

1.

Einleitung

Wieso Selbstmanagement-Therapie? Was erwarte ich von diesem Thema? Wieso schreibe ich über Selbstmanagement-Therapie? Hilfe zur Selbsthilfe? Was erwartet den Leser in dieser Arbeit? Diese Fragen möchte ich zur ersten Orientierung an dieser Stelle beantworten.

Bei der Durchsicht von Literatur zum Thema Verhaltenstherapie bin ich auf folgenden Satz gestoßen: „Die neueste ausgearbeitete Therapie stellt die ‘Selbst-Management-Therapie’ [...] dar, welche von einem ‘System-Modell’ menschlichen Verhaltens und der zentralen Bedeutung der therapeutischen Beziehung ausgeht und in die Aspekte des ‘Problemlösens’ und der ‘Selbstkontrolle’ integriert sind.“ (Leibing; Rüger 1997, S. 280) Dadurch wurde mein Interesse geweckt.

Kann der Mensch sein Verhalten selber, erfolgreich kontrollieren? Ist es möglich Fähigkeiten, wie Problemlösen und Selbstkontrolle zu vermitteln? Wird Therapie dadurch nicht überflüssig?

Dann fand ich noch das Schlagwort *‘Hilfe zur Selbsthilfe’*. Da ich meine ganze Schulzeit auf einer Montessori-Schule verbracht, war mir dieser Slogan nicht unbekannt. Das Motto meiner Schule lautete nämlich: „*Hilf mir es selbst zu tun!*“.

Und meine Erfahrung zeigt mir, daß wir an unserer Schule im Vergleich zu anderen schon wesentlich selbstständiger erzogen worden sind und z.B. mit der Organisation eines Studiums weniger Probleme haben, als jemand, dem immer alles vorgesetzt wurde. Natürlich ist dies nur meine persönliche Erfahrung.

Aber dies ist auch der Grund, warum mich die Selbstmanagement-Therapie interessiert. Gibt sie *‘Hilfe zu Selbsthilfe’*? Lerne ich während dieser Therapie Strategien, die ich später auf andere Probleme übertragen kann? Oder ist *‘Hilfe zur Selbsthilfe’* nur ein vielversprechender Slogan?

In den folgenden Kapiteln werde ich das Konzept Selbstmanagement-Therapie ausführlich vorstellen. Was ist Selbstmanagement-Therapie überhaupt? Was bedeuten Selbstkontrolle, Selbstregulation und Selbstmanagement? Wie sollte ein Selbstmanagement - Therapeut sich verhalten? Wie ist die Therapie strukturiert (7-Phasen- Prozeß-Modell)?

Im letzten Teil der Arbeit werde ich versuchen den Selbstmanagement - Ansatz in die Praxis zu übertragen, indem ich das Konzept kurz auf die Therapie einer Eßstörung

übertrage. Ist es möglich, dem Klienten grundlegende Fähigkeiten zu vermitteln mit der Eßstörung umzugehen bzw. diese abzulegen? Ist der Klient durch die Selbstmanagement-Therapie in der Lage seine Probleme zu lösen?

2. Was ist die Selbstmanagement-Therapie?

Selbstmanagement-Therapie ist ein spezieller Therapiebegriff, der sich auf die klinische Psychologie und Psychotherapie bezieht. Entwickelt wurde diese Therapie von Frederick H. Kanfer in den USA.

Selbstmanagement im arbeits- und organisationspsychologischem Verständnis ist hiermit nicht gemeint. Wie Selbstmanagement im Zusammenhang mit Selbstmanagement-Therapie zu verstehen ist, werde ich später noch genauer erklären.

Die Selbstmanagement-Therapie beinhaltet *Selbstregulationsmethoden*, *eine generelle Therapeutenhaltung* und das *7-Phasen-Prozeßmodell* „für die systematische Umsetzung von Veränderungen in die Praxis.“ (Kanfer, Reinecker, Schmelzer 1996, S. 7)

Selbstmanagement-Therapie setzt ein gewisses *Menschenbild* voraus und beinhaltet bestimmte *Grundannahmen*, dazu später mehr.

Selbstmanagement-Therapie ist kein anderer Begriff für Verhaltensmodifikation oder soll zu Egoismus und rücksichtsloser Selbstdurchsetzung anleiten. Selbstmanagement-Therapie ist nicht für jedes psychologische Problem geeignet. Es müssen einige Voraussetzungen erfüllt sein. Außerdem hat die Selbstmanagement-Therapie feste Grenzen.

Ein Grundsatz ist dem Klienten soviel Verantwortung zuzugestehen wie nötig und möglich, dennoch wird dem Therapeuten nicht jegliche Verantwortung entzogen. Die Klienten können ihre persönlichen Bedürfnisse jederzeit einbringen und der Therapeut ist verantwortlich für den Prozeßablauf. (Kanfer, Reinecker, Schmelzer 1996, S. 6 ff.)

Das Besondere an der Selbstmanagement-Therapie ist, daß sie ein ziel- und problemorientiertes, schulenübergreifendes, methodenoffenes und integratives Modell ist (Schmelzer 1999, S.18), „mit dessen Hilfe das - leider häufig nur als Floskel verwendete - Prinzip der *‘Hilfe zur Selbsthilfe’* systematisch umgesetzt wird.“ (Schmelzer, Trips 1996, S. 381)

Selbstmanagement-Therapie ist eine strukturierte Anleitung zur Selbststeuerung, sie ist *kontinuierlich prozeßorientiert*. Die Klienten haben eine große *Selbstverantwortung* für

das Therapiegeschehen. Selbstmanagement-Therapie ist eine professionelle Unterstützung bei Problemen des Alltags und Konflikten.

Diese Therapieform hat das Ziel, die situativen Gegebenheiten mit den persönlichen Bedürfnissen in Einklang zu bringen (Kanfer, Reinecker, Schmelzer 1996, S. 9) und die *Selbstwahrnehmung*, *Selbstreflexion* und das *Selbstbewußtsein* zu verbessern bzw. aufzubauen (Kanfer, Reinecker, Schmelzer 1996, S. 18).

Es besteht bei dieser Form eine enge Verbindung zwischen Theorie und Praxis, da der Selbstmanagementansatz aus der Praxis entstanden ist und Theorie nicht als Realität sondern als Konstruktion oder Modell angesehen wird. (Kanfer, Reinecker, Schmelzer 1996, S. 17)

Vereinfacht gesagt bedeutet Selbstmanagement-Therapie einen „systematischen Anregungsprozeß für Klienten, um Änderungen in deren Leben zu erleichtern“ (Kanfer, Reinecker, Schmelzer 1996, S. 18) Selbstmanagement-Therapie will *zukunftsorientiert* positive Handlungsmuster entwickeln nach dem Therapiemotto: „So kurz wie möglich - so lang wie nötig.“ (Schmelzer 1999, S. 3)

2.1 Grundannahmen der Selbstmanagement-Therapie

Die Selbstmanagement-Therapie bietet den Klienten eine *maßgeschneiderte, klientenzentrierte* Therapie bzw. Beratung an. Der Selbstmanagementansatz setzt jedoch ein bestimmtes Menschenbild voraus, ebenso wie bestimmte Grundannahmen:

Eine wichtige Rolle spielt die *Autonomie* und *Selbstbestimmung* des Klienten. Jedem Menschen wird ein *aktive Rolle* zur Gestaltung des eigenen Lebens zugestanden (Kanfer, Reinecker, Schmelzer 1996, S. 15)

Jeder Mensch hat ein größtmöglichstes Recht auf *persönliche Freiheit*. Es gilt ein prinzipieller Pluralismus: Jeder Mensch hat seinen eigenen Raum für seine Entwicklung zur Verfügung und hat das Recht seine *individuellen Ziele und Lebensvorstellungen* zu verwirklichen, solange er damit den anderen Menschen keinen Schaden zufügt.

Der Selbstmanagementansatz geht von einem *ganzheitlichem Menschenbild/Personenmodell* aus. Er berücksichtigt die Dynamik des menschlichen Lebens und geht davon aus, daß *Selbstregulation* lernbar ist. (Kanfer, Reinecker, Schmelzer 1996, S. 16)

3. Selbstkontrolle, Selbstregulation, Selbstmanagement

In diesem Kapitel werden die Begriffe *Selbstkontrolle*, *Selbstregulation* und *Selbstmanagement* näher definiert und in Beziehung zueinander gestellt.

3.1 Selbstkontrolle

Selbstkontrolle ist ein Spezialfall der Selbstregulation. Selbstkontrolle ist kein Persönlichkeitsmerkmal, sondern eine situationsbedingte Handlung einer Person. Die Motivation zur Handlung muß von der Person selber initiiert sein. (Kanfer, Reinecker, Schmelzer 1996, S. 42)

Bei der Selbstkontrolle sollten externe Einflüsse, wie z.B. soziale Faktoren möglichst außen vor bleiben. Selbstkontrolle sollte im wesentlichen nur von den β -Variablen beeinflusst werden. α -Variablen und γ -Variablen sind jedoch nicht total auszuschließen. Die selbstkontrollierte Handlung kann natürlich durch die Umgebung beeinflusst werden. (Kanfer, Reinecker, Schmelzer 1996, S. 42)

Selbstkontrolle 'braucht' einen Konflikt. Das bedeutet, „daß die Verhaltensalternativen für die Person *konflikthaft* sind“. (Kanfer, Reinecker, Schmelzer 1996, S. 41)

Beispiel: „Man spricht dann davon, daß eine Person Selbstkontrolle (kontrollierende Reaktion) über ihr Zigarettenrauchen ausübt, wenn sie trotz der ständigen Versuchung zum Rauchen (=Konflikt) abstinent bleibt. Bei einem Nichtraucher würde man beim Ablehnen einer Zigarette deswegen nicht von Selbstkontrolle sprechen, weil für diesen das Merkmal des Konfliktes nicht vorhanden ist.“ (Kanfer, Reinecker, Schmelzer 1996, S. 42)

Man unterscheidet zwei Arten von Selbstkontrolle (Kanfer, Reinecker, Schmelzer 1996, S. 42):

1. decisional self control: Der Konflikt ist beendet, nachdem die Person eine Entscheidung getroffen hat.
2. protacted self control: Der Konflikt muß über einen längeren Zeitraum ertragen werden. Zum Beispiel muß ein Student in der Examensphase sich täglich an den Schreibtisch setzen und lernen um langfristig einen positiven Effekt (*eine gute Note*) zu erzielen.

3.2 Selbstregulation

Selbstregulation bedeutet, daß eine Person ihr eigenes Verhalten im Hinblick auf *selbstgesetzte* Ziele steuert.

Selbstregulation erfolgt durch Modifikation des Verhaltens oder durch die Einflußnahme auf die Bedingungen des Verhaltens. (Kanfer, Reinecker, Schmelzer 1996, S. 33)

Bei der Selbstregulation wird *kontinuierlich Aufmerksamkeit auf das eigene Verhalten gerichtet*. „Selbstregulation setzt immer dann ein, wenn ein gewohnter Verhaltensfluß unterbrochen wird“ (Kanfer, Reinecker, Schmelzer 1996, S. 34)

Voraussetzung für Selbstregulation ist, daß die Situation von der Person selber kontrolliert werden kann. Nur wenn die α - und γ - Variablen einen geringen Einfluß haben ist also Selbstregulation möglich.

Die β -Variablen repräsentieren die Selbstregulationskompetenzen und umfassen alle Möglichkeiten durch die der Mensch sein eigenes Verhalten steuern kann. (Kanfer, Reinecker, Schmelzer 1996 S. 33)

Selbstregulation besteht aus Selbstbeobachtung, Selbstbewertung und Selbstkonsequenz (Schmelzer 1999, S. 15):

1. Selbstbeobachtung

Der Klient richtet seine Aufmerksamkeit gleichzeitig auf die Ausführung einer Handlung, sowie auf die Beobachtung dieser. Ziel ist es, daß der Klient möglichst bald sein eigenes Verhalten steuern kann.

Auf gedanklicher Ebene ist Selbstbeobachtung schwieriger als auf der Handlungsebene. Selbstbeobachtung ist einerseits die Datenquelle für das Verhalten des Klienten, führt aber auch zur Unterbrechung problematischer Verhaltensweisen. Der Klient gewinnt so erstmals etwas Kontrolle über sein Verhalten. (Kanfer, Reinecker, Schmelzer 1996, S. 413)

2. Selbstbewertung und Selbstverstärkung (Kanfer, Reinecker, Schmelzer 1996, S. 414):

Selbstbeobachtung alleine reicht nicht aus, um Verhalten zu ändern. Unerwünschtes Verhalten wird durch Selbstbeobachtung lediglich gestoppt. Durch die *Bewertung des Verhaltens* legt der Klient fest, ob eine Möglichkeit oder sogar Notwendigkeit einer Veränderung des Verhaltens besteht. Die andauernde Bewertung des Verhaltens stabilisiert dann einen gewünschten Änderungsprozess.

Selbstverstärkung der gewünschten Verhaltensweisen ist wichtig und kann verbal-symbolisch stattfinden, oder der Klient belohnt sich mit konkreten und positiven Ereignissen. (z.B. *könnte sich der Examenskandidat einen Kinobesuch gönnen, nachdem er den ganzen Tag gelernt hat.*)

3.3 Selbstmanagement

Selbstmanagement ist im englisch - amerikanischen Sprachraum ein feststehender psychologischer Begriff und außerdem ein Sammelbegriff für Therapieansätze, die Klienten zu besserer *Selbststeuerung* anleiten und aktiv zu *eigenständiger Problembewältigung* befähigen. (Kanfer, Reinecker, Schmelzer 1996, S. 6)

Selbstmanagement umfaßt Prozesse der *Selbstregulation* (eine Person steuert ihr eigenes Verhalten in Richtung auf selbstgesetzte Ziele) und Prozesse der *Selbstkontrolle* (eine Person setzt kontrollierende Verhaltensweisen ein bei zwei konflikthaften Verhaltenstendenzen)“ (Reimer, Tillmanns 1996, S. 273).

Daraus ergeben sich gewisse *Selbstmanagement - Fertigkeiten*, wie Zielklärung bzw. Zielsetzung, Selbstbeobachtung, Selbstbewertung, Selbstverstärkung, etc..

Selbstmanagement ist kein Persönlichkeitsmerkmal. Selbstmanagement ist lernbar. Auf die grundlegenden Fähigkeiten und Bausteine des Selbstmanagement werde ich später noch genauer eingehen.

4. Beratung und Therapie

In diesem Kapitel werde ich die Selbstmanagement-Therapie genauer darstellen. Zuerst werde ich *das 7-Phasen-Prozeß-Modell* nach Kanfer erläutern und die *grundlegenden Fähigkeiten* und die *Grundregeln des Selbstmanagement* vorstellen. Anschließend werde ich die Konsequenzen für die *Therapeut - Klient - Beziehung* aufzeigen. (*Wie muß der Therapeut sich innerhalb der Selbstmanagement-Therapie verhalten?*)

4.1 Das 7-Phasen-Prozeß-Modell

Das 7-Phasen-Prozeß-Modell ist für die ambulante psychologische Therapie mit erwachsenen Einzelklienten konzipiert worden. Es kann auch auf andere Personenkreise übertragen werden, allerdings müssen dabei die institutionellen Voraussetzungen berücksichtigt werden und die Durchführungsmodalitäten gegebenenfalls modifiziert werden. (Kanfer, Reinecker, Schmelzer 1996, S. 144)

Das 7-Phasen-Prozeß-Modell ist ein „*grober Orientierungsrahmen für den gesamten Ablauf des diagnostisch - therapeutischen Prozesses, wobei Hypothesenleitung und das ergebnisorientierte Optimieren als durchgängige Basisprinzipien [...] gelten*“. (Kanfer, Reinecker, Schmelzer 1996, S. 360)

Die *konzeptuelle Voraussetzung* für dieses Modell ist das maximale Streben nach Selbstverantwortung und Autonomie. Klienten die eine Selbstmanagement-Therapie beginnen wollen, müssen gewisse *Minimalanforderungen* erfüllen, damit eine sinnvolle Arbeit möglich ist.

Sie „müssen zumindest *grundlegende Fähigkeiten* (sowie die Bereitschaft) zur verbalen und nonverbalen *Kommunikation* mit anderen Personen besitzen.“ (Kanfer, Reinecker, Schmelzer 1996, S. 145) Sie müssen fähig sein soziale Beziehungen (*Therapeut - Klient - Beziehung*) einzugehen. Es sollte „außerdem gewisse Aussicht auf eine (Wieder-) Herstellung menschlicher ‘Funktionen’ auf einem altersangemessenen Niveau emotionaler / biologischer / psychologischer Aktivitäten bestehen.“ (Kanfer, Reinecker, Schmelzer 1996, S. 145)

Das 7-Phasen-Prozeß-Modell nach Kanfer, Reinecker und Schmelzer ist folgendermaßen strukturiert (Kanfer, Reinecker, Schmelzer 1996, S. 138 ff.):

1. Eingangsphase: Schaffung günstiger Ausgangsbedingungen

In dieser Phase „geht es zunächst um die Bildung einer **kooperativen Therapeut - Klient - Beziehung (therapeutische Allianz)**.“ (Kanfer, Reinecker, Schmelzer 1996, S. 138) Informationen über das Problem des Klienten werden gesammelt, Organisatorisches wird abgeklärt, der äußere Therapierahmen wird optimal gestaltet.

2. Aufbau von Änderungsmotivation und vorläufige Auswahl von Änderungsbereichen

Der Therapeut klärt mit dem Klienten seine Motivation zur Therapie. Es findet eine erste **Ziel- und Wertklärung** statt. In welchen Bereichen kann der Klient etwas verändern? Nicht nur durch die Abschaffung von problematischen Zuständen, sondern durch den Aufbau von erstrebenswerten Lebenssituationen. Wie hoch ist die Änderungsmotivation des Klienten? Ist es dadurch überhaupt möglich etwas zu verändern?

3. Verhaltensanalyse und funktionales Bedingungsmodell

Das Verhalten des Klienten wird sowohl auf der **Mikroebene** wie auch auf der **Makroebene** situativ und kontextuell analysiert. Es wird „versucht, die vom Klienten als negativ erlebten Bereich zu präzisieren und relevante funktionale Bedingungen herauszuarbeiten.“ (Kanfer, Reinecker, Schmelzer 1996, S. 140)

4. Vereinbaren therapeutischer Ziele

Therapeut und Klient erarbeiten **gemeinsam Therapieziele**, „ die mit den Lebenszielen der jeweiligen Klienten in Einklang stehen.“ (Kanfer, Reinecker, Schmelzer 1996, S. 141) Es werden Prioritäten hinsichtlich der Ziele gesetzt.

5. Planung, Auswahl und Durchführung spezieller Methoden

Die Informationen der vorherigen Phasen werden (1-4) werden ausgewertet.

Interventionen werden vereinbart und durchgeführt.

6. Evaluation therapeutischer Fortschritte

„Anhand der konkreten Verhaltensereignisse und -abläufe wird überprüft, ob die zuvor formulierten Hypothesen tatsächlich zu den **erwarteten Effekten** führen.“ (Kanfer, Reinecker, Schmelzer 1996, S. 141)

7. Endphase: Erfolgsoptimierung und Abschluß der Therapie

Die therapeutischen Fortschritte stehen im Mittelpunkt der **Stabilisierung** und des **Transfers**. Der Klient sollte Selbstmanagement - Kompetenzen erworben haben. Klient und Therapeut arbeiten an den 'Restproblemen' (Das Modell kann erneut ganz oder teilweise durchlaufen werden.).

Wenn ein Schwerpunktziel einer Phase erreicht ist, erfolgt der Übergang zur nächsten Phase unter Beachtung aller bisher erreichten Schwerpunktziele. (Kanfer, Reinecker, Schmelzer 1996, S. 360) Falls die Schwerpunktziele nicht mehr eingehalten werden können, erfolgt ein Rückzug zu den vorherigen Phasen.

Natürlich sind die Grenzen der einzelnen Phasen fließend. Jedoch sollte beachtet werden, daß die Ziele der vorherigen Phasen nicht in Vergessenheit geraten sondern während des gesamten Therapieprozesses bestehen bleiben.

Kanfer, Reinecker und Schmelzer charakterisieren das 7-Phasen-Prozeß-Modell folgendermaßen (Kanfer, Reinecker, Schmelzer 1996, S. 142 f.):

heuristisch; prozeßhaft; auf die Lösung des Problems zentriert; rekursiv; pragmatisch; selektiv; zielorientiert; methodenoffen, praxisnah, anwendungsorientiert; Mehrfachhandlungsmodell.

Damit ist das 7-Phasen-Prozeß-Modell sehr umfassend beschrieben.

4.2 Grundlegende Fähigkeiten und Bausteine des Selbstmanagement

Die folgenden Fähigkeiten und Bausteine sollen dazu beitragen, „daß der Klient zu *generellen Bewältigungsstrategien* befähigt wird, die seine Problemsituation verbessern und ihm *effektive Möglichkeiten* an die Hand geben, mit gegenwärtigen und zukünftigen Schwierigkeiten umzugehen.“ (Kanfer, Reinecker, Schmelzer 1996, S. 412)

Die Methoden von Kanfer, Reinecker, Schmelzer sind (Kanfer, Reinecker, Schmelzer 1996, S. 412 ff.):

1. Vermittlung von Selbstregulationsfähigkeiten

Der Klient soll die oben beschriebene Selbstregulation erlernen. (siehe 3.2) So wird er befähigt unerwünschte Verhaltensweisen zu unterbrechen und Veränderungen anzugehen.

2. Veränderung der Umgebung

Dies bedeutet, daß der Klient durch Selbstmanagement auch befähigt wird äußere Faktoren zu verändern. Denn oft kann erst durch *Veränderung der externen Umgebung* die Stufe erreicht werden, auf der der Klient die Möglichkeit hat sich selbst zu ändern.

3. Therapeutische Aufgaben und Hausaufgaben

Ziel der Therapie/Beratung ist es *Veränderungen im Alltagsleben* der Klienten zu ermöglichen. Dies wird durch therapeutische Aufgaben und Hausaufgaben erleichtert.

„Solche Aufgaben vermitteln Klienten die Botschaft, daß auch in der Zeit zwischen den Sitzungen etwas getan werden muß, während der Therapie erfolgreich zu sein“ (Kanfer, Reinecker, Schmelzer 1996, S. 417)

4. Rollenspiel

Durch Rollenspiele gewinnt der Klient eine *neue Perspektive* seines Verhaltens und kann verschiedene Verhaltensweisen ausprobieren und testen.

5. Kontrakte schließen

„Kontrakte, die für den Klienten alltagsnahe, unmittelbar relevante Vereinbarungen enthalten, sowie Verträge, die signifikante andere Personen seiner natürlichen Umgebung in die Abmachungen einbeziehen,“ sind besonders effektiv und sollen dem

Klienten helfen *Veränderungen zu verwirklichen*. (Kanfer, Reinecker, Schmelzer 1996, S. 422)

6. Umgang mit unerwarteten Situationen

Der Klient lernt den Umgang mit typischen Schwierigkeiten in unerwarteten Situationen.

7. Entspannungsübungen/körperliche Fitneß

Der Klient erlernt Entspannungstechniken und unter Umständen wird z.B. Joggen zur Verbesserung der körperlichen Fitneß mit in das Therapieprogramm aufgenommen. *(Es gibt bis jetzt nur Hinweise auf positive Effekte für die Psyche durch Übungen zur körperlichen Fitneß. Der Klient muß ausprobieren, ob Übungen zur körperlichen Fitneß Einfluß auf sein psychisches Wohlbefinden haben.)*

8. Entwicklung von Genußfähigkeit

Die Klienten sollen sich von Anfang an auch auf *positive Ziele und Perspektiven* konzentrieren bzw. lernen positive Dinge zu entdecken. Selbstmanagement bedeutet also nicht nur die negativen Lebensaspekte wahrzunehmen.

4.3 Grundregeln für das Selbstmanagement - Vorgehen

Die Grundregeln des Selbstmanagement - Vorgehens sind *Anregungen für eine andere Denkweise*. Therapeut und Klient sollten sich diese immer wieder ins Gedächtnis rufen und nach diesen 'Denkanstößen' handeln: (Kanfer, Reinecker, Schmelzer 1996, S. 365 ff.)

Think behaviour: Das Ziel der Therapie ist eine Verhaltensänderung. Diese ist aber nur möglich, wenn wir Verhalten auch als änderbar ansehen. Es sollten konkrete Verhaltensbegriffe für Problemsituationen angewendet werden und klar zwischen Emotion und Verhalten unterschieden werden. Denn Emotionen sind nicht direkt zu verändern. Aber man kann seine Verhaltensweisen ändern, und so Einfluß auf die Emotionen nehmen.

Think solution: Probleme werden oft nur durch eine Beschreibung des Ist-Zustands dargestellt. Wichtig ist jedoch sich eine mögliche Lösung (Ziel) vorzustellen und den Weg zu diesem Ziel. So wird der Klient angehalten lösungsorientierter zu denken. Minimale Beiträge des Klienten in Richtung Lösung werden vom Therapeuten sofort aufgegriffen und verstärkt.

Think positive: Fast alle Lebenssituationen enthalten zumindestens minimale positive Aspekte. Auf diese soll der Klient seinen Blick richten. Positiv denken heißt nicht Änderung der Perspektive oder das Vorspielen von falschen Tatsachen, sondern die Aufmerksamkeit wird auf realistische Änderungsmöglichkeiten gerichtet. Dies hilft vor allem Klienten mit niedrigem Selbstwertgefühl oder depressiven Tendenzen.

Think small steps: Das Therapieziel sollte in kleine, überschaubare und bewältigbare Teilschritte gegliedert werden. Dadurch wird zum einen die Therapigestaltung flexibler. Zum anderen besitzen konkret formulierte, spezifische Ziele, die eine persönliche Herausforderung darstellen, zeitlich naheliegen und mittels kleiner Schritte erreichbar sind ein großes Motivationspotential.

Think flexible: Der Klient soll lernen flexibel mit Situationen umzugehen, auch wenn sich plötzlich einige Faktoren ändern. „Die ständig variierenden Einflüsse und Hindernisse, die das Fortschreiten eines Klienten auf einem vorgeplanten Weg begleiten, verlangen eine ständige Neueinschätzung und Neuanpassung therapeutischer Ziele und Wege.“ (Kanfer, Reinecker, Schmelzer 1996, S. 371)

Der Klient erlernt das flexible Denken z.B. durch eine kreative und kontrollierte Informationsverarbeitung. (z.B.: „Was tun Sie, wenn ihr Freund nicht mit Ihnen sprechen will und Sie ihm Ihre Sichtweise des Konfliktes nicht erklären können?“)

Think future: Mit zukunftsorientiertem Denken ist ein konstruktives und zielorientiertes Vorgehen gemeint. Der Klient soll sich nicht ausschließlich mit der Vergangenheit beschäftigen. Durch Phantasieübungen, Rollenspiele und konkrete Zukunftsplanung soll der Klient auf zukünftige Ereignisse vorbereitet sein und das Gelernte auf kommende Situationen übertragen können.

4.4 Haltung des Therapeuten / Therapeut - Klient - Beziehung

Der Therapeut bei der Selbstmanagement-Therapie erfüllt eine *unterstützende bzw. beratende Funktion*. Er gibt immer wieder Verantwortung an die Klienten ab und überläßt diesen Initiative. Der Therapeut versucht allmählich die Motivation des Klienten aufzubauen. Der Therapeut „*arbeitet als ‘Katalysator’, Impulsgeber bzw. Problemlöse - Assistent*“. (Kanfer, Reinecker, Schmelzer 1996, S. 18)

Der Therapeut glaubt an die Veränderbarkeit spezieller Aspekte im Leben des Klienten und vermittelt ihm dies. Der Therapeut hat die Rolle eines professionellen Helfers und übernimmt für die prozessualen Abläufe in der Therapie die Verantwortung (Kanfer, Reinecker, Schmelzer 1996, S. 66)

Der Therapeut leitet die Klienten zur Selbstregulation und Selbstkontrolle an. Er „*befolgt das ‘Prinzip der minimalen Intervention’ [...], welches besagt, daß Klienten nur mit den jeweils geringstmöglichen Mitteln geholfen werden sollte, welche ausreichen, damit sie wieder autonom leben können.*“ (Kanfer, Reinecker, Schmelzer 1996, S. 16)

Der Therapeut vermittelt eine ganzheitliche Betrachtungsweise von Personen und Systemen und schafft eine positive Lernatmosphäre. In Krisensituationen übernimmt der Therapeut eine *aktive 'zupackende' Haltung*. (Kanfer, Reinecker, Schmelzer 1996, S. 10)

Zwischen Therapeut und Klient sollte eine *therapeutische Allianz* bestehen. Das bedeutet, der Therapeut mit seinem professionellen Wissen und der Klient, als Experte für sein Leben, verfolgen das gemeinsame Ziel: Verbesserung der Lebenssituation des Klienten. (Kanfer, Reinecker, Schmelzer 1996, S. 63)

Die Therapeut - Klient - Beziehung bildet den Rahmen für therapeutische Interventionen. (Kanfer, Reinecker, Schmelzer 1996, S. 64) Therapeut und Klient führen eine wechselseitige Beziehung.

Der Therapeut demonstriert modellhaft die 6 Grundregeln des Selbstmanagement (Think positive,...etc.) und verstärkt diese zielorientiert bei seinem Klienten. (Kanfer, Reinecker, Schmelzer 1996, S. 365) Der Therapeut ist also ein Modell für den Klienten (Kanfer, Reinecker, Schmelzer 1996, S. 373)

Er zeigt ein professionelles Interaktionsverhalten durch *emphatisches Verstehen, Arbeit an Veränderung, maximale Objektivität, Neutralität bzw. Allparteilichkeit und distanzierte Anteilnahme*. (Schmelzer 1999, S. 4)

Wichtig ist, daß der Klient ein Maximum an Selbstbestimmung und Mitentscheidung bekommt. „*Transparenz des Vorgehen, Informationen über alle ablaufenden und geplanten Maßnahmen und gemeinsam getroffene Entscheidungen über Probleme, Ziele und Lösungswege sind dabei nicht nur Voraussetzung für positive Weiterentwicklung, sondern haben auch hohe motivationale Bedeutung (Mitarbeit!), indem sie bei unseren Klienten die Auftretenswahrscheinlichkeit von 'Widerstands'- Manövern reduzieren.*“ (Schmelzer 1999, S. 5)

5 Der Selbstmanagement - Ansatz in der Praxis

Nachdem ich nun die Selbstmanagement-Therapie nach Kanfer dargestellt habe, möchte ich nun den Selbstmanagement - Ansatz auf die Praxis beziehen.

In Amerika wird Selbstmanagement schon seit längerer Zeit auf verschiedene medizinische Bereiche übertragen und erfolgreich angewendet. Zum Beispiel gibt es Studien mit astmatischen Kindern, die mit Hilfe von Selbstmanagement ihre Lebensqualität wesentlich verbessern konnten. Auch im deutschen Sprachraum wird der Selbstmanagement - Ansatz mittlerweile in verschiedenen Bereichen der Medizin und

Psychologie angewandt. Ich werde nun die Selbstmanagement-Therapie auf die Behandlung von Patienten mit der Eßstörung Bulimie beziehen.

5.1 Die Selbstmanagement-Therapie bei Patienten mit Bulimie

Unter Selbstmanagement verstand Kanfer „einen Vorgang mit dessen Hilfe psychische Störungen z.B. Suchtverhalten und Angst, unter die eigene Kontrolle gebracht werden sollte. Der Patient sollte sein eigener Therapeut werden und lernen seine Symptome selbst zu beeinflussen.“ (Kriegel, Schütte 1998, S. 1)

Aus den obigen Überlegungen ergeben sich folgende Fragen: Gehört Bulimie zu den psychischen Störungen, die mit der Selbstmanagement-Therapie behoben werden können? Kann der Klient bei dieser Eßstörung sein eigener Therapeut werden? Verbessert der Selbstmanagement - Ansatz bei Menschen mit Bulimie deren Lebensqualität?

Bulimie ist eine recht verbreitete Eßstörung. Meistens sind Frauen davon betroffen. Ca. 2 - 4 % der Frauen zwischen 18 und 35 Jahren leiden an Bulimie. Die Betroffenen nehmen innerhalb kurzer Zeit eine sehr große Menge kalorienreicher Nahrungsmittel zu sich. Nach einem solchen Eßanfall versuchen sie das Essen bis zum nächsten Anfall wieder loszuwerden, z.B. durch Erbrechen oder den Mißbrauch von Abführmitteln. Personen die an Bulimie leiden ist ihr abnormales Eßverhalten durchaus bewußt, doch die Angst vor der eigenen Unfähigkeit einen Heißhungeranfall zu kontrollieren bzw. zu beenden ist sehr groß. (Zimbardo 1995, S. 613) Bulimie ist eine sehr ernste, gesundheitsschädigende Störung. Doch „das Muster des gestörten Eßverhaltens ist lediglich die Spitze des Eisbergs, Symptom tieferliegender emotionaler Konflikte.“ (Zimbardo 1995, S. 613)

Eine Patientin kommt nun mit diesem Störungsbild in die Selbstmanagement-Therapie. In der Eingangsphase erklärt der Therapeut der Patientin den organisatorischen Ablauf der Therapie und erledigt die Formalitäten. Dann bittet er die Patientin ihr Problem zu schildern.

Durch Rückfragen vergewissert der Therapeut sich, daß er sie richtig verstanden hat und versucht die Informationen zu konkretisieren. Nach der ersten Informationsaufnahme klärt der Therapeut mit der Patientin den weiteren (organisatorischen) Verlauf der Therapie.

In den nächsten Sitzungen überläßt der Therapeut der Klientin weitestgehend die Gesprächsführung. Sie schildert ausführlicher ihr Problem und der Therapeut versucht weiter die Informationen zu konkretisieren und sich ein umfassenderes Bild zu machen. Außerdem spricht der mit der Klientin über die sechs Grundregeln der Selbstmanagement-Therapie (Verhaltensorientiert denken....etc.) und bittet sie, diese auf Situationen aus ihrem Leben zu beziehen.

Die Patientin merkt so z.B., daß die Bereitschaft bzw. der Glaube an eine Veränderung von ihr selbst entwickelt werden muß. Der Therapeut greift Äußerungen der Klientin auf und wendet die Regeln darauf an. Er gibt ihr außerdem kleine Hausaufgaben auf, z.B. soll sie sich über den Zeitraum von einer Woche notieren, wie oft sie an einem Tag erbricht und eine Heißhungerattacke hat. Die nächste Aufgabe der Selbstbeobachtung ist dann, zu beobachten, in welchen Situationen diese Verhalten auftritt und wie sie sich in diesen Situationen fühlt.

Nach und nach klären Klientin und Therapeut gemeinsam, welche Ziele die Klientin hat und wie diese verwirklicht werden können. Das Verhalten der Klientin wird grundlegend analysiert und es werden kleine Ziele festgelegt, die die Klientin erfüllen kann, dies stärkt ihre Änderungsbereitschaft.

Wenn das Ziel einer Phase erreicht ist und auch beibehalten werden kann, geht der Therapeut zu der nächsten Phase über.

Die Klientin wird immer wieder angehalten, ihr Verhalten selbst zu beobachten, zu bewerten und zu verstärken. Der Therapeut ist Modell für die Denk- und Handlungsregeln des Selbstmanagement - Ansatzes und verstärkt die positiven Verhaltensweisen der Klientin. Der Therapeut gibt der Klientin Verantwortung für ihr Denken und Handeln und überläßt es ihr mit seiner Unterstützung den Therapieprozess zu gestalten.

Zum Beispiel sagt die Klientin: „Gestern habe ich es geschafft, eine Stunde lang nicht ans Essen zu denken, da ich auf die Kinder meiner Tante aufgepasst habe und mit ihnen auf dem Spielplatz war. Vielleicht sollte ich öfter mit den Kindern etwas unternehmen oder mir ein Hobby suchen, daß mir Spaß macht und bei dem es mir gelingt nicht nur ans Essen zu denken.“ Der Therapeut verstärkt diese Aussage sofort positiv und fragt nach, wie sie sich mit den Kindern auf dem Spielplatz gefühlt hat und welche Möglichkeiten bestehen ähnliche Situationen herzustellen. Dann fragt er, welches Hobby sie sich den vorstellen kann und wie sie diesen Wunsch realisieren könnte.

Schwierigkeiten bei der Therapie von Bulimie bestehen darin, daß die Klientin sich bulimisch verhält, obwohl sie sich dabei nicht wohl fühlt und sie weiß, daß ihr Verhalten schlecht ist. Aber sie sieht keine Möglichkeit ihr Verhalten zu ändern und ist in dem Kreislauf 'Essen - Erbrechen' gefangen.

Aufgabe der Therapie ist es der Klientin zu vermitteln, daß ihr Verhalten änderbar ist, sie aber aktiv daran arbeiten muß und nicht ihre Verantwortung an den Therapeuten abgeben kann. Sie muß erkennen, daß ihr Verhalten zu dem emotionalen Konflikt führt und dieser sich langsam verändert, wenn sie ihr Verhalten ändert.

Eine Verhaltens- und Zielanalyse ist wichtig um die verdeckten Konflikte im Leben der Klientin zu entdecken. Schritt für Schritt muß das Selbstbewußtsein der Klientin gestärkt werden. Langsam müssen ihr die Fähigkeiten der Selbstregulation vermittelt werden, damit sie selber in der Lage ist, den Kreislauf zu unterbrechen. Ziel der Therapie, daß die Patientin Fähigkeiten erlernt mit ihren Problemen konstruktiv umzugehen.

Ich denke, daß man mit Hilfe der Selbstmanagement-Therapie Bulimie in den Griff bekommen kann. Der Betroffene ist durchaus in der Lage sein eigener Therapeut zu werden, denn er ist sein eigener Lebensexperte und weiß schon um seine Schwächen.

Im Prinzip fehlen ihm lediglich Strategien zu Veränderung dieser. Und diese Strategien und Denkweisen kann er in der Selbstmanagement-Therapie erlernen.

Allerdings ist dies sicherlich ein langwieriger und schwieriger Prozeß und nicht so einfach, wie es sich in der theoretischen Darstellung anhört.

Die Lebensqualität des Bulimiepatienten wird sich durch die Selbstmanagement-Therapie verbessern, denn die erlernten Fähigkeiten lassen sich auch auf andere Bereiche des Lebens übertragen. Dennoch muß der Klient sehr lange und immer wieder üben, sein Verhalten zu beobachten und die Selbstmanagement - Fähigkeiten anzuwenden.

6 Fazit

Zum Schluß möchte ich nun auf die Fragen eingehen, die ich mir vor Beginn dieser Arbeit gestellt habe:

Kann der Mensch Verhalten selber, erfolgreich kontrollieren? Ist es möglich Fähigkeiten, wie Problemlösen und Selbstkontrolle zu vermitteln? Wird Therapie dadurch nicht überflüssig? Gibt die Selbstmanagement-Therapie 'Hilfe zur Selbsthilfe'? Lerne ich während dieser Therapie Strategien, die ich später auf andere Probleme übertragen kann? Oder ist 'Hilfe zur Selbsthilfe' nur ein vielversprechender Slogan?

Wie die neueren Forschungen zeigen, auf die sich Kanfer, Reinecker und Schmelzer auch beziehen, hat der Mensch durchaus die Möglichkeit sein Verhalten erfolgreich zu kontrollieren. Empirische Studien z.B. die Studie von Hanewinkel, Burow und Ferstl zum Thema 'Primär- und Sekundärprävention des Rauchens' zeigen, daß Kontrolle und Regulation des Verhaltens durch die eigene Person durchaus möglich ist und Erfolge bringt.

Die Darstellung der Selbstmanagement-Therapie zeigt mehrere Möglichkeiten auf, Klienten die Fähigkeiten des Problemlösens und der Selbstregulation bzw. des Selbstmanagement zu vermitteln. Man denke dabei nur an die sechs Grundregeln des Selbstmanagement, wie 'Think small steps' etc. Die Selbstmanagement-Therapie vermittelt also Strategien und Denkweisen mit denen man Probleme bewältigen kann und die man auf verschiedenste Bereiche anwenden kann. Hat man diese Fähigkeiten einmal erworben und eingeübt ist der Klient also in der Lage andere Probleme dadurch selber zu lösen. 'Hilfe zur Selbsthilfe' ist also nicht nur ein vielversprechender Slogan sondern ein Fazit der Selbstmanagement-Therapie.

Therapie wird dadurch jedoch nicht überflüssig, sondern man muß bedenken, daß die Selbstmanagement-Therapie nicht für jedes psychische Problem und schon garnicht für akute Krisen geeignet ist.

Diese Therapieform wirft jedoch eine andere Frage auf: Ist wirklich eine Therapie nötig, um jemandem die Fähigkeiten des Selbstmanagement zu vermitteln? Ist eine Therapie die richtige Methode, jemandem mehr Lebenskompetenzen zu vermitteln?

Ich denke, daß es durchaus sinnvoll ist Selbstmanagement - Fähigkeiten auch in anderen Gebieten zu vermitteln, z.B. in der Schule oder im Studium. Jemand, der von Anfang an lernt mit seinen Problemen konstruktiv umzugehen und selber Lösungsmöglichkeiten zu

entwickeln, kommt heutzutage in seinem Leben besser zurecht, als jemand der diese Fähigkeiten nicht entwickeln konnte.

Ich denke aber auch, daß es konkrete Probleme gibt, bei denen es durchaus angebracht ist Selbstmanagement in Form einer Therapie zu erlernen, z.B. bei Bulimie. In manchen Lebenssituationen ist es sicherlich sehr hilfreich und nötig durch eine kompetente und professionelle Person beraten und unterstützt zu werden.

Schwierigkeiten in der Selbstmanagement-Therapie allgemein könnten sich ergeben, wenn der Klient eine ganz andere Lebensauffassung hat als der Therapeut. Denn auch wenn von einem Pluralismus ausgegangen wird, könnte ich mir vorstellen, daß es für den Therapeuten eine Gratwanderung ist, wenn der Klient seine Selbstverantwortung ganz anders gebraucht als der Therapeut sich das für die Probleme des Klienten wünschen würde. Allerdings hat der Therapeut ja auch die Möglichkeit sich seine Klienten auszusuchen und umgekehrt.

Ich bin der Meinung, daß Selbstmanagement-Therapie eine hilfreiche und nützliche Therapieform ist, gerade weil sie sehr methodenoffen und zielorientiert ist. Allerdings sind für mich viele Dinge, die in dem Konzept der Selbstmanagement-Therapie dargestellt worden sind selbstverständlich und alltäglich. Ich befürworte auf jeden Fall die Übertragung des Selbstmanagement - Ansatzes in schulische und andere Bereiche, da ich selber aufgrund meiner Schulbildung recht positive Erfahrungen mit dem Motto 'Hilfe zur Selbsthilfe' gemacht habe.

Ich denke es ist sehr wichtig, daß alle Menschen Möglichkeiten kennenlernen ihr Leben selber zu bestimmen und ihre persönlichen Ziele zu verwirklichen.

7. Literaturverzeichnis

Callabero F. , Feldman L., Pérez M.G. (1999): Effects of a self - management educational program for the control of childhood asthma. In: Patient Education and Counseling 36. S. 47 - 55

Hanewinkel R., Burow F., Ferstl R. (1996): Verhaltenstherapeutische Primär- und Sekundärprävention des Rauchens am Beispiel einer Interventionsstudie an Schulen. In: Reinecker H., Schmelzer D.(Hrsg.): Verhaltenstherapie, Selbstregulation, Selbstmanagement. Hogrefe. S. 417 - 433

Janssen P.L., Martin K., Tress W., Zaudig M. (1998): Struktur und Methodik der stationären Psychotherapie aus psychoanalytischer und verhaltenstherapeutischer Sicht. In: Psychotherapeut 43. Springer Verlag S. 265 - 276

Kanfer F.H., Reinecker H., Schmelzer D. (1996): Selbstmanagement-Therapie. 2. überarb. Aufl. Springer Verlag

Kriegel W., Schütte P. (1998): Selfmanagment des Patienten und seine Stabilisierung als Beitrag zur Prozeßqualität. In: Z Rheumatol 57. Steinkopff Verlag S. 434 - 436

Leibing E., Rüger U. (1997): Verhaltenstherapie. In: Heigl-Evers A. et al. (Hrsg.): Lehrbuch der Psychotherapie. 3. überarb. Aufl. Fischer. S. 276 - 294

Lieb H. (1996): Selbstorganisation und Selbstmanagement aus verhaltenstherapeutischer und systemtherapeutischer Sicht. In: Reinecker H., Schmelzer D.(Hrsg.): Verhaltenstherapie, Selbstregulation, Selbstmanagement. Hogrefe. S. 83 - 105

Reimer M., Tillmanns A. (1996): Selbstmanagement in der Therapie von Zwangspatienten. In: Reinecker H., Schmelzer D.(Hrsg.): Verhaltenstherapie, Selbstregulation, Selbstmanagement. Hogrefe. S. 273 - 280

Schmelzer D. (1999): „Hilfe zur Selbsthilfe“. Der Selbstmanagement - Ansatz als Rahmenkonzept für Beratung und Therapie. Gefunden unter: <http://www.beratung-aktuell.de/selbsthilfe.html> (25.05.1999)

Schmelzer D., Trips M. (1996): Der Selbstmanagement - Ansatz als grundlegendes Arbeitsmodell einer Erziehungsberatungsstelle. In: Reinecker H., Schmelzer D.(Hrsg.): Verhaltenstherapie, Selbstregulation, Selbstmanagement. Hogrefe. S. 381 - 404

Zimbardo P.G. (1995): Psychologie. 6. bearb. u. erw. Aufl. Springer Verlag