

Der Klient als Experte! Eine therapeutische Haltung, die Selbstmanagement ernst nimmt¹

Hans Preß, Markus Gmelch²

Zusammenfassung

Die „therapeutische Haltung“ wird von vielen PsychotherapeutInnen als ein wesentlicher Aspekt hilfreichen psychosozialen Handelns verstanden. Dennoch fristet das Konzept in manchen theoretischen Orientierungen und der Psychotherapieforschung eher ein Schattendasein. Dabei bietet sich mit der „therapeutischen Haltung“ möglicherweise ein begriffliches Werkzeug, das Zusammenhänge zwischen theoretischen Hintergründen und praktischem Handeln über Schulengrenzen hinweg verständlich machen könnte. Im folgenden Text wird zunächst ein Arbeitsbegriff der therapeutischen Haltung vorgeschlagen und in den Kontext philosophischer und wissenschaftlicher Basisannahmen eingebettet. Um den Bogen von der eher abstrakten Begriffsklärung zur Therapiepraxis zu schlagen, wird anschließend eine konkrete, hier als „klientenorientiert“ bezeichnete therapeutische Haltung beschrieben, die in konstruktiv-kritischer Auseinandersetzung mit dem verhaltenstherapeutischen Selbstmanagement-Ansatz und der lösungsfokussierten Kurzzeittherapie entwickelt wurde. Dieses Vorhaben wird anhand der Vorstellung des entsprechenden Therapieverständnisses und selbigen differenzierender Prinzipien umgesetzt. Abschließend werden recht konkrete Handlungsregeln vorgeschlagen, welche sich als „Realisierung“ oder „Verkörperung“ dieser Haltung verstehen lassen.

1) Was bewegt uns, diesen Artikel zu schreiben?

Ein gewichtiger Titel prangt da über unserem Artikel. Das Vorhaben, „eine therapeutische Haltung“ vorzuschlagen, „die Selbstmanagement ernst nimmt“, scheint doch ziemlich ambitioniert zu sein. Haben wir uns mit diesem Anliegen vielleicht ein wenig übernommen? Wir denken nicht: Denn uns bleibt als angehenden Psychotherapeuten ja gar nichts anderes übrig, als uns mit der Frage zu beschäftigen, auf welche Art und Weise wir Psychotherapie betreiben und welche Haltung wir dabei einnehmen wollen. Im Rahmen einer Festschrift (vgl. Siegl et al., 2012) bekamen wir die Möglichkeit, unseren Stand der Beschäftigung mit

- 1) Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten für beiderlei Geschlecht.
- 2) Wir danken Claudia Huber, Lisa Groß und Peter Kaimer für wertvolle Anregungen und Diskussionen zu ersten Versionen dieses Textes.

diesem Thema explizit festzuhalten, insbesondere auch in Auseinandersetzung mit dem vom Adressaten der Festschrift, Hans Reinecker, engagiert vertretenen *Selbstmanagement-Ansatz* (vgl. Kanfer et al., 2012). Wir versuchten dieses Anliegen in zwei sich ergänzenden Artikeln zu realisieren: dem hier aktualisiert wiederabgedruckten Text zur therapeutischen Haltung sowie einem zweiten Artikel, in welchem wir unsere Überlegungen zu einer modifizierten Version des Kanfer'schen *7-Phasen-Prozessmodells* vorstellen (vgl. Gmelch, Preß, 2012). Dabei betonen wir bestimmte Perspektiven, welche wir in der „klassischen“ Selbstmanagement-Therapie (im Folgenden kurz: SMT) schon angelegt sehen, v. a. *Lösungs- und Ressourcenorientierung*, *Methodenoffenheit* und ein *kontextuelles Verständnis* von Psychotherapie. Da wir unserer „Interpretation“ des Ansatzes keinen neuen Markennamen geben möchten, werden wir immer wieder von „klientenorientierter“ SMT sprechen, um unsere Perspektive kenntlich zu machen.

Der folgende Text widmet sich nun ausführlich der *therapeutischen Haltung*³, da wir der Meinung sind, dass diese für den individuellen therapeutischen Erfolg wie auch die Identität der Psychotherapeuten von zentraler Bedeutung ist. Wir beginnen mit der *Klärung des Begriffs* der „therapeutischen Haltung“ und dessen Einordnung in den *Kontext therapeutischer Theorie und Praxis* (Punkt 2). Darauf folgt die Darstellung *philosophischer Basisannahmen* (Punkt 3). Nach einer Charakterisierung des entsprechenden *Therapieverständnisses* (Punkt 4) skizzieren wir unseren Vorschlag einer „klientenorientierten Haltung“ anhand *therapeutischer Prinzipien* (Punkt 5) und deren *Umsetzung in die Praxis* (Punkt 6).

2) Der Begriff der „therapeutischen Haltung“

Unsere Beschäftigung mit diesem Thema beginnt mit einem begrifflichen Problem. Denn mit der „therapeutischen Haltung“ scheint es sich ähnlich zu verhalten wie mit anderen abstrakten Begriffen (Zeit, Emotion, Freiheit etc.): Die meisten „Nutzer“ hantieren damit recht sicher in der alltäglichen Kommunikation, nach einer genauen Definition gefragt, kehrt allerdings oft recht schnell Ratlosigkeit ein. Auch der Begriff der „therapeutischen Haltung“ wird in Therapiepraxis und Fachliteratur zwar häufig verwendet und inhaltlich bestimmt (vgl. z. B. Mücke, 2001; Weinberger, 2008), aber nur selten als Konstrukt definiert (vgl. dazu ausführlich Preß, 2014). Systematische Forschungsbemühungen und Literaturübersichten oder gar Hand- und Lehrbücher, die sich explizit der Haltung widmen, lassen sich gegenwärtig nicht recherchieren. Lediglich im psychoanalytischen und humanistischen Bereich wird die Haltung gelegentlich im Sinne eines *Terminus technicus* auch

- 3) Im Folgenden werden die Adjektive „therapeutisch“ und „psychotherapeutisch“ als Synonyma auf die ebenfalls synonym verwendeten Substantive „Haltung“ sowie „Grundhaltung“ bezogen, sofern nicht anders vermerkt.

in die Fachliteratur eingeführt (vgl. z. B. Dantelgraber, 2000; Blankertz, Doubrawa, 2005). Teilweise werden auch die von Carl Rogers formulierten Grundbedingungen therapeutischer Veränderung als „klientenzentrierte Grundhaltung“ (Weinberger, 2008, S. 81) bezeichnet.

In der Praxis wird der Begriff unterschiedlich weit gefasst: In engem Sinn werden damit oft bestimmte Aspekte der Beziehungsgestaltung bezeichnet (z. B. empathisches Verstehen), in weitem Sinn werden Werte, therapeutische Prinzipien und deren Umsetzung unter „therapeutischer Haltung“ zusammengefasst (vgl. Preß, 2014). Da es gegenwärtig keinen Konsens bezüglich Verwendung und Definition des Konstrukts gibt, schlagen wir hier einen weit gefassten Arbeitsbegriff vor, in Anlehnung an eine von uns durchgeführte Begriffsklärung (vgl. ebd.). Wir hoffen damit die zentralen Bedeutungsaspekte der Alltagssprachlichen Verwendung aufzugreifen sowie gleichzeitig eine einigermaßen nahtlose Einbettung in den psychologischen und psychotherapeutischen Fachjargon zu ermöglichen.

Als **therapeutische Haltung** bezeichnen wir die Abbildung relativ stabiler Annahmen und Handlungsprinzipien in den Reaktionen von Therapeuten in therapielevanten Situationen.

Die Haltung wird inhaltlich durch kognitive Grundannahmen und darauf bezogene abstrakte Handlungsprinzipien bestimmt, d. h. durch die aus philosophischen Überzeugungen abgeleiteten therapiebezogenen Annahmen oder Einstellungen zu den am therapeutischen Geschehen beteiligten Personen (Klient, Therapeut) sowie zur Therapie als sozial-interaktivem Veränderungsprozess. Sie lässt sich formal durch die Qualität der Abbildung in konkreten Reaktionen charakterisieren. Damit ist gemeint, dass die Haltung im Wesentlichen eine Relation zwischen kognitiven Annahmen und Reaktionen des Therapeuten darstellt, die u. a. mehr oder weniger zeitlich stabil, logisch konsistent, synchron auf allen Verhaltensebenen (subjektiv-kognitiv, physiologisch-motivational, sozial-interaktiv) und dem Handelnden bewusst sein kann. Praxisnäher ausgedrückt verstehen wir unter „therapeutischer Haltung“ die Art und Weise, wie ein Therapeut bestimmte therapiebezogene Überzeugungen in sozialen Situationen „verkörpert“ und ausdrückt. Abbildung 1 stellt unser Konzept der therapeutischen Haltung unter Berücksichtigung ihrer Bestandteile sowie im Kontext ihrer konzeptuellen und funktionalen Beziehungen dar.

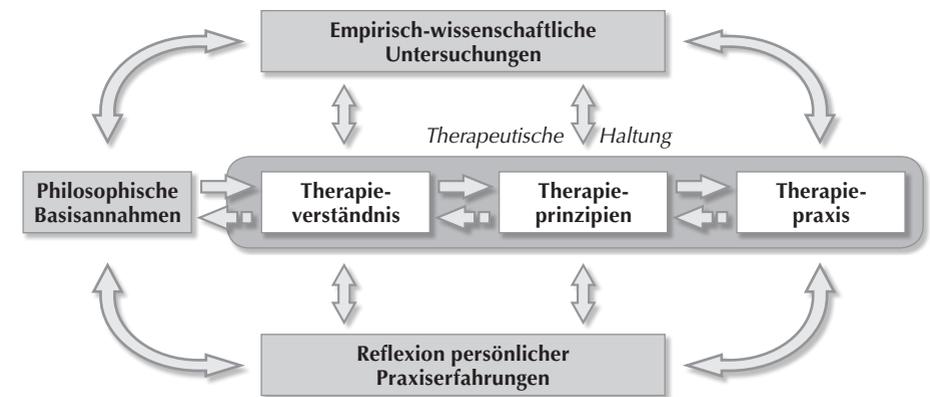


Abb. 1: Die Komponenten der therapeutischen Haltung im Kontext ihrer konzeptuellen und funktionalen Relationen

Aus philosophischen Basisannahmen bezüglich Menschenbild, Ethik, Erkenntnis und Wissen (s. u., Punkt 3) lässt sich ein allgemeines Therapieverständnis ableiten (s. u., Punkt 4). Dieses Therapieverständnis lässt sich wiederum anhand der Formulierung diverser Therapieprinzipien vertiefen (s. u., Punkt 5). Die Therapieprinzipien bieten eine gewisse Orientierung bei der Umsetzung übergeordneter Annahmen in die Therapiepraxis, d. h., sie legen situationsübergreifende Reaktionstendenzen nahe (s. u., Punkt 6), aber auch die organisatorische, räumliche und zeitlich-strukturelle Rahmung therapeutischer Aufgaben (vgl. dazu Gmelch, Preß, 2012). Zwischen den Bestandteilen der horizontalen Ebene in Abbildung 1 besteht also ein Implikationszusammenhang, wobei durchgezogene Pfeile als „... legt nahe“ und gestrichelte Pfeile als „... lässt schließen auf“ gelesen werden können. Die Reflexion persönlicher Praxiserfahrungen kann zur Veränderung von Therapiepraxis, -prinzipien, -verständnis und der philosophischen Basisannahmen beitragen. Positionierungen und Erfahrungen auf jeder Ebene der Abstraktion werfen schließlich bestimmte empirische Fragen auf. Die aus entsprechenden wissenschaftlichen Untersuchungen resultierenden Ergebnisse können wiederum auf alle anderen Ebenen zurückwirken. Unserem Verständnis nach ist die therapeutische Haltung als Konstrukt also in ein enges und begrifflich kaum trennbares Begründungsgeflecht eingebettet. Vor diesem Hintergrund scheint eine isolierte Darstellung der therapeutischen Haltung wenig sinnvoll, weswegen im folgenden Text auf jeden der oben dargestellten Aspekte eingegangen werden soll.

3) Philosophische und empirisch-wissenschaftliche Basisannahmen

Die philosophischen Basisannahmen der SMT lassen sich den Bereichen der Ethik, der Anthropologie (Menschenbildannahmen) sowie der Erkenntnis- und Wissenschaftstheorie zuordnen. Die für einzelne Aspekte der Haltung relevanten empirisch-wissenschaftlichen Beiträge stammen sowohl aus den Grundlagenwissenschaften (z. B. Psychologie, Soziologie, Neurowissenschaften) als auch aus der Psychotherapieforschung. Zunächst folgt eine Zusammenfassung der Basisannahmen klassischer SMT, erweitert und ergänzt um wichtige Aspekte aus klientenorientierter Perspektive.

- Der SMT liegt ein von Humanismus und systemischem Denken geprägtes **Menschenbild** zugrunde (vgl. Kanfer et al., 2012). Menschen werden als Wesen verstanden, die ihr Leben aktiv gestalten, Bedeutung und Sinn konstruieren (vgl. Anderson, 1999) sowie die Befriedigung materieller wie intellektueller Bedürfnisse anstreben (vgl. Grawe, 1998). Veränderung, Wandel, Dynamik und Komplexität zeichnen die Probleme und Ziele, das Leiden und die Herausforderungen menschlichen Lebens aus (vgl. Dörner, 2001), die von Klienten wie auch Therapeuten in den therapeutischen Kontext eingebracht werden. Ein zentrales Mittel, das eigene, soziale und kulturelle Leben zu gestalten, stellt dabei die Nutzung der Sprache dar, die nicht einfach nur Abbildfunktion hat (vgl. Hampe, 2011).
- Was die **Ethik** der SMT angeht, wird der Wert der Selbstbestimmung bzw. der Autonomie des Menschen und damit auch der Klienten im Therapieprozess besonders betont (vgl. Kanfer et al., 2012): Klienten haben das Recht, die inhaltlichen Ziele der Therapie zu bestimmen, über geplante Maßnahmen zur therapeutischen Veränderung informiert zu werden und über deren Nutzung zu entscheiden. Ebenso sollten Therapeuten individuelle – auch „eigensinnige“ – Lebensentwürfe, entsprechende Lösungsideen und Zielvorstellungen der Klienten respektieren und wertschätzen (vgl. auch Kaimer, 1995, 2009), sofern deren Verfolgung in sozialer Verantwortung möglich erscheint.
- Bezüglich **Erkenntnis und Wissen** wird in der SMT davon ausgegangen, dass therapie-relevante soziale „Tatsachen“, wie z. B. Normabweichungen bezüglich Verhalten und Erleben, in hohem Maße sozialen Konstruktionsprozessen unterworfen sind (vgl. Kanfer et al., 2012). Psychologische Theorien werden lediglich als Heuristiken verstanden (d. h. als Verfahren der Suchraumeinengung, vgl. Dörner, 2003), die ein Verständnis der Probleme und Anliegen von Klienten erleichtern können, bleiben dabei aber immer hypothetisch und sollten die Priorität der individuellen, subjektiven Bedeutungskonstruktionen der Klienten nicht in Frage stellen.

Zwischen diesen philosophischen Basisannahmen und den **Annahmen, die aus empirisch-wissenschaftlichen Untersuchungen** gewonnen werden, besteht ein wechselseitiges Beeinflussungsverhältnis (s. auch Abb. 1): Die Basisannahmen legen bestimmte Fragen und methodische Herangehensweisen nahe, die „Antworten“, d. h. Untersuchungsergebnisse der Grundlagen- und Therapieforschung, stützen wiederum die Annahmen oder stellen sie in Frage.

Aktuelle Ergebnisse der Therapieforschung, die in diesem Sinne berücksichtigt werden sollten, weisen auf die enorme Bedeutung sogenannter *common factors* hin (vgl. Wampold, 2001, 2010b). Entsprechende systematische Literaturübersichten und Meta-Analysen legen nahe, dass Therapieerfolg v. a. auf Faktoren zurückzuführen ist, die vielen rationalen Therapieansätzen gemeinsam sind: Psychotherapien „wirken“, weil es den Therapeuten gelingt, eine tragfähige Beziehung herzustellen (vgl. Norcross, 2011; Gmelch, 2011; Crits-Christoph et al., 2013), die Klienten zur aktiven Beteiligung zu motivieren (vgl. Bohart, Wade, 2013) und deren Ressourcen zu aktivieren (vgl. Groß et al., 2012; Schaller, Schemmel, 2013; Willutzki, Teismann, 2013), kontinuierliches prozess- und ergebnisbezogenes Klienten-Feedback zur Prozesssteuerung zu nutzen (vgl. Lambert, 2010; Lambert, Shimokawa, 2011; Duncan, 2010), grundlegende Prinzipien der Veränderung zu realisieren (vgl. Goldfried, Davila, 2005; Beutler, Johannsen, 2006) sowie plausible Modelle von Problemen und Lösungen zu entwickeln (Wampold, 2010a).

Die eben dargestellten philosophischen Basisannahmen sowie empirisch-wissenschaftlichen Hinweise bilden das theoretische Fundament unseres Verständnisses therapeutischer Praxis. Im Folgenden möchten wir unser Verständnis von Psychotherapie formulieren, das einen zentralen Aspekt der therapeutischen Haltung darstellt (siehe Abb. 1).

4) Therapieverständnis

Für die Klassifikation unterschiedlicher Grundverständnisse von Psychotherapie sind in der Literatur verschiedene Vorschläge gemacht worden. Eine prominente Unterscheidung besteht in der Ordnung psychotherapeutischer Tätigkeit unter ein medizinisches/spezifisches vs. ein kontextuelles/psychosoziales Modell (vgl. Wampold, 2001; Lutz, 2010). Einem medizinischen Modell zufolge bilden psychische „Störungen/Krankheiten“ den Anlass psychotherapeutischer oder pharmakologischer „Interventionen“. Diese Krankheiten werden durch (bio-) psychologische Störungsmodelle erklärt, aus welchen sich die zur „Behandlung“ notwendigen „störungsspezifischen Methoden“ ableiten lassen, welche zur „Behebung/Heilung“ der Störungen/Krankheiten durch fachkundige „Experten“ anzuwenden sind. Psychotherapie im Sinne des medizinischen Modells, in dessen Tradition Manualisierung, Störungsorientierung und das Forschungsprogramm der „Empirically Supported Treatments“

stehen, ist also analog der Behandlung somatischer Beschwerden konzipiert (vgl. Duncan et al., 2004; Deacon, 2013).

Demgegenüber geht ein kontextuelles Modell der Psychotherapie davon aus, dass nicht spezifische Techniken, Methoden oder Therapiemodelle, sondern den unterschiedlichen Therapieverfahren gemeinsame Faktoren („common factors“) den Erfolg therapeutischer Vorhaben begründen (vgl. Frank, Frank, 1991; Wampold, 2010b): Zur therapeutischen Veränderung kommt es, wenn Therapeut und Klient auf Basis eines geteilten, rationalen Problem- und Lösungsverständnisses, geteilter Erfolgserwartungen und eines aktiven Engagements des Klienten (vgl. Orlinsky et al., 2004), vor dem Hintergrund einer kooperativen Therapiebeziehung, gesteuert durch kontinuierliches Feedback des Klienten an deren individuellen Zielen arbeiten. Das Verständnis von Psychotherapie in der SMT sensu Kanfer und Kollegen lässt sich eher dem zweiten Modell zuordnen (vgl. Kanfer et al., 2012, S. 16). Therapie wird beschrieben als „systematischer Anregungsprozess für Klienten, um Änderungen in deren Leben zu erleichtern“ (ebd., S. 15). Dabei wird Selbstmanagement als übergeordnetes Ziel von Psychotherapie gesehen, was bedeutet, Klienten zu unterstützen „in möglichst eigenständiger Weise mit bisherigen und neu auftretenden Problemen zu Rande zu kommen“ (Reinecker, 2009, S. 630). Es geht um „Hilfe zur Selbsthilfe“ (Schmelzer, 2000, S. 201) und um die Unterstützung und Anerkennung des Klienten als „Experte über sich selbst“ (Kanfer et al., 2012, S. 52). Wir möchten diese Ideen aufgreifen und ergänzt um Annahmen anderer Autoren (u. a. Duncan, 2010, S. 153; Bertolino, 2010, S. 1; De Jong, Berg, 2008, S. 38; Wampold, 2010a, S. 8) folgendes Therapieverständnis formulieren:

*Unter **Psychotherapie** verstehen wir die systematische Erkundung individueller Veränderungswünsche und Anregung, diese zu realisieren im Rahmen einer Eigenaktivität und Selbstverantwortung fördernden, professionellen Unterstützungsbeziehung.*

Typische Anlässe sind aktuell nicht eigenständig überwindbar scheinende Probleme, die zu erheblichem psychischen, sozialen und/oder körperlichen Leid führen. Mit dem Hinweis auf diese Anlässe ließe sich Psychotherapie i. e. S. evtl. von „Beratung“ abgrenzen, was allerdings von vielen Autoren als wenig sinnvolle Unterscheidung angesehen wird (vgl. Bamberger, 2010, S. 48ff.). In erster Linie verstehen wir also Therapie als Angebot einer spezifischen Form von Beziehung, die einen geschützten Rahmen schaffen soll, um die Erkundung und Realisierung individueller Veränderungswünsche zu begünstigen. Die nun folgenden Ausführungen vertiefen dieses Therapieverständnis, indem Prinzipien vorgestellt werden, an denen sich die Gestaltung der Therapiebeziehung sowie die Steuerung und Organisation des Therapieprozesses orientieren sollte.

5) Therapieprinzipien

Therapeutische Prinzipien leiten sich mehr oder weniger stringent aus Basisannahmen sowie Forschungsergebnissen ab und differenzieren das zugrunde liegende Therapieverständnis. Sie können als grobe Orientierungspunkte im Therapiegeschehen dienen und Therapeuten bei der kritischen Reflexion der eigenen Tätigkeit unterstützen. Manche Therapieprinzipien betreffen eher die zeitliche Strukturierung und inhaltliche Organisation therapeutischer Aufgaben (Prinzipien der Aufgabenstrukturierung), andere eher die Steuerung und situationsabhängige Adaptation des Therapieprozesses (Prinzipien der Prozesssteuerung), dritte wiederum die Gestaltung der Therapiebeziehung (Prinzipien der Beziehungsgestaltung). Zunächst folgt eine Erläuterung wichtiger Prinzipien der Aufgabenstrukturierung:

- **Zielorientierung.** Den wichtigsten Orientierungspunkt im therapeutischen Prozess stellen nicht Vermeidungs-, sondern Annäherungsziele dar (vgl. Kanfer et al., 2012), d. h. zukünftige Situationen, die von Klienten als anstrebenswert erachtet werden, weil sie mit diesen positiven, emotionales Erleben (Freude, Zufriedenheit, ...) assoziieren. Diese Ziele (Soll-Zustände) müssen nicht notwendigerweise mit dem aktuellen Leiden (Ist-Zustände) zusammenhängen, das meist den Anlass für das Aufsuchen der Therapie darstellt (vgl. De Jong, Berg, 2008). Als Orientierungspunkte erleichtern positiv formulierte Ziele den Lösungsprozess im Kontext komplexer menschlicher Probleme erheblich (vgl. Dörner, 2003). Daher stellt die Vereinbarung therapeutischer Ziele im klientenorientiert reformulierten Phasenmodell die erste Therapieaufgabe nach der Etablierung des therapeutischen Arbeitsbündnisses dar (vgl. Gmelch, Preß, 2012).
- **Lösungsorientierung.** Im Fokus therapeutischer Arbeit steht die Entwicklung, Durchführung und Evaluation zielorientierter Lösungsschritte und nicht die intensive Analyse des Ausgangszustandes („Problemanalyse“). Diese Lösungsorientierung möchten wir betonen, indem wir u. a. die intensive Analyse von Problemen als lediglich zweckgebundene, optionale Aufgabe im Therapieprozess verstehen (vgl. Gmelch, Preß, 2012). Nach der Maxime „Lösungsorientiert zuerst!“ (Kaimer, 1995) werden Möglichkeiten der Problemanalyse (z. B. horizontale Verhaltensanalyse) und darauf basierender therapeutischer Mittel erst dann genutzt, wenn lösungsorientiertes Arbeiten innerhalb eines pragmatisch gewählten Zeitraums keine Erfolge zeigt.
- **Ressourcenorientierung.** Im Gegensatz zu den Therapieansätzen des medizinischen Modells, die eher das durch Therapeuten vermittelte Störungs- und Interventionswissen als zentral betrachten, bilden nach unserem Verständnis der SMT die Ressourcen der Klienten den „Ideen-Pool“ für die Entwicklung zielorientierter Schritte (vgl. auch Bertolino, 2010; Groß et al., 2012; Willutzki, Teismann, 2013). Im Sinne einer Perspektive des

„Empowerment“ (vgl. Kaimer, 1995) werden persönliche Stärken, Fertigkeiten, Ideen sowie soziale Ressourcen der Klienten gefördert und für die Konstruktion zielorientierter Schritte genutzt. In Anlehnung an das von Wagner (1999) beschriebene „ethisch-sequenzielle Vorgehen“ (S. 59) spielen vom Therapeuten vorgeschlagene und dann gegebenenfalls durchaus direktiv angeleitete Interventionen eine nachgeordnete Rolle.

Außerdem lassen sich Prinzipien der Prozesssteuerung formulieren, die Therapeuten dabei unterstützen sollen, die therapeutische Arbeit auf die aktuellen Erfordernisse des individuellen Veränderungsprozesses abzustimmen:

- **Prozessorientierung.** Insbesondere zu Beginn einer Therapie, aber auch während des gesamten Therapieprozesses, sind „Klienten zunächst immer dort ‚abzuholen‘, wo sie stehen“ (Kanfer et al., 2012, S. 387). Hinter dieser bekannten Forderung verbirgt sich die Erkenntnis, dass motivationales Geschehen in der Regel äußerst komplex, vielschichtig und dynamisch ist (vgl. Dörner, 2001; Gmelch, 2011). Die Prozessorientierung im Sinne der Orientierung am aktuellen emotional-motivationalen Geschehen des Klienten kann u. a. bedeuten, dass von der übergeordneten Orientierung an positiven Zielen und Lösungsschritten zeitweise abgerückt wird: Beispielsweise erfordert ambivalente Motivation der Klienten, die im Therapiegeschehen wohl eher den Normal- als den Ausnahmefall darstellt, eventuell eine Zwischenphase der motivationalen Klärung (vgl. Engle, Arkowitz, 2006; Miller, Rollnick, 2013). Im 7-Phasenmodell der klassischen SMT (vgl. Kanfer et al., 2012) wie auch in dessen klientenorientierter Reformulierung (vgl. Gmelch, Preß, 2012) ist die Prozessorientierung durch Rekursivität und multiple Phasenübergänge repräsentiert. Prozessorientierung steht letztendlich im Kontrast zur rigide an Manualen oder Fallkonzeptionen orientierten Planung von Sitzungen oder des Gesamtprozesses.
- **Feedbackorientierung.** Im Gegensatz zum medizinischen Verständnis psychischer Probleme und deren „Behandlung“ stellt nicht das Expertenurteil des Fachmannes, sondern die subjektive Sicht des Klienten das zentrale Korrektiv der gemeinsamen Arbeit dar. Ausschlaggebend für die „Feinsteuerung“ der Therapie ist das Klienten-Feedback bezüglich zielbezogener Fortschritte, Auswirkungen auf zentrale Lebensbereiche sowie der Qualität der therapeutischen Arbeitsbeziehung (vgl. Duncan et al., 2004).

Weiterhin lassen sich auch Prinzipien der Beziehungsgestaltung formulieren, die philosophische Basisannahmen sowie Ergebnisse der Psychotherapieforschung bezüglich der interaktionellen Gestaltung des Veränderungsprozesses repräsentieren und sich unter dem Begriff „Kooperation“ subsummieren lassen. Sie bieten hilfreiche Orientierung beim Sich-Verdeutlichen der eigenen Rolle im Therapieprozess sowie der expliziten Rollenklärung:

- **Gemeinsames Arbeitsverständnis.** Wesentliches Merkmal klassischer wie auch klientenorientierter SMT ist die Förderung einer tragfähigen „therapeutischen Allianz“ oder eines „Arbeitsbündnisses“ (Kanfer et al., 2012). Klient und Therapeut arbeiten an gemeinsam vereinbarten Themen und Zielen, ebenso sollte bezüglich der dazu gewählten Mittel Einigkeit bestehen. Sich an diesem Prinzip zu orientieren erfordert, die Klienten wo immer möglich aktiv einzubeziehen, um deren Verständnis gemeinsamer Arbeit, d. h. relevanter Themen, anzustrebender Ziele und möglicherweise hilfreicher Mittel, berücksichtigen und nutzen zu können (vgl. Bertolino, 2010, S. 370).
- **Geteilte Verantwortung.** Die Therapiebeziehung wird auch als „Miteinander von Klient und Therapeut als Experten“ (Anderson, 1999, S. 115) gesehen. Klienten werden als Experten für die Inhalte, also ihres Erlebens und Leidens, ihrer Ziele, Bedeutungskonstruktionen und Wahrnehmungen verstanden. Sie müssen zudem die Konsequenzen therapeutischer Bemühungen tragen, weswegen ihnen auch die Verantwortung obliegt, Entscheidungen zu treffen und diesen entsprechend aktiv zu werden. Therapeuten haben hingegen die Rolle der Experten für die veränderungsförderliche Gestaltung des Therapieprozesses (vgl. „instigation therapy“, Kanfer et al., 2012, S. 6). Ihnen kommt die Aufgabe zu, Rahmenbedingungen zu fördern, die es Klienten ermöglichen, die eigenen Veränderungswünsche zu explorieren und in zielorientierte Schritte umzusetzen.
- **Gegenseitiger Respekt.** Schließlich sollte gegenseitiger Respekt einen wichtigen Orientierungspunkt der Beziehungsgestaltung darstellen. Sowohl Klient als auch Therapeut müssen – gemäß dem hier vertretenen Menschenbild – ihrem Leben Sinn und Richtung in einer komplexen, dynamischen Welt verleihen und sollen dabei – gemäß den hier angenommenen moralischen Werten – die Selbstbestimmung des anderen achten. Dies gilt natürlich gleichermaßen für den „Mikrokosmos“ Therapie. Für den Therapeuten bedeutet das Prinzip des gegenseitigen Respekts, auf die Wahrung der eigenen Grenzen und „Manövrierfähigkeit“ (Kaimer, 2003, S. 68) ebenso zu achten wie auf die Autonomie des Gegenübers (vgl. auch Kaimer, 2009). In diesem Rahmen sei auch auf das „Prinzip der minimalen Intervention“ (Kanfer et al., 2012, S. 440) hingewiesen, das vom Therapeuten fordert, sein Wirken im Leben des Klienten auf ein minimal notwendiges Maß zu beschränken.

6) Umsetzung in die therapeutische Praxis

Die Frage, wie sich Therapieverständnis und entsprechende Prinzipien in die therapeutische Praxis umsetzen lassen, ist nicht einfach zu beantworten, da eigentlich jede spezifische Therapiesituation einer individuellen Einschätzung bedarf. Dennoch möchten wir einige allgemeinere Verhaltens- und Interaktionsmuster im Sinne von Verhaltensregeln vorschlagen.

Diese können (relativ) situationsunabhängig als „Verkörperung“ oder „Abbildung“ der oben dargestellten theoretischen Annahmen einer klientenorientierten Haltung gesehen werden.

Dazu greifen wir insbesondere auf Ideen des verhaltenstherapeutischen Selbstmanagement-Ansatzes (vgl. Schmelzer, 2000; Reinecker, 2009; Kanfer et al., 2012), moderner humanistischer Ansätze (vgl. Miller, Rollnick, 2013; Greenberg, 2011) sowie systemisch-konstruktivistischer Ansätze (vgl. Anderson, 1999; Duncan et al., 2004; De Jong, Berg, 2008) zurück. Bei der Vorstellung unseres Arbeitsbegriffs der therapeutischen Haltung (s. o., Punkt 2) haben wir bereits darauf hingewiesen, dass sich die konkrete Haltung eines Therapeuten hinsichtlich inhaltlicher sowie formaler Charakteristika beschreiben und einschätzen lässt. Letztere sind zwar weniger spezifisch für die klientenorientierte SMT und dürften in allen rationalen Therapieansätzen eine wichtige Rolle spielen, dennoch möchten wir sie kurz benennen (dabei formulieren wir die Verhaltensweisen als Aufforderungen, um deren konzeptuelle Nähe zu „Plänen“ im Sinne der *Plananalyse* nach Caspar, 2007, zu verdeutlichen):

- **Verhalte dich konsistent!** Therapeuten sollten in ihren Reaktionen nachvollziehbare „stimmige“ Gegenüber sein und die Therapiesituation in gewissem Ausmaß „berechenbar“ gestalten, um in der oft chaotischen und von Unsicherheit geprägten Ausgangssituation der Klienten eine gewisse Stabilität, Orientierung und Sicherheit vermitteln zu können. Konsistenz kann u. a. als Synchronizität der die Haltung vermittelnden Kommunikationskanäle verstanden werden, d. h., verbal wie non-verbal sollte die gleiche „Botschaft“ gesendet werden. In ähnlicher Weise beschreibt Rogers (1982) die klientenzentrierte Grundbedingung der Echtheit als „enge Übereinstimmung (...) zwischen dem, was ‚im Bauch‘ erlebt wird, was im Bewußtsein (sic!) präsent ist und was dem Klienten gegenüber ausgedrückt wird“ (S. 75). Zudem ist eine gewisse Stabilität über die Zeit sicher hilfreich: So sollten Therapeuten beispielsweise nicht unmoduliert zwischen einer inhaltlich non-direktiven, die Expertise des Klienten in den Vordergrund stellenden und einer direktiven Gesprächsgestaltung hin und her springen. Nicht zuletzt geht es hier auch um logische Konsistenz unterschiedlicher Reaktionen: Einerseits die Transparenz des Vorgehens zu propagieren, andererseits aber z. B. Klienten mittels „impliziter Persönlichkeitsdiagnostik“ in diagnostische Kategorien zu drängen, scheint kaum gleichzeitig als Umsetzung einer kooperativen Arbeitsbeziehung gelten zu können.
- **Reflektiere dein Verhalten!** Therapeuten sollten sich ihrer Interaktionsmuster bewusst sein, was zum einen heißen kann, sich genügend Zeit und Raum für selbstbezogene Reflexionen zu nehmen. Bei sehr enger Terminplanung ohne Zwischenpausen und Ruhezeiten dürfte dieses Anliegen schwer umsetzbar sein. Zum anderen bedeutet die Forderung nach Bewusstheit aber auch, sich dem kritisch-konstruktiven Urteil Dritter (Klienten, Kollegen, Supervisoren, ...) zu stellen und die eigenen Handlungen zu diskutieren,

um ein möglichst ausgewogenes Bild der eigenen Haltung zu gewinnen. Selbstreflexion und kollegialer Austausch werden also als Ausdruck einer hilfreichen therapeutischen Haltung gesehen, auch da sie eine Korrektur ungünstiger Handlungsweisen ermöglichen.

Spezifischer für eine klientenorientierte Haltung sind Handlungsmuster bzw. verhaltensnahe „Pläne“, die Rückschlüsse auf die inhaltliche Ausrichtung der Haltung zulassen, d. h. anhand derer sich insbesondere Bezüge zu moralischen Werten, Prinzipien der Beziehungsgestaltung und der Prozesssteuerung herstellen lassen. Folgende Verhaltensregeln sehen wir hierbei als besonders hilfreich an:

- **Interessiere dich für subjektives Erleben!** Die Forderung, eine „aufrichtige, reichhaltige Neugier“ (De Jong, Berg, 2008, S. 51) an Problemwahrnehmung und Erleben der Klienten zu zeigen, wird auch als „Position des Nicht-Wissens“ (Anderson, 1999, S. 160) bezeichnet. Sich ernsthaft für die Sichtweise der Klienten zu interessieren, heißt u. a. sehr aufmerksam die Sprache und Wortwahl des Gegenübers zu beachten, subjektiv scheinbar bedeutsame Begriffe, Bilder und Metaphern aufzugreifen und deren Bedeutungskontext zu explorieren („sich informieren lassen“). Zudem ist es wichtig sich kontinuierlich rückzuversichern, ob das eigene Gefühl, „im Bilde“ zu sein, auch für eine gemeinsame Arbeit tragfähig ist, z. B. indem das Gehörte reformuliert, zusammengefasst und der Klient schlicht nach seiner Einschätzung gefragt wird. Damit Interesse vom Klienten auch als aufrichtig und unterstützend wahrgenommen werden kann, und um der Forderung nach Konsistenz bzw. Echtheit (s. o.) zu entsprechen, sollte der Therapeut auch um ein empathisches Verstehen bemüht sein (vgl. auch Rogers, 1982; De Jong, Berg, 2008), d. h. an einem eigenen „Spüren“ der persönlichen Bedeutung, die der Klient erlebt, interessiert sein und diesem Bemühen Ausdruck verleihen. Natürlich sollte das Interesse an der Perspektive der Klienten auch ganz besonders den subjektiv erlebten Veränderungen in der Therapie gelten (s. o., Feedbackorientierung), was u. a. durch den Einsatz von Feedback- und Skalierungsfragen (vgl. Bertolino, 2010, De Jong, Berg, 2008) oder einfachen Stundenbögen zur Prozess- und Ergebnisevaluation (vgl. Duncan, 2010; Lambert, 2010) unterstützt werden kann.
- **Sei offen für eigensinnige Lebensentwürfe und Lösungsideen!** Komplementär zur aufrichtigen Neugier gegenüber dem Erleben der Klienten scheint uns eine grundlegende Offenheit für das, was als Veränderungswunsch, Ziel und Lösungsidee in den Therapieprozess eingebracht wird („The Client’s Theory of Change“, Duncan et al., 2004, S. 119), hilfreich zu sein. Auch in der klassischen SMT spielt das ausführliche und möglichst unvoreingenommene Interesse an individuellen Veränderungs- und Therapieerwartungen u. a. unter dem Label „Health-Beliefs-Model“ (Kanfer et al., 2012, S. 70) eine wichtige Rolle. Offenheit heißt auch eigensinnigen, vielleicht sogar verwirrenden oder dysfunktio-

nal erscheinenden Ideen mit Erstaunen, Verwunderung und auch hier Neugier begegnen zu können und sich vorschneller Wertungen zu enthalten. Nimmt man Klienten als Experten ihres Erlebens und ihres Lebenskontextes ernst, dann ist davon auszugehen, dass sie in ihrem spezifischem Bezugsrahmen Lösungsmöglichkeiten entdecken können, die der Bezugsrahmen des Therapeuten möglicherweise nicht nahe legt oder die im eigenen Bezugsrahmen sogar absurd erscheinen. Grundsätzlich sollten die Ziele der Klienten als konkrete Therapieziele akzeptiert und exploriert werden (vgl. Kanfer et al., 2012, S. 479), sofern der Therapeut nicht davon ausgehen muss, dass das Prinzip der sozialen Verantwortung (u. a. bei Selbst- und Fremdgefährdung) vor das der Selbstbestimmung geht. Inhaltliche Therapieziele, die dem Therapeuten aus Erfahrung oder aufgrund wissenschaftlicher Störungsmodelle plausibel erscheinen, sollten zunächst zurückgestellt werden, auch um dem Klienten nicht die eigenen Werte eines „guten Lebens“ aufzuzwingen.

- **Vermittle Vertrauen in Ressourcen!** Das von Menschenbildannahmen nahegelegte und Ergebnissen der common-factors-Forschung gestützte (s. o.) Vertrauen in Bewältigungskompetenzen, Stärken, hilfreiche Fähigkeiten und Fertigkeiten der Klienten sollte diesen gegenüber auch zum Ausdruck gebracht werden. Dies können Therapeuten u. a. leisten, indem sie ihre eigene Wahrnehmung für potenzielle Ressourcen der Klienten schärfen und das oben nahegelegte aufrichtige Interesse ganz besonders auch auf Ressourcen fokussieren (vgl. Willutzki, Teismann, 2013). Hierbei bieten sich z. B. Fragen nach Ausnahmen vom Problem, schon erfolgreich bewältigten Problemen sowie „Wundern“ im Alltag an (vgl. De Jong, Berg, 2008) oder auch die Exploration von Lebensbereichen, in denen keine Veränderung gewünscht wird (vgl. Kanfer et al., 2012, S. 392). Eine sehr hilfreiche Möglichkeit, Vertrauen zu vermitteln und Ressourcen zu aktivieren, besteht im Komplimentieren (vgl. De Jong, Berg, 2008). Dabei eignen sich insbesondere direkt para-verbale (z. B. anerkennendes „Mhm!“) oder auch indirekte Komplimente, die über Fragen ausgedrückt werden, die Positives über Klienten implizieren (z. B. „Wie haben Sie das geschafft?“). Durch solche Formen des Komplimentierens bleibt es im Ermessen des Klienten, was genau er als Ressource wahrnehmen und anerkennen kann, das grundsätzliche Vertrauen wird aber dennoch vermittelt.
- **Vermittle Wertschätzung!** Um das Prinzip des gegenseitigen Respekts umzusetzen, ist die Vermittlung der positiven Wertschätzung des Klienten als Person zentral, eine Forderung, die als Grundbedingung klientenzentrierter Therapie allgemein bekannt ist (vgl. Rogers, 1982). Schon durch aufrichtiges Interesse, Offenheit und die Fokussierung der Ressourcen, wie oben beschrieben, kann man seinem Gesprächspartner vermitteln, dass man ihn als Person akzeptiert und ernst nimmt. Eine weitere Möglichkeit der Wertschätzung besteht in der Anerkennung und Validierung der Gefühle und des Erlebens der Klienten (vgl. Bertolino, 2010). Um dem Prinzip der Prozessorientierung gerecht zu

werden, ist es hier wichtig, das Selbsterleben der „ganzen“ Person im Blickwinkel zu haben, d. h. auch nonverbale Äußerungen zu registrieren, zu verbalisieren und möglicherweise weniger dominanten „Anteilen“ oder „Seiten“ des Menschen dadurch eine Stimme zu verleihen (vgl. Greenberg, 2011). Das Erleben (z. B. von Wut, Trauer, Scham, Freude) zu bestätigen, heißt dabei nicht, gleichzeitig auch die damit zusammenhängenden Handlungen als zielführend zu beurteilen. Es geht eher darum, Klienten zu vermitteln, dass das, was sie erleben, „in Ordnung“ und verständlich ist und Platz haben darf („Normalisieren“, vgl. De Jong, Berg, 2008, S. 84).

- **Übernimm Verantwortung für die Prozessgestaltung!** Hinter dieser Forderung verbirgt sich v. a. die Absicht, die durch die Prinzipien der Beziehungsgestaltung (s. o.) beschriebene Rollenstrukturierung zu wahren. Umsetzen lässt sich dies u. a., indem der Therapeut sein Gegenüber in die Pflicht nimmt, aktiv zu sein, Entscheidungen zu treffen, Ziele zu entwickeln und getroffenen Vereinbarungen nachzukommen. Entsprechend der Aussage „Wenn du in der Therapiestunde härter arbeitest als deine Klienten, machst du etwas falsch!“ (Kanfer et al., 2012, S. 480) ist es für Therapeuten dabei immer wieder hilfreich, ihre eigene Befindlichkeit als Prüfstein zu nutzen. Es geht auch darum, die eigenen Grenzen zu verteidigen und respektvolles Verhalten der Klienten zu fordern. Bezogen auf sich selbst als Therapeut bedeutet die Übernahme von Verantwortung für die Prozessgestaltung v. a. sich zurückzuhalten bezüglich der Inhalte (Welche Ziele? Welche Mittel? Welche Entscheidungen?) sowie bezüglich der Befriedigung eigener Bedürfnisse in der Therapie. In letzterem Sinne fordern Kanfer, Reinecker und Schmelzer (2012) Voyeurismus, Macht-/Kontrollausübung und Selbsttherapie (den „drei Teufelchen auf der Schulter jedes Therapeuten“, S. 432) zu widerstehen. Im Gegensatz zu einem radikal lösungsfo-kussierten Vorgehen scheint es uns durchaus angebracht, eigene Ideen, Erklärungsmodelle oder methodisches Wissen als Angebote einzuführen, sofern der Klient zuvor „hart genug gearbeitet“ hat. In diesem Zusammenhang scheint uns auch die Forderung nach Transparenz von Bedeutung, d. h. nach einer Bereitschaft, eigene Absichten und Rationale hinter bestimmten Fragen und Angeboten offenzulegen. Eine zusätzliche, etwas andere Möglichkeit, sich als Experte für den Prozess zu verantworten, besteht darin, sich der eigenen emotionalen Beteiligung bewusst zu sein und diese zwischen Nähe und Distanz zum Erleben des Klienten zu balancieren, um je nach Anforderung empathisches Verständnis (s. o.) oder emotionsregulatorische Kompetenz bieten zu können.

Diese Aufzählung von Verhaltensregeln bzw. Therapeutenplänen ist weder erschöpfend noch disjunkt. Sicher dürften sich weitere Handlungsvorschläge finden lassen, die im Sinne der Basisannahmen und Therapieprinzipien klientenorientierter SMT hilfreich wären. Als erster Vorschlag einer in sich stimmigen Umsetzung theoretischer Annahmen in therapeutisches Handeln scheint uns diese „Liste“ aber durchaus brauchbar zu sein.

7) Zusammenfassung und Fazit

Im vorliegenden Text haben wir versucht, eine therapeutische Haltung zu formulieren, die Klienten als Experten im Therapieschehen ernst nimmt und Selbstmanagement als normatives Metaziel psychotherapeutischer Bemühungen fördert. Wir haben die therapeutische Haltung als Art und Weise der Abbildung oder Verkörperung therapierelevanter Grundannahmen von Therapeuten in deren konkreten therapiebezogenen Handlungen umschrieben. In diesem Sinn haben wir eine spezifisch klientenorientierte Haltung anhand ihrer „Bestandteile“ (Therapieverständnis, Therapieprinzipien, Therapiepraxis) und im Kontext rationaler Bezüge (philosophische und empirisch-wissenschaftliche Basisannahmen) entwickelt. Wir hoffen dadurch einen sinnvollen Beitrag zur Weiterentwicklung des Selbstmanagement-Ansatzes als einer ernstzunehmenden Alternative zum medizinisch-störungsorientierten Mainstream zu leisten.

Literatur

- Anderson, H. (1999). *Das therapeutische Gespräch*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bamberger, G. G. (2010). *Lösungsorientierte Beratung* (4. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Bertolino, B. (2010). *Strengths-Based Engagement and Practice. Creating Effective Helping Relationships*. Boston: Allyn & Bacon.
- Beutler, L.E., Johannsen, B.E. (2006). Principles of Change. In Norcross, J.C. et al. (Eds.). *Evidence-Based Practices in Mental Health*. Washington, DC: APA, S. 226-234.
- Blankertz, S., Doubrawa, E. (2005). Haltung. In: dies., *Lexikon der Gestalttherapie*. Wuppertal: Peter Hammer, S. 145-150.
- Bohart, A.C., Wade, A.G. (2013). The client in psychotherapy. In: Lambert, M. (Ed.). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed.). Hoboken, NJ: Wiley, S. 219-257.
- Caspar, F. (2007). *Beziehungen und Probleme verstehen: Eine Einführung in die psychotherapeutische Plananalyse* (3. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Crits-Christoph, P., Connolly Gibbons, M., Mukherjee, D. (2013). Process-outcome research. In: Lambert, M.J. (Ed.). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6th ed.). New York, NY: Wiley, S. 298-340.
- Dantelgraber, J. (2000). Haltung, psychoanalytische. In: Mertens, W., Waldvogel, B. (Hrsg.). *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 270-273.
- Deacon, B.J. (2013). The biomedical model of mental disorder: A critical analysis of its assumptions, consequences, and effects on psychotherapy research. *Clinical Psychology Review* 33, S. 846-861.
- De Jong, P., Berg, I.K. (2008). *Lösungen (er)finden. Das Werkstattbuch der lösungsorientierten Kurztherapie*. Dortmund: Verlag Modernes Lernen.
- Dörner, D. (2001). *Bauplan für eine Seele*. Reinbek: Rowohlt.
- Dörner, D. (2003). *Die Logik des Misslingens*. Reinbek: Rowohlt.
- Duncan, B.L. (2010). *On Becoming a Better Therapist*. Washington, DC: APA.

- Duncan B.L., Miller, S.D., Sparks, J.A. (2004). *The Heroic Client*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Engle, D.E., Arkowitz, H. (2006). *Ambivalence in psychotherapy: Facilitating readiness to change*. New York: Guilford Press.
- Frank, J.D., Frank, J.B. (1991). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* (3rd ed.). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Gmelch, M., Preß, H. (2012). Der Klient als Experte! Ein Prozessmodell, das Selbstmanagement ernst nimmt. In: Siegl, J., Schmelzer, D., Mackinger, H. (Hrsg.). *Horizonte der Klinischen Psychologie und Psychotherapie*. Lengerich: Pabst, S. 86-95.
- Gmelch, M. (2011). *Zum Einfluss Therapeutischer Interaktion auf die Änderungsmotivation in der Kognitiven Verhaltenstherapie der Zwangsstörung*. Inaugural-Dissertation an der Otto-Friedrich-Universität Bamberg. <http://www.opus-bayern.de/uni-bamberg/volltexte/2011/321/>
- Goldfried, M.R., Davila, J. (2005). The role of relationship and technique in therapeutic change. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 42(4), S. 421-430.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Greenberg, L.S. (2011). *Emotionsfokussierte Therapie*. München: Ernst Reinhardt.
- Groß, L.J., Stemmler M., de Zwaan, M. (2012). Ressourcenaktivierung in der klinischen Psychologie und Psychotherapie. Überblick über theoretische Hintergründe und aktuelle Forschungsansätze. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie* 80, S. 431-440.
- Hampe, M. (2011). *Tunguska oder Das Ende der Natur*. München: Hanser.
- Kaimer, P. (1995). *Lösungsorientiert zuerst! Ein Vorschlag. Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis* 27(3), S. 389-404.
- Kaimer, P. (2003). Story Dealer – ein Vorschlag zur Selbstbeschreibung von Psychotherapeut/inn/en. In: Schemmel, H., Schaller, J. (Hrsg.). *Ressourcen – Ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit*. Tübingen: dgvt-Verlag, S. 61-80.
- Kaimer, P. (2009). Die Achtung der Autonomie von KlientInnen in Hypnosetherapie und Kognitiver Verhaltenstherapie – Ein Beitrag zu Divergenz. *Psychotherapie im Dialog* 10(4), S. 319-324.
- Kanfer, F.H., Reinecker, H., Schmelzer, D. (2012). *Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis* (5. Aufl.). Berlin: Springer.
- Lambert, M.J. (2010). *Prevention of Treatment Failure*. Washington, DC: APA.
- Lambert, M.J., Shimokawa, K. (2011). *Measuring client outcome*. In Norcross, J.C. (Ed.). *Psychotherapy relationships that work* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
- Lutz, W. (2010). Was ist Psychotherapie? – Grundlagen und Modelle. In: Lutz, W. (Hrsg.). *Lehrbuch Psychotherapie*. Bern: Verlag Hans Huber, S. 25-47.
- Miller, W.R., Rollnick, S. (2013). *Motivational Interviewing* (3rd ed.). New York: Guilford Press.
- Mücke, K. (2001). *Probleme sind Lösungen* (2. Aufl.). Potsdam: Mücke, Ökosysteme-Verlag.
- Norcross, J.C. (Ed.) (2011). *Psychotherapy Relationships That Work* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
- Orlinsky, D.E., Rønnestad, M.E., Willutzki, U. (2004). Fifty Years of Psychotherapy Process-Outcome Research: Continuity and Chance. In: Lambert, M.J. (Hrsg.). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed.). New York: Wiley, S. 307-389.
- Preß, H. (2014). *Die „Therapeutische Haltung“ – Untersuchungen zur Klärung eines Konstrukts und dessen Relevanz für Theorie und Praxis der Psychotherapie*. Inaugural-Dissertation an der Otto-Friedrich-Universität Bamberg.

- Reinecker, H. (2009). Selbstmanagement. In: Margraf, J., Schneider, S. (Hrsg.). Lehrbuch der Verhaltenstherapie – Band 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen (3. Aufl.). Heidelberg: Springer, S. 629-644.
- Rogers, C.R. (1982). Meine Beschreibung einer personenzentrierten Haltung. Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie 1(1), S. 75-77.
- Schaller, J., Schemmel, H. (Hrsg.) (2013). Ressourcen... Ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit (2. Aufl.). dgvt-Verlag.
- Schmelzer, D. (2000). Hilfe zur Selbsthilfe. Beratung Aktuell 4, S. 201-222.
- Siegl, J., Schmelzer, D., Mackinger, H. (Hrsg.) (2012). Horizonte der Klinischen Psychologie und Psychotherapie. Lengerich: Pabst.
- Wagner, R.F. (1999). Ein integratives Menschenbild einer an ethischen Dimensionen orientierten Psychotherapie. In: Wagner, R.F., Becker, P. (Hrsg.). Allgemeine Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Wampold, B.E. (2001). The Great Psychotherapy Debate. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Wampold, B.E. (2010a). The Basics of Psychotherapy: An Introduction to Theory and Practice. Washington, DC: APA.
- Wampold, B.E. (2010b). The Research Evidence for Common Factors Models: A Historically Situated Perspective. In: Duncan, B.L., Miller, S.D., Wampold, B.E., Hubble, M.A. (Eds.). The Heart and Soul of Change (2nd Ed.). Washington, DC: APA, S. 49-81.
- Weinberger, S. (2008). Klientenzentrierte Gesprächsführung (12. Aufl.). Weinheim: Juventa.
- Willutzki, U., Teismann, T. (2013). Ressourcenaktivierung in der Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe.

Hans Preß, Dipl.-Psych., Jg. 1977, studierte Psychologie und Philosophie in Bamberg und Porto (Portugal). Er arbeitet an der Universität Bamberg, seit 2007 halbtags als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl für Klinische Psychologie/Psychotherapie, seit 2008 zudem halbtags als Psychologischer Psychotherapeut in Ausbildung (Fachrichtung VT) an der Psychotherapeutischen Ambulanz. In Forschung, Lehre und Therapiepraxis interessiert ihn insbesondere die Idee einer integrativen Psychotherapie auf lösungs- und ressourcenorientierter Basis. Promotion zum Thema „Therapeutische Haltung – Zur Explikation eines psychotherapeutischen Begriffs auf Basis qualitativer und quantitativer Inhaltsanalysen“.

Dr. Markus Gmelch, Dipl.-Psych., Jg. 1977, studierte Psychologie und Philosophie in Bamberg und Porto (Portugal). Er arbeitet an der Universität Bamberg, seit 2005 halbtags als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl für Klinische Psychologie/Psychotherapie, seit 2006 zudem halbtags als Psychologischer Psychotherapeut (Approbation 2012) an der Psychotherapeutischen Ambulanz. In Forschung, Lehre und Therapiepraxis interessieren ihn v. a. motivationale Prozesse in lösungs- und ressourcenorientierten Therapiebeziehungen. Promotion zum Thema „Zum Einfluss Therapeutischer Interaktion auf die Änderungsmotivation in der Kognitiven Verhaltenstherapie der Zwangsstörung“.