

Dieter Schmelzer

## Hilfe zur Selbsthilfe

### Der Selbstmanagement-Ansatz als Rahmenkonzept für Beratung und Therapie\*

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

Der Selbstmanagement-Ansatz (Kanfer 1998; Kanfer, Reinecker & Schmelzer 2000; Kanfer & Schefft 1988) stellt im angloamerikanischen wie im deutschen Sprachraum ein anerkanntes Grundkonzept für Beratung und Therapie dar. Ursprünglich aus dem kognitiv-verhaltenstherapeutischen Bereich stammend, geht es längst über enge schulenspezifische Grenzen hinaus. In seinem Zentrum steht ein zielorientiertes Problemlösemodell, mit dessen Hilfe das – leider meist nur als Floskel verwendete – Prinzip der „Hilfe zur Selbsthilfe“ systematisch umgesetzt wird. Dabei lassen sich alle empirisch-wissenschaftlichen Konzepte/Methoden nutzen und integrieren, die sich für die Umsetzung des Selbsthilfe-Gedankens als effektiv erwiesen haben. Während eine spezielle Beschreibung dieses Ansatzes für das Arbeitsfeld „Erziehungsberatung“ bereits vorliegt (Schmelzer & Trips 1996), wird hier eine kompakte Zusammenfassung übergeordneter Gesichtspunkte versucht, die für den Bereich Beratung und Therapie gleichermaßen gültig sind. Eine ausführliche deutschsprachige Darstellung findet sich in Kanfer et al. (2000), ein umfassendes Konzept für die entsprechende Ausbildung und Supervision in Schmelzer (1997).

#### Fünf „tragende Säulen“ des Selbstmanagement-Ansatzes

Wie die nachfolgende Abbildung 1 verdeutlicht, ruht der gesamte Selbstmanagement-Ansatz auf fünf „tragenden Säulen“:

---

\* Gekürzte und überarbeitete Version der Internet-Fassung des gleichnamigen Artikels (01-1999 in [www.beratung-aktuell.de](http://www.beratung-aktuell.de)). Der Autor dankt Dipl.-Psych. Michael Trips für sein Feedback und wichtige Anregungen, die in die vorliegende Fassung eingeflossen sind.

Fünf „tragende Säulen“ des Selbstmanagement-Ansatzes				
1 Menschenbild und philo- sophische Hintergrund- annahmen	2 Generelle Haltung des Beraters/ Therapeuten	3 Enge Verbin- dung zur em- pirischen Grundlagen- forschung	4 7-Phasen- Modell für die Praxis	5 Allgemeine Selbst- management- Fertigkeiten

Abb. 1: Fünf „tragende Säulen“ des Selbstmanagement-Ansatzes.

Im weiteren Text folge ich der obigen Einteilung.

## 1. Grundannahmen des Modells und deren Implikationen für die Praxis

Jedes Konzept fußt auf impliziten und expliziten Grundüberzeugungen, die allen darauf aufbauenden Schritten ihren „Sinn“ verleihen. Für das Selbstmanagement-Konzept sind u.a. folgende Basisannahmen von Bedeutung (vgl. Kanfer et al. 2000, S. 15 ff.):

### Grundannahmen

Das Streben nach *Autonomie* und *Selbstverantwortung* wird als wichtiges und legitimes Oberziel des menschlichen Lebens betrachtet. Dabei steht jeder Mensch lebenslang vor der Aufgabe, seine individuelle Selbstverwirklichung *in sozialer Verantwortung* zu gestalten (vgl. auch Paulus 1994, S. 271 ff.). Zwar betonen wir einen prinzipiellen *Pluralismus* der Weltanschauungen, Werte und Lebensziele, und respektieren den jeweiligen soziokulturellen und lebensgeschichtlichen Kontext; einer *völligen* Freiheit sind durch geltende Gesetze, Menschenrechte, ethisch-berufsständische Richtlinien etc. allerdings Grenzen gesetzt.

Menschen sind im allgemeinen in der Lage, ihr Leben *ohne* professionelle Hilfe von Beratern/Therapeuten zu führen (oder sollten zumindest im Alltag durch traditionelle Instanzen wie Familie, Kindertagesstätten, Schulen und soziale Netzwerke mittels Erziehung/Pädagogik dazu in die Lage versetzt werden ...). *Falls* externe Unterstützung durch professionelle Helfer erforderlich wird, so sollte diese Hilfe nach optimalen fachlichen Gesichtspunkten durchgeführt werden, was für die Berater eine enge Orientierung an den aktuellen Regeln ihrer „Zunft“ und an Befunden der *empirischen Grundlagenforschung* bedeutet. Übergeordnetes Ziel ist im Selbstmanagement-Modell (wieder) ein Leben *ohne* Beratung/Therapie, wobei die Unterstützung der Devise folgt: „So kurz wie möglich – so lang wie nötig.“

### *Implikationen für die Praxis*

Ohne hier eine genauere Differenzierung von Beratung und Therapie vornehmen zu wollen (welche ja zumindest in Deutschland auch juristische, d.h. kostenrechtliche Konsequenzen hat: vgl. dazu *Hundsatz 1998*), versteht das Selbstmanagement-Modell Beratung/Therapie als *systematischen Lern- und Veränderungsprozess*, im Verlaufe dessen die Klienten zu eigenständiger Problemlösung und Selbststeuerung befähigt werden. Neben der *Vermittlung notwendiger Kompetenzen* (z.B. Fähigkeiten zur Erziehung, Partnerschaft, zwischenmenschlicher Kommunikation, Problem- und Konfliktlösung, Selbstbehauptung usw.) geht es häufig um den *Abbau sog. „Performanz“-Hindernisse*: Diese machen es Personen unmöglich, ihre eigentlich vorhandenen Fertigkeiten in die Tat umzusetzen und ihre Ziele zu erreichen. Ängste, soziale Unsicherheit, Depressionen, Zwänge, perfektionistische oder irrationale Überzeugungen (z.B. „Ich muss es immer allen recht machen!“) sind einige Beispiele dafür. Vieles läuft dabei in Analogie zur Selbständigkeitserziehung von Kindern ab: Während zu Beginn der Entwicklung noch sehr intensive Hilfestellungen notwendig sind, nimmt sich der Selbstmanagement-Berater/Therapeut im Zuge der Fortschritte seiner Klienten immer mehr zurück, bis diese völlig eigenständig (wieder) ohne seine weitere Unterstützung leben können.

Ein wichtiger Schwerpunkt liegt für uns auf dem *„erfahrungsorientierten Um- bzw. Neu-Lernen“* (learning by doing) durch reales Handeln. Dabei bevorzugen wir in jedem Einzelfall – trotz grundlegender Orientierung an generellen Strategien – ein individuelles, *„maßgeschneidertes“* Vorgehen und bemühen uns um person- bzw. systemspezifische Problem- und Zieldefinitionen. Durchgängig achten wir darauf, Klienten zu eigenen Aktivitäten zu motivieren, vorhandene Ressourcen zu nutzen, Eigeninitiativen unserer Klienten nicht zu untergraben, nur dort Hilfe (zur Selbsthilfe) anzubieten, wo sie wirklich erforderlich ist und alle Hilfsangebote des Alltags einzubeziehen (z.B. Selbsthilfegruppen, Offerten von Volkshochschul- und Bildungszentren, Freizeit- und Sportvereinen, Kirchengemeinden etc.).

Dabei begibt sich der Selbstmanagement-Berater/Therapeut – bildlich ausgedrückt – in die Rolle eines „Fahrlehrers“, der anderen die „Kunst des Fahrens = Lebens“ beizubringen versucht, nicht jedoch in die Rolle eines Taxifahrers oder gar Sänfenträgers. Für die zusätzliche Betonung von Ressourcen-Orientierung und Entwicklungsförderung passt vielleicht am ehesten das Bild eines „verantwortungsvollen Vermögensberaters“, der anderen hilft, mit ihren „Pfunden zu wuchern“, ihre Talente fördert und so zu deren Weiterentwicklung beiträgt, ihnen aber die letzte Entscheidung über tatsächliche Schritte selbst überlässt.

Die Umsetzung dieser Aspekte in die Praxis erfolgt anhand eines *7-phasigen Prozessmodells* für Beratung/Therapie (vgl. unten, Abschnitt 4). Auf der Basis von Beziehungs- und Motivationsaufbau finden sich darin sowohl *systemisches Denken* (Kanfer et al. 2000, S. 22 ff.; von Schlippe & Schweitzer 1996), *grundlegende Problemlöseschritte* (Bartling, Echelmeyer & Krause 1998; D'Zurilla & Goldfried 1971; Engberding 1996) und Hinweise zum *Problemlösen in dynamischen und komplexen sozialen Systemen* (Dörner 1989).

Dabei steht Beratung/Therapie in einer Reihe mit gleichermaßen wichtigen *sonstigen psychosozialen oder auch medizinischen Maßnahmen* (wie z.B. Krisenintervention, Langzeitbegleitung, stationäre Unterbringung, Rehabilitation, Medikation, Prävention, Selbsterfahrung, soziale/juristische Kontrollmaßnahmen etc.), die im Einzelfall sogar besser indiziert sein mögen, für die aber dann andere „Spielregeln“ gelten. Die Abklärung einer Indikation von/für Beratung/Therapie, das Umschalten auf andere Herangehensweisen und das mögliche Weiterverweisen an zuständige Spezialdienste stellen daher wichtige Aspekte zu Beginn jedes Beratungsprozesses dar und machen auf die Bedeutung von Vernetzungen aufmerksam.

## 2. Die generelle Haltung des Beraters/Therapeuten

Entsprechend der Differenzierung von *Beziehungs- und Inhaltsaspekten* jeder menschlichen Kommunikation (Watzlawick, Beavin & Jackson 1969) realisiert der Selbstmanagement-Berater/-Therapeut ein *professionelles Interaktionsverhalten*, das durch folgende Merkmale gekennzeichnet ist:

Auf der *(1) Beziehungsebene* befindet er sich auf einer Gratwanderung zwischen „*empathischem Verstehen*“ der Klienten einerseits und der *Arbeit an Veränderung* andererseits. Auf der Basis einer interessiert-zugewandten Grundhaltung versucht er zunächst einmal, die subjektive Welt seiner Klienten mit deren „*Spielregeln*“ zu erschließen. Dazu begibt er sich anfangs in eine *komplementäre* Position zu den Bedürfnissen der Klienten, d.h. geht auf deren Beziehungsangebote und Interaktionsziele ein (vgl. Grawe 1992; Zimmer & Zimmer 1996). Mit Empathie und Respekt für deren Person, Lebensgeschichte, Einstellungen, Ziele/Werte und ihren sozialen Kontext bittet er die Klienten um Informationen, die ihm ein hinreichendes Verständnis davon vermitteln, um welche Themen es denn genau geht, was die beklagten Beschwerden eigentlich zu „*Problemen*“ macht, welche soziokulturellen Standards eine Rolle spielen und vieles mehr (siehe unten). Maximale *Objektivität, Neutralität bzw. Allparteilichkeit* sind die Richtschnur für seine *professionelle Haltung*. Diese weicht zum Teil gravierend von all-

täglichen Freundschaften oder Beziehungen zwischen Familienmitgliedern/Verwandten sowie von typischen Dienstleistungsbeziehungen (chemische Reinigung, Reparaturwerkstatt, Steuerberater etc.) ab. Der Berater achtet somit von Beginn an darauf, nicht in die Rolle von Vater/Mutter, Freund(in) oder Richter zu schlüpfen. Er ist vielmehr als professioneller Helfer – mit einer „distanzierten Anteilnahme“ („detached concern“: *Maslach* 1982) – als Problemlöse- und Änderungsassistent tätig.

Um diese Beraterrolle möglichst unbeeinflusst von negativen persönlichen Motiven/Interessen umsetzen zu können, sind – sowohl während als auch *nach* einer qualitativ hochstehenden Ausbildung – *Selbsterfahrung/Selbstreflexion* sowie der *kontinuierliche Austausch mit externen Perspektiven* notwendig (z.B. in Teams, in Supervisionen, mit Hilfe von Kollegen: vgl. zusammenfassend *Schmelzer* 1994a, 1996, 1997).

Selbstmanagement-Therapeuten respektieren die vorhandenen Ressourcen, Anliegen, Interessen, Ziele und Motive ihrer Klienten und scheuen vor einer falsch verstandenen Expertenhaltung zurück, nach der sie allein wüssten, was für die Ratsuchenden gut sei und was diese demzufolge zu tun hätten. In diesem Zusammenhang wird Klienten jeweils das Maximum an Selbstbestimmung und Mitentscheidung zugestanden, zu dem sie gerade fähig sind. Transparenz des Vorgehens, Informationen über alle ablaufenden und geplanten Maßnahmen und gemeinsam getroffene Entscheidungen über Probleme, Ziele und Lösungswege sind dabei nicht nur Voraussetzung für positive Weiterentwicklungen, sondern haben auch hohe motivationale Bedeutung (Mitarbeit!), indem sie bei unseren Klienten die Auftretenswahrscheinlichkeit von „Widerstands“-Manövern reduzieren.

Auf der (2) *Inhaltsebene* zeichnet sich das Selbstmanagement-Vorgehen dadurch aus, dass den Empfehlungen des 7-phasigen Problemlösemodells gefolgt wird, welches den gesamten Therapieprozess strukturiert (vgl. unten, Abschnitt 4). Die Ziele der einzelnen Phasen liegen in konkreter, schrittweise aufeinander aufbauender Form vor (z.B. Beziehungsaufbau, Motivationsförderung, Problemanalyse etc.) und dienen Therapeuten als allgemeine Leitlinie ihres Handelns. Entsprechend der Metapher des Fahrlehrers oder Entwicklungshelfers vermitteln Berater/Therapeuten ihren Klienten die notwendigen Selbsthilfe-Kompetenzen und nutzen dazu auch pädagogisch-didaktische Wege. Nach erfolgreicher Vermittlung machen sie sich selbst allmählich wieder überflüssig. Sie unterstützen Klienten zwar, nehmen ihnen aber keine Verantwortung ab, wo sie in der Lage sind, *selbst* die Initiative zu ergreifen. Dieser Grundsatz gilt auch für Kinder und Jugendliche oder Behinderte, wenn auch dort etwas eingeschränkt in Abhängigkeit vom jeweiligen Entwicklungsstand oder vom Grad der jeweiligen Beeinträchtigung. Das Anstoßen von Entwicklungsmög-

lichkeiten bzw. das Mobilisieren von Eigenaktivitäten zieht sich wie ein roter Faden durch die praktische Arbeit.

### *Sechs „Denk- und Handlungsregeln“*

In der *unmittelbaren* Interaktion wird das Selbstmanagement-Vorgehen durch ein kontinuierliches Beachten folgender Grundregeln deutlich (vgl. Kanfer et al. 2000, S. 365 ff.):

- (1) *Verhaltensnahes Vorgehen*: Klienten werden gebeten, vage Äußerungen wie z.B. „Mir geht es nicht gut“ in konkrete Verhaltensbeschreibungen zu übersetzen. Beobachtbare Abläufe des tatsächlichen Geschehens sind dabei wichtiger als das bloße „Reden über“ („Prinzip der Erfahrungsorientierung“: Grawe 1994); in diesem Sinne haben Beratungsgespräche eine zweckdienliche Funktion, indem sie Änderungen im Alltag der Klienten vorbereiten, erleichtern, in Gang setzen und danach die Effekte evaluieren helfen.
- (2) *Lösungsorientierung*: Die konstruktive, zielgerichtete Suche nach *Alternativen* hat Vorrang vor einer unproduktiven Beschäftigung mit Problemen, Fehlern und Versagen in der Vergangenheit. In dieser Hinsicht gibt es manche Parallelen zu Grundgedanken der Kurzzeittherapie von Steve de Shazer (vgl. z.B. de Shazer 1989).
- (3) *Aufmerksamkeitslenkung auf positive Elemente und Ressourcen*: Ohne das Leid von Klienten zu bagatellisieren, lässt sich dadurch ein „realistischer Optimismus“ in Gang setzen, der günstigerweise die Form einer „gesunden Trotzhaltung“ annimmt („Trotz meiner schwierigen Lebensgeschichte und trotz vieler aktueller Probleme kann ich bestimmte persönliche Stärken nutzen und lernen, mit bestimmten Bereichen meines Lebens besser klarzukommen!“).
- (4) *Prinzip der kleinen Schritte*: Die zielorientierte, *aktive* Problembewältigung erfolgt in wohldosierten Portionen; dabei werden größere, weiter entfernte Ziele immer in kleine, handhabbare und deshalb erfolgreich zu bewältigende Teilschritte zerlegt.
- (5) *Flexibles Planen und Handeln*: Wegen der ständigen Dynamik des Alltagslebens müssen veränderte Gegebenheiten in der Beratung/Therapie möglichst rasch registriert werden, damit Themenschwerpunkte bzw. Interventionen an die neue Sachlage angepasst werden können.
- (6) *Zukunftsorientierung*: Statt einem langwierigen Zurückverfolgen von Problemen bis zu den ursprünglichen Wurzeln der Entstehung in der Vergangenheit ist es für eine Bewältigung aktueller Probleme günstiger, mit Blickrichtung Zukunft an der Entwicklung neuer Lösungen zu arbeiten. Dies lässt sich auch dadurch begründen, dass die aktuell aufrechterhaltenden Bedingungen von Problemen meist nicht mehr mit den ursprünglichen Entstehungs-

bedingungen identisch sind, so dass Einsichten in die Geschichte der Problementwicklung kaum veränderungsrelevante Konsequenzen haben.

Die *Gesprächsführung* von Selbstmanagement-Therapeuten repräsentiert eine Mischung aus empathischer, zugewandt-interessierter Grundhaltung, sokratischem Dialog, systematischer Anleitung zum Problemlösen (mittels entsprechender Fragen und Anregungen), zielorientierter Aufmerksamkeitslenkung und ständigen Anstößen zu Veränderungen, wobei der „Ball der Verantwortung“ immer wieder den Klienten zugespielt wird. Statt vorgefertigte Antworten oder „Lebensentwürfe von der Stange“ zu liefern, stellt der Berater Fragen zur Klärungshilfe und lenkt die Aufmerksamkeit auf neue oder bislang unterrepräsentierte Aspekte, so dass Klienten selbst zielorientierte Lösungen entdecken können. Eventuell sind auch konfrontative, provokative und humorvolle Bemerkungen hilfreich, um bisherige (ineffektive) Lösungsversuche von Klienten zu bremsen bzw. konstruktive Alternativen entwickeln zu lassen. Ansonsten kommen Interventionen zum Einsatz, die aus der verhaltenstherapeutischen Arbeit bekannt sind, wie z.B. therapeutische Aufgaben und „Hausaufgaben“, Selbst- und Fremdbeobachtung, verhaltensdiagnostische Maßnahmen, Rollenspiele, Phantasie-Übungen etc.

Zur *Qualifikation* von Selbstmanagement-Beratern/-Therapeuten sind – nach Abschluss eines psychosozialen oder medizinischen Studiums – eine längerfristige verhaltenstherapeutische Zusatzausbildung, Supervision, hinreichende berufsbezogene Selbsterfahrung sowie lebenslange Fort- und Weiterbildung erforderlich (vgl. Schmelzer 1997). Ihre Fachkompetenz zeigt sich auch darin, dass sie in der Lage sind, im Einklang mit dem aktuellen Stand der Forschung zu arbeiten sowie (vor sich und anderen, z.B. bei Fallbesprechungen und in Supervision) die eingeschlagenen Therapieschritte „relativ rational“ und nachvollziehbar zu begründen (vgl. Westmeyer 1979).

### 3. Enge Verbindung zur empirisch-wissenschaftlichen Grundlagenforschung

Statt nur die Kluft zwischen Forschung und Praxis zu beklagen, bemüht sich der Selbstmanagement-Ansatz um eine enge Verbindung zur wissenschaftlichen Grundlagenforschung (Kanfer et al. 2000, S. 94 ff.). Einerseits werden Theoretiker zu einer möglichst alltagsnahen Erforschung der Beratungspraxis ermuntert; andererseits sollten Praktiker ihr professionelles Handeln in enger Anlehnung an aktuelle Ergebnisse der Beratungs- und Therapieforschung gestalten (vgl. Orlins-

ky 1994). Auf diese Weise wird auch ein wesentlicher Beitrag zur *Qualitätssicherung* geleistet (vgl. z.B. *Laireiter & Vogel* 1998). Empirisch-wissenschaftliche Erkenntnisse tragen außerdem dazu bei, allzu subjektive Standpunkte von Praktikern zu relativieren und nicht nur auf persönliche Erfahrung oder Intuition angewiesen zu sein (was immer man darunter verstehen mag). In diesem Sinne können Strategien und Ergebnisse der klinischen Forschung – neben der berufsbezogenen Selbsterfahrung/Selbstreflexion (vgl. zusammenfassend *Schmelzer* 1994a, 1996) – egozentrische Beurteilungsfehler reduzieren und die klinische Urteilsbildung von Beratern/Therapeuten optimieren helfen.

Dass Forschung nicht nur im Elfenbeinturm stattfindet, sondern bereits jetzt zu bedeutsamen Schlussfolgerungen/Strategien für die Praxis führen kann, zeigen wohl am besten die folgenden Beispiele:

So lautet die Grundbotschaft der Theorie der *Selbsteffizienz* von *Bandura* (1977): „Wenn du überzeugt bist, etwas zu können, dann wirst du es auch versuchen.“ Als praktische Konsequenz daraus lässt sich ableiten, jede Beratung/Therapie so zu gestalten, dass sich Klienten (z.B. durch kleine, erfolgreich zu bewältigende Aufgaben) von ihrer eigenen Effektivität überzeugen können. Dies hilft auch für die spätere Loslösung vom Therapeuten, welche nur dann gelingt, wenn Klienten die Therapieerfolge auf sich selbst attribuieren können (und nicht der guten Therapeutin oder dem neuen Medikament zuschreiben).

Aus der Motivationspsychologie wissen wir, dass bereits die imaginative Beschäftigung mit potentiellen Zielvorstellungen die Umsetzung von Vorsätzen in tatsächliches Handeln erleichtert (vgl. *Heckhausen, Gollwitzer & Weinert* 1987). Dementsprechend lenken wir die Aufmerksamkeit von Klienten (z.B. mit Hilfe von Imaginationenübungen) auf mögliche erstrebenswerte Zielzustände.

Die Problemlöse-Psychologie zeigt uns seit langem auf, dass effektives Problemlösen im Alltag nach folgenden Schritten verläuft: (1) Allgemeine Orientierung, (2) Definition des Problems, (3) Suche nach Alternativen, (4) Entscheidungsfindung, (5) Handlungsumsetzung, (6) Verifikation der Lösungen. Also befolgen wir auch in Beratung und Therapie diese Grundschritte in der entsprechenden Reihenfolge.

Ein Arbeiten nach den Regeln unserer Zunft bedeutet insgesamt auch, sich mit den aktuellen Ergebnissen der Grundlagenforschung bezüglich folgender Aspekte vertraut zu machen:

- **Zentrale Grundlagen und institutionelle Rahmenbedingungen der jeweiligen Beratung/Therapie** (z.B. insbesondere im Hinblick auf die entsprechenden Spezialgebiete/Zuständigkeitsbereiche wie z.B. Erziehungsberatung, Ehe- und Partnerschaftsberatung, Schwangerschaftskonfliktberatung, AIDS-Beratung, Rehabilitation, schulpsychologische oder medizinische Beratung etc.)



- ▶ **„Störungsbilder“** (z.B. Entwicklungsauffälligkeiten, Sprachstörungen, Aggressionen, Depression, Ängste, Zwänge, Süchte/Abhängigkeiten, psychosomatische bzw. chronische Krankheiten, Schizophrenie etc.: vgl. dazu im Überblick z.B. *Petermann 1998; Reinecker 1998*)
- ▶ **Besonderheiten der jeweiligen Klientenpopulationen** (z.B. Kinder, Jugendliche, Paare, Familien, Frauen, Alleinerziehende, alte Menschen, Behinderte, Todkranke/Sterbende, Strafgefangene etc.)
- ▶ **Effektive (und ineffektive) Methoden** für bestimmte Ziele/Fragestellungen (z.B.: Für welche Zwecke haben sich welche Strategien in Forschung und Praxis als hilfreich erwiesen? Welche Grenzen gibt es? etc.)

#### 4. Ein siebenphasiges Prozessmodell zur Strukturierung des Beratungs-/Therapiegeschehens

Das theoretische Gerüst für unser praktisches Vorgehen besteht aus sieben Phasen (vgl. *Kanfer et al. 2000, S. 133 ff.*), mit Hilfe derer es möglich ist, die jeweils unterschiedliche, einzigartige Lebenssituation der Klienten so zu berücksichtigen, dass in jedem Einzelfall eine „maßgeschneiderte“ Beratung/Therapie entworfen werden kann. Es bietet außerdem die Chance, effektive Methoden aus *anderen* therapeutischen Schulrichtungen zielorientiert zu integrieren und sowohl *mehrdimensional* als auch *interdisziplinär* zu arbeiten. Es ist idealtypisch beschrieben und enthält heuristische Hinweise, wie sich ein Berater/Therapeut als „Navigator im System“ bewegen kann. Dabei besagt die innere Logik des Modells, dass immer dann zur nächsten Phase fortzuschreiten ist, wenn die Ziele der momentanen Stufe erreicht sind, bzw. dass zu früheren Phasen zurückgekehrt werden muss, falls bestimmte Schwerpunktziele nicht (mehr) erfüllt sind.

---

##### Das 7-phasige Prozessmodell im Überblick

- 1.) Eingangsphase – Schaffung günstiger Ausgangsbedingungen
  - 2.) Aufbau von Änderungsmotivation und (vorläufige) Auswahl von Änderungsbereichen
  - 3.) Verhaltensanalyse: Problembeschreibung und Suche nach aufrechterhaltenden Bedingungen
  - 4.) Klären und Vereinbaren therapeutischer Ziele
  - 5.) Planung, Auswahl und Durchführung spezieller Methoden (als Mittel zum Ziel)
  - 6.) Evaluation der Fortschritte
  - 7.) Endphase – Erfolgsoptimierung und Abschluss der Beratung/Therapie
-

### *Mikro- und Makro-Ebene*

Die nachfolgend beschriebenen 7 Phasen des Modells beziehen sich auf die sog. „Mikro-Ebene“ der Beratung/Therapie, d.h. auf die unmittelbaren Kontakte mit Klienten. Aber auch die sog. „Makro-Ebene“ (d.h. alle Ereignisse *vor- und nachher* sowie der gesamte *Kontext*) ist von enormer Bedeutung: Neben der Tatsache, dass der „ganz normale Alltag“ und die Lebenswelt unserer Klienten den allgemeinen Rahmen vorgeben (eigentlich ist es ja ein Wunder, dass sich 1 Stunde Beratung/Therapie günstig auf die 167 restlichen Wochenstunden auswirken soll ...), interessieren uns vor allem wichtige Ereignisse aus der Zeit *vor* einer Beratung. Positive/negative Vorerfahrungen, Resultate bisheriger Selbsthilfeversuche, Berichte in Medien, Empfehlungen (oder „Warnungen“) von Bekannten etc. beeinflussen stark das Inanspruchnahmeverhalten und die Erwartungen unserer Klienten. Diese gilt es möglichst frühzeitig zu klären. Umgekehrt läuft unsere Arbeit immer mit dem Ziel einer möglichst günstigen Gestaltung der Lebenssituation von Klienten *nach Ende* der Beratung/Therapie und wird durch die Frage geleitet: „Wie gelingt es mir, mich für die Klienten möglichst bald wieder überflüssig zu machen?“

Auf der „Mikro-Ebene“ des Prozessmodells geht es in der *Phase 1 (Eingangsphase)* zunächst darum, günstige Bedingungen für den gesamten diagnostisch-therapeutischen Prozess herzustellen: Am bedeutsamsten ist hierbei der behutsame *Aufbau einer kooperativen Beratungsbeziehung* (Kontaktaufbau, Herstellen einer offenen, vertrauensvollen Atmosphäre, Empathie, Strukturieren der Rollen von Therapeut bzw. Klient; vgl. den Wirkfaktor „unterstützende therapeutische Beziehung“ bei Grawe 1994). *Inhaltlich* erfolgt ein erstes Sondieren von möglichen Anliegen/Themen/Problembereichen und insbesondere von Therapie-Erwartungen.

Das Klären der Klientenperspektiven, der Eingangsbeschwerden und -erwartungen ist als prozesshafter Ablauf zu verstehen, dessen Ergebnisse sich fortwährend verändern können. Neben explizit formulierten Beschwerden und Erwartungen sind auch implizite Botschaften zu beachten und Fragen zu beantworten, wie z.B.: Wer definiert welche Probleme und Anliegen aus welcher Perspektive? Welche Rollen messen sich Klienten anfangs bei? Welche Personen sind für bestimmte Anliegen von Bedeutung? Wie sehen die Beziehungsmuster (Systemstrukturen und -grenzen) untereinander aus? Auf welche Weise wird der Berater/Therapeut in das System einbezogen? Welche positiven Anteile, Stärken und Ressourcen gibt es? etc.

Umgekehrt werden Klienten über die wichtigsten organisatorischen Abläufe (z.B. Kostenregelung, Schweigepflicht) und über die Spielregeln, Möglichkeiten und Grenzen einer Beratung/Therapie informiert. Falls sich erst im persönlichen Kontakt herausstellen sollte,

dass die Ratsuchenden bei anderen spezialisierten Kollegen oder Institutionen besser aufgehoben wären, kommt eine Weiterverweisung bzw. eine koordinierte Zusammenarbeit in Frage. Außerdem fallen Entscheidungen über optimale Hilfsangebote, über praxisnahe Möglichkeiten der Dokumentation und Protokollierung sowie darüber, ob für bestimmte Fragestellungen noch verhaltensdiagnostische oder medizinische Abklärungen erforderlich sind.

In *Phase 2* stehen der *Aufbau von Änderungsmotivation* und eine (vorläufige) *Auswahl von Änderungsbereichen* im Mittelpunkt. Da es genaugenommen keine unmotivierten Klienten gibt (sie sind nur oft nicht für das motiviert, was wir als Berater von ihnen wünschen ...), lautet die Frage besser: *Wofür* sind unsere Klienten derzeit motiviert bzw. könnten sie von uns motiviert werden?

Durch eine gezielte Aufmerksamkeitslenkung auf positive Ressourcen (Lutz 1996), alternative Betrachtungs- und Handlungsweisen und eine Beschäftigung mit konstruktiven Entwicklungsmöglichkeiten wird die zu Therapiebeginn häufig vorherrschende Mut- und Hoffnungslosigkeit durch eine realistisch-optimistische Haltung ersetzt (Wirkfaktor „Ressourcenaktivierung“ bei Grawe 1994). Diese ermöglicht es allen Beteiligten, sich in ersten Ansätzen mit Fragen zu beschäftigen, die sich auf Visionen, Zukunftsperspektiven und positive Anreize für Veränderungen beziehen, wie z.B.: „Wie könnte die Situation denn anders – besser – sein?“, „Was stattdessen?“, „Wie müsste es werden, damit die Probleme *keine* ‚Probleme‘ mehr darstellen?“ bzw. „Welche Talente und Interessen sind vorhanden, die eventuell in Zukunft noch besser genutzt werden könnten?“.

Neben der systematischen Exploration von *Änderungsmöglichkeiten* und dem „Träumen neuer Träume“ (z.B. in Form von „Was-wäre-wenn-Phantasien“) geht es auch um das Abklären von *Änderungsnotwendigkeiten*. Das können z.B. erforderliche Lebensumstellungen durch äußere Umstände, natürliche Schwellen- und Übergangssituationen oder Entwicklungsschritte im Lebenszyklus sein (vgl. z.B. Kegan 1994; Petzold 1992 etc.). Außerdem fallen erste gemeinsame Entscheidungen über vorrangige Themenbereiche der Arbeit (z.B. zunächst Abklärung der Schulprobleme des Sohnes, dann Bearbeiten der Konflikte zwischen Eltern und Großeltern etc.), über realistische Ansatzpunkte (Arbeit an änderbaren Problemen, nicht an unabänderlichen Tatsachen!) und über die Konstellation der beteiligten Personen. Denn gerade bei komplexen Problemstellungen müssen notgedrungen bestimmte Themen zur „Figur“ und andere zum „Hintergrund“ werden.

Sobald eine gemeinsame Festlegung von Ansatzpunkten vollzogen ist, beginnt die *Phase 3 (Verhaltensanalyse)*. Hier werden die Probleme anhand typischer Beispielsituationen präzisiert und dann nach

verhaltensdiagnostischen Regeln auf ihre Bedingungen, Entstehungsgeschichte und Zusammenhänge hin untersucht. Durch die konkrete Beschreibung *repräsentativer* Problemsituationen, den Vergleich mit Episoden, in denen die Probleme nicht oder stark reduziert auftreten, die Analyse von Entstehungsgeschichte, subjektiven Erklärungsmustern der Beteiligten und bisherigen (vergeblichen wie erfolgreichen) Lösungsversuchen werden insbesondere solche Bedingungsfaktoren herausgearbeitet, die bei der derzeitigen *Aufrechterhaltung* des Problems eine Rolle spielen.

Günstig sind hierbei auch gezielte Maßnahmen zur Problematualisierung („Prinzip der realen Erfahrung“: *Grawe* 1994), die über Imagination, Rollenspiel, Symbolisierung einen sehr erlebnisnahen Zugang ermöglichen. Da zudem die jeweilige Perspektive immer den betreffenden Problemrahmen vorgibt, wird auch analysiert, welche subjektiven „Wirklichkeitskonstruktionen“ und „Lebensregeln“ eine Rolle spielen. Außerdem achten wir weiterhin darauf, ob uns Klienten (prinzipiell lösbare) Probleme oder aber unabänderliche Tatsachen präsentieren.

Auf *Systemebene* kommen Fragen hinzu wie z.B., ob bestimmte Probleme als Funktion von „Systemregeln“ zu verstehen sein könnten, ob ein System erst durch bestimmte Probleme funktioniert bzw. ob *konflikthafte* Systemregeln (durch Zugehörigkeit zu *verschiedenen* Systemen) von Bedeutung sind (vgl. auch *Bartling et al.* 1998).

Die Bedingungen von Problemen sind in der Regel multikausal verbunden. Meist zeigt sich, dass eine Beratung/Therapie nicht „blind“ bei den Anmeldungsgründen oder Eingangsbeschwerden ansetzen darf, sondern sich auf ganz andere Bereiche konzentrieren muss (eben auf die *Bedingungen* der jeweiligen Schwierigkeiten). Von den Zusammenhängen und interpersonellen „Verflechtungen“ hängt auch ab, *mit wem* letztlich gearbeitet wird.

Selbst bei guter Kenntnis der Problemzusammenhänge ist oft noch unklar, welche Ziele erreicht werden sollen. Dies wird in der *Phase 4* („*Klären und Vereinbaren therapeutischer Ziele*“) genauer herausgearbeitet. Natürlich können hier alle bisher bekannten Informationen hinsichtlich Erwartungen, Motivationsanreizen, Zukunftsträumen oder Zielideen wieder aufgegriffen und genutzt werden – jetzt allerdings unter Handlungsaspekten (Frage: Was lässt sich ab jetzt mit Blick nach vorn tatsächlich umsetzen?). Vielfach ist – z.B. bei familiären Entwicklungskrisen (*Petzold* 1992) oder existentiellen Wendepunkten – eine grundlegende Neuorientierung und die eingehende Klärung von Zielen/Werten bis hin zur Frage nach dem „Sinn des Lebens“ erforderlich, so dass in manchen Fällen die gesamte Beratung/Therapie hier ihren Schwerpunkt bekommt (Wirkfaktor „Klärungsarbeit“ bei *Grawe* 1994). Dazu hat der Selbstmanagement-Ansatz eine

Fülle von Anregungen zu bieten, die als „Ziel- und Wertklärung“ bezeichnet werden (Kanfer et al. 2000, S. 431 ff.; Schmelzer 1994b). Bei allen anderen Fällen, in denen man sich relativ schnell auf Ziele einigen kann, ist – unter Berücksichtigung der Grundregeln positiver, konkreter, schrittweiser und realistischer Zielsetzung (Stichwort: Ziele statt Utopien!) – ein rascher Übergang zur nächsten Phase möglich.

In *Phase 5 (Planung, Auswahl und Durchführung spezieller Methoden)* wird gemeinsam an die Planung und Umsetzung konkreter Maßnahmen herangegangen (Wirkfaktor „Problembewältigungsschritte“ bei Grawe 1994). Diese werden als „Mittel zum Ziel“ aufgefasst und nach Möglichkeit im natürlichen Umfeld (Familie, Kindergarten, Schule) platziert, d.h. alle Problemstellungen werden primär dort angegangen, wo sie auftreten. *Inhaltlich* kommen vor allem solche Methoden zur Anwendung, deren Effektivität für bestimmte Zwecke bereits empirisch geprüft und nachgewiesen wurde (vgl. sog. „Standardmethoden“: Fliegel, Groeger, Künzel, Schulte & Sorgatz 1998; Linden & Hautzinger 1996; Reinecker et al. 1999 etc.). Daneben ist es auch möglich, andere Methoden einzubeziehen (selbst wenn diese ursprünglich in anderen Bezugssystemen entwickelt wurden) oder kreative neue Lösungen zu konstruieren. Sie müssen nur für die betreffende Person, Situation und Aufgabenstellung „passen“ und zudem bei der praktischen Umsetzung daraufhin geprüft werden, ob sie *tatsächlich* zu einer Zielerreichung/-annäherung führen (siehe nächste Phase).

Falls die Maßnahmen nur in der künstlichen Beratungs-/Therapiesituation (in Form von Rollenspielen, direkten Fördermaßnahmen etc.) zum Einsatz kommen, wird immer darauf geachtet, dass die nötige *Generalisierung* auf die Realsituation „draußen“ erfolgt (vgl. auch Phase 7). Dazu gehören auch die gemeinsam entwickelten kleinen Aufgaben und „Hausaufgaben“ für den Alltag der Beteiligten, die für unser Vorgehen typisch sind. Schrittweises Vorgehen (Salami-Taktik) erleichtert nicht nur die wohlportionierte Annäherung an größere Ziele, sondern auch – durch Erfolg bei der Handlungsumsetzung – den Aufbau von Selbsteffizienz im Sinne *Banduras* (1977).

Da therapeutische Schritte nicht „automatisch“ positive Wirkungen erbringen, wird in jedem Einzelfall geprüft, ob die in Phase 4 vereinbarten Ziele mit Hilfe der Maßnahmen tatsächlich erreicht werden. Dies ist Schwerpunkt der *Phase 6 (Evaluation von Fortschritten)*. Neben der *Gesamtevaluation* (durch Vergleiche vorher/nachher), die auch der Dokumentation und Qualitätssicherung dient, wird eine *kontinuierliche Begleitevaluation* aller Schritte vorgenommen. Im Idealfall kommt es dadurch im Beratungsverlauf zu einem „ergebnisorientierten Optimieren“, d.h. die jeweils weiteren Schritte werden in Abhängigkeit von der tatsächlichen Entwicklung geplant und umgesetzt. Im Erfolgsfall wird der eingeschlagene Weg weitergegangen, während bei

Misserfolg/Teilerfolg meist die ein oder andere bereits durchlaufene Phase nochmals bearbeitet werden muss. Auch in die Beurteilung von Fortschritten sind unsere Klienten stets aktiv mit einbezogen, oft mit Hilfe aktueller Fragebögen oder Selbstbeobachtungsraster für das Registrieren der Entwicklung in bestimmten Bereichen.

In der *Phase 7 (Endphase – Erfolgsoptimierung und Abschluss der Therapie)* werden Vorkehrungen getroffen, damit die bislang erzielten Veränderungen (a) weiter stabil bleiben und zu neuen Gewohnheiten werden und (b) sich erfolgreich auf das natürliche Lebensumfeld übertragen lassen. Wir lassen dazu manches nochmals rekapitulieren und aus der erfolgreichen Bewältigung Regeln für zukünftiges Handeln bzw. präventive Strategien für mögliche künftige Risikosituationen ableiten. Spätestens in dieser Phase lernen Klienten/Familien somit auch, wie man *prinzipiell* besser mit Problemen umgehen bzw. eigene Ressourcen noch effektiver nutzen kann. Falls bei sehr komplexen Fällen noch andere Bereiche auf eine Bearbeitung warten, wird erneut in das Phasenmodell eingetreten (meist in Phase 3).

Schließlich steht hier noch die Ablösung der Klienten von der Beratung/Therapie an (meist über ein allmähliches Ausblenden der Kontakte und eine Steigerung der Klientenaktivitäten bei gleichzeitiger Rücknahme des Beraters). In der allerletzten Sitzung bitten wir die Klienten zudem um eine retrospektive Einschätzung der Abläufe bzw. um „Feedback“ über unsere Art der Beratung/Therapie und geben umgekehrt unsere eigene diesbezügliche Einschätzung kund. Etwa 1/2 bis 1 Jahr nach Ende der Kontakte führen wir eine Nachbefragung (Katamnese) durch.

Mit diesem 7-Phasen-Modell wurde in groben Zügen das prinzipielle Vorgehen bei intensiveren *beraterisch-therapeutischen* Aufgabenstellungen skizziert, das in der Regel als *systematischer Klärungs-, Bewältigungs- und Veränderungsprozess* mit dem Ziel abläuft, bestimmte Kompetenzen auf- und Hindernisse abzubauen. Für einen solchen Vorgang des (Um- oder Neu-)Lernens ist natürlich eine gewisse Zeit nötig, vor allem, weil viele Interventionen auf ein „entdeckendes Lernen“ oder „learning by doing“ ausgerichtet sind. Aber auch für sog. Kurzberatungen kann das obige Phasenmodell Orientierungshilfen bieten; es wird dann sozusagen im „Schnelldurchgang“ durchlaufen, wobei viele Elemente des selbstentdeckenden Lernens wegfallen müssen.

#### *Variationen und Modifikationen des Modells*

Das obige Modell stellt lediglich ein Grundgerüst für die Beratung/Therapie dar und muss je nach Arbeitsfeld, Aufgabenstellung, Setting oder betreutem Personenkreis variiert/modifiziert bzw. durch zusätzliche Elemente ergänzt werden. Beispielhaft folgen einige schlagwortartige Hinweise:

Im Bereich *Erziehungsberatung* sollten z.B. spezielle Kenntnisse der Entwicklungspsychologie und Entwicklungspsychopathologie, systemisches Denken und Fähigkeiten zum generellen Umgang mit Kindern, Jugendlichen und Familien einbezogen werden (vgl. auch *Schmelzer & Trips 1996*). Für *Ehe- und Partnerschaftsberatung* sind u.a. die Themen Paardynamik, Sexualität, Nähe/Distanz-Regulierung, Umgang mit persönlichen Freiheiten, Trennung/Scheidung oder Mediation von Bedeutung.

In der *Erwachsenenberatung* kann u.a. die Entwicklungspsychologie über die Lebensspanne hilfreich sein, um abzuschätzen, in welcher Entwicklungsphase (mit welchen „natürlichen Entwicklungsaufgaben“: *Kegan 1994*) sich eine Person befindet.

Im *stationären* Rahmen (vgl. *Zielke & Sturm 1994*) können viele Ziele des Modells in die „Setting“-Gestaltung integriert werden. Allerdings ist bei begrenzter Aufenthaltsdauer oft nur ein Teil der Phasen umsetzbar; evtl. muss man sich damit bescheiden, in den 3 bis 6 zur Verfügung stehenden Wochen „nur“ Motivation für eine ambulante Anschlussbehandlung aufgebaut zu haben, was die Notwendigkeit einer guten „Verzahnung“ von ambulanten und stationären Betreuungseinrichtungen (vorher/nachher) verdeutlicht.

Bei *Gruppen* kommen natürlich system- und gruppendynamische Prozesse hinzu, bei *Praxisberatung* anderer psychosozialer Berufe spezielle arbeitsfeldtypische Kenntnisse sowie pädagogisch-didaktische Fertigkeiten des optimalen Lehrens und Lernens. Dass es für uns selbstverständlich ist, neueste Erkenntnisse, Erfahrungen und Forschungsergebnisse bezüglich der jeweiligen Arbeitsfelder in die Praxis einzubeziehen, wurde bereits in Abschnitt 3 thematisiert.

### *Grenzen des Modells*

Kein Ansatz kann *alle* psychosozialen Aufgaben erfüllen. Auch unser Selbstmanagement-Modell hat Grenzen, die sich grob in drei Bereiche gruppieren lassen:

- a) *Fehlende Grundvoraussetzungen* wie z.B. Freiwilligkeit der Inanspruchnahme, gewisse Minimalfertigkeiten zur verbalen Kommunikation und zu sozialen Interaktionen oder Akzeptanz der Oberziele Autonomie und Selbstverantwortung.
- b) *Notwendige andere Formen der Betreuung*: Krisenintervention, soziale oder juristische Kontrollmaßnahmen bei Fremd- oder Selbstgefährdung (Heimeinweisung, Sicherheitsverwahrung, Zwangseinweisung etc.) machen ein Vorgehen mit anderen Zielen nach anderen „Spielregeln“ erforderlich. Statt einer behutsamen Anleitung zur Selbstregulation, Problemlösung oder Veränderung muss dann z.B. auf schnelles, aktives Eingreifen, Fremdkontrolle oder emotio-

nale Begleitung „umgeschaltet“ werden. Falls andere Personen/ Berufsgruppen für bestimmte Zwecke bessere Dienste anbieten, ist eine Weiterverweisung sinnvoll (z.B. an Rechtsanwälte, Pfarrer, Sozialarbeiter oder Behörden).

- c) *Grenzen jedweder Beratung/Therapie*: In vielen Fällen müssen wir genauso wie unsere Klienten akzeptieren, dass mit unserer Hilfe weder Tatsachen geändert noch Utopien erreicht werden können. Selbstkritisch anerkennen wir auch, dass nicht alle Situationen, die im Alltag subjektiven Stress, Ambivalenzen oder Belastungen mit sich bringen, notwendigerweise zur Inanspruchnahme einer Beratung/ Therapie führen müssen. Und schließlich sollten *kollektive* Missstände in einer Gesellschaft (z.B. Wohnungsnot, Arbeitslosigkeit, Gewalt etc.) zu *sozialpolitischen* Lösungen, nicht aber zur individuellen Therapeutisierung Anlass geben.

Insgesamt müssen sich alle Hilfeversuche im Rahmen ethisch-berufsständischer Richtlinien sowie der jeweils geltenden Rechtslage bewegen und können auch physikalisch-biologische Gesetzmäßigkeiten nicht außer Kraft setzen. Und auch mit psychologischen Mitteln ist nicht beliebig zu „zaubern“, wie manche gerne glauben machen: So können wir z.B. mit noch so ausgefeilten Motivationsversuchen andere Menschen nicht zu ihrem Glück zwingen. Wir sind allenfalls in der Lage, auf der Basis von Motivationstheorien *Anstöße* zu geben, oder wie *Frederick Kanfer* es gerne ausdrückt: „Wir können das Pferd zum Wasser führen, aber *trinken* muss es *selbst* ...“

## 5. Allgemeine Selbstmanagement-Fertigkeiten

Für ein Leben in Autonomie und Selbstverantwortung sind bestimmte „Prozessfertigkeiten“ notwendig, wie sie *Kanfer* (1980, 1988 etc.) in seinem Selbstregulationsmodell beschrieben hat. Beratung/ Therapie zielt aus dieser Sicht nicht nur auf das Beseitigen spezifischer „Störungen“, sondern auch auf das *Vermitteln allgemeiner Kompetenzen zur Selbstregulation*. Einige davon sind den übergeordneten Kategorien (1) Selbstbeobachtung, (2) Selbstbewertung und (3) Selbstkonsequenz zuzuordnen. Andere Fähigkeiten zum Selbstmanagement – manche würden sie als „*Grundfertigkeiten des Lebens*“ bezeichnen – lernen Klienten oft ganz nebenbei im Verlauf ihrer Beratungstermine oder entdecken sie (wieder) als längst vorhandene, aber bislang zu wenig genutzte persönliche Stärken. Dazu gehören z.B. (vgl. auch *Kanfer et al.* 2000, S. 411 ff.; *Kanfer & Gaelick-Buys* 1991):

- ▶ Soziale, interpersonale und kommunikative Fähigkeiten
- ▶ Effektives problemlösendes Handeln (z.B. aktive Stressbewältigung, Erkennen von Risikosituationen, Aufmerksamkeitslenkung



auf Wesentliches, Unterbrechen dysfunktionaler Gewohnheiten, Suche nach Alternativen, zielorientiertes Planen/Handeln, ergebnisorientierte Steuerung etc.)

- ▶ Ziel- und Wertklärung (inkl. Beschäftigung mit „Sinn“-Fragen) und entsprechende Zielsetzungen für das eigene Leben
- ▶ Selbstmotivation (z.B. durch sinnvolle Lebensziele, Anreize, schrittweise/erfolgsabhängige Selbstverstärkung etc.)
- ▶ Sich um das eigene Wohlergehen kümmern („self-care“: z.B. mittels Entspannung, Genuss und Genießen, körperliche Fitness, gesundheitsbewusstes Alltagshandeln)
- ▶ Entdecken und Würdigen eigener positiver Seiten (persönliche Stärken und alltägliche Ressourcen)
- ▶ Umgang mit neuen Herausforderungen (z.B. Ängste überwinden, neugierig werden, begrenzte Risiken eingehen, unerwartete Situationen handhaben können etc.)
- ▶ Selbststeuerung durch konstruktive Selbstinstruktionen (im Sinne der 6 Denk- und Handlungsregeln: Verhaltensnah, lösungsorientiert, positiv, in kleinen Schritten, flexibel und zukunftsbezogen denken und handeln)
- ▶ Realitätstestung eigener Hypothesen über die Welt (Prüfung persönlicher Überzeugungen durch reales Handeln inkl. Nutzung eigener Freiheiten und Einflussmöglichkeiten).

Insgesamt ist „Selbstmanagement“ durch einen *kontinuierlichen Zyklus von Aktion und Reflexion* gekennzeichnet, dessen jeweilige Ergebnisse/Erfahrungen im Erfolgsfall zu wachsender Selbsteffizienz („self-efficacy“: Bandura 1977) beitragen. Ich möchte es dahingestellt sein lassen, ob zum Erlernen solcher „Fähigkeiten des Lebens“ immer Beratung oder Therapie notwendig ist. Mein Standpunkt lautet eher, das Gesellschaftsleben insgesamt mehr von psychologisch fundiertem Wissen durchdringen zu lassen. Statt einer ausschließlichen Konzentration auf Hilfe durch Beratung/Therapie wäre es daher wünschenswert, viele der oben skizzierten Kompetenzen auch in Lernfeldern des Alltags (z.B. in Familie, Kindergarten, Schule etc.) erwerben zu können. Wo dies versäumt wird, muss zwangsläufig eine Art Nachschulung vollzogen werden.

Berater und Therapeuten sollten bezüglich der obigen Aspekte natürlich mit gutem Beispiel vorangehen und mit ihrer eigenen Philosophie in Einklang stehen (practice what you preach!). Einige weitere Leitlinien der praktischen Arbeit hat Kanfer in seinen „11 Gesetzen der Beratung/Therapie“ prägnant zusammengefasst (ausführlicher in Kanfer et al. 2000, S. 553-555):

### *Kanfers 11 Gesetze der Beratung/Therapie*

1. Verlange niemals von Klienten, gegen ihre eigenen Interessen zu handeln.
2. Arbeite zukunftsorientiert, suche nach konkreten Lösungen und richte die Aufmerksamkeit auf die Stärken der Klienten.
3. Spiele nicht den „Lieben Gott“, indem du Verantwortung für das Leben von Klienten übernimmst.
4. Säge nicht den Ast ab, auf dem die Klienten sitzen, bevor du Ihnen geholfen hast, eine Leiter zu bauen, auf der sie herabsteigen können.
5. Klienten haben immer Recht.
6. Bevor du ein problematisches Verhalten nicht konkret vor Augen hast, weißt du nicht, worum es eigentlich geht.
7. Du kannst nur mit Klienten arbeiten, die anwesend sind.
8. Peile kleine, machbare Fortschritte von Woche zu Woche an und hüte dich vor utopischen Fernzielen.
9. Bedenke, dass die Informationsverarbeitungskapazität von Menschen begrenzt ist.
10. Wenn du in der Beratungs-/Therapiestunde härter arbeitest als deine Klienten, machst du etwas falsch.
11. Spare nicht mit Anerkennung für die Fortschritte von Klienten.

### *Schluss*

Der Selbstmanagement-Ansatz bietet mit seinen Grundannahmen und praktischen Vorgehensweisen ein hilfreiches Rahmenkonzept für Beratung/Therapie (vgl. auch *Borg-Laufs* 1995). Einige seiner Hauptvorteile sind (1) systematische Unterstützung der Autonomie von Personen durch das Vermitteln notwendiger Kompetenzen und eine Förderung von Veränderungsprozessen, (2) ständige Mitbeteiligung der Klienten unter Berücksichtigung ihrer momentanen Fähigkeiten, Ziele und Interessen, dadurch (3) hohe Motivation zu Eigeninitiative und Mitarbeit, (4) Erleichterung von Generalisierung und Transfer durch ein alltagsnahes „lebensweltorientiertes“ Arbeiten sowie (5) enge Verbindung von empirischer Grundlagenforschung und beraterisch-therapeutischer Praxis. Dabei kann von einem *schulenübergreifenden, methodenoffenen und integrativen Modell* gesprochen werden. Einzelne seiner Elemente sind sicherlich auch in anderen Ansätzen zu finden; für den Selbstmanagement-Ansatz ist jedoch das Gesamtgefüge von theoretischen Annahmen und praktischen Strategien charakteristisch, wie es hier dargelegt wurde.

Abschließend sei trotz allem Optimismus noch ein skeptischer Nachgedanke erlaubt: Angesichts postmoderner Zeitgeistströmungen (z.B. Autoritätsverlust traditioneller Instanzen, Zerfall sozialer Bin-

dungen, wachsende Orientierungslosigkeit bei gleichzeitig inflationären Sinnfindungs-Angeboten, Notwendigkeit des Bastelns einer sog. „Patchwork-Identität“ etc.) erhalten Beratungs- und Therapieformen mit dem Ziel „Hilfe zur Selbsthilfe“ natürlich zunehmend Konkurrenz von Anbietern, die eher der „Lebensstilindustrie“ zuzurechnen sind, Psychotherapie mit der „Macht der Verheißung“ (vgl. Zaepfel & Metzner 1996) oder mit der kommerziellen Ausbeutung menschlicher Sehnsüchte verbinden und simple Lösungen für komplizierte menschliche Fragen verkaufen.

Auch von der Nachfrageseite her könnte es als vermeintlich leichterer Weg erscheinen, sich bei irrationalen, esoterischen Heilsbringern genormte Selbstverwirklichung zu holen (vgl. Kaminer 1993), auf bunte, schrille, glitzernde Versprechungen von mühelosem Glück zu reagieren oder mystischen, guruhaft vorgetragenen Psycho-Heilslehren zu folgen (vgl. z.B. Goldner 1997). Dann geht es primär um apostolische Verkündigung neuer Wahrheiten, Religionsersatz, spirituelle Erfahrungen, „inszenierte Solidarität“ (Rauschenbach 1994), Animation und psychologisch angehauchte Freizeitgestaltung nach erlebnisrationalen Maßstäben („effektiv ist, was mir gute Gefühle verschafft“). Dass auf diese Weise meist ein perfektes „Utopie-Syndrom“ (Watzlawick, Weakland & Fisch 1979, S. 69 ff.) entsteht, welches Personen in eine nie befriedigbare Bedürfnisspirale führt, dürfte ganz im Sinne solcher Veranstalter sein. Der gesamtgesellschaftliche Trend hin zu einer Dienstleistungsgesellschaft verstärkt diese Tendenzen, weil sich Anbieter zwangsläufig einen Markt (mit Patienten) schaffen und erhalten müssen. Indem sie Alltagsmenschen aber als inkompetent, hilflos und chronisch therapiebedürftig erscheinen lassen, untergraben sie deren Eigeninitiative und tun genau das Gegenteil dessen, was wir mit dem Ziel „Sich-Überflüssig-Machen“ skizziert haben. Ob sich auf diesem Markt künftig Beratungs- und Therapieformen nach Art des „Selbstmanagement-Modells“ behaupten können, die auch die Grenzen von persönlicher sowie beraterisch-therapeutischer Einflussnahme betonen, Änderungen als möglich (aber mit Mühen verbunden!) thematisieren, und Menschen bei der Bewältigung mancher Lebensanforderungen *assistieren*, ohne ihnen die Probleme *abzunehmen*, wird die Zukunft zeigen.

### Zusammenfassung

In diesem Artikel werden wichtige Aspekte des sog. „Selbstmanagement“-Konzepts (Kanfer, Reinecker & Schmelzer 2000) präsentiert, das sich als übergeordnetes Rahmenmodell für Beratung und Therapie verstehen lässt. Nach einigen (1) Grundannahmen des Modells und deren Implikationen für die Praxis wird die (2) generelle Haltung des Be-

raters/Therapeuten beschrieben und anschließend für eine (3) enge Verbindung zur empirisch-wissenschaftlichen Grundlagenforschung plädiert. Als zentrales Kapitel folgt ein (4) siebenphasiges Prozessmodell zur Strukturierung des Beratungs-/Therapiegeschehens, bevor eine (5) Übersicht allgemeiner Selbstmanagement-Fertigkeiten den Beitrag beschließt.

### Summary: Self-management as a guide for counseling and therapy

This article presents some important features of the „self-management“ approach (Kanfer, Reinecker & Schmelzer 2000), which may be used as a meta model for counseling and therapy. It comprises the sections (1) basic assumptions of the model and implications for practice, (2) typical attitude/style of the counselor/therapist, (3) close links with empirical research, (4) a seven phases model for guiding the process of counseling/therapy and (5) some general self-management skills.

### Literatur

- Bandura, A. (1977): Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. In *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bartling, G., Echelmeyer, L. & Krause, R. (1998): *Problemanalyse im therapeutischen Prozess. Leitfaden für die Praxis*. (4. Aufl.) Stuttgart: Kohlhammer.
- Borg-Laufs, M. (1995): Von der Verhaltenstherapie zur allgemeinen Psychotherapie. In *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 27 (3), 405-418.
- Dörner, D. (1989): *Die Logik des Mislingens*. Reinbek: Rowohlt.
- D'Zurilla, T.J. & Goldfried, M.R. (1971): Problem solving and behavior modification. In *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
- Engberding, M. (1996): Problemlösen – Ein Orientierungsmodell für Analyse und Therapie psychischer Störungen. In Caspar, F. (Hrsg.): *Psychotherapeutische Problemanalyse* (87-131). Tübingen: DGVT.
- Fliegel, S., Groeger, W.M., Künzel, R., Schulte, D. & Sorgatz, H. (1998): *Verhaltenstherapeutische Standardmethoden. Ein Übungsbuch*. (4. Aufl.) München: Psychologie Verlags Union.
- Goldner, C. (1997): *Psycho. Therapien zwischen Seriosität und Scharlatanerie*. Augsburg: Pattloch.
- Grawe, K. (1992): Komplementäre Beziehungsgestaltung als Mittel zur Herstellung einer guten Therapiebeziehung. In Margraf, J. & Brengelmann, J.C. (Hrsg.): *Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie* (215-244). München: Röttger.
- Grawe, K. (1994): Psychotherapie ohne Grenzen. Von den Therapieschulen zur Allgemeinen Psychotherapie. In *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 26 (3), 357-370.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994): *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Heckhausen, H., Gollwitzer, P.M. & Weinert, F.E. (Hrsg.) (1987): *Jenseits des Rubikon: Der Wille in den Humanwissenschaften*. Berlin: Springer.
- Hundsalsz, A. (1998): Beratung, Psychotherapie oder Psychologische Beratung? Zum Profil therapeutischer Arbeit in der Erziehungsberatung. In *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 47, 157-173.
- Kaminer, W. (1993): *Ich bin k.o., du bist k.o. Das Geschäft mit der Selbstverwirklichung*. München: Knaur.

- Kanfer, F.H. (1998): Selbstmanagement-Therapie: Eine Zusammenstellung von grundlegenden Komponenten für Einzelklienten. In Sulz, S.K.D. (Hrsg.): *Kurzpsychotherapien: Wege in die Zukunft der Psychotherapie* (133-141). München: CIP-Medien.
- Kanfer, F.H. & Gaelick-Buys, L. (1991): Self-management methods. In Kanfer, F.H. & Goldstein, A.P. (Eds.): *Helping people change* (4th ed.; pp.305-360). New York: Pergamon.
- Kanfer, F.H. & Grimm, L.G. (1980): Managing clinical change: A process model of therapy. In *Behavior Modification*, 4, 419-444.
- Kanfer, F.H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2000): *Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis*. (3. Aufl.) Berlin: Springer.
- Kanfer, F.H. & Schefft, B.K. (1988): *Guiding the process of therapeutic change*. Champaign (IL): Research Press.
- Kegan, R. (1994): *Die Entwicklungsstufen des Selbst. Fortschritte und Krisen im menschlichen Leben*. (3. Aufl.) München: Kindt.
- Laireiter, A.-R. & Vogel, H. (Hrsg.) (1998): *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung*. Tübingen: DGVT.
- Linden, M. & Hautzinger, M. (Hrsg.) (1996): *Verhaltenstherapie*. (2. Aufl.) Berlin: Springer.
- Lutz, R. (1996): Exploration positiver Eigenschaften – ein Beitrag zum verhaltensdiagnostischen Interview. In Reinecker, H. & Schmelzer, D. (Hrsg.): *Verhaltenstherapie, Selbstregulation, Selbstmanagement* (185-198). Göttingen: Hogrefe.
- Maslach, C. (1982): *Burnout – the cost of caring*. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall.
- Orlinsky, D.E. (1994): Research-based knowledge as the emergent foundation for clinical practice in psychotherapy. In Talley, P.F., Strupp, H.H. & Butler, S.F. (Eds.): *Psychotherapy research and practice. Bridging the gap* (pp.99-123). New York: Basic Books.
- Paulus, P. (1994): *Selbstverwirklichung und psychische Gesundheit*. Göttingen: Hogrefe.
- Petermann, F. (Hrsg.) (1998): *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie. Modelle psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter*. (3. Aufl.) Göttingen: Hogrefe.
- Petzold, M. (1992): *Familienentwicklungspsychologie. Einführung und Überblick*. München: Quintessenz.
- Rauschenbach, T. (1994): Inszenierte Solidarität: Soziale Arbeit in der Risikogesellschaft. In Beck, U. & Beck-Gernsheim, E. (Hrsg.): *Risikante Freiheiten*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Reinecker, H. (Hrsg.) (1998): *Lehrbuch der Klinischen Psychologie. Modelle psychischer Störungen*. (3. Aufl.) Göttingen: Hogrefe.
- Reinecker, H. (unter Mitarbeit von Ehlert, U., Schulte, D., Sorgatz, H. & Vogel, H.) (1999): *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*. Tübingen: DGVT.
- Schlippe, A. von & Schweitzer, J. (1996): *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schmelzer, D. (1994a): Zur Bedeutung von „Selbsterfahrung“, „Selbstreflexion“ und „Selbstmodifikation“ in der Ausbildung von Verhaltenstherapeuten. In Frühmann, R. & Petzold, H. (Hrsg.): *Lehrjahre der Seele – Lehranalyse, Selbsterfahrung, Eigentherapie in den psychotherapeutischen Schulen* (257-301). Paderborn: Junfermann.
- Schmelzer, D. (1994b): Ziel- und Werteklä rung – ein zentraler Prozess der Selbstmanagement-Therapie. In Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.): *Therapieziele im Wandel?* (79-93). Geesthacht: Neuland.
- Schmelzer, D. (1996): Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie: Grunderfordernis, Luxus oder notwendiges Übel? In Bruch, M. & Hoffmann, N. (Hrsg.): *Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie?* (125-194) Berlin: Springer.
- Schmelzer, D. (1997): *Verhaltenstherapeutische Supervision: Theorie und Praxis*. Göttingen: Hogrefe.

- Schmelzer, D. & Trips, M. (1996): Der Selbstmanagement-Ansatz als grundlegendes Arbeitsmodell einer Erziehungsberatungsstelle. In Reinecker, H. & Schmelzer, D. (Hrsg.): *Verhaltenstherapie, Selbstregulation, Selbstmanagement* (379-404). Göttingen: Hogrefe.
- Shazer, S. de (1989): *Wege der erfolgreichen Kurztherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Watzlawick, P., Beavin, J.H. & Jackson, D.D. (1969): *Menschliche Kommunikation*. Bern: Huber.
- Watzlawick, P., Weakland, J.H. & Fisch, R. (1979): *Lösungen. Zur Therapie und Praxis menschlichen Wandels*. (2. Aufl.) Bern: Huber.
- Westmeyer, H. (1979): Die rationale Rekonstruktion einiger Aspekte psychologischer Praxis. In Albert, H. & Stapf, K.H. (Hrsg.): *Theorie und Erfahrung. Beiträge zur Grundlagenproblematik in den Sozialwissenschaften* (139-162). Stuttgart: Klett.
- Zaepfel, H. & Metzmacher, B. (1996): Postmoderne Identitätsbildung, ein Leben mit risikanten Freiheiten oder: Psychotherapie und die Macht der Verheißung. In *Integrative Therapie*, 22(4), 451-488.
- Zielke, M. & Sturm, J. (Hrsg.) (1994): *Handbuch Stationäre Verhaltenstherapie*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Zimmer, D. & Zimmer, F.T. (1996). Das Konzept der funktionalen Beziehungsgestaltung in der Verhaltenstherapie. In Reinecker, H. & Schmelzer, D. (Hrsg.): *Verhaltenstherapie, Selbstregulation, Selbstmanagement* (131-143). Göttingen: Hogrefe.

**Dieter Schmelzer**, geb. 1952, Dr. phil., Diplom-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut (VT), langjähriger Leiter einer Erziehungsberatungsstelle in Nürnberg-Langwasser; seit 1998 in freier Praxis tätig als Psychotherapeut, Supervisor und Seminarleiter von Workshops zur Verhaltenstherapie-Ausbildung, Selbsterfahrung und zur Ausbildung von Supervisoren. Mitglied im Fachbeirat von *Beratung Aktuell*.

**Praxis für Psychotherapie und Supervision, Laufertorgraben 4, D-90489 Nürnberg.**

*Aktuelle Adresse:*

Dr. Dieter Schmelzer  
Kühnertsgasse 24  
90402 Nürnberg

info @dr-schmelzer.de