

## **Selbstwirksamkeit – ein Schlüsselfaktor in der Psychotherapie**

Margarete Litzenberger

### **Zusammenfassung**

*Wie kann es gelingen, KlientInnen in der Psychotherapie dabei zu unterstützen, dass sie sich (wieder) als selbstwirksam erleben, also ausreichend kompetent, um erfolgreich handeln zu können? Der vorliegende Artikel geht von den Wirkfaktoren in der Psychotherapie aus und begibt sich auf die Suche nach der passenden therapeutischen Haltung und geeigneten Methoden der Systemischen Therapie, um Selbstwirksamkeit im therapeutischen Prozess zu fördern. Abgerundet wird die Darstellung durch ein Fallbeispiel, das einen Therapieverlauf veranschaulicht, in dem das Thema Selbstwirksamkeit eine zentrale Rolle spielt.*

*Schlüsselwörter: Selbstwirksamkeit, Selbstwert, Selbstvertrauen, Ressourcenorientierung, Wirkfaktoren in der Psychotherapie, Einzelfall*

### **Abstract**

#### **Self-efficacy – a Key Factor in Psychotherapy**

*How can we help clients in psychotherapy to (re-)experience themselves as self-efficient, thus competent enough to act successfully? The present paper initially starts with the factors of effectiveness in psychotherapy and focuses on the search for the appropriate therapeutic attitude and suitable methods of systemic therapy to promote self-efficacy within the therapeutic process. The paper is rounded off by a case study, which illustrates a course of therapy, where self-efficacy plays a decisive role.*

*Keywords: self-efficacy, self-worth, self-confidence, resource-focused, factors of effectiveness in psychotherapy, case study*

### **Einleitung**

Die Aufgabe von TherapeutInnen ist es, KlientInnen darin zu unterstützen, „als HeldInnen therapeutischer Transformationsvorgänge fungieren zu können“ und sich damit Selbstwirksam-

keit zuschreiben zu können (Grossmann 2005). Das Konzept der Selbstwirksamkeit – die persönliche Überzeugung, mit dem eigenen Tun etwas zu bewirken, also in kritischen Situationen selbstständig handeln zu können – ist insofern in psychotherapeutischen Veränderungsprozessen zentral, als nur so die Erfolgserlebnisse einer Therapie auch als persönliche Leistung interpretiert werden können und damit nachhaltig wirksam sind. So stellt sich daher nun die Frage: Wie kann der Glaube an die eigene Kompetenz in der Psychotherapie gefördert werden?

Wenn sich ein Individuum in der Lage fühlt, sein Leben und dessen Herausforderungen selbstständig oder zumindest mithilfe seines sozialen Netzwerks zu meistern, so kann dieses Individuum als „selbstwirksam“ bezeichnet werden. Ist dieses Kompetenzerleben „gestört“, ist oftmals auch der Selbstwert beeinträchtigt wie auch die Handlungsfähigkeit – das Individuum erlebt sich nicht mehr als selbstwirksam.

Der vorliegende Beitrag beschäftigt sich daher mit dem Thema Selbstwirksamkeit als Schlüsselfaktor und untersucht zu Beginn die allgemein bekannten Wirkfaktoren in der Psychotherapie in Bezug auf die Einflussgröße „Selbstwirksamkeit“. Das Konstrukt der Selbstwirksamkeit und verwandte Konstrukte dazu werden vorgestellt und deren Zusammenhang aufgezeigt. Des Weiteren beleuchtet die Arbeit unterschiedliche Möglichkeiten, in der Systemischen Therapie Selbstwirksamkeit zu fördern. Die Darstellung eines ausführlichen Fallbeispiels soll dazu dienen, einen Therapieprozess, in dem die Aktivierung der Selbstwirksamkeit eine bedeutende Rolle gespielt hat, zu veranschaulichen.

### **Definitionen zu Selbstwirksamkeit**

Das Konzept der Selbstwirksamkeit geht auf Untersuchungen von Bandura (1977) zum Modell-Lernen zurück und entspricht der Erwartung, dass man selbst über ausreichende Kompetenzen verfügt, um in einer bestimmten Situation erfolgreich handeln zu können bzw. zu einem bestimmten Handeln in der Lage ist. Die Selbstwirksamkeitserwartung kann sich dabei auf schwierige Lebenssituationen, unerwartete oder überraschende Ereignisse beziehen. Bemerkenswert ist insbesondere die zirkuläre Wirkung zwischen Selbstwirksamkeitserwartungen und Handlungsfolgen – so verstärken Erfolge die positive

*Zirkuläre Wirkung zwischen Selbstwirksamkeitserwartungen und Handlungsfolgen*

Selbstwirksamkeitserwartung, was auch künftig zu einem höheren Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten führt und letztlich zu einer größeren Ausdauer in vergleichbaren Situationen. Wichtig ist aber auch, dass sich ein Erfolgserlebnis alleine noch nicht unbedingt positiv auf die Selbstwirksamkeit auswirkt, sondern nur dann, wenn der Erfolg auch auf die eigene Fähigkeit zurückgeführt wird (vgl. Jerusalem 1990). Psychotherapeutisch betrachtet, ist die Sichtweise wesentlich, dass Selbstwirksamkeit nach Bandura (1977) keine habituelle Fähigkeit ist, die man hat oder auch nicht, sondern eine generative Fähigkeit.

#### Kontrollüberzeugungen

Verwandte Konstrukte sind die Kontrollüberzeugung („locus of control“; Rotter 1966) und das Konzept der Handlungs- bzw. Lageorientierung (Kuhl 1983). Dabei versteht man unter dem Begriff Kontrollüberzeugung die generalisierte Erwartung, Handlungsfolgen selbst unter Kontrolle zu haben bzw. Opfer der Situation zu sein (internale vs. externale Kontrollüberzeugung). Unter dem Konzept Lage- bzw. Handlungsorientierung versteht man dagegen die individualtypische Art und Weise, wie Motive in Handlungen umgesetzt werden, wobei die Intention, eine Handlung zu setzen, noch nicht unbedingt zur Handlung selbst führen muss. Personen mit einer hoch ausgeprägten Handlungsorientierung lenken ihre Aufmerksamkeit stärker auf die Ausführung und sind dabei nicht ablenkbar, während Personen mit einer hoch ausgeprägten Lageorientierung bei der Ausführung einer Handlung eher zögern und leicht störbar sind (vgl. Asendorpf 2004). Dementsprechend kann das persönliche Stilmerkmal der Lageorientierung eine situationspezifisch auftretende niedrige Selbstwirksamkeitserwartung möglicherweise noch verstärken, während eine habituell hohe Handlungsorientierung gleichzeitig eine positive Selbstwirksamkeitserwartung fördert.

Ein Zusammenhang zu Selbstwirksamkeit kann auch zur Theorie der erlernten Hilflosigkeit nach Seligman (1992) gesehen werden. Ist man einem unkontrollierbaren Ereignis ausgesetzt, so entsteht ein Gefühl der Hilflosigkeit. Das Wahrnehmen und Generalisieren der Unbeeinflussbarkeit auf künftige Ereignisse wird als „gelernte Hilflosigkeit“ bezeichnet. Man könnte aber auch sagen, dass die Selbstwirksamkeit in derart unkontrollierbaren Situationen gering ist und mit jeder Erfahrung weiter sinkt. Die mehrfache und damit gelernte Erfahrung der Hilflosigkeit hat schließlich auch einen Einfluss auf die Gefühlslage,

führt also zu Traurigkeit und Depression (vgl. Meiss 2016), aber auch Angst, Passivität und Apathie. Das Gefühl der Hilflosigkeit bedingt letztlich auch ein Gefühl der Hoffnungslosigkeit, d. h., auch die Selbstwirksamkeitserwartung ist dann gering. Gedanken wie „mein Tun hat ohnehin keine Auswirkung“ bzw. „ich kann es nicht beeinflussen“ kommen auf und wirken sich auch auf die Stimmung und das Verhalten in künftigen Situationen aus. Es entsteht der Eindruck, ohnehin nicht über ausreichende Kompetenzen zu verfügen, um erfolgreich handeln zu können.

Auch das Thema „Selbstwert“ sollte hier in Bezug auf seinen Zusammenhang zur Selbstwirksamkeit beleuchtet werden. Unter Selbstwert versteht man den Mittelwert der eigenen Bewertungen über einzelne Eigenschaften. So führt z. B. die eigene Einschätzung, eine positiv bewertete Eigenschaft zu haben, zu einer positiven Selbstbewertung. Aus der Summe der positiven und negativen Bewertungen ergibt sich die Gesamtbewertung – der Selbstwert (vgl. Herkner 1991). Eine interessante Unterscheidung ist jene zwischen innerem und äußerem Selbstwert. Letzterer entsteht durch die wahrgenommene Beurteilung von anderen Personen. Der innere Selbstwert hingegen hängt davon ab, wie viel Kontrolle man über seine Umwelt ausüben kann. Hier wird auch der Bezug zur Selbstwirksamkeit klar: ist man sehr gut in der Lage, seine Umwelt zu „kontrollieren“ bzw. seine Wünsche zu verwirklichen, so ist auch die Selbstwirksamkeit hoch. Ein positiv besetzter innerer Selbstwert geht daher wohl mit einer hohen Selbstwirksamkeitserwartung einher.

*Unterscheidung zwischen innerem und äußerem Selbstwert*

#### Wirkfaktoren in der Psychotherapie

Die Frage „Wie wirkt Psychotherapie?“ stellen sich wohl KlientInnen, TherapeutInnen, Überweisende und Kostenträger gleichermaßen. Eine Antwort dazu geben Asay & Lambert (2001) in dem von Hubble, Duncan und Miller (2001) herausgegebenen Reader über empirische Ergebnisse zu Wirkfaktoren und praktische Folgerungen daraus. Sie identifizieren schulunenabhängig vier Wirkfaktoren:

- ▶ 40 % KlientInnen- und extratherapeutische Faktoren, d. s. Faktoren, die außerhalb der Therapie und im Bereich der KlientInnen liegen, wie z. B. Ressourcen, Religiosität, Hobbys, soziales Umfeld, Paarbeziehung, Resilienz.

- ▶ 30 % Beziehungsfaktoren, also die Qualität der Beziehung zwischen TherapeutIn und KlientIn
- ▶ 15 % Placebo, Hoffnung, Erwartungen, also die (Vor-)Annahmen der KlientInnen, ob die Therapie helfen kann, bzw. die Hoffnung, die auch in den Therapiestunden von TherapeutInnen erzeugt wird.
- ▶ 15 % Modell- und Technikfaktoren, d. s. jene Faktoren, die tatsächlich spezifischen Interventionen und Therapieschulen zuzuschreiben sind.

#### Die Bedeutung von KlientInnenvariablen

Eine letztlich sehr ernüchternde Forschungsarbeit, die zeigt, wie wenig wir als TherapeutInnen eigentlich beeinflussen können und worauf es letztlich in der Therapie ankommt, nämlich zu einem großen Teil auf Faktoren, die KlientInnen bereits in die Therapie mitbringen und vielleicht nur noch entsprechend aktiviert werden müssen. Die Selbstwirksamkeit würde am ehesten in den Bereich der „Erwartungen“ passen, nämlich in dem Sinne, dass man als KlientIn im Laufe der Therapie die Erwartung entwickelt, dass das eigene Tun (wieder) etwas bewirken kann. Dementsprechend spielt hier wohl auch die Klient-Therapeut-Beziehung eine Rolle, die KlientInnen motiviert, Neues oder Vergessenes auszuprobieren. Gleichzeitig tragen die Ressourcen und Fähigkeiten der KlientInnen dazu bei, Erfolgserlebnisse zu haben und diese entsprechend wieder internal zu attribuieren.

Weitere Untersuchungen zur Wirksamkeit von Psychotherapien gibt es von Grawe (2005), der insbesondere dafür eintritt, dass positive therapeutische Wirkungen auf unterschiedliche Weise herbeigeführt und die Wirkung letztlich methodenübergreifend auf eine Reihe von allgemeinen Wirkfaktoren zurückgeführt werden können. Solche gemeinsamen Merkmale sind nach Grawe (2005): Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung, Problembewältigung, motivationale Klärung und die Therapiebeziehung.

Grawe kommt (2005) zum Schluss, dass die Ressourcen und die Klient-Therapeut-Beziehung für die Wirkung von Psychotherapien maßgeblich relevant sind. Zum Punkt der Selbstwirksamkeit ist hier vermutlich insbesondere der Faktor „Problembewältigung“ relevant, da positive Bewältigungserfahrungen

dazu dienen können, KlientInnen ihre Selbstwirksamkeit zu veranschaulichen bzw. verstärkt bewusst zu machen. Dieses Bewusstsein hilft dann wiederum, sich mehr zu trauen, sich mehr zuzutrauen und eine gewisse Erfolgszuversicht zu entwickeln.

Interessant ist es auch, das grundlegende Wirkverständnis der unterschiedlichen Ansätze innerhalb der Systemischen Therapie zu betrachten. So wird beispielsweise im *Lösungsorientierten Ansatz* ein wesentlicher Wirkfaktor in den KlientInnen selbst gesehen. Der/Die KlientIn ist ExpertIn, was wiederum die Selbstwirksamkeit von KlientInnen anspricht. TherapeutInnen sind hier „nur“ behilflich bei der Suche nach dem „Unterschied, der einen Unterschied macht“, was wiederum KlientInnen ihren höchstpersönlichen Einflussbereich veranschaulicht (de Shazer 2009). Die so aufgebaute positive Erwartung an die eigenen Einflussmöglichkeiten wirkt sich letztlich positiv auf die Therapeut-Klient-Beziehung aus, wie auch auf künftige Lösungserwartungen und Lösungserfahrungen. Weitere Grundannahmen und damit Annahmen zur Wirksamkeit im lösungsorientierten Ansatz sind der Fokus auf das Positive sowie auf Ausnahmen und Ressourcen. Es wird davon ausgegangen, dass kleine Änderungen zu großen Änderungen führen und damit bei der Problemlösung hilfreich sind (vgl. Walter u. Peller 2004).

Auch im *narrativen Ansatz* wird der Klient als Experte gesehen, hier aber Experte für seine „Geschichten“ (vgl. von Schlippe u. Schweitzer 2007). Die zugrundeliegende Idee ist, dass bestimmte Lebens- und Denkweisen unsere Existenz formen und damit die Erzählweise unserer Geschichten prägen. Dies eröffnet aber auch die Möglichkeit, nach anderen Lebens- und Denkweisen zu leben, also die Art und Weise zu verändern, wie die eigenen Geschichten erzählt werden, wodurch sich ein Einfluss auf eine Veränderung in Bezug auf das Problem ergibt. Zentrale Grundannahme ist daher, dass durch Dekonstruktion bzw. externalisierende Gespräche eine Ablösung von der eigenen Problemgeschichte erfolgen kann, hin zu alternativen Geschichten (White 1992). TherapeutInnen fungieren dabei lediglich als Co-Autoren und schaffen einen Rahmen, der Reflexion ermöglicht.

*Spektrum unterschiedlicher Ansätze innerhalb der Systemischen Therapie*

### **Förderung von Selbstwirksamkeit in der Systemischen Therapie**

Die folgenden Kapitel widmen sich der Frage, wie man denn nun – systemisch betrachtet – Selbstwirksamkeit in der Psychotherapie fördern kann. Denn wenn es sich bei Selbstwirksamkeit nur um einen Faktor handelt, der zwar entscheidend für die Problemlösung bzw. Genesung ist, aber nicht direkt oder indirekt in einem laufenden Therapieprozess beeinflusst werden kann, so wäre es überflüssig sich über dieses Konzept den Kopf zu zerbrechen.

### **Der therapeutische Rahmen**

Eine wesentliche Voraussetzung für psychotherapeutische Arbeit ist die Verschwiegenheitspflicht von TherapeutInnen, die in Österreich auch gesetzlich im Psychotherapiegesetz § 15<sup>1</sup> geregelt ist. Sie verpflichtet PsychotherapeutInnen (sowie deren Hilfspersonen) zur Verschwiegenheit über alle ihnen in Ausübung ihres Berufes anvertrauten oder bekannt gewordenen Geheimnisse. Diese Verschwiegenheitspflicht besteht uneingeschränkt gegenüber allen Personen oder Einrichtungen außerhalb der KlientInnen, also auch anderen Familienangehörigen von KlientInnen, staatlichen Dienststellen oder anderen Sozialeinrichtungen gegenüber. Dies ist nötig, um KlientInnen ausreichende Sicherheit zu bieten, frei über alle Themen sprechen zu können. Damit sind zunächst formal die Bedingungen erfüllt, dass sich KlientInnen öffnen und das Therapieangebot nutzen können. Auf diese Weise liegt es an dem/der KlientIn selbst, sich einzulassen und (selbstwirksam) zu entscheiden, was in der Therapiestunde erzählt wird und was nicht.

Im therapeutischen *Ansatz des Nicht-Wissens* (vgl. Anderson u. Goolishian 1992) schließt sich der/die TherapeutIn der Erzählung des/der KlientIn an, indem er/sie sich mit grenzenloser Neugier bemüht, die Bedeutungen des/der KlientIn kennenzulernen und zu verstehen. Ziel ist es, dabei eine dialogische Konversation zu erzeugen und nicht neues Wissen zu entdecken. TherapeutInnen wird im Rahmen dieses Dialogs die Experten-

rolle für den dialogischen Prozess zuteil, d. h., Aufgabe ist es, einen Raum zu schaffen und die dialogische Konversation zu fördern. Dies gelingt nach Anderson und Goolishian (1992) durch das Stellen von konversationalen oder therapeutischen Fragen. Konversationale Fragen sind vorwiegend durch die Erzählungen der KlientInnen beeinflusst und nicht durch die professionelle oder persönliche Sichtweise der TherapeutInnen. Letzteres würde sich beispielsweise in Fragen wie „Könnte es sein, dass ...?“ widerspiegeln, weil hier eigentlich eine spezifische Antwort erwartet wird. Im Gegensatz dazu reflektieren Nicht-wissende Fragen die TherapeutInnen-Position und den therapeutischen Prozess. Der/Die TherapeutIn positioniert sich durch den Ansatz des Nicht-Wissens so, dass es um ein ständiges „Informiertwerden“ geht. Die Interpretation erfolgt anhand der kontinuierlichen Analyse der aktuellen Erfahrung. Es geht dabei aber nicht um ein „unerfahrenes Urteil“, sondern darum, die Einzigartigkeit der erzählerischen Wahrheit jedes/r einzelnen KlientIn kennenzulernen.

Analog kann man auch die therapeutische Haltung sehen, die Michael White (2010) beim Externalisieren eines Problems beschreibt, welche er mit „investigativem Journalismus“ vergleicht. Grossmann (2005) spricht im Zusammenhang mit dem Expertentum von KlientInnen auch von einer „Haltung der therapeutischen Bescheidenheit“, bei der TherapeutInnen hinter ihre KlientInnen zurücktreten. Therapie wird dabei als Prozess verstanden, der sowohl KlientInnen als auch TherapeutInnen um Erfahrungen bereichert, und es ist nicht so, dass ausschließlich TherapeutInnen etwas geben und KlientInnen etwas nehmen. Damit ist aber auch klar, dass der therapeutische Dialog mithilfe der Haltung der therapeutischen Bescheidenheit die Selbstwirksamkeit von KlientInnen in der Art fördert, dass nur durch ihr Zutun eine Problemlösung herbeigeführt werden kann. Nicht das Erfahrungswissen des/der TherapeutIn, sondern das Erfahrungswissen der/des KlientIn trägt maßgeblich zur Problemlösung bei. Durch konsequentes Beibehalten der therapeutischen Position des Nicht-Wissens erfahren KlientInnen, dass nur sie selbst die Problem-Lösungs-Übergänge initiieren können, und gewinnen so ihre Selbstwirksamkeit zurück. Der therapeutische Rahmen ermöglicht es TherapeutInnen den KlientInnen auf Augenhöhe zu begegnen, so dass Vertrauen entstehen kann und die Therapiestunde quasi einen geschützten Experimentierraum bietet, wo Verhaltens-

*Förderung der Selbstwirksamkeit von KlientInnen durch eine „Haltung der therapeutischen Bescheidenheit“*

1) Bundesgesetz vom 7. Juni 1990 über die Ausübung der Psychotherapie (Psychotherapiegesetz), BGBl. Nr. 361/1990

experimente möglich werden, die wiederum KlientInnen ihre Selbstwirksamkeit veranschaulichen.

### **Ressourcenorientierung und -aktivierung**

Der Ressourcenaktivierung kommt ein ganz besonderer Stellenwert in der Therapie zu, weil sich dieser Faktor schließlich in unterschiedlichen Studien (Hubble et al. 2001, Grawe 2005) als besonders wirksam in der Psychotherapie herausgestellt hat. Betrachtet man die Definition von Ressourcen (vgl. Willutzki u. Teismann 2013), so wird zwischen externen (Möglichkeiten im Umfeld der Person), interpersonellen (Möglichkeiten aus den Systemen und dem sozialen Netzwerk, in denen die Person lebt) und intrapersonellen Ressourcen (Fähigkeiten, Fertigkeiten und Möglichkeiten der Person selbst) unterschieden. Unter Ressourcenorientierung bzw. -aktivierung versteht man das Aktivieren verfügbarer Ressourcen, das Nutzbarmachen nicht wahrgenommener Ressourcen sowie die Optimierung der Ressourcennutzung. Im Mittelpunkt stehen in der Therapie vor allem die intrapersonellen Ressourcen.

Während die therapeutische Haltung des Nicht-Wissens den Rahmen für die Entfaltung von Selbstwirksamkeit in der Therapie bietet, geht es bei der Ressourcenorientierung bereits um konkrete Interventionen, die entsprechende Erzählungen von KlientInnen fördern und aufgreifen. Nach Grossmann (2005) entfaltet sich Selbstwirksamkeit von KlientInnen dort besonders gut, wo den KlientInnen Einfluss und Gestaltungsmöglichkeit in Hinblick auf das Problem und die Gestaltung des eigenen Lebens zugeschrieben wird – wobei diese Zuschreibung von TherapeutInnen wie auch KlientInnen selbst kommt. Ressourcenorientierung bedeutet daher, dass therapeutische Dialoge besonders auf solche Erfahrungen von KlientInnen fokussieren sollen, die eine Zuschreibung von Selbstwirksamkeit erlauben.

Die Lösungsorientierte Kurzzeittherapie bietet eine Reihe von Ansatzpunkten zur Ressourcenaktivierung und Förderung von Selbstwirksamkeit im Therapieprozess gleichermaßen, wie z. B. Fragen nach Ausnahmen, Skalierungsfragen, Fragen nach hypothetischen Lösungen oder positive Rückmeldungen (Walter u. Peller 2004). So ist schon das ganze therapeutische Vorgehen von Anfang an darauf ausgerichtet, dass die Lösung im

Mittelpunkt des Interesses steht und das Problem selbst in den Hintergrund rückt.

Eine wichtige Grundannahme des lösungsorientierten Ansatzes ist, dass zu jedem Problem von TherapeutInnen oder KlientInnen Ausnahmen erschaffen werden können, welche schließlich zur Konstruktion von Lösungen verwendet werden können (Walter u. Peller 2004). Vergleichbar dazu können auch die „sparkling moments“ aus dem narrativen Ansatz gesehen werden. Das Hervorlocken bzw. Konstruieren von Ausnahmen ist ein gemeinsamer Prozess von KlientIn und TherapeutIn. Dahinter steht die Idee, dass Ausnahmen KlientInnen ein Gefühl der Kontrolle über das Problem vermitteln. Die Möglichkeit der Kontrolle des Problems eröffnet KlientInnen wiederum das Erleben von Selbstwirksamkeit. Beispielhafte Ausnahme-Fragen sind: „Wann/Wo/Wie oft/Wie lange ist das Problem nicht aufgetreten?“, „Was ist anders in solchen Zeiten?“, „Was machen Sie dann anders?“, „Wie werden Sie von anderen wahrgenommen, wenn Sie anders handeln?“

*Die Bedeutung  
des Findens von  
Ausnahmen*

Wenn es aber schwierig erscheint, mit KlientInnen Ausnahmen festzumachen, so kann die Frage nach hypothetischen Lösungen helfen, sich von der einengenden Problemsichtweise zu lösen (Walter u. Peller 2004). Mögliche Fragen wären: „Wenn das die letzte Sitzung wäre und Sie würden hier weggehen und das Problem wäre gelöst, oder Sie würden sich zumindest auf dem Weg zur Lösung befinden, was würden Sie anders machen?“ oder mit Kindern „Lass uns einfach so tun, als ob das Problem gelöst wäre und dir alles besser gelingt. Was machst du dann anders?“ Der Fokus auf das Handeln des/der KlientIn zeigt auch hier den Zusammenhang zur Selbstwirksamkeit auf und lenkt damit die Gedanken der KlientInnen in die entsprechende Richtung.

Hinter der Frage nach Ausnahmen und hypothetischen Lösungen steckt auch die Idee, dass kleine Änderungen letztlich zu größeren Änderungen führen, wobei Ausnahmen ja auch als erste kleine Änderungen betrachtet werden können. Gleichzeitig bieten Ausnahmen auch die Möglichkeit zur Ermutigung und positiven Verstärkung durch TherapeutInnen. Nach Walter und Peller (2004) haben KlientInnen oft im Zuge der Veränderungen ein Gefühl der Furcht oder Verwirrung, wo Ermutigung durch eine außenstehende Person sehr beruhigend wirken

kann. De Shazer (1985, zit. nach Walter u. Peller 2004) bezeichnet die Unterstützung und Ermutigung von KlientInnen besonders in Hinblick auf ihr Verändern und Lösen als „Cheerleading“. KlientInnen erhalten über Komplimente im therapeutischen Setting eine Bestätigung für ihre Erfolge, aber auch für die Stärken, die sich hinter diesen Erfolgen vermuten lassen (de Jong u. Berg 2008). Diese Stärken können KlientInnen wiederum nutzen, wenn es darum geht, „selbstwirksam“ zu handeln. Komplimente lassen KlientInnen aber auch Hoffnung schöpfen und vermitteln ihnen implizit, dass die Problemlösung auf ihren kleinen Erfolgen und Stärken aufbaut. De Jong und Berg (2008) unterscheiden auch verschiedene Arten von Komplimenten. Das direkte Kompliment ist eine positive Würdigung für etwas, das der/die KlientIn getan hat (z. B. „Sie scheinen eine gute Mutter zu sein“), das indirekte Kompliment ist hingegen eine Frage, die etwas Positives über den/die KlientIn impliziert (z. B. „Wie haben Sie das geschafft?“). Beim Sich-selbst-Komplimentieren gilt es für den/die TherapeutIn, aufmerksam zu sein für mögliche Anzeichen von Fortschritten und diese mit indirekten Komplimenten zu verstärken.

#### Aufmerksamkeit für Veränderungen von Beginn an

Von einer wichtigen Beobachtung berichtet Prior (2016), nämlich dass sich oft bereits zwischen Terminvereinbarung und erster Sitzung eine Besserung bei KlientInnen einstellt. Prior erreicht dies u. a. dadurch, dass er bereits beim Telefonat mit künftigen KlientInnen anspricht, was in der ersten Sitzung wichtig sein wird, dass er nach Therapiezielen, bisher versuchten Strategien zur Zielerreichung und ersten Besserungen fragen wird. Eine ähnliche Strategie wird ja auch im lösungsorientierten Ansatz verfolgt, und zwar mit der Frage zu Beginn der ersten Sitzung nach Änderungen zwischen der Terminvereinbarung und dieser Sitzung („pre-session changes“). Dieser lösungsorientierte und ressourcenorientierte Fokus von Anfang an aktiviert gleichzeitig die Selbstwirksamkeit von KlientInnen und schafft so einen günstigen Nährboden für eine Problemlösung.

Eine Intervention von Steve de Shazer, die üblicherweise am Ende der ersten Sitzung eingesetzt wird, ist die „*formula first-session task*“ (de Shazer u. Molnar 1984). Dabei wird KlientInnen eine Beobachtungsaufgabe für die Zeit zwischen erster und zweiter Therapiestunde gegeben, sie sollen beim nächsten Mal beschreiben, was sie jedenfalls in ihrem Leben, ihrer Fami-

lie oder ihrer Beziehung bewahren wollen und am Ende der Therapie auf gar keinen Fall anders sein darf. Diese Aufgabe fördert einen gewissen Optimismus, indem sie auf die Stärken von KlientInnen fokussiert und die Aufmerksamkeit darauf lenkt, was jetzt schon „gut“ und daher schützenswert ist. Dementsprechend wird KlientInnen hier auch aufgezeigt, wo ihre Ressourcen liegen bzw. wo sie jetzt schon selbstwirksam sind.

Eine nützliche Technik, um KlientInnen zu unterstützen, komplexe Sachverhalte einfach auszudrücken, sind Skalierungsfragen. Dabei geht es darum, auf einer Skala von 0 bis 10 einzuschätzen, wo man sich z. B. bezüglich des Problems bzw. der Problemlösung aktuell befindet. Dieselbe Skala kann dann auch in weiteren Sitzungen genutzt werden, um Unterschiede und Veränderungen sichtbar zu machen und gleichzeitig eine differenzierte Selbstbeobachtung anzuregen. Skalierungsfragen eignen sich aber auch recht gut, um ein Thema weiter zu vertiefen und beispielsweise herauszuarbeiten, wie sich eine Verbesserung von z. B. 3 auf 3,5 bemerkbar machen würde. So können auch Skalierungsfragen zur Ressourcenaktivierung beitragen und KlientInnen ihre Selbstwirksamkeit veranschaulichen.

#### Hypnosystemische Interventionen

Eine Grundannahme der Lösungsorientierung und gleichzeitig ein wichtiges Merkmal des hypnosystemischen Ansatzes ist die kompromisslose Ausrichtung auf das Positive, auf die Lösung und auf die Zukunft. „Solution-talk“ im Vergleich zu „Problem-talk“ erleichtert Veränderungen in die gewünschte Richtung, denn das Sprechen über Probleme erzeugt Probleme, während das Sprechen über Lösungen Lösungen erzeugt (de Shazer 2012). Der hypnosystemische Ansatz hat sich diesen lösungsorientierten Ansatz zu eigen gemacht und spricht von der „Problemtrance“, die die Wahrnehmung einengt, und der „Lösungstrance“, die durch Fokussierung auf die Ressourcen gekennzeichnet ist. Meiss (2016) beschreibt die Lösungsversuche von Menschen in belastenden Situationen auch als Trancezustände, so z. B. sieht er auch die Depression als klassische Problemtrance, in der Betroffene in der Wahrnehmung eingengt, auf Negatives fokussiert sind und sog. hypnotische Sprachmuster entwickeln. Negative Kommunikationsmuster wirken dabei selbstverstärkend und bringen depressive Klient-

tlInnen so noch tiefer in die Depression. Für TherapeutInnen ist es hier besonders wichtig, sich dieser hypnotischen Sprachmuster bewusst zu sein und sich nicht davon vereinnahmen zu lassen. Erst das Unterbrechen dieser Negativspirale ermöglicht es KlientInnen, neue Alternativen zu sehen und damit erste Ansätze von Selbstwirksamkeit zu verspüren.

#### *Bedeutung als Sinn- in-einem-Kontext*

Eine weitere Intervention, die charakteristisch für den hypnosystemischen Ansatz ist, ist das *Reframing*, das ursprünglich von Erickson und Bateson beschrieben wurde. Bei dieser Technik wird einem Geschehen ein anderer Sinn gegeben, indem man es in einen anderen Rahmen stellt bzw. den Kontext verändert, so dass die Bedeutung des Geschehens verändert ist (vgl. von Schlippe u. Schweitzer 2007). Dem Reframing liegen u. a. die Prämissen zugrunde, dass ein Verhalten nur in einem bestimmten Kontext Sinn machen und jeder scheinbare Nachteil sich an anderer Stelle auch als Vorteil erweisen kann. Beim Reframing versucht der/die TherapeutIn daher eine Verstörung der bisherigen Sicht der Dinge hervorzurufen, mit der Idee, dass die Dinge nicht mehr so festgefahren erlebt werden. So kann z. B. Angst auch als „Vorsicht“ bzw. als „Warnsignal“ umgedeutet werden oder Schulschwänzen als „Auszeit nehmen“ bzw. „Freiraum schaffen“ gesehen werden. Ebenso kann der Kreislauf von Energielosigkeit und Selbstabwertung im Zuge einer Depression möglicherweise dadurch irritiert werden, indem man versucht diesen Kreislauf als sinnvoll zu bewerten und nicht versucht ihn unmittelbar zu durchbrechen. Depression kann dementsprechend auch als Rückzug gerahmt werden, wodurch sich die Möglichkeit für Fragen ergibt wie z. B. „Wann haben Sie sich zum Rückzug entschlossen? Wofür ist der Rückzug gut?“ (vgl. von Schlippe u. Schweitzer 2009). Durch das Betonen der aktiven Entscheidung zum Rückzug ergibt sich aber auch die Möglichkeit der Einflussnahme, wodurch ein Gefühl der Selbstwirksamkeit aktiviert wird.

Ein Begriff, der auf die Hypnotherapie nach Erickson zurückgeht, ist das „Yes-Set“ bzw. „Pacing“ (vgl. Walter u. Peller 2004), wobei sich TherapeutInnen des hypnotischen Vorgehens bedienen, um einerseits eine wertschätzende Kooperationsbeziehung zu KlientInnen aufzubauen und an Stimmung, Tempo und Energieniveau von KlientInnen „anzukoppeln“ und andererseits Ideen zu „platzieren“, die unter anderen Umständen möglicherweise weniger akzeptiert werden würden. Dabei

werden dem/der KlientIn eine Reihe von Aussagen nacheinander angeboten, die jedenfalls zu einer Zustimmung führen. Dies erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass auf eine in Anschluss gebotene Frage bzw. einen Vorschlag ebenfalls zustimmend reagiert wird. Diese Zustimmung wird üblicherweise auch dann erreicht, wenn die letzte Aussage eigentlich von den Überzeugungen des/der KlientIn abweicht. Auch wenn hier der Eindruck der Manipulation durch den/die TherapeutIn entsteht, so muss klar festgehalten werden, dass ja dabei das Therapieziel des/der KlientIn im Vordergrund steht. Für KlientInnen entsteht durch das „Yes-Set“ auch ein Gefühl, verstanden zu werden und gleichzeitig jemand gefunden zu haben, der „ihre Sprache spricht“. So erfahren KlientInnen Bestätigung und entwickeln Zuversicht und Hoffnung in Hinblick auf ihr Problem, was wiederum ihre Selbstwirksamkeit fördert.

Ein hypnotherapeutisches Vorgehen zur Entwicklung einer Kompetenzerfahrung beschreibt Meiss (2016). Dabei wird die Trance im ersten Durchgang dazu genutzt, dem/der KlientIn z. B. die eigenen faulen Kompromisse noch stärker bewusst zu machen. Ziel dieser Sequenz ist es, zu erkennen und zu spüren, wie sehr er/sie z. B. die eigenen Bedürfnisse zurückstellt oder ungünstige Entscheidungen trifft, so dass das Selbstwertgefühl den Nullpunkt erreicht. Vor dem zweiten Durchgang erfolgt noch eine Reorientierung (durch Ausschütteln, Durchatmen, ...), um aus dem negativen Zustand auch wieder herauszukommen. Im zweiten Durchgang wird der/die KlientIn angeregt, jenen Punkt zu suchen, an dem ein alternatives Handeln möglich gewesen wäre, und wird dann aufgefordert, sich vorzustellen z. B. die eigenen Interessen klar zu vertreten. Dies bewirkt nach Meiss (2016) sehr oft einen Energieschub und eine Stärkung des Selbstwertgefühls bei KlientInnen und damit das Gefühl von Selbstwirksamkeit. Die Erfahrung in der Trance wird als konträr zum Gefühl der Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit erlebt und führt aus der Opferhaltung heraus.

#### **Selbstvertrauen stärken (Ich schaff's!)**

Wie bereits weiter oben ausgeführt wurde, hängen Selbstwirksamkeit und Selbstwert eng zusammen. Selbstvertrauen kann als Vermittler zwischen Selbstwert und Selbstwirksamkeit gesehen werden. Wenn der Selbstwert gering eingeschätzt wird, so kann in der Therapie über die Stärkung des Selbstvertrauens

*Selbstvertrauen als  
Vermittler zwischen  
Selbstwert und  
Selbstwirksamkeit*

das Erleben von Selbstwirksamkeit gefördert werden. Das Ziel des 15-Schritte-Programms von Ben Furman (2005) ist es, bei Kindern das Selbstvertrauen zu stärken und ihnen Mut zu machen, dass sie ihre Ziele erreichen können. Dahinter steht ein geniales Reframing, nämlich die Idee, dass Kinder keine Probleme haben, sondern dass es sich dabei um Fähigkeiten handelt, die sie noch nicht gelernt haben. Vor diesem Hintergrund ist das Programm wie folgt aufgebaut:

1. Probleme in Fähigkeiten verwandeln
2. Sich auf eine zu erlernende Fähigkeit einigen
3. Den Nutzen der Fähigkeit herausfinden
4. Der Fähigkeit einen Namen geben
5. Eine Kraftfigur aussuchen
6. Helfer einladen
7. Vertrauen aufbauen
8. Die Feier planen
9. Die Fähigkeit beschreiben
10. Öffentlich machen
11. Die Fähigkeit üben
12. Erinnerungshilfen erfinden
13. Den Erfolg feiern
14. Die Fähigkeit an andere weitergeben
15. Zur nächsten Fähigkeit übergehen

Furman verfolgt hier einen klassisch lösungsorientierten Ansatz, wobei man kaum Zeit mit der Ursache des Problems verbringt und die Aufmerksamkeit gleich darauf gelenkt wird, was das Kind lernen muss. Damit werden anschuldigende Gespräche, das sogenannte „Blamestorming“ (Furman 2005), vermieden, so dass sich sehr schnell ein Vertrauensverhältnis zum/r TherapeutIn aufbauen kann. Die Einbeziehung des sozialen Umfelds führt dazu, dass alle am gleichen Strang ziehen und das Kind auch entsprechende Unterstützung erfährt. Letztlich erfährt das Kind aber mithilfe des Programms, dass es in seinen Händen liegt, Probleme zu lösen, und es auch alle Kompetenzen besitzt, dass dies gelingen kann. Denn wer ein Problem gelöst hat, kann auch weitere Probleme lösen bzw. wer eine Fähigkeit gelernt hat, der kann auch weitere Fähigkeiten lernen.

### Fallbeispiel – Frau H.

Das folgende Fallbeispiel soll Erfahrungen mit dem Selbstwirksamkeitserleben in der Therapie veranschaulichen und zeigt insbesondere, wie die Klientin im therapeutischen Prozess ihre Selbstwirksamkeit zurückerobert hat und von da an ein stetiges „Bergauf“ zu beobachten war.

### Ausgangssituation

Frau H. leidet nach eigenen Angaben seit ca. einem  $\frac{3}{4}$  Jahr an einem Burnout, unter Konzentrationsproblemen und Antriebslosigkeit und brauche therapeutische Unterstützung. Sie suche Jobs, finde aber keine oder könne die Jobs nicht behalten, weil es ihr zu viel werde. In einer vorhergehenden Psychotherapie habe die Therapeutin mit ihr erarbeitet, dass bei ihr immer wieder die „Powerfrau“ durchkomme, dann hoffe sie und bemühe sich. Gleichzeitig gäbe es auch Zeiten, wo sie wie ein kleines Kind an der Hand genommen werden müsse, weil sie gar nichts mehr schaffe. Derzeit nehme sie ein Antidepressivum (Trittico®) und ein Neuroleptikum (Abilify®) sowie ein pflanzliches Arzneimittel gegen Stress und Erschöpfung.

Sie sei sehr hoffnungslos und auch ihre Wohnsituation sei ein Problem (laute Nachbarin, hohe Miete, keine Wohnbeihilfe). Einen Umzug könne sie sich derzeit aber gar nicht vorstellen, weil sie nicht wisse, wie sie das schaffen soll. Sie habe auch bereits verschiedene Jobs in Aussicht, wo sie aber unsicher sei, ob sie das schaffen könne. Ihre größte Schwierigkeit sei derzeit, dass sie nichts zu tun habe.

Beruflich sei Frau H. zuletzt, bis vor 2 Jahren, als Personalsachbearbeiterin und davor ca. 20 Jahre als Lohnverrechnerin beschäftigt gewesen. Derzeit traue sie sich aber vieles nicht mehr zu und sie habe auch Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren. Im letzten Job (Personalbereitstellungsfirma) sei es noch innerhalb der Probezeit zu einer einvernehmlichen Lösung gekommen – sie habe dort den Eindruck gehabt, den Anforderungen nicht gerecht werden zu können, da ihre Tätigkeit den Umgang mit sehr komplexen Systemen erforderte und auch ihre Chefin ihr das Gefühl gab inkompetent zu sein. Sie sei heillos überfordert gewesen, konnte nicht mehr essen und schlafen und sich nicht konzentrieren. Einige Jahre davor erlitt sie einen „Zusam-



menbruch“ gerade zu dem Zeitpunkt, als ihre Fürsorge für den Sohn, der in seiner Kindheit und Jugend aufgrund von ADHS vermehrt Unterstützung und Therapien benötigte, nicht mehr in dem Ausmaß notwendig gewesen sei, weil er selbstständiger wurde. Sie sei Alleinerzieherin gewesen, da der Kindesvater sie verlassen habe, als der Sohn 2,5 Jahre alt gewesen sei.

### Therapeutischer Prozess

In der Therapie mit Frau H. ist ihr hohes Leistungsmotiv regelmäßig Thema. Sie steckt sich ihre Ziele stets hoch, ist sehr stark auf einen neuen Job fixiert und erlebt ein schlechtes Gewissen, wenn sie sich Entspannung „gönnt“. Gleichzeitig braucht sie sehr viel Bestätigung und Zuspruch, dass sie auf dem richtigen Weg ist. Dazu erzählt sie, dass sie in der Kindheit nie gelobt wurde, immer viel gemacht habe und trotzdem kein Lob bekam. Das ist auch ihr Erklärungsmodell dafür, dass sie heute dazu tendiere, eine Powerfrau sein zu wollen. Wir arbeiten daher auch daran, ihr eigenes Gefühl zu stärken und ihr die Sicherheit zurückzugeben, dass sie alles richtig macht.

#### *Eine komplexe Problemlage*

In der 5. Stunde erzählt Frau H. von ihrem Alkoholmissbrauch, wobei sie auch bereits vor einigen Jahren ein Alkoholproblem gehabt habe, es damals aber in den Griff bekommen habe. In den letzten Monaten trinke sie wieder mehr, sie achte allerdings darauf, dass sie keinen Alkohol zu Hause habe. Sie fahre dann jedoch vormittags zum Billa und kaufe sich eine kleine Flasche, die sie dann gleich im Auto trinke. Alkohol helfe ihr vormittags dabei, ihre Lustlosigkeit zu verschleiern, abends habe der Alkohol für sie eine Belohnungsfunktion nach der Arbeit (ein geringfügiger Job in einem Lokal). In der Arbeit schaffe sie es aber, keinen Alkohol zu trinken und sich nicht von Kunden einladen zu lassen.

In der 6. Stunde erzählt Frau H. dann von ihren relativ konkreten Suizidgedanken sowie von einem Freund, den sie zuvor immer nur als „Bekannten“ bezeichnete. Inzwischen sei es aber „Freundschaft plus“, er sei für sie aber nicht die große Liebe. Aktuell kümmerge er sich aber um sie und schlafe auch bei ihr, wenn es ihr schlecht gehe. Insofern sei er auch bezüglich ihrer Suizidgedanken eine wichtige Ressource. Auch die Gedanken an ihren Sohn halten sie von einem Suizid ab, da er das nicht verkraften und selbst abstürzen würde.

Interessant ist ihre Antwort auf eine Skalierungsfrage zum Thema Lebenslust in der 7. Stunde. Sie sehe sich derzeit auf 3, wobei sie bei 2,5 ihre Umgebung nicht mehr wahrnehmen würde, sie nichts mehr essen würde, beim Autofahren unkonzentriert wäre und auch ihr Freund sie nicht mehr trösten könnte. Bei 3,5 würde sie etwas aus Eigeninitiative machen – eine Aussage, die bereits in Richtung Selbstwirksamkeit deutet.

In der 8. Stunde stellt sich heraus, dass die Suizidgedanken offenbar durch eine Medikamentenumstellung und die damit einhergehende pharmakologische Unterversorgung mit Antidepressiva bedingt war, so dass diese dann kein Thema mehr sind. Frau H. erzählt dann immer wieder auch von einer Steigerung ihres Alkoholkonsums – wenn ihr Freund anfangs noch hilfreich war, was die Vermeidung von Alkohol betrifft, so ist es nun regelmäßig so, dass sie auch gemeinsam trinken. Der Alkohol nehme ihre Sorgen weg, entspanne sie und mache sie fröhlich. Gleichzeitig wolle sie aber ihrem Sohn ein Vorbild sein, so dass sie versucht es vor ihm zu verbergen.

Wir reden in den folgenden Stunden auch darüber, wie sie kleine Schritte in Richtung Eigeninitiative setzen könnte, gerade wo sie sich derzeit vom Alkohol und ihrem Freund kontrolliert fühlt. Während der Freund zum Zeitpunkt ihrer Suizidgedanken sehr wichtig für sie gewesen ist, erzählt sie nun von Streits mit ihm, weil er sich offenbar immer mehr in ihrem Haushalt einbringen will. Erste Schritte einer Verhaltensänderung gelingen ihr mit einer Gehmeditation und dem Aufgeben des Rauchens. Interessant ist, dass sie zwar in dem Lokal, wo sie gearbeitet hat, gekündigt wird, das für sie aber keinen (weiteren) Rückschlag darstellt. Ganz im Gegenteil, sie kann es sogar so interpretieren, dass der Job zwar ein wichtiger stabilisierender Faktor in der ersten Zeit war, sie aber bereits damit abgeschlossen habe. Gleichzeitig habe sie auch schon einen anderen Job (Heuriger) in Aussicht und erwarte sich auch eine Steigerung des Selbstwerts, wenn sie das schaffe.

Eine unerwartete Wendung löst eine Intervention von mir aus, bei der ich ihr vorgeschlagen habe, dem vereinnahmenden Verhalten ihres Freundes so zu begegnen, dass sie ihm sage, dass „ihre Therapeutin gesagt habe, dass sie wieder mehr Selbstständigkeit brauche“. In der Folge will Frau H. ihrem Freund ursprünglich nur ein paar Tage Abstand vorschlagen,

*Die Kraft der Idee kleiner Schritte in Richtung Eigeninitiative*

*Und dann ein großer Schritt*

durch sein Verhalten sei es aber zur Trennung gekommen. Die Trennung sei sehr „gewaltsam“ gewesen, da er nicht gehen wollte, sich auf den Boden gesetzt, eine Flasche Wein ausgetrunken und gemeint habe, dass er jetzt „leider“ nicht mehr fahren könne. Sie habe ihn aus der Wohnung gezerrt, wobei er sich dann in ihrem Auto eingesperrt habe und sie schließlich die Polizei gerufen habe. Er sei dann gegangen, habe sie aber verfolgt und vor dem Haus ihres Exfreundes gewartet. Letztendlich habe sie es aber geschafft, sich zu trennen. Sie habe aber Schuldgefühle, da er danach auch Selbstmorddrohungen ausgesprochen habe und sie ihn nun im Stich lasse, während er ihr bei ihren Selbstmordgedanken zur Seite gestanden sei. Abgesehen davon hat dieses Ereignis Frau H. aber offenbar gezeigt, über welche Kompetenzen sie eigentlich verfügt und dass sie durchaus in der Lage ist, diese einzusetzen – also ein perfektes Beispiel für das Erleben von Selbstwirksamkeit.

Nach diesem „Befreiungsschlag“ geht es Frau H. stetig besser, sie macht einen Skiausflug mit ihrem Sohn und beschreibt auch, dass das Morgentief von ihr kontrollierbar wird, und zwar anders als bisher – also nicht mit Alkohol, sondern durch „noch mal kurz hinlegen“. Eine Stunde später berichtet sie bereits, dass ihre Morgentiefs weg seien und von einigen anderen positiven Entwicklungen (Arbeit im Heurigen, AMS hat Kursmaßnahme bewilligt, sie habe kein Verlangen mehr nach Alkohol, ein anderer Freund mit „Freundschaft plus“). Zwei Stunden später gibt es zwar noch mal einen „Ausrutscher“ bzgl. Alkohols, den sie mit dem Lächeln eines Kindes erzählt, das etwas „Verbotenes“ getan hat.

Wir reduzieren schließlich die Frequenz der Termine auf einmal pro Monat, wobei Frau H. die Termine vermutlich nur braucht, um die Sicherheit zu haben, bei „ihrer Therapeutin“ noch einen „Fuß in der Tür zu haben“ und bei Bedarf wieder häufiger kommen zu können. Sie traut ihrem Genesungsprozess noch nicht und möchte sich vorbehalten jederzeit wieder häufiger kommen zu können. Die Versicherung meinerseits, dass das möglich ist, auch wenn wir jetzt keine weiteren Termine vereinbaren, gibt ihr offenbar eine gewisse Sicherheit, so dass sie schließlich in der 19. Stunde von sich aus entscheidet, die Therapie zu beenden. Vermutlich war auch das Absetzen der Medikamente gegen Alkoholmissbrauch noch eine kritische Zeit, in der sie die Möglichkeit einer Anlaufstelle behalten wollte. Die

Tatsache, dass sie das geschafft hat, hat sie wohl weiter darin bestärkt, dass sie ihre Krise überwunden hat.

### Reflexion

Die Tatsache, dass für Frau H. Selbstwirksamkeit ein Schlüsselfaktor in der Therapie ist, zeigt sich eigentlich schon in der Erzählung ihrer Lebensgeschichte: Sie beschreibt sich als eine Frau, die ihr Leben (und das Leben von ihr nahestehenden Personen) immer selbstständig gemeistert hat, trotz aller Widrigkeiten. Sie identifiziert sich mit einer Powerfrau – Leistung ist für sie ein wesentliches Motiv. Ihr Krankheitsbeginn zeigt sich an jenem Punkt, wo dieses Konzept plötzlich nicht mehr stimmt. Damit ist klar, dass die Wiedererlangung der Selbstwirksamkeit für sie zentral ist.

Der Therapieprozess soll nun mit Fokus auf die Selbstwirksamkeit reflektiert werden und jene Momente herausgefiltert werden, in denen die Klientin selbstwirksam gehandelt hat und damit für sich Schritte in Richtung „Besserung“ bzw. „Zielerreichung“ gesetzt hat.

Der erste Schritt war sicherlich bereits die Vereinbarung eines Termins für ein Erstgespräch, wo sie sich eine therapeutische Begleitung trotz eingeschränkter finanzieller Mittel erhofft hat. Hier zeigt sie also schon eine wesentliche Kompetenz, nämlich dass sie sich eigenständig Unterstützung in einer schwierigen Lebensphase organisieren kann.

*Bereits die eigenständige Suche nach Unterstützung als wesentliche Kompetenz*

Spannende Phasen in der Therapie mit Frau H. waren schließlich auch jene Stunden, in denen sie von ihrem Alkoholmissbrauch und ihren Suizidgedanken erzählte. Dies kann als wesentlicher Vertrauensbeweis und gleichzeitig als ihr persönlicher Tiefpunkt angesehen werden. Mit dem Anvertrauen dieser Geheimnisse hat sie aber für sich selbst die Entscheidung getroffen, dass sie in diesem Punkt Unterstützung braucht und dass es für den weiteren Verlauf wichtig ist, sich mir auch zu diesen sensiblen Themen anzuvertrauen.

Der wesentlichste Moment war aber sicherlich jener, in dem die Klientin sich von der Enge der Beziehung mit dem „Bekanntem“ wieder lösen wollte. Auslöser war offenbar eine Intervention, wo sich die Klientin von mir quasi die „Erlaubnis“ holte,

nun wieder ein wenig selbstständiger zu werden und damit ihrem Freund gegenüber Grenzen zu setzen, um auf diese Weise für sich selbst zu sorgen. Als Frau H. ihrem Freund den Wunsch nach mehr Selbstständigkeit kommunizierte, war sie jedoch sehr irritiert, dass ihr Freund, der zuvor so hilfreich für sie war, sie in diesem Punkt nicht unterstützen wollte und sich an die Beziehung geklammert hat. Für die Entwicklung von Frau H. war das aber scheinbar besonders hilfreich, weil sie dadurch noch mehr eigene Kräfte mobilisieren musste, um ihre Eigenständigkeit zurückzuerlangen. Dies hat ihr letztlich gezeigt, wozu sie eigentlich fähig ist, was wiederum den Schluss zulässt, dass sie ihren Tiefpunkt überwunden hat und sie bereits Teile ihrer „Powerfrau“ zurückgewonnen hat. In der Therapie wurde die Trennung von ihrem Freund als „Befreiungsschlag“ gewertet und damit ihr selbst die Verantwortung für ihr Handeln zugeschrieben und sie wurde in ihren Kompetenzen bestärkt.

Auch das Ende der Therapie hat die Klientin selbst gewählt und entschieden. Zu dem Zeitpunkt, an dem es für sie gepasst hat, – als sie gemerkt hat, dass es tatsächlich aufwärts geht und sie immer mehr in der Lage ist, wieder selbstständig und selbstwirksam zu handeln, konnte sie die erfahrene Hilfestellung auch wieder loslassen.

### Resümee

Grossmann (2005, S. 405) kommt zu dem Schluss: „TherapeutInnen können in Bezug auf ihre KlientInnen nichts bewirken. Sie können allerdings so handeln, dass KlientInnen im Kontext von Therapie eine Situation vorfinden, innerhalb welcher sie in Bezug auf eigene bio-psycho-soziale Muster intervenieren können. Therapeutisches Wirken verweist so auf das Herstellen eines hilfreichen Rahmens, innerhalb dessen KlientInnen wirksam werden können.“ Die vorliegende Arbeit zeigt zwar verschiedene Interventionen und Rahmenbedingungen des psychotherapeutischen Prozesses auf, die bei KlientInnen das Erleben von Selbstwirksamkeit fördern können, macht aber auch klar, dass es letztlich der/die KlientIn selbst ist, welche/r Entscheidungen trifft – nämlich Entscheidungen, ein bestimmtes Verhalten zu zeigen oder auch nicht.

*Die Wechselwirkung von fördernder Haltung der TherapeutInnen und eigener Entscheidung der KlientInnen*

Selbstwirksamkeit entfaltet sich da, wo es einen guten Nährboden gibt. Um wachsen zu können, wird aber ein entsprechendes Klima und auch Dünger benötigt. Das Klima für den psychotherapeutischen Nährboden der Selbstwirksamkeit entsteht durch den therapeutischen Rahmen (Verschwiegenheitspflicht, Expertentum der KlientInnen, therapeutische Bescheidenheit), den wir PsychotherapeutInnen anbieten bzw. einhalten. Der entsprechende Dünger, der das Wachstum der Selbstwirksamkeit unterstützt, sind die verschiedenen Interventionen – lösungsorientiert (Ausnahmen, Skalierung, Komplimente, ...), narrativ (sparkling moments) oder auch hypnosystemisch (Lösungstrance, Yes-Set, Reframing ...), die u.a. auf Ressourcenaktivierung und die Stärkung des Selbstvertrauens ausgerichtet sind.

### Literatur

- Anderson H, Goolishian H (1992) Der Klient ist Experte: Ein therapeutischer Ansatz des Nicht-Wissens. *Zf systemische Therapie* 10(3):176-189
- Asay TP, Lambert MJ (2001) Empirische Argumente für die allen Therapien gemeinsamen Faktoren: Quantitative Ergebnisse. In: Hubble MA, Duncan BL, Miller SD (Hrsg) *So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen. Modernes Leben, Dortmund*, S. 41-81
- Asendorpf JB (2004) *Psychologie der Persönlichkeit*. 3. Auflage. Springer, Berlin
- Bandura A (1977) Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review* 84(2):191-215
- de Shazer S (2009) *Das Spiel mit Unterschieden. Wie therapeutische Lösungen lösen*. 6. Auflage, Carl-Auer, Heidelberg
- de Shazer S (2012) *Worte waren ursprünglich Zauber. Von der Problemsprache zur Lösungssprache*. 3. Auflage, Carl-Auer, Heidelberg
- de Shazer S, Molnar A (1984) Four useful interventions in brief family therapy. *J of Marital and Family Therapy* 10(3):297-304
- de Jong P, Berg IK (2008) *Lösungen (er-)finden. Das Werkstattbuch der lösungsorientierten Kurztherapie*. 6. Auflage, verlag modernes lernen, Dortmund
- Furman B (2005) *Ich schaffs! Spielerisch und praktisch Lösungen mit Kindern finden – Das 15-Schritte-Programm für Eltern, Erzieher und Therapeuten*. Carl-Auer, Heidelberg

- Grawe K (2005) Empirisch validierte Wirkfaktoren statt Therapiemethoden. *Report Psychologie* 7/8:310-311
- Grossmann KP (2005) Die Selbstwirksamkeit von Klienten. Ein Wirkverständnis systemischer Therapien. Verlag für systemische Forschung im Carl-Auer Verlag, Heidelberg
- Herkner W (1991) *Sozialpsychologie*. 5. Auflage. Huber, Bern
- Hubble MA, Duncan BL, Miller SD (2001) (Hrsg) *So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen*. Verlag modernes Lernen, Dortmund
- Jerusalem M (1990) *Persönliche Ressourcen, Vulnerabilität und Stresserleben*. Hogrefe, Göttingen
- Kuhl J (1983). *Motivation, Konflikt und Handlungskontrolle*. Springer, Berlin
- Meiss O (2016) *Hypnosystemische Therapie bei Depression und Burnout*. Carl-Auer, Heidelberg
- Prior M (2016) *Beratung und Therapie optimal vorbereiten. Informationen und Interventionen vor dem ersten Gespräch*. 7. Auflage, Carl-Auer, Heidelberg
- Rotter JB (1966) Generalized expectancies for internal versus external of reinforcement. *Psychological Monographs* 80(1):1-28
- Schlippe A v, Schweitzer J (2007) *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung*. 10. Auflage, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Schlippe A v, Schweitzer J (2009) *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung II. Das störungsspezifische Wissen*. 3. Auflage, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Seligman M (1992) *Erlernte Hilflosigkeit*. 4. Auflage. Beltz, Weinheim
- Walter JL, Peller JE (2004) *Lösungsorientierte Kurztherapie. Ein Lehr- und Lernbuch*. 6. Auflage, Verlag modernes Lernen, Dortmund
- White M (1992) Therapie als Dekonstruktion. In: Schweitzer J, Retzer A, Fischer R (Hrsg) *Systemische Praxis und Postmoderne*. Suhrkamp, Frankfurt/Main, S. 39-63
- White M (2010) *Landkarten der narrativen Therapie*. Carl-Auer, Heidelberg
- Willutzki U, Teismann T (2013) *Ressourcenaktivierung in der Psychotherapie*. Hogrefe, Göttingen

Dr. Margarete Litzenberger  
Uetzgasse 2  
A-2500 Baden  
e-mail: office@maggie-litzenberger.at