ständig von Bedeutung. Somit sollten Therapeuten auch den *Prozeß der Selbstreflexion* lernen, d. h. prinzipielle Kenntnisse und Fähigkeiten, wie eine ZOSR durchführbar ist. Dazu sind z. B. folgende Schritte und Teilfertigkeiten hilfreich:

1. Selbstbeobachtung hinsichtlich der eigenen Befindlichkeit und der eigenen Emotionen, hinsichtlich eigener Gedanken/Überzeugungen/Ziele/Wertvorstellungen, hinsichtlich eigener Verhaltensweisen sowie hinsichtlich eigener Stärken und Schwächen.
2. Achten auf *wiederkehrende* emotionale, kognitive und verhaltensmäßige *Muster*, die u. U. auf bestimmte Auslöser hin ablaufen.
3. Registrieren des Einflusses persönlicher Variablen *auf die Therapie*.

4. Geringhalten oder Kontrollieren *schädlicher* Einflüsse auf die Therapie; Entwickeln persönlicher „Coping“-Strategien (z. B. Treffen von „Vorsichtsmaßnahmen“ wie Einbeziehen von Co-Therapeuten, Falldiskussionen, Supervision anhand von Videoaufzeichnungen bestimmter Sitzungen, Bearbeiten eigener Probleme, Weiterverweisung kritischer Problematiken etc.).
5. Präventiver Umgang mit potentiellen „Risiko-Situationen“ und „Risiko-Interaktionen“ der Zukunft (z. B. in Phantasie-Szenarios oder fiktiven Rollenspielen).
6. Gewährleisten persönlichen „Wohlbefindens“ und eigener „Psychohygiene“.
7. Kultivieren positiver eigener Ressourcen.

Tabelle 3: Wichtige Schritte beim „Prozeß der Selbstreflexion“.

Während die Ausbildung eine günstige Phase für den *Beginn* des Erwerbs von Selbstreflexions-Prozessen darstellt, ist eine *lebenslange* Konzentration der Aufmerksamkeit auf solche Aspekte (z. B. mittels kontinuierlicher Supervision, kollegialem Austausch, Besuch von Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen etc.) erforderlich. Neben den oben präsentierten Kompetenzen ist für das spätere Berufsleben wohl vor allem eine zusätzliche Fähigkeit relevant, nämlich rechtzeitig erkennen zu können, *wann* das Hinzuziehen *anderer* Personen (d. h. das Nutzen von Interaktion und Kommunikation bzw. die Konfrontation mit *Fremderfahrungen*) sinnvoll bzw. notwendig ist. Die prinzipielle Offenheit für Feedback und konstruktive Kritik – welche möglichst von mehreren Personen (u. U. auch auf der Basis mehrerer therapeutischer Perspektiven) erfolgt – ist somit eine gute Voraussetzung dafür, daß der diagnostisch-therapeutische Prozeß mit Klienten ohne große Beeinträchtigungen durch personbedingte Therapeutenfehler verläuft.

Die ZOSR ist aber kein Zauber- oder Allheilmittel, und so muß uns bewußt sein, daß wir trotz aller Sicherheitsvorkehrungen menschliche Wesen mit Emotionen, Wünschen und Bedürfnissen bleiben – und daß wir selbst nach positiv vollzogener „Selbstrefle-

xion“ genausowenig eine Garantie für dauerhafte Problemfreiheit haben wie Klienten (oder auch wir selbst) nach einer erfolgreich verlaufenen Eigentherapie.

Abschließend möchte ich festhalten, daß sich eine „Selbstreflexion“ nicht nur auf Einzelpersonen beschränken muß. Es tut auch therapeutischen Schulrichtungen insgesamt gut, von Zeit zu Zeit ihre (festgefahrenen?) Grundpositionen selbstkritisch auf den Prüfstand zu stellen. Der bestehende therapeutische Pluralismus ist m. E. in diesem Zusammenhang ein höchst begrüßenswerter Zustand. Er bietet die Möglichkeit, jederzeit über die Grenzen der eigenen Perspektive hinauszuschauen, von Erfahrungen anderer Ansätze zu lernen und diese als zusätzliche Korrekturinstanz eigener Standpunkte zu nutzen. In diesem Sinne ist zu wünschen, daß der vorliegende Band in seiner Gesamtheit einen wichtigen Beitrag zum Dialog zwischen verschiedenen psychotherapeutischen Schulen leisten kann.

### Anmerkungen

1. Aus Gründen der Lesbarkeit wurde im gesamten Text eine maskuline Sprachform verwendet. Selbstverständlich gelten alle Ausführungen gleichermaßen für männliche wie weibliche Personen.
2. Für eine ausführliche Darstellung der Inhalte verweise ich auf Kanfer, Reinecker & Schmelzer 1990 (Teil III, Kap. 3.2).

### Literatur

- Abeles, N., Teaching ethical principles by means of value confrontations, *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 17 (1980), 384-391
- Abelson, R.P., Psychological status of the script concept, *American Psychologist*, 36 (1981), 715-729
- American Psychological Association, Ethical principles of psychologists, *American Psychologist*, 36 (1981), 633-638
- Barrett, C.L. & Wright, J.H., Therapist variables. In: *Hersen, M., Michelson, L. & Bellack, A.S. (Hrsg.), Issues in psychotherapy research*, Plenum, New York 1984, 361-391
- Bastine, R., Fiedler, P.A. & Kommer, D. (Hrsg.), Psychotherapeutische Prozeßforschung (Themenheft), *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 18 (1989), 1-92
- Berufsverband Deutscher Psychologen (BDP), Berufsordnung für Psychologen. *Report Psychologie*, 11 (1986), 9-10/43-46
- Beutler, L.E., Crago, M. & Arizmendi, T.G., Research on therapist variables in psychotherapy. In: *Garfield, S.L. & Bergin, A.E. (Hrsg.), Handbook of psychotherapy and behavior change (3rd edition)*, Wiley, New York 1986, 257-310
- Boysen, G., Hemminger, H. & Küenzlen, G., Im Sog der Psychoszene. Erfahrungen und Kommentare, Quell, Stuttgart 1988
- Brunink, S.A. & Schroeder, H.E., Verbal therapeutic behavior of expert psychoanalytically oriented, gestalt, and behavior therapists, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47 (1979), 567-574
- Buckley, P., Karasu, T.B. & Charles, E., Psychotherapists view their personal therapy, *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 18 (1981), 299-305
- Carkhuff, R.R., Differential functioning of lay and professional helpers. *Journal of Counseling Psychology*, 15 (1968), 117-126
- Cutler, R.L., Countertransference effects in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 22 (1958), 349-356
- DeVoge, J.T. & Beck, S., The therapist-client relationship in behavior therapy. In: *Hersen, M., Eisler, R.M. & Miller, P. (Hrsg.), Progress in behavior modification (Volume 6)*, Academic Press, New York 1978, 204-248
- Dziewas, H., Instrumentelle Gruppenbedingungen als Voraussetzung des individuellen Lernprozesses. In: *Grawe, K. (Hrsg.), Verhaltenstherapie in Gruppen*, Urban & Schwarzenberg, München 1980, 27-55
- Ellis, A., Die rational-emotive Therapie: Das innere Selbstgespräch bei seelischen Problemen und seine Veränderung, Pfeiffer, München 1977
- Faust, D., Research on human judgment and its application to clinical practice, *Professional Psychology: Research and Practice*, 17 (1986), 420-430
- Fiedler, P.A., Verhaltenstherapie in Gruppen. Überblick und Perspektiven. *Gruppendynamik*, 17 (1986), 341-360
- , Problemorientierte Arbeitsgruppen in der Psychotherapie. *Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin*, 8 (1987), 111-133
- Frijda, N.H., The laws of emotion, *American Psychologist*, 43 (1988), 349-358
- Garfield, S.L. & Bergin, A.E., Personal therapy, outcome and some therapist variables, *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 8 (1971), 251-253
- Garnezy, N. & Rutter, M. (Hrsg.), Stress, coping, and development, McGraw-Hill, New York 1983
- Goldfried, M.R. & Robins, C., Self-schema, cognitive bias, and the processing of therapeutic experiences. In: *Kendall, P.C. (Hrsg.), Advances in cognitive-behavioral research and therapy (Volume 2)*, Academic Press, New York 1983, 33-80
- Goldstein, A.P. & Myers, C.R., Relationship enhancement methods. In: *Kanfer, F.H. & Goldstein, A.P. (Hrsg.), Helping people change: A textbook of methods (3rd edition)*, Pergamon, New York 1986, 19-65
- Grawe, K., Die diagnostisch-therapeutische Funktion der Gruppeninteraktion in verhaltenstherapeutischen Gruppen. In: *Grawe, K. (Hrsg.), Verhaltenstherapie in Gruppen*, Urban & Schwarzenberg, München 1980, 88-223

- , Psychotherapie als Entwicklungsstimulation von Schemata – ein Prozeß mit nicht voraussehbarem Ausgang. In: *Caspar, F.M.* (Hrsg.), *Problem-analyse in der Psychotherapie*, DGVT, Tübingen 1987, 72-87
- Grawe, K. & Dziewas, H., Interaktionelle Verhaltenstherapie. *Sonderheft 1/1978 der Mitteilungen der DGVT*, DGVT, Tübingen 1978, 27-49
- Greenberg, R.P. & Staller, J., Personal therapy for therapists, *American Journal of Psychiatry*, 138 (1981), 1467-1471
- Guidano, V.F. & Liotti, G., A constructivistic foundation of cognitive therapy. In: *Mahoney, M.J. & Freeman, A.* (Hrsg.), *Cognition and psychotherapy*, Plenum, New York 1985, 101-142
- Gunzelmann, T., Schiepek, G. & Reinecker, H., Laienhelfer in der psychosozialen Versorgung: Meta-Analysen zur differentiellen Effektivität von Laien und professionellen Helfern, *Gruppendynamik*, 18 (1987), 361-384
- Gurman, A.S. & Razin, A.M. (Hrsg.), *Effective psychotherapy: A handbook of research*, Pergamon, New York 1977
- Guy, J.D., *The personal life of the psychotherapist*, Wiley, New York 1987
- Gysling-Schaub, A., *Gegenübertragung, die Kontroverse um die analytische Antwort*, Dissertation, Philosophisch-Historische Fakultät, Universität Basel 1985
- Heider, F., *The psychology of interpersonal relations*, Wiley, New York 1958; dt.: *Psychologie der interpersonalen Beziehungen*, Klett-Cotta, Stuttgart 1977
- Hemminger, H., *Kindheit als Schicksal? Die Folgen frühkindlicher seelischer Verletzungen*, Rowohlt, Reinbek 1986
- Hemminger, H. & Becker, V., *Wenn Therapien schaden. Kritische Analyse einer psychotherapeutischen Fallgeschichte*, Rowohlt, Reinbek 1985
- Johnson, D.W. & Matross, R.P., Interpersonal influence in psychotherapy: A social psychological view. In: *Gurman, A.S. & Razin, A.M.* (Hrsg.), *Effective psychotherapy*, Pergamon, New York 1977, 395-432
- Kahneman, D., Slovic, P. & Tversky, A. (Hrsg.), *Judgment under uncertainty: Heuristics and biases*, Cambridge University Press, New York 1982
- Kanfer, F.H. & Grimm, L.G., Managing clinical change: A process model of therapy, *Behavior Modification*, 4 (1980), 419-444
- Kanfer, F.H., Reinecker, H. & Schmelzer, D., *Selbstmanagement-Therapie: Ein Lehrbuch für die klinische Praxis*, Springer, Berlin 1990
- Klein, M.H., Dittmann, A.T., Parloff, M.B. & Gill, M.M., Behavior therapy: Observations and reflections, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33 (1969), 259-266
- Krumboltz, J.D. & Potter, B., Verhaltenstherapeutische Techniken für die Entwicklung von Vertrauen, Kohäsion und Zielorientierung in Gruppen. In: *Grawe, K.* (Hrsg.), *Verhaltenstherapie in Gruppen*, Urban & Schwarzenberg, München 1980, 56-65
- Lambert, M.J., The individual therapist's contribution to psychotherapy process and outcome, *Clinical Psychology Review*, 9 (1989), 469-485
- Lösel, F., Bliesener, T., Köferl, P., Mittag, W. & Schmidpeter, C., On the concept of „invulnerability“: Evaluation and first results of the Bielefeld project, Paper presented at the 2nd International Symposium on „Prevention and Intervention in Childhood and Youth“, Universität Bielefeld, September 1987
- Luborsky, L., Singer, B. & Luborsky, L., Comparative studies of psychotherapy, *Archives of General Psychiatry*, 32 (1975), 995-1008
- Lutz, R., Verhaltenstherapeutisch fundierte Selbsterfahrung. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 13 (1981), 608-618
- Mandler, G., *Mind and emotion*, Wiley, New York 1975; dt.: *Denken und Fühlen*, Junfermann, Paderborn 1979
- Meehl, P., *Clinical versus statistical prediction*, University of Minnesota Press, Minneapolis 1954
- Morris, R.J. & Magrath, K.H., The therapeutic relationship in behavior therapy. In: *Lambert, M.J.* (Hrsg.), *Psychotherapy and patient relationships*, Dorsey Press, Homewood (IL) 1983, 154-189
- Neisser, U., *Kognition und Wirklichkeit. Prinzipien und Implikationen der kognitiven Psychologie*, Klett-Cotta, Stuttgart 1979
- Nichols, M.P. & Efran, J.S., Catharsis in psychotherapy: A new perspective, *Psychotherapy*, 22 (1985), 46-58
- Nisbett, R. & Ross, L., *Human inference: Strategies and shortcomings of social judgment*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs (NJ) 1980
- Orlinsky, D.E. & Howard, K.I., Process and outcome in psychotherapy. In: *Garfield, S.L. & Bergin, A.E.* (Hrsg.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd edition), Wiley, New York 1986, 311-381
- Parloff, M.B., Waskow, I.E. & Wolfe, B.E., Research on therapist variables in relation to process and outcome. In: *Garfield, S.L. & Bergin, A.E.* (Hrsg.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (2nd edition), Wiley, New York 1978, 233-282
- Piaget, J., *Die Äquilibration der kognitiven Strukturen*. Klett, Stuttgart 1976
- Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C., Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change, *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 19 (1982), 276-288
- Prochaska, J.O. & Norcross, J.C., Contemporary psychotherapists: A national survey of characteristics, practices, orientations, and attitudes. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20 (1983), 161-173
- Reinecker, H., Anmerkungen zum Psycho-Boom aus klinisch-psychologischer Sicht am Beispiel der „Gestalttherapie“, *Verhaltensmodifikation*, 6 (1985), 214-231
- , *Grundlagen der Verhaltenstherapie*, Psychologie Verlags Union, München/Weinheim 1987
- Ringler, M., Selbsterfahrung und therapeutische Kompetenz in der Verhaltenstherapie. In: *Schulz, W. & Hautzinger, M.* (Hrsg.), *Kongreßbericht 1980 (DGVT-GwG): Klinische Psychologie und Psychotherapie, Band I*, DGVT/GwG, Tübingen/Köln 1980, 231-241
- Ross, L., The intuitive psychologist and his shortcomings. In: *Berkowitz, L.* (Hrsg.), *Advances in experimental social psychology* (Volume 10), Academic Press, New York, 173-220

- Schindler, L., Die soziale Interaktion von Therapeut und Klient in der Verhaltenstherapie: Ihr Einfluß auf Therapieverlauf und Therapieerfolg, *Habilitationsschrift, Institut für Psychologie, Universität Bamberg 1987*
- Schmelzer, D., Problem- und zielorientierte Therapie: Ansätze zur Klärung der Ziele und Werte von Klienten, *Verhaltensmodifikation*, 4 (1983), 130-156
- , Problem- und zielorientierte Verhaltenstherapie. Teil I: Zu einigen Kernannahmen des aktuellen verhaltenstherapeutischen Vorgehens, *Verhaltensmodifikation*, 6 (1985), 101-151
- , Problem- und zielorientierte Verhaltenstherapie. Teil II: Das „OPTIMIZE“-Prozeßmodell als Orientierungsrahmen für die Praxis, *Verhaltensmodifikation*, 7 (1986), 3-110
- Schmelzer, D. & Pfahler, E., Zur Therapieausbildung in der Praxis: Umgang mit beruflichem Streß und Prävention von „Burnout“ – Möglichkeiten für Verhaltenstherapeuten, *Verhandlungsmodifikation und Verhaltensmedizin*, 12 (1991), 29-54
- Schneider, W. & Shiffrin, R.M., Controlled and automatic human information processing: I. Detection, search, and attention, *Psychological Review*, 84 (1977), 1-66
- Seiderer-Hartig, M., Beziehung und Interaktion in der Verhaltenstherapie. Theorie, Praxis, Fallbeispiele, Pfeiffer, München 1980
- Shevrin, H. & Dickman, S., The psychological unconscious. A necessary assumption for all psychological theory? *American Psychologist*, 35 (1980), 421-434
- Shiffrin, R.M. & Schneider, W., Controlled and automatic human information processing: II. Perceptual learning, automatic attending, and a general theory, *Psychological Review*, 84 (1977), 127-190
- Singer, J.L., Transference and the human condition: A cognitive-affective perspective, *Psychoanalytic Psychology*, 2 (1985), 189-219
- Singer, J.A. & Salovey, P., Mood and memory: Evaluating the network theory of affect, *Clinical Psychology Review*, 8 (1988), 211-251
- Sloane, R.B., Staples, F.R., Cristol, A.H., Yorkston, N.J. & Whipple, K., Short-term analytically oriented psychotherapy versus behavior therapy, Harvard University Press, Cambridge (MA) 1975; dt.: Analytische Psychotherapie und Verhaltenstherapie, Enke, Stuttgart 1981
- Smith, M.L., Glass, G.V. & Miller, T.I., The benefits of psychotherapy, John Hopkins University Press, Baltimore 1980
- Stein, D.M. & Lambert, M.J., On the relationship between therapist experience and psychotherapy outcome, *Clinical Psychology Review*, 4 (1984), 1-16
- Strong, S.R. & Claiborn, C.D., Change through interaction, Wiley, New York 1982
- Strotzka, H., Psychotherapiesausbildung. In: Strotzka, H. (Hrsg.), Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikationen (2. Auflage), Urban & Schwarzenberg, München 1978, 137-142
- Sweet, A., The therapeutic relationship in behavior therapy, *Clinical Psychology Review* 4 (1984), 253-272
- Teegen, F., Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie-Ausbildung. In: *Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie* (Hrsg.), Verhaltenstherapie – Praxis: Kongreßbericht Berlin 1976, Sonderheft II/1977 der Mitteilungen der DGVT, DGVT, Tübingen 1977, 138-158
- Turk, D.C. & Salovey, P. (Hrsg.), Reasoning, inference, and judgment in clinical psychology, Free Press, New York 1988
- Turk, D.C. & Speers, M.A., Cognitive schemata and cognitive processes in cognitive-behavioral interventions: Going beyond the information given. In: Kendall, P.C. (Hrsg.), Advances in cognitive-behavioral research and therapy (Volume 2), Academic Press, New York 1983, 1-31
- Ulich, M., Risiko- und Schutzfaktoren in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen, *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 20 (1988), 146-166
- Westen, D., Transference and information processing, *Clinical Psychology Review*, 8 (1988), 161-179
- Winfrey, L.P.L. & Goldfried, M.R., Information processing and the human change process. In: Ingram, R.E. (Hrsg.), Information processing approaches to clinical psychology, Academic Press, New York 1986, 241-258
- Wilson, G.T. & Evans, I.M., The therapist-client relationship in behavior therapy. In: Gurman, A.S. & Razin, A.M. (Hrsg.), Effective psychotherapy: A handbook of research, Pergamon, New York 1977, 544-565
- Yalom, I.D., Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie. Ein Lehrbuch, Pfeiffer, München 1988
- Zajonc, R.B., On the primacy of affect, *American Psychologist*, 39 (1984), 117-123
- Zimmer, D. (Hrsg.), Die therapeutische Beziehung, edition psychologie, Weinheim 1983a
- Zimmer, D., Empirische Ergebnisse der Therapieforschung zur Therapeut-Klient-Beziehung. In: Zimmer, D. (Hrsg.), Die therapeutische Beziehung, edition psychologie, Weinheim 1983b, 12-28
- , Therapie-Ausbildung und therapeutische Beziehung. In: Zimmer, D. (Hrsg.), Die therapeutische Beziehung, edition psychologie, Weinheim 1983c, 283-288

(Fertigstellung und Abgabe des Beitrags: Januar 1990; minimale Revision: September 1993)

*Anschrift des Autors:*

Dr. Dieter Schmelzer (Dipl.-Psych.),  
Kühnertsgasse 24  
90402 Nürnberg  
[info@dr-schmelzer.de](mailto:info@dr-schmelzer.de)