

1 Einführung in die Thematik

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

sowie durch das Konzept adaptiver Prozesse kennzeichnen.

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

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

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

1.1 Was ist Selbstmanagement-Therapie? Einführende Bemerkungen zur Terminologie

1.1.1 Selbstmanagement und Selbstmanagement-Therapie

Selbstmanagement als umfassender Oberbegriff.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Selbstmanagement-Therapie ist nicht offen für »alles«.

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

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

1.1.2 Therapie und andere psychosoziale Tätigkeiten

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.2 Empirische Studien und Befunde zum Selbstmanagement

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.3 Einige philosophische und praktische Basisannahmen der Selbstmanagement-Therapie

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

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

- Von diesen eher philosophischen Basisannahmen lassen sich gewisse *Richtlinien für die Praxis* ableiten, die für unser Vorgehen fundamentalen Charakter haben und die wir vorab wie folgt zusammenfassen möchten:
- In der praktischen Arbeit versuchen wir von Beginn an, die Entscheidungsfreiheit und Eigenverantwortung von Klienten zu maximieren. Dies bedeutet unter Umständen bei Personen, die zu Beginn wenig Selbstverantwortungskompetenzen besitzen (z. B. auch Kinder), einen minimalen Beginn mit schrittweiser Steigerung, bis die Personen am Ende der Therapie wieder ohne Assistenz von Therapie und Therapeut leben können.
- Der Therapeut befolgt das »Prinzip der minimalen Intervention« (vgl. Kanfer, 1975), welches besagt, dass Klienten nur mit den jeweils geringstmöglichen Mitteln geholfen werden sollte, welche ausreichen, damit sie wieder autonom leben können.
- Wegen des Fehlens eines idealen Persönlichkeitsmodells sowie wegen der Unmöglichkeit, allgemein gültige Kriterien für »Normalität« oder »Krankheit« aufzustellen, bedeutet jede einzelne Selbstmanagement-Therapie auch die *gemeinsame* Suche und Definition von Problemen und Zielen. Therapeut und Klient suchen nach günstigen Ansatzpunkten für Veränderungen und Verbesserungen und bemühen sich um die Entwicklung eines individuellen, persönlichen Lebensstils, der den Klienten subjektiv zufrieden stellt.
- Die ganzheitliche Betrachtung von Personen und Systemen erfolgt aus einer systembezogenen Perspektive: Sowohl auf individueller Ebene als auch auf der Ebene der jeweiligen sozialen Systeme von Klienten werden Konstellationen *auf verschiedenem Auflösungsniveau* betrachtet. Interventionen erfolgen auf Grund einer individuellen situativen wie kontextuellen Verhaltensanalyse in bestimmten Teilbereichen des Systems, jedoch immer unter Berücksichtigung des gesamten Problem-»Hintergrunds«.
- Die Dynamik des menschlichen Lebens legt ein probabilistisches Denken und eine prinzipielle Flexibilität des Vorgehens nahe. Alle Planungen und Schritte haben immer nur »Gültigkeit bis auf weiteres«; alle Vorgehensweisen werden anhand der real eintretenden Ergebnisse optimiert. Dies bedeutet auch, dass der therapeutische Prozess (wegen der sich kontinuierlich ändernden Probleme und Ziele) im Verlauf der Zeit möglicherweise ganz andere Zielrichtungen nimmt als zu Beginn geplant.
- Das Erlernen von Selbstregulation und Selbstmanagement erfolgt im Rahmen einer *professionellen* Interaktion zwischen Therapeut und Klient und in einer Atmosphäre, welche wissenschaftliche Erkenntnisse über optimale Bedingungen des Lernens integriert.
- Der Selbstmanagement-Ansatz zeichnet sich durch eine enge Verbindung zwischen Theorie und Praxis aus, wie er z. B. im so genannten »Scientist-Practitioner«-Modell (vgl. z. B. Barlow, Hayes & Nelson, 1984; Kanfer, 1989 a, 1990, 1996 a) propagiert wird. Theorien werden dabei als Modelle und Konstruktionen (d. h. nicht als Realität) betrachtet und anhand ihrer *Nützlichkeit* für die Ableitung handlungsrelevanter therapeutischer Schritte beurteilt. Dies impliziert auch eine gewisse Portion *Pragmatismus* sowie die Erlaubnis, über die Grenzen der eigenen therapeutischen Schule hinauszuschauen, um (auf der Basis einer effektivitätsorientierten empirischen Perspektive) zielführende Ideen und Methoden aus anderen Richtungen integrieren zu können.

Die oben angeführten Basisannahmen bilden einen wichtigen Hintergrund für unseren Ansatz; die einzelnen Annahmen verdeutlichen auch, dass man sich im Selbstmanagement auf unterschiedliche Basisannahmen bezieht, wie z. B. in wissenschaftstheoretischer Hinsicht (Pluralismus), im Bereich der Menschenbildannahmen (Selbstbestimmung und Autonomie des Menschen) oder hinsichtlich inhaltlich-theoretischer Modelle (Psychologie und ihre Nachbardisziplinen). Die einzelnen Prinzipien sind hier nur stichwortartig angeführt; sie werden im Verlaufe der weiteren Abhandlungen näher erläutert und auf das praktische Vorgehen im Selbstmanagement-Ansatz bezogen.

1.4 Selbstmanagement-Therapie als Entwicklung in Richtung einer »Allgemeinen Psychotherapie«?

Wir sehen unsere Selbstmanagement-Therapie zwar nicht als neue Therapieschule; sie hat allerdings – im Rahmen von bzw. im Vergleich zu anderen Ansätzen – durchaus eigenständigen Charakter. Orlinsky (1989) hat aus einer Forschungsperspektive heraus versucht, die Fülle existierender Therapiekonzepte durch eine Konzentration auf grundlegende Orientierungen (»images«) von Therapeuten überschaubar zu machen; diese korrespondieren jeweils mit bestimmten Zielen und Vorgehensweisen. Er nennt vier Kategorien von Therapien:

1. **Psychotherapie als Behandlung diagnostizierbarer psychischer Störungen (»mental health treatment«).** In diesen Ansätzen gibt es »Patienten«, die bestimmte »Störungen« »besitzen«, »Therapeuten« mit Expertenstatus, die diese Patienten mit bestimmten Methoden »behandeln«, wobei das Behandlungsergebnis von der mehr oder weniger erfolgreichen Anwendung bestimmter Maßnahmen abhängt.
2. **Psychotherapie als persönlicher Erziehungs- oder Lernprozess.** Hier liegt der Schwerpunkt auf den kognitiven, sozialen oder verhaltensbezogenen Fertigkeiten, die zu einer »effektiven« Lebensbewältigung erforderlich sind. Während viele Menschen während ihrer Sozialisation ausreichende Kompetenzen erwerben konnten, um im Leben zurechtzukommen, gibt es bei anderen Defizite. Therapie stellt sich dann als Lernprozess bzw. als eine Form der »Nach-Erziehung« dar, bei der Defizite kompensiert und die notwendigen Fertigkeiten vermittelt werden.
3. **Therapie als Anpassungs- oder Reformprozess.** Der erste Teil dieser Überschrift wird selten dem eigenen Konzept zugeschrieben, sondern meist – mit negativem Unterton – zur Fremdbewertung verwendet, da mit ihr Psychotherapie als subtile Form politischer Unterdrückung oder Anpassung an etablierte soziale Normen beschrieben wird. Wir finden jedoch auch das andere Extrem, wonach Therapie als »Liberalisierungsprozess« oder Befreiung von herkömm-

lichen gesellschaftlichen Zwängen, Ablegen von Masken usw. idealisiert wird.

4. **Therapie als Prozess der spirituellen Erfüllung/moralischen Bekehrung.** Hier wird Therapie als säkularisierte Nachfolgeinstanz spiritueller oder religiöser Traditionen gesehen und meist eine »Transformation persönlicher Identität« bzw. »persönliche Erneuerung« – besonders in Zeiten existenzieller Lebenskrisen – propagiert. Therapie wird zu einem quasi-religiösen Phänomen mit allen dazugehörigen Riten und Gebräuchen (Gurus, Symbole, Zeremonien, Erlösungs- und Bekehrungsrituale), wobei die gemeinsam geteilte Hintergrund-Ideologie/Philosophie als Mittel zur »Sinnstiftung« dient.

Obwohl man unseren Ansatz am ehesten der zweiten Gruppe zuordnen könnte, möchten wir behaupten, dass die Selbstmanagement-Therapie eine zusätzliche Komponente enthält, die ihr eine gewisse Eigenständigkeit verleiht. Dies ist u. E. das Kriterium der *Therapie als »Instigation«* (Kanfer & Phillips, 1966, 1970/dt. 1975), d. h. als systematischer Anregungsprozess für Klienten, um Änderungen in deren Leben zu erleichtern. Der Therapeut übernimmt dabei weder die Rolle eines Behandlungsexperten, Lehrers, Sozialreformers oder Gurus, sondern arbeitet als »Katalysator«, Impulsgeber bzw. Problemlöse-Assistent (»facilitator of problem-solving«). Ziel ist, Klienten dabei zu helfen, ihr Leben wieder selbst in die Hand zu nehmen und den Alltag mit den eigenen Zielen (und umgekehrt) in Einklang zu bringen. Dazu kann es niemals ausreichen, nur Verhaltensdefizite zu beheben oder Symptome zu lindern; es geht vielmehr darum, positive und alternative Handlungsmuster (auf allen Verhaltensebenen) zu vermitteln, einen günstigeren (»gesünderen«) allgemeinen Lebensstil zu entwickeln, die Selbstwahrnehmung und Selbstreflexion zu verbessern, Selbstbewusstsein – im Sinne von »self-efficacy« (Bandura, 1977) – aufzubauen, sich über wichtige Ziele/Werte klarer zu werden, die für das eigene Leben von Bedeutung sind, und in der Folge »Wunsch« (= Bedürfnisse) und »Wirklichkeit« (= Alltag) eher in Einklang zu bringen.

Neben diesem Anregungs-Charakter, welcher impliziert, ständig den Ball der Verantwortung wieder an die Klienten zurückzugeben, macht der Ver-

such einer möglichst engen Verbindung von Wissenschaft und Praxis u. E. ein weiteres kennzeichnendes Merkmal aus (vgl. besonders ► Teil I, Kap. 2.8). Wir vertreten in dieser Hinsicht ein ähnliches Anliegen wie Grawe, der sich um eine möglichst effektive Nutzung empirisch nachgewiesener *gemeinsamer Wirkfaktoren* bemüht (► unten). Die Idee solcher »common factors« ist nicht neu (vgl. schon Frank, 1961/dt. 1985 a); zwischenzeitlich hat sich jedoch die diesbezügliche Befundlage der Psychotherapieforschung stark verbessert. So präsentieren z. B. Lambert & Bergin (1994, S. 163) eine umfangreiche Auflistung mit empirisch nachgewiesenen, allgemeinen Wirkfaktoren, die sie in drei grobe Bereiche gliedern:

- *Unterstützung*: z. B. Katharsis, Identifikation mit dem Therapeuten, Linderung von Isolation, positive Beziehung, beruhigende Rückversicherung, Spannungsminderung, Struktur, therapeutische Allianz, aktive Beiträge von Therapeut/Klient, Therapeut als Experte, therapeutische Basisvariablen (Wärme, Respekt, Empathie, Akzeptanz, Echtheit) sowie Vertrauen;
- *Lernen*: z. B. Ratschläge, affektive Erfahrungen, Assimilation problematischer Erfahrungen, Veränderung eigener Effizienz-Erwartungen, kognitives Lernen, korrektive emotionale Erfahrungen, Exploration des internen Bezugsrahmens, Feedback, Einsicht und rationale Begründungen;
- *Aktives Handeln*: Verhaltensregulation, kognitive Bewältigung, Ermutigung zum Durchstehen von Angst, Risiken eingehen, Bewältigungsversuche, Modelllernen, Üben, Realitätstestung, Erfolgserlebnisse und Durcharbeiten.

Grencavage & Norcross (1990) gehen bezüglich solcher »common factors« auf eine Meta-Ebene und nennen – sozusagen als Gemeinsamkeiten der Gemeinsamkeiten – folgende Überkategorien:

- Entwickeln einer therapeutischen Allianz,
- Gelegenheit zu Katharsis,
- Erwerb und Einüben neuer Verhaltensweisen sowie
- Aufbau positiver Klientenerwartungen.

Im deutschen Sprachraum hat sich insbesondere Klaus Grawe (1994; Grawe, Donati & Bernauer, 1994; Orlinsky, Grawe & Parks, 1994) im Lauf seiner lang-

jährigen Forschungen zur Effektivität von Psychotherapie mit der Suche nach gemeinsamen Wirkfaktoren beschäftigt. Auf der Basis der empirisch gewonnenen Ergebnisse wurden von ihm folgende vier Elemente als »Ingredienzien effektiver Therapien« herausgearbeitet:

- Aktive Hilfe zur Problembewältigung,
- Klärungsarbeit (z. B. hinsichtlich eigener Motivation),
- Prinzip der realen Erfahrung (»erfahrensorientiertes Lernen«) sowie
- Ressourcenaktivierung (vor allem mittels unterstützender Therapeut-Klient-Beziehung).

Hierbei sind die beiden erstgenannten Prinzipien (in dieser Reihenfolge!) am bedeutsamsten (Grawe, Donati & Bernauer, 1994, S. 750 bzw. S. 752; vgl. auch Grawe, 1996); die Faktoren 3 und 4 nennt Grawe zusätzlich in einer anderen Publikation (Grawe, 1994).

In einem nächsten Schritt versucht Grawe mit seiner »Berner Gruppe«, die wichtigsten therapeutischen Wirkfaktoren zu einer »Allgemeinen Psychotherapie« zu verschmelzen. Diese versteht sich als eine Art »empirisch fundierte klinische Psychologie«, beruht auf den wichtigsten Effektivitätsergebnissen der aktuellen Grundlagenforschung und überschreitet die engen Grenzen bisheriger traditioneller Schulrichtungen (vgl. Grawe, Donati & Bernauer, 1994, S. 749 ff.). In Anlehnung an diese Gedankengänge möchten wir folgende Empfehlungen an heutige und künftige Therapeuten geben:

- Psychotherapeuten sollten die wichtigsten obigen Wirkprinzipien (a) kennen und (b) gezielt umsetzen, d. h. in der unmittelbaren Therapiepraxis mittels effektiver Interventionsmethoden zur Geltung bringen.
- Neben einer besseren Verbindung dieser Wirkfaktoren (z. B. Klärung und aktive Problembewältigung!) ist auf Basis der empirischen Befunde eine differenzielle Indikation zu beachten: Was ist optimal für wen und welchen Zweck bei welcher Ausgangslage?
- Praktiker sollten von den Therapieforschern auch eine Verbindung im Sinne einer stimmigen, übergeordneten Meta-Theorie fordern, die ihnen erlaubt, statt einer Addition der Vorgehensweisen sämtlicher Therapieschulen oder

statt eines konzeptlosen technischen Eklektizismus in Einklang mit dem für die Psychotherapie relevanten Erkenntnisstand der empirischen Psychologie zu arbeiten.

- In der Ausbildung von Therapeuten müssten zunehmend Curricula zur Anwendung kommen, deren Inhalte und Vorgehensweisen mit den empirisch nachgewiesenen Wirkprinzipien in Einklang stehen. Ähnliches gilt für die Supervision.

Das bessere Berücksichtigen *effektiver* Methoden – unabhängig von der ursprünglichen Herkunft – kann zu einer Entwicklung beitragen, die sich von verkrusteten Ideologien löst und akzeptiert, dass es *mehrere* Wege zu therapeutisch sinnvollen Veränderungen gibt (vgl. Grawe, Donati & Bernauer, 1994, S. 773). Die weitere Ergebnis- und Prozessforschung, die nicht von vornherein bestimmte Methoden aus der Betrachtung ausschließt, sondern beliebige propagierte Interventionen einer kritischen Effektprüfung unterzieht, könnte ein Paradebeispiel dafür werden, dass jede gute Forschung immer auch praxisrelevant sein muss.

Unser Selbstmanagement-Modell (bestehend aus den theoretischen Grundannahmen in ► Teil I und der praktischen Umsetzung in Form unseres 7-Phasen-Modells in ► Teil II) versucht schon immer, *möglichst viele* der laut Forschung als effektiv erwiesenen Vorgehensweisen zu berücksichtigen. Wir sehen keinen Grund, auf nützliche Konzepte und Methoden zum Erreichen bestimmter Zwecke zu verzichten, nur weil sie ursprünglich in einem anderen therapeutischen Bezugssystem entstanden sind. Eine unserer generellen Botschaften lautet folglich: Jede Methode, die effektiv sein könnte, um bestimmte (für den Therapieerfolg notwendige) Ziele zu erreichen, ist OK – insbesondere, wenn ihre praktische Anwendung im Einzelfall auf Erfolg überprüft (evaluiert) wird.

Auf Grund vieler Rückmeldungen von Kollegen und auf Basis eigener Einschätzungen wagen wir zu behaupten, dass unser Ansatz (speziell unser 7-Phasen-Prozessmodell) die wichtigsten der oben angeführten Wirkfaktoren bereits in irgendeiner Form enthält. Es gibt außerdem heuristische Hinweise darauf, wann welche Schritte zu welchen Zwecken sinnvoll sein könnten sowie welche Adaptationen für bestimmte Personen/Fragestellungen notwendig

wären. Alles in allem handelt es sich bei unserer Selbstmanagement-Therapie um ein *transtheoretisches, schulenübergreifendes, problem- und zielorientiertes, methodenoffenes Konzept*. In dieser Hinsicht stehen wir möglicherweise Grawes Bemühungen um eine übergreifende »Allgemeine Psychotherapie« schon relativ nahe, möchten eine »objektive« Bewertung dieses Standpunkts aber lieber anderen überlassen (vgl. z. B. Borg-Laufs, 1995).

Selbstmanagement-Therapie

Ein Lehrbuch für die klinische Praxis

Kanfer, F.H.; Reinecker, H.; Schmelzer, D.

2012, XXI, 554 S., Hardcover

ISBN: 978-3-642-19365-1