

Rainer Sachse

Klärungsorientierte Psychotherapie bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen

1 Störungstheorie

Der Terminus „chronisch entzündliche Darmerkrankungen“ (CEDE) bezieht sich auf die Erkrankungen Morbus Crohn und Colitis ulcerosa.

Colitis ulcerosa und Morbus Crohn bezeichnen entzündliche Erkrankungen des unteren und z.T. auch oberen Verdauungstraktes. Beide Störungen weisen in vielen Aspekten Gemeinsamkeiten auf, daher werden sie als unterschiedliche „Spielarten“ derselben Krankheit betrachtet und als „chronisch entzündliche Darmerkrankungen (CEDE)“ zusammengefasst (Köhler, 1985, S. 177).

Untersuchungen zu psychologischen Prozessen und Variablen bei Personen mit CEDE (Sachse, 2006) haben ergeben, dass man ein *psychologisches Funktionsmodell* über diese Störung ableiten kann, das folgende Komponenten enthält:

1. Personen mit CEDE weisen ein sehr hohes Ausmaß an *Alienation* auf, d.h. eine extreme Entfremdung von eigenen Motiven und Bedürfnissen.

Alienation ist ein von Kuhl geprägter Begriff (Baumann & Kuhl, 2003; Beckmann, 1997; Kuhl, 1995; Kuhl & Beckmann, 1994b; Kuhl & Kaschel, 2004; Kuhl & Kazen, 1994). Alienation bedeutet „Entfremdung“: Gemeint ist damit die Entfremdung einer Person von ihren eigenen Motiven, Bedürfnissen, Zielen, ihrer „Präferenz-Struktur“.

Nach Kuhl unterscheiden sich Personen stark darin, wie gut ihr Zugang zu ihrem eigenen Bedürfnis- oder Motiv-System ist. Es gibt Personen, die einen guten Zugang zum eigenen Motivsystem aufweisen und die demzufolge auch über eine gute bewusste Repräsentation ihrer Wünsche und Bedürfnisse verfügen: Sie wissen, was sie wollen oder nicht wollen, was sie brauchen oder nicht brauchen, was sie wünschen, was ihnen wichtig ist, was sie anstreben und was sie vermeiden möchten. Sie können sich demzufolge nach *eigenen internalen Standards* richten, ihr Handeln und ihre Entscheidungen auf ihr eigenes Wertesystem beziehen und ihre Wünsche und Bedürfnisse in ihrem Handeln realisieren. Sie sind damit *selbstregulativ*: Ihr Handeln und ihre Bedürfnisse stehen im Einklang, sind kongruent, sie orientieren sich nach eigenen, internalen Standards. Sie wissen selbst sehr

genau, was sie wollen, wofür sie sich entscheiden sollen, was sie anstreben usw. Sie sind an sich selbst orientiert und „im Einklang mit sich selbst“.

Dagegen gibt es Personen, die einen schlechten Zugang zu ihrem eigenen Bedürfnis- und Motiv-System haben: Sie sind von diesem System entfremdet (= Alienation). Sie weisen keine oder nur eine sehr lückenhafte Repräsentation eigener Wünsche und Bedürfnisse auf; die Folge davon ist, dass sie *nicht* wissen, was sie wollen oder nicht wollen, dass sie nicht wissen, was ihnen gut tut oder nicht, dass sie nicht wissen, welche Ziele sie verfolgen sollen u.ä. Sie weisen damit auch *keine* internalen, eigenen Standards auf, an denen sie sich orientieren können. Dadurch ist auch ihre Fähigkeit, sich zu entscheiden, beeinträchtigt. Sie stehen auch in der Gefahr, an ihren Bedürfnissen und Motiven vorbeizuleben, weil sie ja gar nicht wissen, welches ihre Bedürfnisse sind und sich gar nicht nach internen Standards richten können. Diese Personen weisen damit *keine* Grundlage für eine funktionierende Selbstregulation auf: Sie können sich nicht nach eigenen Werten orientieren, sie können so etwas wie eine Kongruenz innerhalb ihres psychischen Systems gar nicht herstellen (Sachse, 1995a, 1995b, 1995c, 1997).

Damit sind diese Personen in doppelter Weise beeinträchtigt: sie können weder *aktuell* klären, was eigene wichtige Motive sind, noch können sie Wissen darüber im Gedächtnis „abfragen“. Sie haben damit nur unzureichend Kenntnis über ihr eigenes Motiv-System: damit sind sie aber *von einer wesentlichen internen Informationsquelle abgeschnitten*. Wenn man aber annimmt, dass z.B. für längerfristige Handlungsplanungen, für Entscheidungen, für das Abwägen von Alternativen der Zugang zum eigenen Motiv-System bzw. zu dessen Repräsentationen wesentlich ist, dann sollte bei diesen Personen die Handlungssteuerung beeinträchtigt sein. Die Gefahr, Entscheidungen zu treffen, Pläne zu machen und zu verfolgen usw., die mit dem eigenen Motivsystem gar nicht kompatibel sind, diesem sogar widersprechen, ist groß. Gerade für relativ schnelle Entscheidungen, Abwägungen usw. ist es unfunktional und z.T. völlig unmöglich, aktuell in eine Klärung der eigenen Motive einzusteigen. Hier ist es nötig, auf eine valide Repräsentation des eigenen Motiv-Systems zurückgreifen zu können. Eine Repräsentation ist als schnell verfügbare Entscheidungsgrundlage sehr wesentlich. Ohne eine solche Grundlage (und ohne die Möglichkeit eines aktuellen Zugangs zum Motiv-System) ist eine Selbstregulationsstörung schon vorprogrammiert.

Entsprechendes gilt besonders für Klienten mit CEDE: Hat man keinen aktuellen Zugang zum eigenen Motiv-System und keine entsprechende Repräsentation, dann kann man bei einer bestimmten Handlung nicht mehr angeben, ob sie auf eigene Intention zurückgeht

oder nicht. Die eigene Entscheidungsgrundlage (d.h., die motivationale Grundlage, die der Auswahl einer Handlung zugrunde lag) kann somit weder aus dem Gedächtnis abgerufen werden (denn dort gibt es gar keinen „Eintrag“), noch kann man aktuell unter Rückgriff auf das eigene Motiv-System rekonstruieren, was die eigene Entscheidungsgrundlage war („Warum habe ich x gewählt?“). Es kann sogar sein, dass man bereits bei der Auswahl von Handlungen z.T. nach Zufall entschieden hat: d.h., schon bei der Auswahl wurde das eigene Motiv-System bereits unzureichend berücksichtigt. In diesem Fall gibt es post hoc gar keinen Unterschied zwischen selbstinitiierten und fremdinitiierten Handlungen.

Alienationseffekte konnten bei CEDE-Klienten in hoher Ausprägung direkt nachgewiesen werden, sowohl im Sinne mangelnder Zugänglichkeit zum Motivsystem als auch im Sinne der Übernahme externaler Standards (Aschke, 1995; Fuß, 1995; Wiegert, 1995).

2. Eine direkte Folge von Alienation ist ein Zustand *chronischer Unzufriedenheit*.

Ein relativ direkter Effekt einer Alienation ist Unzufriedenheit (2). Personen, die keinen Zugang haben zu ihrem eigenen Motivsystem und sich deshalb auch nicht an eigenen Standards orientieren können, realisieren mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit ihre Motive auch nicht im eigenen Handeln. Damit „leben sie aber an ihrem Bedürfnis- und Motiv-System systematisch vorbei“; wichtige Motive werden auf diese Weise langanhaltend nicht befriedigt.

Dies führt dazu, dass eine Person eine langanhaltende massive Unzufriedenheit aufbaut, ohne dass ihr die Gründe für diese Unzufriedenheit bewusst sind (Brunstein, 1993, 1995, 2001). Sie folgt anderen, von außen vorgegebenen Zielen und hält diese für ihre eigenen; sie hat den Eindruck (was ja auch stimmt), dass sie *diese* Ziele erreicht hat und wundert sich darüber, dass sie trotzdem permanent unzufrieden ist (und unzufrieden ist sie, weil sie ihre tatsächlichen Motive und Bedürfnisse ja gar nicht befriedigt hat!). Da sie diese Ziele als eigentliche Ursache der Unzufriedenheit aber nicht identifizieren kann (denn sie hat ja keinen Zugang zu ihren eigentlichen Motiven), kann sie auch nicht effektiv etwas gegen diese Unzufriedenheit tun. Meist tut sie nur „mehr desselben“, also noch mehr, um das „falsche“ Motiv zu befriedigen, was die Unzufriedenheit jedoch nur weiter steigert (Brunstein et al., 1995). Folgt die Person dabei auch noch solchen „Fremd-Motiven“, die ihren eigenen Motiven auch noch stark widersprechen, erzeugt sie auch noch einen andauernden internalen Konflikt (Baumann, Kaschel & Kuhl, 2003).

3. Eine weitere Folge von Alienation ist eine extreme *Außenorientierung* der Person: Personen, die keine internalen Standards aufweisen (weil ihnen eigene Präferenzen unklar sind), orientieren sich stark an externalen Standards, z.B. an den Erwartungen anderer Personen.
4. Damit geht ein hohes Maß an *Lageorientierung* einher: Die Person „grübelt darüber nach“, was sie noch tun kann, um Erwartungen anderer möglichst gut zu befriedigen.
5. Hohe Außenorientierung und hohe Lageorientierung bedingen, dass die Person sich nicht mehr traut, Konflikte einzugehen, da Konflikte in hohem Maße Erwartungen anderer verletzen könnten; und da externe Standards nie sicher sind (die Person kann nie genau wissen, was andere erwarten), resultiert auch ein hohes Maß an sozialer Unsicherheit.
6. Aus der Außenorientierung resultiert auch eine Abhängigkeit von positivem Feedback von anderen: Da man sich selbst nicht bekräftigen kann, benötigt man Bekräftigung durch andere.
7. Außenorientierung, Abhängigkeit von Feedback und Konfliktscheu führen dazu, dass die Personen glauben, kaum Kontrolle über ihre Umwelt zu haben: Sie weisen in hohem Maße externale Kontrollüberzeugungen auf.
8. Aufgrund der mangelnden Standards und fehlenden Selbstbekräftigung wird auch das Selbstkonzept der Personen defizitär.
9. Die hohe Unzufriedenheit, zusammen mit dem Gefühl, keinen Einfluss auf die Umwelt zu haben, führt zu einem Gefühl von Ausgeliefertsein: Man kann nichts tun, um den Zustand zu modifizieren.
10. Daraus resultiert das zentralste Problem der Personen mit CEDE: Reflexionsvermeidung. Da Ist-Soll-Diskrepanzen nach Auffassung der Person sowieso nicht reduzierbar sind, wird eine Auseinandersetzung mit allem, was im Erleben der Person diskrepant ist, systematisch vermieden.

11. Die Reflexionsvermeidung fördert wiederum die Alienation, wodurch ein geschlossenes, sich selbst stabilisierendes System entsteht.

2 Reflexionsvermeidung als zentrales Problem

Aus dem Modell resultiert, dass Alienation die zentrale Variable im System ist: Könnte man die Alienation der Klienten aufheben, ihren Zugang zu eigenen Motiven und Bedürfnissen verbessern, dann sollte es möglich sein, auch die anderen Komponenten nachhaltig zu beeinflussen. Das Problem ist dabei jedoch die Reflexionsvermeidung: Solange die Klienten die Auseinandersetzung mit allen Problemen und Problemaspekten systematisch vermeiden, ist es gar nicht möglich, den Zugang der Klienten zu ihren eigenen Motiven zu fördern. Damit wird die Reflexionsvermeidung zum ersten und zentralsten therapeutischen Ansatzpunkt.

Reflexionsvermeidung ist bei Klienten mit CEDE in extrem hohem Ausmaß vorhanden (vgl. Sachse, 1990, 1994a, 1994b, 1995b, 1998). Bei keiner anderen Klienten-Gruppe ist die Vermeidung, sich mit eigenen Zielen, Anliegen, Diskrepanzen, ja mit allen persönlich relevanten Aspekten auseinander zusetzen, so ausgeprägt, wie bei Klienten mit CEDE.

Reflexionsvermeidung, so kann man annehmen, ist auch der Grund dafür, dass bei Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen sog. Alexithymie-Merkmale auftreten (vgl. Jansen, 1995); dies gilt auch für Patienten mit Morbus Crohn (Hartmann, 1995; Smith & van der Meer, 1992).

Dass bei psychosomatischen Klienten eine derartige Reflexionsvermeidung vorliegt, konnte im Rahmen der Zielorientierten Gesprächspsychotherapie in mehreren Studien nachgewiesen werden (vgl. Sachse, 2006): Psychosomatische Klienten zeigten im Vergleich zu neurotischen Klienten zu Therapiebeginn ein signifikant und deutlich niedrigeres Niveau von Selbstexploration. Sie nahmen weniger vertiefende Bearbeitungsangebote von Therapeuten, die auf eine Klärung des „inneren Bezugssystems“ abzielten, an und erreichten damit ein geringeres Niveau an Motivklärung. Sie zeigten weitaus größere Schwierigkeiten, sich auf einen Focusing-Prozess einzulassen und dadurch relevante Selbstaspekte zu klären. Sie zeigten immer dann ein systematisches Vermeidungsverhalten, wenn es darum ging, persönlich relevante Selbstaspekte zu klären, insbesondere, wenn diese als problematisch angesehen wurden.

3 Bearbeitung der Bearbeitung

Spielen beim Klienten im Therapieprozess Vermeidungstendenzen und Vermeidungsstrategien eine zentrale Rolle, dann blockieren sich die Klienten in sehr massiver Weise hinsichtlich einer konstruktiven Klärungsarbeit: Es lassen sich keine relevanten Schemata rekonstruieren, die therapeutisch bearbeitet werden können und es lässt sich vor allem auch der Zugang des Klienten zu seinem eigenen Motivsystem nicht fördern. Die Klienten sind dann auch nicht in der Lage, Bearbeitungsangebote der Therapeuten umzusetzen: sie internalisieren ihre Perspektive nicht, wenn der Therapeut dies anregt; sie weichen einer Aktivierung affektiver Schemata systematisch aus; sie wechseln das Thema, sobald sie in relevante, klärungsbedürftige Bereiche geraten usw. Dies alles bedeutet, dass eine therapeutische Arbeit auf einer reinen Inhaltsebene nicht möglich ist: die auf Inhaltsbearbeitung abzielenden Interventionen der Therapeuten „verpuffen“; der Therapeut dringt nicht durch, er kann das Verarbeitungssystem des Klienten nicht verändern. Daher ist ein konsequenter und konsistenter Wechsel der Bearbeitungsebene nötig: *Nicht der Inhalt und die Klärung, sondern die dysfunktionale Problembearbeitung und deren Gründe stehen nun im Zentrum der therapeutischen Arbeit. Die Bearbeitung der Inhalte geht über eine „Bearbeitung der Bearbeitung“.*

Auf der Bearbeitungsebene kann man allgemein drei therapeutische Strategien unterscheiden, die ein Therapeut anwenden kann:

- Steuern;
- Transparent-machen der Vermeidung;
- Klären der Gründe der Vermeidung.

Steuern

Bei der Interventionsstrategie „steuern“ versucht der Therapeut, den Klienten aktiv zu einer funktionalen Problembearbeitung anzuleiten: er steuert die Bearbeitungsprozesse hoch prozessdirektiv durch seine Interventionen. Dabei gibt er dem Klienten (implizit oder explizit) Anweisungen, was der Klient nun tun soll und was er nicht tun soll; dies kann er auch dem Klienten gegenüber begründen, d.h., kurz (auf der Meta-Ebene) kommunizieren.

Der Therapeut stärkt dabei die Annäherungstendenz des Klienten, z.B.: „Sie wissen, dass es wichtig ist, an dem Aspekt X zu bleiben. Also lassen Sie uns weitergucken. Was genau löst Situation Y in Ihnen aus?“. Der Therapeut hält die Aufmerksamkeit des Klienten mit Interventionen an einem inhaltlichen Fokus. Oder er führt den Klienten, der ausweicht, wieder auf

einen Inhaltsaspekt zurück: „Ich möchte gerne noch einmal auf den Aspekt X zu sprechen kommen...“. Beantwortet der Klient eine Frage, die der Therapeut nicht gestellt hat, d.h., verfehlt der Klient mit seiner Antwort die Intention der Therapeuten-Frage, dann kann der Therapeut die Frage noch einmal stellen: „Was ich meinte, war...“.

Sagt der Klient auf eine Frage: „Ich weiß nicht“, dann äußert der Therapeut: „Ich weiß, dass es für Sie schwierig ist, an dieser Stelle zu bleiben. Ich glaube aber, dass es ganz wichtig ist, dieser Frage nachzugehen. Deshalb lassen Sie die Situation noch einmal auf sich wirken und gucken Sie einmal, was Sie in Ihnen auslöst“. Der Therapeut kann, wenn er den Prozess steuert, dem Klienten dazu Erläuterungen geben. Er kann sagen,

- warum er diese Intervention jetzt macht;
- warum es therapeutisch wichtig ist, dass der Klient nun einer bestimmten Aufgabe folgt;
- dass der Therapeut den Klienten damit nicht verärgern will.

In allen diesen Fällen greift der Therapeut aktiv in den Bearbeitungsprozess des Klienten ein, steuert die Aufmerksamkeit des Klienten und gibt dem Klienten bestimmte Aufgaben: der Klient soll einer Fragestellung folgen, die Perspektive internalisieren u.ä. Diese Interventionen der Steuerung kann ein Therapeut auch dann schon machen, wenn der Klient noch kein massives Bearbeitungsproblem aufweist, sondern wenn er „normale“ Bearbeitungsschwierigkeiten überwinden will. Hat der Klient dagegen ein massives Problem auf der Bearbeitungsebene, dann steuert der Therapeut sehr oft und sehr stark.

Die starke Prozessdirektivität des Therapeuten hat zur Folge,

- dass der Therapieprozess stark „dynamisiert“ wird: Klienten erhalten Anregungen, Hilfen, aktive Unterstützungen vom Therapeuten;
- dass die Handlungsorientierung der Klienten stark angeregt wird (wie es für Patienten mit Ulcus pepticum empfohlen wird) und Klienten von einem lageorientierten Grübeln systematisch abgebracht werden;
- dass bei Klienten eine aktive Haltung entsteht, sich mit Problemen aktiv auseinander zu setzen und Probleme anzugehen.

Transparent-machen der Vermeidung

Diese Strategie des Transparent-Machens der Bearbeitung sollte ein Therapeut erst einsetzen, wenn er eine Weile steuernd gearbeitet hat, der Klient aber seine Art der Bearbeitung nicht verändert hat, d.h., wenn erkennbar ist, dass der Klient ein gravierenderes Bearbeitungsproblem aufweist. In diesem Fall geht der Therapeut auf die Meta-Ebene und macht dem Klienten transparent, dass er vermeidet: der Therapeut konfrontiert den Klienten somit mit seinen Stra-

tegien. Dies dient dazu, den Klienten auf seine (möglicherweise automatisierte) Vermeidung aufmerksam zu machen; Ziel dieser Strategie ist es, die Vermeidung bearbeitbar zu machen. So kann ein Therapeut z.B. die Vermeidung transparent machen, wenn ein Klient zum dritten Mal eine gestellte Frage nicht beantwortet. Dann kann der Therapeut sagen: „Ich möchte Sie einmal darauf aufmerksam machen, was Sie in unserem Gespräch mit Fragen machen, die ich Ihnen stelle. Ich haben jetzt dreimal X gefragt und Sie haben mit Y geantwortet. Offenbar ist es für Sie sehr schwierig, bei dieser Frage zu bleiben und zu gucken, was das für Sie bedeutet.“

Wichtig ist es bei dieser Strategie, dass der Therapeut diese Konfrontation sehr verständnisvoll macht, nach dem Motto: ich möchte sie wirklich nur auf etwas aufmerksam machen. Auf keinen Fall darf diese Intervention so rüberkommen wie: „Hab ich Dich erwischt, Du Schweinehund!“. Denn als Vorwurf würde die Konfrontation lediglich Reaktanz erzeugen; sie soll aber den Klienten zur Kooperation veranlassen. Daher sollte nicht die Spur eines Vorwurfes mitschwingen (und Therapeuten sollten diese Intervention deshalb auch nur dann machen, wenn sie sich *nicht* über den Klienten ärgern).

Klären der Gründe der Vermeidung

Diese Intervention schließt in der Regel unmittelbar an ein Transparent-machen der Vermeidung an: nachdem der Therapeut dem Klienten die Vermeidung transparent gemacht hat, bietet er ihm an, die Gründe für die Vermeidung zu klären. Ziel ist es, dass der Klient die Gründe für die Vermeidung versteht, bearbeitet und beseitigt, sodass konstruktiv-inhaltlich gearbeitet werden kann. Der Therapeut leitet dabei diese Klärung meist mit einer von zwei Fragen ein:

- „Was macht es Ihnen so schwer, bei dieser Frage zu bleiben?“
- oder
- „Was macht es für Sie so wichtig, dieser Frage auszuweichen?“

Bei Klienten mit massiven Vermeidungsproblemen, wie z.B. Klienten mit psychosomatischen Störungen, müssen Therapeuten diese Strategien der Bearbeitung der Bearbeitung über längere Zeit (10-15 Stunden) sehr konsequent und sehr stringent einsetzen, bis sich die Bearbeitung der Klienten nennenswert ändert. Dies ist für Therapeuten oft schwierig, da die Interventionen in der Regel *nicht* unmittelbar wirken: macht der Therapeut nur vereinzelt derartige Interventionen, haben sie kaum Effekte. Daher stellen Therapeuten oft ihre Interventionen ein, weil sie keine unmittelbaren Wirkungen bemerken. Therapeuten, die diese Interventionen jedoch längere Zeit konsistent realisieren, ändern auch die Bearbeitungen der Klienten und haben erfolgreiche Therapieprozesse. Therapeuten sollen davon ausgehen, dass hoch automatisierte Stra-

tegien von Klienten sich nicht durch einzelne Interventionen verändern lassen; sie lassen sich nur ändern durch konsequent durchgehaltene Strategien.

4 Effektivität

Diese therapeutischen Vorgehensweisen, kombiniert mit einer systematischen Strategie zur Bearbeitung der Alienation und zur Bearbeitung dysfunktionaler Schemata erweist sich als hoch effektiv: In einer Studie mit 88 Klienten mit CEDE konnten in verschiedenen Erfolgsmaßen der Therapie Effektstärken von 0.8 bis 2.2 erreicht werden mit einer mittleren Effektstärke von 1.3. Betrachtet man nur *die* Therapeuten, die die beschriebene „Bearbeitung der Bearbeitung“ in einem hohen Ausmaß realisierten, dann lagen die Effektstärken zwischen 1.2 und 5.4 mit einem Mittelwert von 2.6.

5 Resümee

Die empirischen Ergebnisse zeigen, dass die theoretischen Annahmen valide sind und sie zeigen, dass eine spezielle Vorgehensweise, nämlich eine systematische Bearbeitung der starken Reflexionsvermeidung der CEDE-Klienten sich therapeutisch als hoch effektiv erweist.

Literatur

- Aschke, M. (1995). Der Einfluß der Lageorientierung auf die Selbstregulation bei Psychosomatikern. Diplomarbeit, Ruhr-Universität Bochum, Fakultät für Psychologie.
- Baumann, N. & Kuhl, J. (2003). Self-Infiltration: Confusing assigned tasks as self-selected in memory. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29, 487-497.
- Baumann, N., Kaschel, R. & Kuhl, J. (2003). *Affect regulation and motive-incongruent achievement goals: antecedents of subjective well-being and symptom formation*. Eingereichtes Manuskript, Universität Osnabrück.
- Brunstein, J.C. (1993). Personal goals and subjective well-being: A longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 1061-1070.
- Brunstein, J.C. (1995). *Motivation nach Mißerfolg*. Göttingen: Hogrefe.

- Brunstein, J.C. (2001). Persönliche Ziele und Handlungs- versus Lageorientierung: Wer bindet sich an realistische und bedürfniskongruente Ziele? *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 22, 1-12.
- Brunstein, J.C., Lautenschlager, U., Nawroth, B., Pöhlmann, K. & Schultheiß, O. (1995). Persönliches Anliegen, soziale Motive und emotionales Wohlbefinden. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 16, 1-10.
- Fuß, D. (1995). Selbstregulationsstörung und Streßverarbeitung bei Psychosomatikern. *Diplomarbeit, Ruhr-Universität Bochum, Fakultät für Psychologie*.
- Hartmann, S. (1995). Alexithymes Sprachverhalten bei Morbus-Crohn-Kranken. *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie*, 45, 176-182.
- Jansen, B. (1995). Präzisierung der Alexithymie als affektive Reflexionsvermeidung und deren Implikationen. *Diplomarbeit, Ruhr-Universität Bochum, Fakultät für Psychologie*.
- Köhler, T. (1985). *Psychosomatische Krankheiten*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Kuhl, J. & Beckmann, J. (1994). Alienation: Ignoring one's preferences. In Kuhl, J. & Beckmann, J. (Eds.), *Volition and Personality: Action versus state orientation*, 375-390. Göttingen: Hogrefe.
- Kuhl, J. & Kaschel, R. (2004). Entfremdung als Krankheitsursache: Selbstregulation von Affekten und integrative Kompetenz. *Psychologische Rundschau*, 55 (2), 61-71.
- Kuhl, J. & Kazen, M. (1994). Self-discrimination and memory: State orientation and false self-ascription of assigned activities. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 1103-1115.
- Sachse, R. (1990). Schwierigkeiten im Explizierungsprozeß psychosomatischer Klienten: Zur Bedeutung von Verstehen und Prozeßdirektivität. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 38, 191-205.
- Sachse, R. (1994a). Veränderungsprozesse im Verlauf Klientenzentrierter Behandlung psychosomatischer Patienten. In: K. Pawlik (Hrsg.), *39. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie*, 601-602. Hamburg: Psychologisches Institut I der Universität Hamburg.
- Sachse, R. (1994b). Herzschlagwahrnehmung bei psychosomatischen Patienten: Abwendung der Aufmerksamkeit von eigenen Körperprozessen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 44, 284-292.
- Sachse, R. (1995a). Zielorientierte Gesprächspsychotherapie: Effektive psychotherapeutische Strategien bei Klienten und Klientinnen mit psychosomatischen Magen-Darm-

- Erkrankungen. In: J. Eckert (Hrsg.), *Forschung zur Klientenzentrierten Psychotherapie: Aktuelle Ansätze und Ergebnisse*, 27-49. Köln: GwG.
- Sachse, R. (1995b). *Der psychosomatische Klient in der Praxis: Grundlagen einer effektiven Therapie mit „schwierigen“ Klienten*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Sachse, R. (1995c). Psychosomatische Störungen als Beeinträchtigung der Selbstregulation. In: S. Schmidtchen, G.-W. Speierer, H. Linster (Hrsg.), *Die Entwicklung der Person und ihre Störung*, 2, 83-116. Köln: GwG.
- Sachse, R. (1997). Zielorientierte Gesprächspsychotherapie bei Klienten mit psychosomatischen Störungen. *Therapiekonzepte und Ergebnisse. Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 28, 90-107.
- Sachse, R. (1998). Goal-oriented Client-centered Psychotherapy of Psychosomatic Disorders. In: L. Greenberg, J. Watson & G. Lietaer (Eds.), *Handbook of experiential Psychotherapy*, 295-327. New York: Guilford.
- Sachse, R. (2006). *Psychologische Psychotherapie bei chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Smith, G.J.W & van der Meer, G. (1992). *Alexithymia in two groups of psychosomatic patients: Morbus Crohn and Ulcerative colitis*. Conference on experimental approaches in psychosomatic research, Lund (Sweden).
- Wiegert, G. (1995). *Der Einfluss der objektiven Selbstaufmerksamkeit auf die Selbstdiskriminierung bei Psychosomatikern*. Diplomarbeit, Ruhr-Universität Bochum, Fakultär für Psychologie.