

Grünwald • Held • Horni

Die Methoden-Matrix der Psychotherapie

Systemische und verhaltenstherapeutische
Techniken kombinieren



E-BOOK INSIDE

BELTZ

Inhalt

Geleitwort	9
Vorwort	11
Einleitung	13
1 Grundlagen	19
1.1 Einführung in die Methoden-Matrix (MM)	19
1.2 Dimensionen der Methoden-Matrix	20
1.3 Evidenz der Methoden-Matrix	26
2 Allgemeine Wirkfaktoren der Psychotherapie als Grundlage der Methoden-Matrix	31
2.1 Einleitung	31
2.2 Prozesshaltungen	32
2.3 Prozessgestaltung	40
2.4 Prozessphasen	55
3 Spezifische Wirkfaktoren der Psychotherapie als Grundlage der Methoden-Matrix	64
3.1 Einleitung	64
3.2 Bestimmende Dimensionen der Ziele in der MM	64
3.3 Feld 1: System- und Ressourcenaktivierung und Reorganisation des Paar-/Familiensystems	70
3.4 Feld 2: System- und Ressourcenaktivierung und Reorganisation des erweiterten Systems	76
3.5 Feld 3: Förderung der Selbstwirksamkeit	79
3.6 Feld 4: Förderung funktionaler Beziehungsmuster	82
4 Praktische Umsetzung der Methoden-Matrix	95
4.1 Prozessphasen	96
4.2 Details zur Anwendung einzelner Methoden	112
4.3 Heuristiken zur Selbstsupervision	153
5 Fallbeispiele aus der therapeutischen Praxis	158
5.1 Simon, 11-jährig: Zwangsstörung; stationär; Kinder/Jugend	158
5.2 Belinda, 16-jährig: Essstörung; stationär; Adoleszenz	165
5.3 Frau Ammann, 23-jährig: Soziale Phobie, traumatisiert durch Mobbing Erfahrungen, parentifiziert; ambulant; junge Erwachsene	173

5.4	Herr Maurer, 23-jährig: Störung des Sozialverhaltens, Posttraumatische Belastungsstörung, Alkohol-Abhängigkeits-syndrom; stationäre Forensik; junge Erwachsene	182
5.5	Frau Studer, 57-jährig, bipolare affektive Störung; ambulante Praxis; Erwachsene	193
5.6	Herr Wagner, 51-jährig, schizoaffektive Störung; Akutpsychiatrie; Erwachsene	202
5.7	Frau Dietz, 55-jährig, Burnout; ambulantes sozialpsychiatrisches Setting; Erwachsene	210
5.8	Frau Fischer, 72-jährig, depressive Störung, abgebrochener Suizidversuch; Settingwechsel in der ambulanten Gerontopsychiatrie; ältere Menschen	216
	Literatur	223
	Sachwortverzeichnis	229

2 Allgemeine Wirkfaktoren der Psychotherapie als Grundlage der Methoden-Matrix

2.1 Einleitung

In der Psychotherapieforschung wurde seit ihrer Entstehung versucht, jene Faktoren zu isolieren, welche eine Therapie wirksam machen. Im Bemühen, die Wirksamkeit von Psychotherapie überhaupt zu belegen, wurden allgemeine, allen Therapien gemeinsame Faktoren gefunden (*common factors*). Im Weiteren wurde versucht, unter diesen Faktoren jene zu herauszustellen, welche sich als besonders wirksam erwiesen hatten, um bevorzugt mit diesen zu arbeiten. Im Laufe der weiteren Entwicklung der Psychotherapie und der Aufspaltung in deutlich unterscheidbare Schulen Mitte des 20. Jahrhunderts kam immer mehr das Bedürfnis auf, zu belegen, welche Psychotherapieformen wirksamer seien als andere. Dabei wurde versucht, die spezifischen Faktoren (*specific factors*) zu isolieren, welche die jeweilige Therapie den anderen überlegen mache. Schulentübergreifende Analysen brachten aber immer wieder ernüchternde Resultate: Die spezifischen Faktoren zeigten in den Vergleichen sehr geringe Effektstärken. Die Interpretation dieser Analysen legte nahe, dass die allgemeinen Wirkfaktoren die weitaus größere Rolle spielten. Dies führte zwischen den Befürwortern der einzelnen Therapieschulen zum Teil zu erheblichen Kontroversen (Tschuschke, 2005).

! Eine sehr prägnante Reduktion auf zentrale Wirkfaktoren findet sich bei Grawe (2000), der die Faktoren *therapeutische Beziehung*, *Ressourcenaktivierung*, *Problemaktualisierung*, *motivationale Klärung* und *Problembewältigung* als grundlegende Wirkfaktoren jeder Therapie beschrieb.

Die MM geht ebenfalls davon aus, dass die *allgemeinen Wirkfaktoren* die Basis für eine gelingende Therapie darstellen. Die spezifischen Faktoren werden als notwendig und wirksam, aber stark kontextabhängig gesehen. *Spezifische Wirkfaktoren* kommen im Verständnis der MM abhängig von Klienteneigenschaften und Therapieauftrag zum Tragen, sie dienen vor allem der Anpassung an die spezifischen Klientenbedürfnisse. Die in den folgenden Abschnitten beschriebenen allgemeinen Wirkfaktoren stellen eine nicht abschließende Auswahl der in der neueren Literatur gut belegten Wirkfaktoren dar (Pfammatter et al., 2012). Das Autorenteam unterscheidet dabei *Prozesshaltungen* und *Prozessgestaltung*.

2.2 Prozesshaltungen

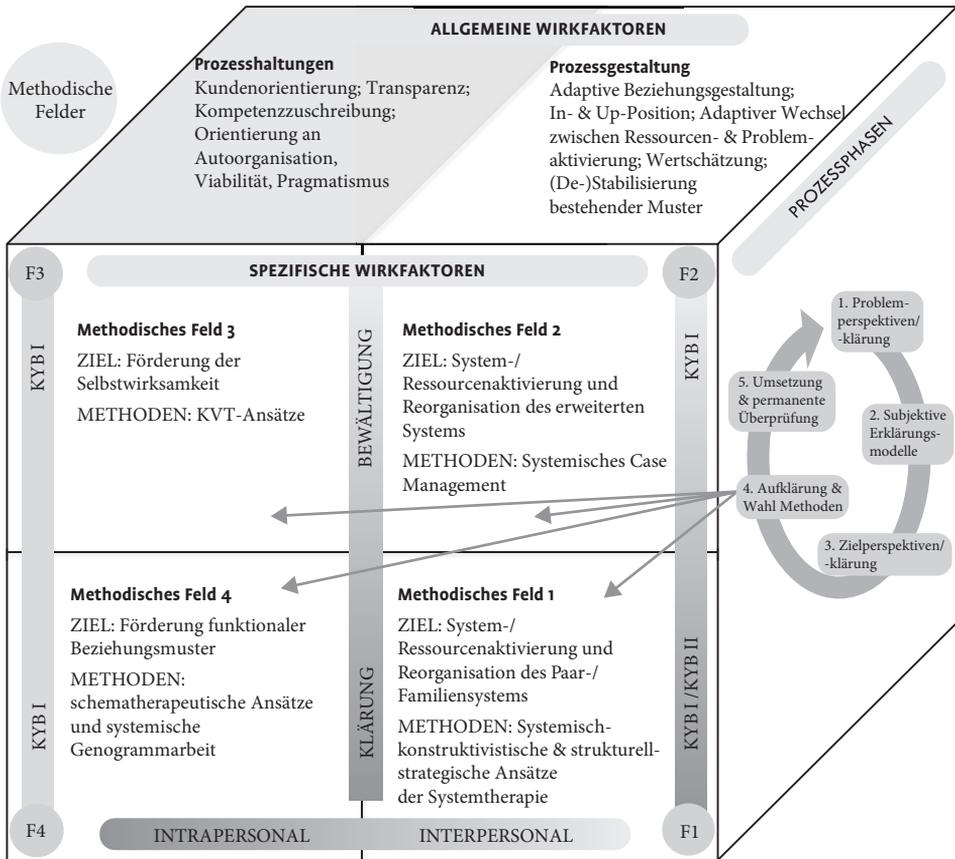


Abbildung 2.1. Prozesshaltungen in der MM

Prozesshaltungen beschreiben grundlegende Einstellungen des Therapeuten zum Klienten und zu seinem therapeutischen Vorgehen, Haltungen und Denkformen, an denen er sich orientiert (s. Abb. 2.1). Die folgenden Haltungen sind das Fundament für das therapeutische Handeln in der MM. Sie werden durch Fallvignetten illustriert.

2.2.1 Kundenorientierung



Definition

Kundenorientierung bezeichnet hier die Grundhaltung, dass Produkte oder Dienstleistungen – im Fall der Psychotherapie insbesondere die Wahl der therapeutischen Techniken und Methoden – aus den Bedürfnissen des Klienten (Kunden) abgeleitet werden.

Der Begriff entstammt ursprünglich dem Marketing als Teil der Betriebswirtschaftslehre. Er ist eng mit Marketing als Unternehmensstrategie verbunden. Kundenorientierung wird heute weitgehend als selbstverständliche Voraussetzung für Erfolg am Markt gesehen. In der Psychotherapie als Dienstleistung im weiteren Sinne, also in einem prozessgetriebenen Umfeld, bezeichnet sie die Ausrichtung des psychotherapeutischen Prozesses am Auftrag und den Bedürfnissen des Kunden bzw. – in traditionellerer Bezeichnung – Klienten oder Patienten. Als wertgetriebene Haltung bekommt Kundenorientierung eine weitere Dimension: Sie bezeichnet die Einsicht, dass der Therapeut zwar Experte für Problemlösungsstrategien im Allgemeinen ist, sich aber bei der Umsetzung dieses Wissens an den Anliegen des Kunden orientiert. Das Expertentum in einem konkreten Fall wird also geteilt in die Expertise zur Analyse von Prozessen und Methoden für deren Veränderung seitens des Therapeuten und in die Expertise des Kunden zu seinem konkreten Fall und Auftrag. Kundenorientierung bezieht zusätzlich zum Auftrag Fähigkeiten des Klienten mit ein. Sie ist verbunden mit dem Begriff der *Passung*: Die Therapiemethode, die therapeutische Beziehung und das therapeutische Rational müssen zum Klienten passen (Orlinsky & Howard, 1987). Eine optimale Kundenorientierung ist eng verbunden mit dem gemeinsamen Erarbeiten von Zielen.

Echte Kundenorientierung bedingt damit eine gewisse Bescheidenheit des Therapeuten. Er muss gegebenenfalls hinter eigene, als wichtig erachtete Ziele zurückstehen und sich ganz auf die Ziele des Klienten einlassen. Er kann zwar weiterhin Vorschläge und Angebote machen, aber der Klient wählt aus.

Das Autorenteam dieses Buches verspricht sich von diesem Vorgehen eine erhöhte Verbundenheit des Klienten mit den Therapiezielen und Ersparnis von therapeutischer Arbeit an Zielen, welche der Klient wegen fehlender Identifikation ohnehin nur mit wenig Motivation verfolgt hätte.

Damit ist klar, dass mit Kundenorientierung weniger der Erfolg am Markt das Ziel ist, sondern eine effektive, aber auch effiziente Therapie. Effektivität und Effizienz könnten sich in der Zukunft als noch an Wichtigkeit zunehmende Bewertungskriterien in der Diskussion zur Kostenübernahme von psychotherapeutischen Leistungen durch das Gesundheitswesen erweisen.

Fallbeispiel

Herr L. (47) kommt auf Empfehlung seines Hausarztes, der ihn wegen einer rezidivierenden leicht- bis mittelgradigen Depression medikamentös behandelt. Herr L. ist sehr offen und sagt, dass er nur auf Drängen des Hausarztes komme und sich nach einer ersten negativen Erfahrung mit einer seinerzeit abgebrochenen Therapie eigentlich keinen erneuten Versuch vorstellen könne. Die erste Therapie habe nur nach verzerrten Denkmustern gesucht und das sei ihm irgendwie sehr unpersönlich erschienen, aber auf die »Couch legen« wolle er sich nun auch nicht und nein, mit seiner jetzigen Familie oder Arbeitsstelle habe das auch nichts zu tun. Aber vielleicht etwas mit seinem nicht gerade stabilen Selbstwertempfinden.

Der Therapeut schlägt vor, zuerst einmal methodenunabhängig nach Zielen zu suchen. Dabei kommt er über die Beschreibung und Erklärung zum Problem zu gemeinsam mit dem Klienten entwickelten Zielen: Arbeit am Selbstwert, Hoffnung und Perspektiven im Leben finden sowie Verstehen und Verändern der dysfunktionalen Beziehungsmuster. Im Sinne der Transparenz und Kundenorientierung erklärt der Therapeut dem Klienten die möglichen Methoden, um entsprechend der Zielvorstellungen in einem gemeinsamen Entscheidungsprozess die Wahl der Methoden vorzunehmen. Herr L. entscheidet sich für eine emotionsaktivierende Methode mit klärungsorientiertem Vorgehen im Einzelsetting mittels Schematherapie. Im Laufe der Therapie entstehen prozessorientiert neue Ziele und werden wiederum gemäß der Aufklärung über Methoden weitere Techniken angewendet. So hat Herr L. nach Bearbeitung seiner dysfunktionalen Muster im Einzelsetting das Ziel entwickelt, die Beziehungsmuster mit seiner Partnerin zu bearbeiten. Damit wurde ein Transfer vom Einzelsetting ins Mehrpersonensetting erforderlich und systemische Ansätze die Methode der Wahl.



2.2.2 Transparenz

Definition

Transparenz als wertgetriebene Haltung meint, dass der Klient jederzeit über Absichten und Vorgehen des Therapeuten informiert ist oder das Vertrauen hat, diese Informationen vom Therapeuten zu erhalten.

Transparenz bezeichnet im Kontext der MM eine wertgetriebene Haltung innerhalb des Therapeuten-Klientensystems. Transparenz wird durch Offenheit bezüglich der Angebote erreicht, die ein Therapeut macht. Dabei handelt es sich nicht eine plumpe Darlegung aller Fakten und Überlegungen des Therapeuten, sondern eine wertschätzende Diskussionsbereitschaft, beispielsweise bezüglich der Hintergründe für ein eventuell primär nicht offensichtliches Vorgehen des Therapeuten. Transparenz bedeutet auch, dass der Klient jederzeit weiß, in welchem Teil des therapeutischen

Prozesses er sich befindet und dass er vom Therapeuten eine realistische Einschätzung des Status quo erwarten darf.

Fallbeispiel

Frau S. (43) kommt mit ihrem Ehemann (47) und den beiden Söhnen (11, 13) zur Erstkonsultation. Sie leide seit Jahren unter chronischen Schmerzen, die Familie leide mit und der Hausarzt habe geraten, gegen die Schmerzen »etwas Psychologisches« zu unternehmen.

Nach dem weiteren Kennenlernen vermittelt der Therapeut im Sinne der Transparenz, dass er nicht glaube, gegen die Schmerzen direkt etwas unternehmen zu können, er aber gerne anbiete, den Umgang mit den Schmerzen bei der Klientin selbst und in der Familie besser einzuüben, was erfahrungsgemäß bereits zu einer reduzierten Belastung durch die Schmerzen führen könne.

2.2.3 Kompetenzzuschreibung



Definition

Kompetenzzuschreibung als therapeutische Haltung bezeichnet das Vertrauen des Therapeuten in Ressourcen und Fähigkeiten des Klienten und in sein Potenzial, die für ihn passenden Lösungen zu erkennen.

Bei einer konsequenten Kompetenzzuschreibung geht der Therapeut davon aus, dass die Lösung für ein Anliegen im oder mit dem Klientensystem entwickelt werden kann und muss. Dem Klientensystem oder dem Klienten werden inhärente selbstorganisatorische Möglichkeiten zugeschrieben. Das Lösungspotenzial sollte grundsätzlich beim Klienten selbst aktiviert werden (DeShazer, 1989). Damit wird die Fähigkeit zur Selbstorganisation aktiviert, wie der Glaube an seine Kompetenzen und Ressourcen. Dies bedeutet insbesondere, dass die Lösung der Probleme letztendlich vom Klienten selbst kommen sollte. Methodisch wird dies vor allem mit lösungsorientiertem bzw. ressourcenorientiertem Vorgehen in Verbindung gebracht. Kompetenzzuschreibung meint aber auch offene Zuschreibung von Expertise nach dem Grundsatz: Jeder Mensch kennt sich selbst am besten und jedes Familiensystem hat selbst die größte Expertise, was sowohl Ideen zur Lösung, aber auch deren Umsetzung angeht (Hargens, 2007). Sie ist eine der Voraussetzungen für eine aufrichtig gemeinte Kundenorientierung.

Fallbeispiel

Das Ehepaar D. (beide 53) kommt zur Paartherapie. Seit dem Auszug der Kinder (21 und 24) sei Frau D. zunehmend missgestimmt und Herr D. kümmere sich nur noch um seine Hobbys (Restaurieren alter Motorräder in einer mit Gleichgesinnten betriebenen Garage). Das Ehepaar gibt an, sich nach wie vor zu lieben, aber

die zunehmend schlechte Stimmung zwischen den beiden sei so auf Dauer nicht aushaltbar, deshalb würden sie Hilfe suchen.

Der Therapeut verzichtet auf jegliche Stellungnahme und lässt sich stattdessen das Problem minutiös beschreiben. Das Paar bekommt die Aufgabe, zwischen den Sitzungen gemeinsam jede Streitigkeit detailliert zu protokollieren und mit in die nächste Stunde zu bringen, wo sich dann der Therapeut beide Sichtweisen anhört.

Nach wenigen Therapiestunden präsentiert das Paar die Idee, eine schon lange geplante Reise kommenden Herbst umzusetzen und wieder zusammen joggen zu gehen und Tennis zu spielen. Die Streitereien seien weniger geworden und sie würden vielleicht doch keine längere Therapie brauchen.



2.2.4 Orientierung an Autoorganisation

Definition

Orientierung an Autoorganisation meint die Ausrichtung an den inhärenten Möglichkeiten eines Systems, sich immer wieder neu zu organisieren, nach neuen Lösungen zu suchen und neue Entwicklungen hervorzubringen. Dies hat zur Folge, dass der Therapeut nicht von linearem Ursache-Wirkungs-Denken ausgeht und sich bewusst ist, dass Prozesse nur angestoßen, nicht aber kausal gelenkt werden können.

Auto- oder auch Selbstorganisation beschreibt die Neigung von Systemen, mittels Rückkoppelungsprozessen mit der Zeit stabile Zustände anzunehmen, ohne dass dabei offensichtlich steuernde äußere Maßnahmen sichtbar würden. Der Begriff entstammt der Systemtheorie und ist im Zusammenhang mit dem Begriff der Kybernetik zweiter Ordnung zu sehen. »Das grundlegende Prinzip von Selbstorganisationsprozessen, d. h. der aktiven Herstellung und Aufrechterhaltung von Strukturen, ist die Wiederholung der immer wieder gleichen Typen von Operationen oder Aktivitäten« (Simon, 2015). Mit der Orientierung an Selbstorganisation als Haltung ist in erster Linie gemeint, dass Systemen konsequent die Fähigkeit zugeschrieben wird (analog der Kompetenzzuschreibung), sich aus sich selbst heraus neu zu organisieren und neu entwickeln zu können sowie neue Lösungen zu finden (von Schlippe & Schweizer, 2012). Mit Orientierung an Autoorganisation ist also die Zuschreibung der Lösungsmöglichkeiten an das System gemeint. Dies bedingt beim Therapeuten die Haltung, dass er nicht einem linearen Ursache- und Wirkungsdenken folgt, sondern bewusst multifaktoriell-systemische Denkformen anstrebt.

Als Theorie der Autoorganisation, aufgeteilt in Phasen, welche typischerweise in einem Therapieverlauf auftreten, können die generischen Prinzipien herangezogen werden. Die generischen Prinzipien (s. Abschn. 2.3.5) geben dabei einen Anhaltspunkt dafür, in welcher Phase einer Therapie man sich gerade befindet. Das Bewusstsein für die jeweilige Phase kann den Therapieerfolg verbessern. Durch Unterstützung der

Prozesse der identifizierten Phase kann ihr Momentum genutzt werden. Dabei wird der Therapeut sein Augenmerk darauf richten, Muster zu erkennen, zu stabilisieren oder zu destabilisieren.

Fallbeispiel

Familie F. (Herr F., 58; Frau F., 53; Sohn F., 29, bei den Eltern wohnend, kaufmännischer Angestellter; Tochter F., 26, nicht anwesend, allein wohnend) kommt wegen zunehmender Streitigkeiten. In den letzten zwei Jahren sei es zwischen den Eltern und dem Sohn zunehmend zu Reibereien gekommen, welche vor allem häuslich Organisatorisches betreffen. Man könne doch von einem erwachsenen Mann mit Berufsausbildung verlangen, dass er auch etwas im Hause mithilfe und sich nicht nur bedienen lasse – so die Eltern.

Der Therapeut lässt sich die Probleme genau beschreiben, fragt zirkulär zur Problemwahrnehmung und lässt Ziele definieren. Nach einer etwas zähen Anfangsphase werden zuerst Aufgabenpläne präsentiert und über Kontrollmechanismen zu deren Umsetzung ausführlich diskutiert. Nach wenigen Sitzungen lässt Sohn F. (inzwischen 30 geworden) verlauten, »dieses WG-Zeugs« sei ihm zu dumm, er suche sich jetzt mit Hilfe der Eltern eine eigene Wohnung.

2.2.5 Orientierung an Viabilität

Definition

Ausrichtung auf Viabilität meint in der MM die bewusste Entwicklung einer für richtig, sinnvoll und nützlich gehaltenen Wirklichkeitskonstruktion, welche zwischen Klient und Therapeut ausgehandelt wird.

Viabilität bezeichnet die Gültigkeit von Wirklichkeitskonstruktionen. Diese sind viabel, wenn sie zu den Zwecken und Beschreibungen passen, für die sie benutzt werden (von Glaserfeld, 1997). Der Begriff Viabilität ist in seiner ursprünglichen Bedeutung mit dem Konzept des radikalen Konstruktivismus verknüpft, dass eine Wirklichkeit *per se* nicht erkennbar ist, und ersetzt das traditionelle philosophische Konstrukt einer objektiv erkennbaren Wahrheit. Im Konzept des radikalen Konstruktivismus bestehen Wirklichkeitskonstruktionen. Sind diese so beschaffen, dass sie erlauben, sinnvoll und mit vorhersehbarer Reaktion auf die Umwelt einzuwirken, nennt man die Wirklichkeitskonstruktion *viabel*. In diesem Buch wird dann von Viabilität gesprochen, wenn die aus dem therapeutischen Prozess gewonnenen Klärungsmodelle oder Bewältigungsstrategien sich als in der Realität außerhalb der Therapiesituation als anwendbar erweisen. Viabilität meint hier somit in einem erweiterten Sinne Anwendbarkeit zur Symptomreduktion.



Fallbeispiel

Frau K. (54, geschieden, momentan ohne Partner) möchte Beratung im Umgang mit ihrem Vater (86), der sehr fordernd, ungerecht und unzuverlässig sei. Sie fühle sich von ihm hintergangen und manipuliert und wolle nun den »schon längst fälligen« Ablöseprozess vornehmen.

Im weiteren Verlauf fallen starke intrafamiliäre Verstrickungen und Schuldgefühle auf und es offenbart sich, dass der Vater seit drei Jahren mit der Diagnose einer Demenz vom Alzheimer-Typ in einem Pflegeheim untergebracht wurde.

Mit der Klientin kann eine gemeinsame Sicht auf das typische Verhalten von unter zunehmender Demenz leidenden Patienten erarbeitet werden und diese von den früher erlittenen Kränkungen getrennt werden. Statt eines »Ablöseprozesses« gelingt so ein Abschiednehmen.



2.2.6 Orientierung an Pragmatismus

Definition

Ausrichtung auf Pragmatismus bezeichnet den Versuch, sich während des gesamten therapeutischen Prozesses immer wieder am in der praktischen Anwendung Möglichen und Umsetzbaren zu orientieren.

Pragmatismus in diesem Kontext soll die Haltung bezeichnen, im konkreten Fall die Beobachtung eines fühlenden und handelnden Menschen einem theoretischen Konzept seiner Störung vorzuziehen. Im weiteren Sinne beschreibt Pragmatismus die Haltung, dass eine für den Klienten mit dessen Möglichkeiten gut realisierbare Lösung einer theoretisch idealen, vielleicht sogar vom Therapeuten primär bevorzugten, aber in der Realität schwer herbeizuführenden Lösung vorzuziehen ist. Dies bedeutet, sich am praktisch Umsetzbaren zu orientieren. Pragmatismus berücksichtigt die Gegebenheiten, die aktuell zur Verfügung stehen. Dazu gehören die realen Gegebenheiten im Sinne der Ressourcen und Fähigkeiten des Klientensystems. Dazu gehören aber auch die potenziellen, gewünschten Gegebenheiten, also die Ziele, die das Klientensystem für sich selbst entwickelt. Ziele und Wünsche, auf eine realistische Ebene gebracht durch die tatsächlich vorhandenen Möglichkeiten, sind die Grundlage für die pragmatische Ausrichtung der Therapie. Die Einschätzung des Therapeuten dient der Diskussion über das realistische Veränderungspotenzial und gegebenenfalls der Korrektur unrealistisch gesteckter Ziele des Klienten.

Den gleichen pragmatischen Maßstab sollte der Therapeut an sich selbst anlegen und für sich die folgenden Fragen beantworten: Was wünsche ich mir und was kann ich realistischerweise anbieten? Wo sind meine Ziele im Einklang mit meinen Fähigkeiten und Möglichkeiten und wo muss ich mich beschränken?

Pragmatismus orientiert sich an den gegebenen Systembedingungen, in deren Rahmen die Therapie stattfindet. Eine wichtige Systembedingung ist dabei die zur Verfügung stehende Zeit zur Erreichung von Zielen und Zwischenzielen. Sowohl die Vorgaben oder Erwartungen des Klienten an die Dauer der Therapie als auch die Einschätzung des Therapeuten müssen dabei berücksichtigt werden.

Pragmatismus bezieht sich außerdem auf die konkrete Lebenssituation des Klienten in seiner Umwelt. Pragmatisches Vorgehen zeigt sich dabei in positiven Auswirkungen auf die aktuellen Lebensumstände und in einer konkreten Verbesserung der Lebensqualität.

Für ein pragmatisches Vorgehen kann das Drei-Phasen-Modell von Howard et al. (1993) als Beispiel dienen: Es beschreibt, dass zuerst Hoffnung entstehen müsse, sich danach die Symptome verbessern sollten und sich im Abschluss konkrete Veränderungen in der Lebensbewältigung und Lebensqualität zeigen müssen.

Fallbeispiel

Herr A. (25, verwitweter, alleinerziehender Vater einer vierjährigen Tochter) kommt wegen Angst vor einem bevorstehenden »Burnout«. Es zeigt sich, dass Herr A. sich im Rahmen einer Adoleszentenkrise zu einer Banklehre drängen ließ, obwohl er eigentlich ein Studium an einer technischen Hochschule in einem Fach des Ingenieurwesens geplant hatte (Abitur vorhanden). Herr A. will nun dringend das Studium nachholen, möchte aber Beratung, wie er mit seiner Erschöpfung umgehen soll, damit das Studium auch gelingt.

In der Therapie kann erarbeitet werden, dass zur Entlastung der Gesamtsituation der Plan mit dem Studium um einige Jahre verschoben wird und für die Zwischenzeit ein weniger fordernder Arbeitgeber gesucht wird, der auf die spezielle soziale Situation von Herrn A. Rücksicht nehmen will. Dies ermöglicht auch den Aufbau eines »finanziellen Polsters« für das weiterhin geplante Studium.

Zusammenfassung

Prozesshaltungen

Den geschilderten Prozesshaltungen ist gemeinsam, dass sie keinen Anspruch auf Deutungshoheit auf Seiten des Therapeuten postulieren. Stets wird davon ausgegangen, dass der Klient Experte für sein Problem ist und die Lösungswege schon in sich trägt.

Der Therapeut versteht sich weit mehr als Experte für Veränderungsvorgänge denn als Experte für Lösungen. Das gemeinsame Erarbeiten von Lösungen unter Anleitung des Therapeuten, aber mit den Ideen des Klienten, bildet das Grundverständnis der Prozesshaltungen.

2.3 Prozessgestaltung

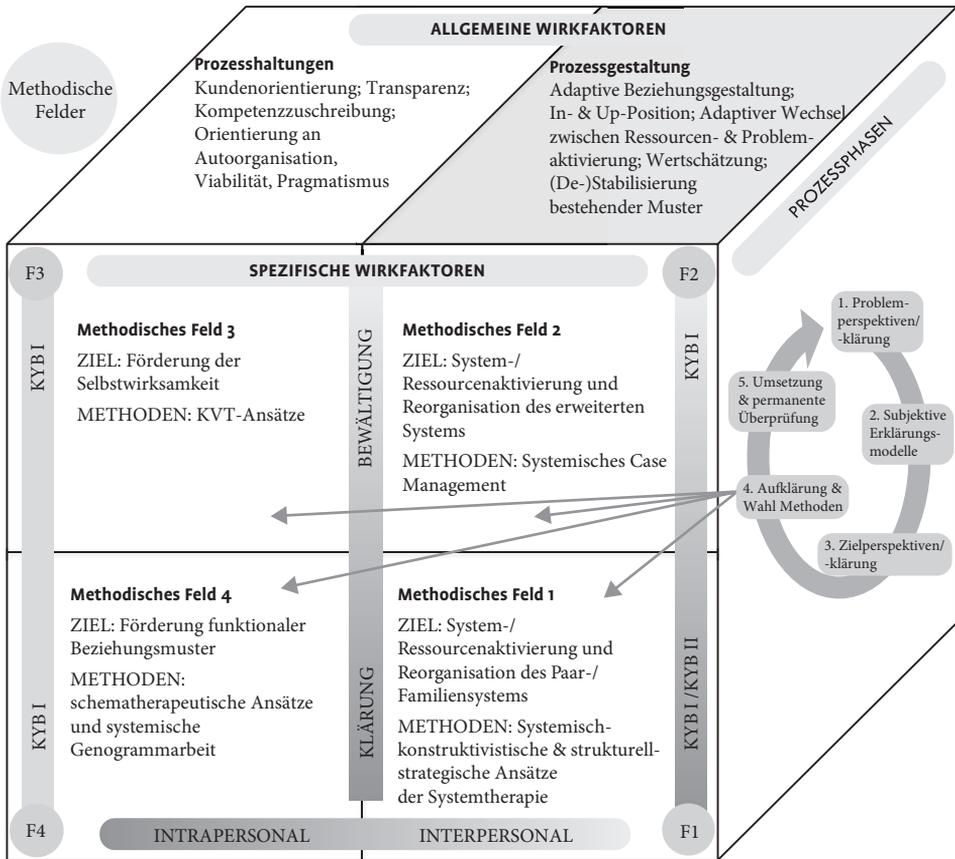


Abbildung 2.2. Prozessgestaltung in der MM

Die Prozessgestaltung beschreibt das generelle, nicht vom Klienten direkt abhängige Vorgehen in einer Therapie (s. Abb. 2.2). Wiederum dienen Fallvignetten als Beispiele. Wie Prozesshaltungen und Prozessgestaltung zusammenspielen, wird im ersten Teil eines längeren Fallbeispiels am Ende des Abschnitts dargestellt.