

11 Klärungsorientierte Psychotherapie: Empirische Ergebnisse und Schlussfolgerungen für die Praxis

Rainer Sachse und Meike Sachse

11.1 Empirische Forschung in der Klärungsorientierten Psychotherapie

In der Klärungsorientierten Psychotherapie (KOP) wird seit langem sehr intensiv empirische Forschung betrieben; diese bezieht sich insbesondere auf den Bereich der Prozessforschung; in jüngerer Zeit werden aber auch Studien zur Effektivitätsforschung stark forciert.

Die Forschung begann mit der Prozessanalyse von Sachse und Maus (1987), in der zum ersten Mal gezeigt wurde, dass Therapeuten in der Gesprächspsychotherapie einen hohen steuernden Einfluss auf Klientenprozesse ausüben; von da an entwickelten sich die Konzepte der KOP und die empirische Forschung Hand in Hand; die Forschungsergebnisse gingen in die therapeutischen Konzepte ein und diese wurden systematisch weiter empirisch validiert. Daraus ergibt sich heute eine Situation, in der die therapeutischen Regeln und Strategien der KOP auf der Mikro-Ebene von Psychotherapie außerordentlich gut empirisch validiert sind.

Inzwischen sind die Ergebnisse von mehreren Forschungsgruppen unabhängig voneinander bestätigt worden, sodass es eine breite empirische Basis gibt, auf der Klärungsorientierte Psychotherapie beruht.

11.2 Empirische Ergebnisse, auf denen Klärungsorientierte Psychotherapie beruht

Es sollen nun die Forschungsergebnisse kurz dargestellt werden, auf denen Klärungsorientierte Psychotherapie basiert: Es sind Ergebnisse der Erfolgs-, aber vor allem von Prozessforschungsstudien, die Mikro-Interaktionsprozesse zwischen Therapeut und Klient erforschen (zur Methodik siehe Sachse & Takens, 2003). Aus diesen Ergebnissen wurden Schlussfolgerungen gezogen über das, was Therapeuten im Therapiepro-

zess konkret tun sollten, um die Klärungsprozesse von Klienten optimal zu fördern: Die Schlussfolgerungen sind es, auf denen die Handlungskonzeption der KOP basiert.

11.2.1 Klärungsorientierte Psychotherapie ist eine effektive Psychotherapieform

Klärungsorientierte Psychotherapie enthält in den Aspekten der therapeutischen Beziehungsgestaltung die sogenannten „Basisvariablen“ der Gesprächspsychotherapie sowie Interventionsstrategien der „process-experiential psychotherapy“ (vgl. Greenberg et al., 1993): Daher muss man folgern, dass diese Aspekte des Therapieprozesses auch in der KOP wirksam sind.

Außerdem enthält KOP auch das „Klärungsinventar“, das es schon in der Gesprächspsychotherapie in der Ausrichtung von Truax (vgl. 1963; Truax & Mitchell, 1977) gab (KOP erweitert dieses jedoch sehr stark und formt es in hohem Maße störungsspezifisch aus; Sachse, 1992a); daraus folgt die Annahme, dass KOP mindestens die Effektivität aufweisen muss, die Gesprächspsychotherapie aufweist; und deren Effektivität ist nachgewiesen (vgl. Greenberg et al., 1994; Sachse, 1999c; Sachse & Elliott, 2002). Diese Nachweise bestätigen somit indirekt auch die Effektivität von KOP.

Da KOP in ihrem Interventionsrepertoire aber weit über Gesprächspsychotherapie hinausgeht und auch (z.B. für psychosomatische Klienten und Klienten mit Persönlichkeitsstörungen) hoch störungsspezifische Ansätze entwickelt hat (vgl. Atrops & Sachse, 1994; Sachse, 1990d, 1991d, 1993b, 1994, 1995a, 1995b, 1995d, 1997a, 1997b, 1998a, 1999a, 1999b, 2000b, 2001a, 2001b, 2002, 2004a, 2004b, 2006a; Sachse & Atrops, 1991; Sachse & Rudolph, 1992a, 1992b), muss man annehmen, dass KOP in ihrer Effektivität *weit* über Gesprächspsychotherapie hinausgeht.

Die erste große Effektivitätsstudie zur Klärungsorientierten Psychotherapie war eine Studie zur Psychosomatik (Sachse, 2006a): In dieser Studie wurden 88 Klienten mit Morbus Crohn oder Colitis Ulcerosa mit einer für psychosomatische Klienten hochgradig störungsspezifischen Variante der Klärungsorientierten Psychotherapie behandelt: Bei diesem therapeutischen Vorgehen ging es in der ersten Phase der Therapie vor allem um eine systematische Bearbeitung der von den Klienten realisierten Vermeidung (Sachse, 1994, 1995d, 1997a, 1997b, 1998a, 1999b, 2006a, 2007). Die Studie zeigte, dass dieses Vorgehen sehr effektiv war: In verschiedenen Erfolgsmaßen der Psychotherapie konnten Effektstärken von .80 bis 2.23 erreicht werden, mit einer mittleren Effektstärke von 1.33. KOP erwies sich dabei als signifikant effektiver als andere therapeutische Maßnahmen.

Betrachtet man spezielle die Therapeuten, die das angestrebte therapeutische Vorgehen in hohem Maße realisierten (also die Vermeidung der Klienten sehr gut bearbeiteten) und die sich damit hoch konzeptkonform verhielten, dann sieht man, dass die Effektstärken hier zwischen 1.18 und 5.4 liegen; im Mittel betragen sie 2.63.

Dies weist sehr deutlich darauf hin, dass KOP selbst bei Klienten, die im Allgemeinen als schwer therapierbar gelten, sehr gute Ergebnisse erzielt und dass die Ergebnisse dann ganz besonders gut sind, wenn das Konzept der KOP wirklich gut von Therapeuten realisiert wird.

Im Augenblick werden zwei Studien mit Klärungsorientierter Psychotherapie bei Klienten mit Persönlichkeitsstörungen durchgeführt: Klienten mit histrionischer und Klienten mit narzisstischer Persönlichkeitsstörung werden in jeweils einer Gruppe mit

spezifischen, störungsspezifischen Strategien der Klärungsorientierten Psychotherapie behandelt und in jeweiligen Kontrollgruppen mit „klassischer“ Verhaltenstherapie und Kognitiver Therapie verglichen.

KOP ist eine effektive Therapieform, die auch schwierigen Klienten mit komplexen Problemen effektiv therapeutisch hilft.

11.2.2 Klärungsprozesse sind für ein konstruktives Therapieergebnis von großer Bedeutung

Verschiedene Studien zeigen, dass die durch KOP beim Klienten angeregten Klärungsprozesse tatsächlich für ein konstruktives Therapieergebnis relevant sind.

In der Studie von Sachse (2000a; vgl. auch Sachse, 1992a) zeigte sich eine hohe Korrelation von .60 zwischen der „Qualität des Klärungsprozesses“ (ein kombiniertes Maß aus der „Tiefe des Explizierungsprozesses“ der Klienten und der „Tiefe der Bearbeitungsangebote“ des Therapeuten) während der Psychotherapie und dem Therapieergebnis: Je tiefer und konstruktiver die Bearbeitung der Klienten und die Bearbeitungsangebote des Therapeuten in Mittelkontakten der Psychotherapie waren und je länger die Klienten tiefe Bearbeitungen realisierten, desto besser war der Therapieerfolg.

Ähnliche Ergebnisse fanden sich auch in den Studien von Sachse und Maus (1991; vgl. auch Sachse, 1992a, 1998a; Reicherts & Montini Lirgg, 2006). Die Therapien waren „Zielorientierte Gesprächspsychotherapie“, die explizit auf die Förderung von Klärungsprozessen bei Klienten ausgerichtet waren.

In der Untersuchung von Bullmann (2006) fand sich für Gesprächspsychotherapien eine durchschnittliche Korrelation von .44 zwischen der Qualität der Klärungsarbeit von Klienten im Therapieprozess und Indikatoren des Therapieerfolges (obwohl die Therapien eher „Klassische Gesprächspsychotherapien“ waren, die gar nicht explizit auf Klärung ausgerichtet waren). Ähnliche Ergebnisse zeigten sich sogar für (kognitiv ausgerichtete) Verhaltenstherapien: Auch dort zeigten sich signifikante Korrelationen zwischen Klärung und Therapieerfolg.

Schon in älteren Untersuchungen über Gesprächspsychotherapien zeigen sich signifikante Korrelationen zwischen dem Ausmaß der sogenannten „Selbstexploration“ von Klienten im Psychotherapieprozess und Maßen des Therapieerfolges (Greenberg, Elliott & Lietaer, 1994; Orlinsky, Grawe & Parks, 1994) sowie dem Ausmaß des „Experiencing“ von Klienten und dem Therapieerfolg (Greenberg, Elliott & Lietaer, 1994; Sachse & Elliott, 2002); Selbstexploration und Experiencing können dabei als (relativ grobe) Maße der Qualität der Klärungsprozesse von Klienten angesehen werden (vgl. Sachse, 1999c).

Klärungsprozesse von Klienten im Psychotherapieprozess sind erfolgsrelevant: Klienten, die eine gute Klärungsarbeit machen, die ihren Explizierungsprozess vertiefen und auf einem tiefen Niveau halten können, profitieren deutlich mehr von der Therapie als Klienten, die das nicht tun. „Klärung“ ist damit eine wesentliche Wirkvariable von Psychotherapie.

Dies ist auch das Ergebnis der großen Metaanalyse von Grawe, Donati und Bernauer (1994), die aufgrund ihrer Analyse „Klärung“ als einen der zentralen Wirkfaktoren der Psychotherapie identifizieren.

11.2.3 Klärungsprozesse sind dann für den Therapieerfolg relevant, wenn Klientenprobleme auf dysfunktionale Schemata zurückgehen

Analysiert man, in welchen Psychotherapieformen welche Wirkfaktoren tatsächlich Wirkungen entfalten, dann sieht man, dass es hier verfahrensspezifische Wirkungen gibt (Grawe et al., 1994): Untersuchungen (z.B. Sachse, 1995b, 1995c, 1998b) zeigen hier, dass Klärungsprozesse in der Therapie dann relevant sind, wenn im Therapieprozess an dysfunktionalen Schemata gearbeitet wird, d.h. wenn die Therapie von ihrer Zielperspektive (zumindest auch) auf Klärung abzielt: Dies ist der Fall bei Zielorientierter Gesprächspsychotherapie, Klassischer Gesprächspsychotherapie, Heuristischer Psychotherapie (vgl. auch Grawe, 1992; Grawe et al., 1990a, 1990b) und, zu einem gewissen Anteil, auch bei Psychoanalyse.

In Therapien allerdings, die auf Methoden der Reizkonfrontation beruhen wie entsprechende Verhaltenstherapien (in denen keine Schema-Bearbeitungen vorkommen), zeigt sich, dass Klärungsprozesse vollständig irrelevant sind: Sie tragen nicht zum Therapieergebnis bei.

Klärungsprozesse von Klienten sind dann und nur dann für das Therapieergebnis relevant, wenn in der Therapie an der Veränderung dysfunktionaler Schemata gearbeitet wird und besonders dann, wenn die Therapie auch auf Klärung dieser Schemata abzielt; in Therapien, die auf anderen Vorgehensweisen basieren und die andere Veränderungsprozesse anstreben, erweisen sich Klärungsprozesse von Klienten als irrelevant.

Dies bestätigt die Ergebnisse von Grawe et al. (1994), die davon ausgehen, dass unterschiedliche Therapieformen ihre Ergebnisse auf unterschiedliche Weise, durch die Veränderung unterschiedlicher psychologischer Prozesse erreichen: Nicht in jedem Fall ist Klärung sinnvoll. Klärung ist aber sinnvoll, wenn dem Klientenproblem dysfunktionale Schemata zugrunde liegen, die im Prozess expliziert werden müssen; in diesen Fällen erweisen sich Klärungsprozesse als hoch relevant für den Therapieerfolg.

11.2.4 Klärungsprozesse müssen bestimmte Teilprozesse umfassen und diese müssen in bestimmter Reihenfolge ablaufen, um zu einer validen Schema-Klärung zu führen

Verschiedene Studien (Sachse, 1991a, 1991c, 1992a, 1992b, 1992c; Sachse & Maus, 1991) zeigen, dass ein Schema besonders dann gut und valide expliziert werden kann, wenn folgende Teilprozesse bei Klienten in der angegebenen Reihenfolge ablaufen:

- Der Klient muss ein Problem fokalisieren, also eine spezifische, paradigmatische Problemsituation in den Fokus seiner Aufmerksamkeit nehmen.
- Der Klient muss einer Fragestellung folgen, sich also fragen, welche Prozesse in dieser Situation in ihm ablaufen.
- Der Klient muss das fokalisierte Schema aktivieren, sodass die entsprechenden Gedächtnisbestände zugänglich werden.
- Der Klient muss seine Perspektive internalisieren, d.h. er muss sich darauf konzentrieren, welche Gedanken, Gefühle und Handlungsimpulse in der Situation in ihm ablaufen.
- Er muss daran arbeiten, welche Annahmen, Überzeugungen usw. ihn veranlassen, genau so und nicht anders in der Situation zu denken und zu fühlen.

Der Klient muss somit, um zu einer erfolgreichen Klärung zu gelangen, bestimmte Stufen des Explizierungsprozesses in einer bestimmten Reihenfolge durchlaufen (vgl. Sachse, 1992a, 1996b, 2003; Sachse & Takens, 2003; Takens, 1994, 1995, 1996, 2001).

Weiterhin braucht der Klärungsprozess auf jeder Stufe *Zeit*, um die entsprechenden Prozesse zu vollziehen: Er sollte sich Zeit lassen und einen eher intuitiv-holistischen (Kuhl, 1983) Verarbeitungsmodus einnehmen, um eine Klärung relevanter Schemata zu vollziehen.

Sachse und Maus (1991) konnten auch zeigen, dass der Steuerungseffekt einer Intervention nur auf den unmittelbar darauf folgenden Klienten-Zustand wirkte; die Klienten-Prozesse, die zeitlich später im Prozess liegen, hängen dann wiederum von ebenfalls zeitlich näher liegenden Interventionen des Therapeuten ab.

Analysiert man somit den Explizierungsprozess genauer, dann wird deutlich, dass dies ein hoch komplexer und schwieriger Prozess für den Klienten ist: Klienten müssen bestimmten Fragen folgen, bestimmte Teilprozesse initiieren und in bestimmter Weise vorgehen, um zu einem konstruktiven Klärungsergebnis zu gelangen. Tun sie dies nicht, scheitert der Klärungsprozess in aller Regel. Damit wird aber sehr deutlich, dass Klärungsprozesse für Klienten hoch anspruchsvoll sind; von daher ist es kaum zu erwarten, dass Klienten diese Prozesse von sich aus durchführen können – denn wo sollen sie diese lernen?

Die Ergebnisse machen deutlich, dass Therapeuten durch gezielte, gut fundierte Interventionen den jeweils beim Klienten ablaufenden Bearbeitungsprozess steuern: Die jeweilige (sozusagen im „Hier und Jetzt“ ablaufende) Intervention steuert den unmittelbar darauf folgenden (wiederum im „Hier und Jetzt“ ablaufenden) Klienten-Prozess. Der Therapieprozess als solcher ist damit ein Prozess, der der Erreichung eines Zieles (z.B. „Klärung eines dysfunktionalen Schemas“) dient, der aber aus einer Serie von aufeinander folgenden und aufeinander aufbauenden Mikro-Prozessen besteht. Der Therapeut beeinflusst durch eine Intervention den unmittelbar darauf folgenden Zustand des Klienten, den unmittelbar folgenden Bearbeitungsprozess: Will ein Therapeut also ein Ziel erreichen, muss er dieses dadurch verfolgen, indem er durch eine Serie von Interventionen den Klienten-Prozess langsam in Richtung auf dieses Ziel steuert.

Daraus folgt,

- dass Therapeuten den Therapieprozess auf Mikro-Ebene betrachten müssen: Sie müssen beachten, was der Klient jetzt gerade tut, wie er jetzt gerade bearbeitet und sie müssen sich entscheiden, welchen weitergehenden Teilprozess sie durch ihre nächste Intervention anregen wollen usw.;*
- dass Therapeuten Klienten auf der Mikro-Ebene verstehen und ihre Interventionen auf der Mikro-Ebene ansetzen müssen;*
- dass Therapeuten zwar langfristige Ziele verfolgen können und sollten, dass sie aber die Zielerreichung nur realisieren können, wenn sie auf Mikro-Ebene die Prozesse des Klienten in Richtung auf das Ziel immer wieder von Neuem steuern;*
- dass Therapeuten ihr Vorgehen zwar strategisch planen können, ihren Plan aber nicht einfach „abarbeiten“ können: Denn wenn ein Therapeut eine Intervention realisiert, dann besteht zwar eine gewisse Wahrscheinlichkeit dafür, dass der Klient ihr folgt, er kann aber auch etwas völlig anderes tun; und darauf muss der Therapeut flexibel reagieren, um sein Ziel überhaupt erreichen zu können. Der Klient kann aufgrund einer vertiefenden Intervention verflachen, vermeiden, ausweichen oder aber ein Schema aktivieren und hochgradig emotionalisieren. Um den weiteren Prozess des Klienten dann konstruktiv steuern zu können, muss der Therapeut auf die Reaktion des Klienten flexibel reagieren: Der Therapeut muss damit immer wieder von Neuem Informationen verarbeiten, Entscheidungen treffen, Interventionen realisieren usw. Der Therapeut kann somit sein Vorgehen niemals im Detail im Voraus planen! Es genügt auch nicht, einem großen Plan zu folgen! Vielmehr muss der Therapeut auf der Mikro-Ebene von Therapie agieren und zwar flexibel, schnell und sicher. Und damit wird erneut deutlich, wie hoch die Expertise des Therapeuten sein muss!*

11.2.5 Klienten klären nicht von sich aus

Alle verfügbaren empirischen Ergebnisse von Prozessstudien zeigen eindeutig, dass Klienten in ihrem Klärungsprozess in extrem hohem Ausmaß von einer gezielten Unterstützung durch den Therapeuten abhängig sind: Von sich aus, ohne entsprechende Anregung und Anleitung durch den Therapeuten vollziehen Klienten eine Vertiefung des Explizierungsprozesses nur sehr selten. Und wenn, dann kommen sie nicht sehr weit und schaffen es auch nicht, längere Zeit auf tieferen Ebenen des Prozesses zu bleiben (Sachse, 1988a, 1990a, 1990b, 1990c, 1991a, 1991b, 1992a, 1992b; Sachse & Maus, 1987, 1991; Sachse & Takens, 2003; Takens, 1995, 1996, 2001).

Dies ist eines der best-abgesichertesten empirischen Ergebnisse: *Klienten vertiefen von sich aus nicht den Explizierungsprozess!* Unterstützt der Therapeut den Klienten *nicht* gezielt im Klärungsprozess, dann bleibt der Klient in der Bearbeitung flach: Er internalisiert seine Perspektive nicht oder nur kurz, er folgt *nicht* stringent relevanten Fragestellungen, er aktiviert seine Schemata nur selten und wenn, klärt er sie in der Regel *gar nicht*.

Wenn man davon ausgeht, dass bei Vorliegen dysfunktionaler Schemata bei Klienten Klärungsprozesse hoch relevant sind, dann ist klar, dass Klienten im Therapieprozess Klärungsprozesse vollziehen sollten, um von der Therapie profitieren zu können!

Wenn die Klienten jedoch diese Prozesse so gut wie gar nicht von selbst vollziehen, dann folgt logisch zwingend, dass Therapeuten diese Prozesse gezielt anregen sollten! Therapeuten sollten Klienten gezielt anleiten, die Teilprozesse des Klärungsprozesses zu initiieren, dies in richtiger Reihenfolge zu tun und dabei günstig vorzugehen!

In jedem Fall können Therapeuten sich nicht „nondirektiv“ verhalten, sondern sie müssen prozessdirektiv sein: Sie müssen den Klärungsprozess, Stück für Stück, Teilprozess um Teilprozess, in konstruktiver Weise anleiten: Das heißt: Therapeuten müssen Klärungsprozesse von Klienten steuern, wenn Klienten konstruktive Klärungsprozesse vollziehen und von der Therapie profitieren sollen (vgl. Sachse, 1984, 1986a, 1986b, 1988b, 1992a, 1996a, 1996b, 2003, 2005a, 2005b, 2005c, 2006b)!

11.2.6 Klienten nehmen aktive Unterstützungen vom Therapeuten in Form von Bearbeitungsangeboten mit hoher Wahrscheinlichkeit an

Folgen Therapeuten dieser Regel, machen sie also dem Klienten im Therapieprozess gezielte Bearbeitungsangebote (die den Klienten anleiten, welchen Teilprozess der Klärung er nun initiieren soll), dann zeigt sich in vielen Studien völlig eindeutig (Reicherts & Montini Lirgg, 2006; Sachse, 1988a, 1990a, 1990b, 1990c, 1991a, 1991b, 1992a, 1992b, 1992c, 1993a; Sachse & Maus, 1987, 1991; Sachse & Takens, 2003; Takens, 1995, 1996, 2001), dass Klienten diese Bearbeitungsangebote des Therapeuten in sehr hohem Maße annehmen, also ihre Bearbeitung nach dem Angebot des Thera-

peuten ausrichten. Klienten lassen sich somit in ihrem Explizierungsprozess *in sehr hohem Maße vom Therapeuten steuern*.

Dies ist im Grunde auch gar nicht verwunderlich, denn Klienten erkennen ja in der Therapie (mehr oder weniger schnell), dass Klärung wichtig ist, sie entwickeln ein Interesse an Klärung, aber sie merken auch, dass sie den Prozess von sich aus nicht leisten können: Also spricht alles dafür, Bearbeitungsangebote vom Therapeuten anzunehmen und umzusetzen!

Reichert und Montini Lirgg (2006) konnten zeigen, dass Therapeuten schon ganz zu Therapiebeginn einen stark steuernden Einfluss auf Klienten haben: Schon ganz zu Anfang nehmen Klienten vertiefende Bearbeitungsangebote von Therapeuten an und vertiefen ihr Bearbeitungsniveau: Damit ist es sinnvoll, dass Therapeuten schon in der ersten Therapiestunde vertiefende Bearbeitungsangebote machen und die Klienten an die „Kante des Möglichen“ führen.

Frohburg und Sachse (1992) konnten nachweisen, dass Klienten im Verlauf der Therapie die vertiefenden Bearbeitungsangebote des Therapeuten immer besser umsetzen können: Offenbar lernen die Klienten im Laufe der Therapie auch, worauf es ankommt und folgen den Therapeuten (wahrscheinlich auch aufgrund der besseren Therapeut-Klient-Beziehung) immer stärker in deren Steuerung.

Die Ergebnisse zeigen, dass vertiefende Bearbeitungsangebote von Therapeuten meist in Form sogenannter „vertiefender Fragen“ (Fragen, die sich auf „tiefere“ Ebenen der Bearbeitung richten) oder durch „Explizierungen“ realisiert werden. Bei Explizierungen verbalisiert der Therapeut das, was ein Klient (belegbar, erschließbar) jetzt aktuell bereits meint, aber noch nicht in Sprache umsetzt (oder umsetzen kann): Der Therapeut macht damit das bereits vom Klienten „implizit“ Gemeinte explizit, bringt es auf den Punkt, sodass der Klient diese Inhalte fokalisieren und sie als Ausgangspunkte einer weiteren Klärung nutzen kann.

Aus den Ergebnissen kann man schließen, dass Klienten eine gezielte Steuerung durch den Therapeuten brauchen und dass sie eine gezielte Steuerung durch den Therapeuten akzeptieren! Klienten wollen im Hinblick auf Klärungsprozesse offenbar keine nondirektive Therapie, Klienten wollen vom Therapeuten gefördert und angeleitet werden!

*Daher gibt es für Therapeuten absolut keinen Grund, dies nicht auch zu tun: Therapeuten sollten die Explizierungsprozesse von Klienten konstruktiv steuern!
Die Steuerung des Klientenprozesses durch den Therapeuten kann extrem früh im Therapieprozess einsetzen; sie nimmt dann im Verlauf der Therapie zu, da Klienten in immer höherem Ausmaß bereit und in der Lage sind, vertiefende Bearbeitungsangebote des Therapeuten umzusetzen.*

Damit haben die Therapeuten aber eine wesentliche Prozessverantwortung: Sie sind die Experten für den Klärungsprozess, denn sie und nur sie können den Prozess des Klienten konstruktiv fördern!

Die Therapeuten haben damit eindeutig die Rolle von Prozessexperten und sie haben eindeutig die Aufgabe, Klienten auch gezielt zu fördern und die Prozesse von Klienten gezielt zu steuern. Therapeuten benötigen damit auch eine hohe Expertise,

ein spezifisches Wissen und Können, um als Prozessexperten fungieren zu können (Becker & Sachse, 1997; Gäßler & Sachse, 1992a, 1992b).

Damit sollten Therapeuten auch zu ihrer Expertenrolle stehen und sie im Therapieprozess wahrnehmen!

11.2.7 Klienten nehmen aber auch verflachende, ungünstige Bearbeitungsangebote vom Therapeuten mit hoher Wahrscheinlichkeit an

Empirische Studien zeigen sehr deutlich (Sachse, 1988a, 1990a, 1990b, 1990c, 1991a, 1991b, 1991c, 1992a, 1992b, 1992c, 1993a; Sachse & Maus, 1987, 1991; Sachse & Takens, 2003; Takens, 1995, 1996, 2001), dass Klienten aber nicht nur konstruktive Bearbeitungsangebote von Therapeuten (also solche, die den Explizierungsprozess vertiefen oder tief halten) annehmen, sondern leider auch nicht-konstruktive (verflachende) Bearbeitungsangebote.

Auch das verwundert wenig, denn Klienten lassen sich vom Therapeuten steuern, sie wissen kaum, welche Strategien günstig sind und sie haben neben einer Annäherungstendenz (sie wollen verstehen, was die Schemata sind) immer auch eine Vermeidungstendenz (sie wollen sich den aversiven Schemata nicht stellen): Macht ein Therapeut verflachende Bearbeitungsangebote, dann führt dies ja „vom Schema weg“ und das wird von Klienten oft „erleichtert“ angenommen. Daher ist es auch nicht verwunderlich, dass die empirischen Ergebnisse durchweg zeigen, dass verflachende Bearbeitungsangebote von Klienten in noch höherem Maße angenommen werden als vertiefende.

Die Ergebnisse zeigen, dass Therapeuten die Klientenprozesse nicht nur fördern: Sie können die Prozesse auch verschlechtern, stören, behindern! Und damit sind sie ebenfalls hoch wirksam, denn entsprechende, destruktive Interventionen werden von Klienten in hohem Maße umgesetzt.

Therapeuten sollten aber nur konstruktiv wirken und damit verschlechternde Bearbeitungsangebote vermeiden.

Damit Therapeuten dies können, müssen sie aber erkennbar eine hohe Expertise haben, denn

- sie müssen erkennen, auf welcher Stufe des Explizierungsprozesses der Klient aktuell arbeitet; d.h. sie müssen Information schnell, effektiv und korrekt verarbeiten können, was viel Training erfordert (vgl. Sachse, 2006c);
- sie müssen Wissen darüber haben, welche Stufe jetzt angeregt werden sollte und durch welche Interventionen dies nun geschehen kann;
- und sie müssen diese Interventionen so realisieren, dass der Klient sie versteht und umsetzen kann.

Wiederum wird deutlich:

- Therapeuten müssen Prozess-Experten sein.
- Sie müssen ihre Expertise aktiv nutzen und einsetzen.

11.2.8 Therapeuten haben durch ihre Bearbeitungsangebote einen sehr stark steuernden Einfluss auf Klärungsprozesse von Klienten

Die empirischen Studien zeigen durchweg, dass Therapeuten einen stark steuernden Einfluss auf Klienten haben (*auch dann*, wenn die Therapeuten sich selbst als „nondirektiv“ verstehen und gar nicht intentional steuern), *d.h. Bearbeitungsangebote der Therapeuten wirken in jedem Fall prozessdirektiv* (Reicherts & Montini Lirgg, 2006; Sachse, 1988a, 1990a, 1990b, 1990c, 1991a, 1991b, 1992a, 1992b, 1992c, 1993a; Sachse & Maus, 1987, 1991; Sachse & Takens, 2003; Takens, 1995, 1996, 2001).

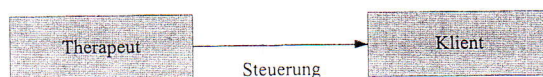
Dies macht natürlich Sinn unter der Perspektive, dass Therapeuten auch *steuern sollen* (es widerspricht aber deutlich der Annahme, dass Therapeuten nondirektiv sein können!).

Die Ergebnisse zeigen ganz eindeutig, dass Therapeuten die Klientenprozesse beeinflussen, egal ob sie dies wollen oder nicht. Damit haben Therapeuten (ob sie es wollen oder nicht!) ein hohes Maß an Prozessverantwortung in der Psychotherapie.

Bedenkt man nun, dass die Therapeuten sowohl konstruktiv als auch destruktiv steuern können, dann folgt daraus, dass Therapeuten sich auch zu Experten ausbilden lassen müssen, denn dann und nur dann können sie sicherstellen, dass der steuernde Einfluss, den sie auf Klienten in jedem Fall ausüben, auch mit Sicherheit konstruktiv ist (Sachse, 2006a)! Geht ein Therapeut ohne entsprechende Expertise in Therapie, ist dies unter dieser Perspektive im Grunde nicht zu verantworten! Therapeuten müssen hohe Kompetenzen im Hinblick auf Verarbeitungsprozesse aufweisen: Sie müssen schnell und valide erkennen, wo sich der Klient gerade im Explizierungsprozess befindet; sie müssen gut und schnell einschätzen können, welche Unterstützung in welcher Richtung der Klient jetzt gerade benötigt und sie müssen die entsprechenden Bearbeitungsangebote auch gut realisieren können.

Unmissverständlich deutlich wird durch die empirischen Ergebnisse auch, dass alle sprachlichen Aussagen des Therapeuten Interventionen sind: Sie greifen (zwar mehr oder weniger, aber in gewissem Umfang immer!) direktiv in die Prozesse des Klienten ein, sie steuern die Klientenprozesse, sie sind nicht nondirektiv.

Interventionen haben deutlich eine prospektive Wirkung:



Der Therapeut nimmt damit Einfluss auf das, was der Klient als nächstes denkt, worauf der Klient sich im Folgenden konzentriert usw.: Interventionen zielen damit auf zukünftige Prozesse des Klienten ab.

11.2.9 Bearbeitungsangebote des Therapeuten steuern besonders dann die Klärungsprozesse des Klienten konstruktiv, wenn der Therapeut den Klienten gut versteht und seine Bearbeitungsangebote in dem verankert, was der Klient fokal meint

Untersuchungen (Sachse, 1992a, 1992c) zeigen, dass das Ausmaß, in dem ein Bearbeitungsangebot eines Therapeuten den Klärungsprozess steuert (also die Wahrscheinlichkeit, mit der ein Klient das jeweilige Bearbeitungsangebot annimmt und umsetzt), in hohem Maße davon abhängt, wie gut der Therapeut den Klienten versteht.

Versteht der Therapeut den Klienten sehr gut, kann er rekonstruieren, was der Klient jeweils fokal meint *und* verankert der Therapeut seine Intervention im fokalen Gemeintem des Klienten, dann ist die Wahrscheinlichkeit *sehr* hoch, dass der Klient das Bearbeitungsangebot umsetzt (60-70%): Der Therapeut greift mit seinem Bearbeitungsangebot das Gemeinte auf und macht dem Klienten *dazu* einen Vorschlag, wie der Klient damit weiter umgehen soll.

Kann der Therapeut das fokale vom Klienten Gemeinte jedoch nicht richtig rekonstruieren, versteht er nur periphere Inhalte des Klienten oder missversteht er sogar den Klienten, dann verankert er sein Bearbeitungsangebot in peripheren Aspekten des vom Klienten Gemeinten oder sogar im Falschen: In diesem Fall sinkt die Wahrscheinlichkeit, dass der Klient das Bearbeitungsangebot annimmt, drastisch ab (auf unter 50%, bei Missverstehen sogar auf unter 20%).

Verstehen allein aber genügt nicht (wie die gleichen Untersuchungen zeigen): Analysiert man nur die Wirkung von Verstehen, ohne zu berücksichtigen, ob der Therapeut ein vertiefendes Bearbeitungsangebot macht, dann ist der Steuerungseffekt minimal: *Gutes Verstehen allein, ohne gezielte Prozesssteuerung durch den Therapeuten, fördert den Klärungsprozess des Klienten kaum!* Nötig ist somit ein gezieltes Bearbeitungsangebot, das den Klienten anleitet, was als Nächstes zu tun ist *und* ein gutes Verstehen des Klienten durch den Therapeuten!

Die Ergebnisse zeigen, dass Therapeuten nur dann gute Bearbeitungsangebote machen können, die sich auch konstruktiv auf den Klientenprozess auswirken, wenn sie den Klienten auch gut verstehen und wenn sie in ihren Bearbeitungsangeboten das vom Klienten fokale Gemeinte durch ihr Angebot weiterführen. Deutlich wird aber auch, dass Verstehen nur im Zusammenhang mit steuernden Bearbeitungsangeboten konstruktiv wirkt: Es genügt also nicht, dass der Therapeut empathisch ist, er muss vielmehr sein Verstehen nutzen, um den Klienten gezielt bezüglich relevanter Inhalte im Klärungsprozess voranzubringen!

Dies bedeutet wiederum, dass ein Therapeut nur dann im Therapieprozess konstruktiv handeln kann, wenn er in der Lage ist, den Klienten „tief“ zu verstehen, also zu verstehen, was der Klient zentral meint. Und dies bedeutet wiederum, dass der Therapeut eine sehr hohe Expertise aufweisen muss: Er muss ein Modell über den Klienten bilden, in dem die relevanten Annahmen, Intentionen usw. des Klienten valide abgebildet sind (Becker & Sachse, 1997). Es wird auch klar, dass ein Therapeut damit sowohl die relevanten Inhalte als auch die relevanten Verarbeitungsprozesse beim Klienten parallel oder schnell hintereinander verarbeiten muss, denn beide Informationen benötigt er für konstruktive Interventionen!

Ein solches Kompetenzniveau an schneller und sicherer Verarbeitung erreichen Therapeuten (nach der Expertise-Forschung, vgl. Sachse, 2006c) aber nur durch gezieltes und häufiges Training: Man muss Therapeuten genau in solchen Verarbeitungen gezielt trainieren, damit sie eine solche Expertise entwickeln können!

11.2.10 Interventionen haben besonders dann einen hohen steuernden Einfluss auf Klärungsprozesse des Klienten, wenn sie bestimmte Charakteristika aufweisen

Studien (Sachse, 1992a, 1993a) machen deutlich, dass die Wahrscheinlichkeit, mit der Klienten Bearbeitungsangebote des Therapeuten umsetzen, auch davon abhängt, wie dieses Bearbeitungsangebot formal gestaltet ist. Es zeigt sich, dass Bearbeitungsangebote vor allem dann vom Klienten umgesetzt werden,

- wenn sie kurz sind;
- wenn der Therapeut jeweils nur *ein* Angebot macht;
- wenn das Angebot am Ende der Intervention steht;
- wenn die Aussage des Therapeuten präzise, einfach strukturiert und wenig euphemistisch ist.

Diese Ergebnisse sind nicht überraschend, wenn man bedenkt, dass Klienten die Interventionen des Therapeuten verstehen und verarbeiten müssen: Für diese Verarbeitung brauchen sie kognitive Kapazität und diese müssen sie von den laufenden Klärungsprozessen abziehen.

Je kürzer und besser verständlich die Aussagen des Therapeuten sind, desto weniger Kapazität müssen die Klienten für die Verarbeitung von den laufenden Klärungsprozessen abziehen und umso weniger werden diese beeinträchtigt.

Je länger und komplexer dagegen die Therapeuten-Aussagen sind, desto mehr Kapazität muss ein Klient aufwenden, um sie zu verarbeiten und um so mehr Kapazität muss er von Klärungsprozessen abziehen; und damit werden die Klärungsprozesse stark beeinträchtigt.

Therapeuten müssen damit nicht nur empathisch verstehen, sie müssen auch „empathisch sprechen“: Das heißt sie müssen ihre Aussagen so formulieren, dass der Klient sie möglichst einfach verstehen und umsetzen kann.

Und dies macht erneut deutlich, dass Therapeuten über ein hohes Expertise-Niveau verfügen müssen, denn sie benötigen neben allen Verarbeitungsaufgaben auch noch genügend Kapazität, um Interventionen gut zu realisieren!

11.2.11 Ein Klient lässt sich nur dann in nennenswerter Weise auf Klärungsprozesse ein, wenn zwischen Therapeut und Klient eine vertrauensvolle Therapiebeziehung existiert

Klärungsprozesse bei Klienten haben auch Voraussetzungen, die gegeben sein oder hergestellt werden müssen, damit sich Klienten auf Klärungsprozesse einlassen können.

Ein wesentlicher Faktor dafür ist Beziehung: Es muss eine vertrauensvolle Therapeut-Klient-Beziehung existieren, bevor der Klient sich überhaupt in nennenswerter Weise auf Klärungsprozesse einlässt. Dies zeigen schon klassische Untersuchungen (Greenberg et al., 1994) sowie Ergebnisse von Sachse und Neumann (1987) und Sachse et al. (1992).

In der Studie von Bullmann (2006) wird deutlich, dass die Qualität der Therapeut-Klient-Beziehung mit .60 mit der Qualität der Klärungsprozesse bei Klienten korreliert: Das zeigt, dass Klienten sich umso stärker auf Klärungsprozesse einlassen, je besser die therapeutische Beziehung ist und umgekehrt.

Therapeuten müssen somit erst eine vertrauensvolle Beziehung zum Klienten herstellen (Sachse, 2006d), bevor sie davon ausgehen können, dass Klienten bereit sind, sich auf Klärungsprozesse einzulassen; dies bedeutet auch, dass es wenig Sinn macht, einem Klienten stark vertiefende Bearbeitungsangebote zu machen, solange die Therapeut-Klient-Beziehung noch nicht ausreichend tragfähig ist. Andererseits weisen aber viele Klienten, die keine Vertrauensstörung als Problem haben, auch schon zu Therapiebeginn eine ausreichend tragfähige Beziehung zum Therapeuten auf, sodass Therapeuten auch schon recht früh mit vertiefenden Interventionen beginnen können, wie Ergebnisse von Reicherts und Montini Lirgg (2006) zeigen.

Man muss auch umgekehrt wohl davon ausgehen, dass Therapeuten, die schon relativ früh den Klientenprozess vorsichtig aber gezielt fördern, eine gute Beziehung zum Klienten aufbauen: Denn steuern bedeutet ja auch, dem Klienten zu zeigen, dass man ihn aktiv unterstützt, dass man ihn im Prozess nicht „hängen“ lässt, dass man empathisch ist und auch, dass man ihm zutraut, sich konstruktiv mit Inhalten auseinanderzusetzen. Somit gilt nicht nur, dass Klärung Beziehung braucht; es gilt sicher auch, dass gute Klärung Beziehung schafft!

Auch dieser Aspekt macht erneut deutlich, dass Therapeuten eine hohe Expertise brauchen, denn sie müssen in der Lage sein, eine tragfähige Therapeut-Klient-Beziehung durch eine konstruktive, aktive Beziehungsgestaltung herzustellen.

11.2.12 Die Therapeut-Klient-Beziehung ist für den Therapieprozess weniger relevant als konstruktive Klärungsprozesse; die größte Bedeutung hat die Therapeut-Klient-Beziehung als Voraussetzung für Klärung

Klassische Untersuchungen zur Gesprächspsychotherapie zeigen durchweg, dass die Korrelationen der Beziehungsvariablen mit dem Therapieerfolg durchweg niedrig sind (vgl. Greenberg et al., 1994; Orlinsky et al., 1994; Sachse, 1999c).

Auch in der Studie von Bullmann (2006) wird deutlich, dass Maße der Therapeut-Klient-Beziehung *nicht signifikant* (.13!!) mit dem Therapieerfolg korrelieren.

Die Therapeut-Klient-Beziehung allein bzw. die Realisation von „Basisvariablen“ durch den Therapeuten allein hat keinen nennenswerten Einfluss auf den Therapieerfolg, dies zeigen auch schon „klassische Untersuchungen“ (vgl. Greenberg et al., 1994; Norcross, 2002; Orlinsky et al., 1994; Sachse, 2006d)! „Beziehung“ ist eine Wirkvariable der Therapie, die sich nur schwach direkt auf den Therapieerfolg auswirkt. Aller-

dings ist die Korrelation zwischen der Beziehungsvariablen und der Klärung hoch (.60), ebenso die Korrelation zwischen Klärung und Therapieerfolg (.44): Beziehung wirkt somit dadurch im Therapieprozess konstruktiv, dass sie andere, ergebnisrelevante Prozesse beim Klienten ermöglicht und fördert! *Damit ist Beziehung schon wichtig, aber nie als einzige Wirkvariable!*

*Es genügt damit ganz offensichtlich nicht, dass ein Therapeut den Klienten „eine Beziehung anbietet“; der Therapeut muss viel mehr tun als das!
Man muss vielmehr annehmen, dass Therapie dann wirksam ist, wenn der Therapeut auf der Basis einer vertrauensvollen Therapeut-Klient-Beziehung den Klienten gut versteht und die Klientenprozesse konstruktiv steuert!*

11.2.13 Klienten bringen unterschiedliche Eingangsvoraussetzungen in die Therapie mit: Manche Klienten nehmen vertiefende Bearbeitungsangebote des Therapeuten weniger gut an als andere

Studien zeigen (Atrops & Sachse, 1994; Sachse, 1990d, 1994, 1995a, 1995b, 2006a; Sachse & Atrops, 1994; Sachse & Rudolph, 1992a, 1992b), dass Klienten Eingangsvoraussetzungen in die Therapie mitbringen, die einen starken Einfluss darauf haben, wie gut die Klienten Klärungsprozesse vollziehen, d.h. in welchem Ausmaß sie sich auf Bearbeitungsangebote des Therapeuten einlassen.

Klienten mit „Achse-I-Störungen“ (im Sinne des DSM) zeigen in der Regel eine gute Steuerbarkeit: Sie lassen sich in hohem Maße auf Bearbeitungsangebote des Therapeuten ein und viele der Klienten tun dies schon sehr früh im Prozess.

Klienten mit Persönlichkeitsstörungen weisen dagegen schon ein höheres Niveau an Vermeidung auf: Sie brauchen länger, sie brauchen Phasen explizit komplementärer Beziehungsgestaltung durch den Therapeuten, bevor sie sich auf Klärungsprozesse einlassen und vertiefende Bearbeitungsangebote des Therapeuten nennenswert umsetzen.

Am Schwierigsten in dieser Hinsicht sind Klienten mit psychosomatischen Störungen: Diese Klienten weisen zu Therapiebeginn ein extrem hohes Ausmaß an Vermeidung auf und nehmen vertiefende Bearbeitungsangebote des Therapeuten so gut wie gar nicht an.

Erst durch eine systematische „Bearbeitung der Vermeidung“ über mehrere Stunden sinkt die Vermeidung so weit, dass Klienten Bearbeitungsangebote des Therapeuten annehmen: Und dann verbessern sich die Klärungsprozesse der Klienten über die Zeit deutlich.

Therapeuten müssen in der Lage sein zu erkennen, wie weit sich Klienten zu Therapiebeginn auf Klärung einlassen, wie hoch ihr Ausmaß an Vermeidung ist, d.h. Therapeuten müssen die Eingangsvoraussetzungen der Klienten analysieren und verstehen können.

Aufgrund dieses Verständnisses müssen Therapeuten dann auch in der Lage sein, sich auf das jeweilige Niveau des Klienten einzustellen, also Interventionen zu realisieren, die auf den jeweiligen Zustand des Klienten „passen“, um Klienten so op-

timal zu fördern und weder zu unter, noch zu überfordern. Therapeuten müssen damit in der Lage sein, differentiell zu handeln; sie können keineswegs allen Klienten das gleiche therapeutische Angebot machen; auch das erfordert wieder eine hohe Expertise der Therapeuten.

11.2.14 Zeigen Klienten reduzierte Reaktionen auf vertiefende Bearbeitungsangebote des Therapeuten, dann bessern spezielle Interventionen mit der Zeit die Fähigkeit/Bereitschaft des Klienten, sich auf Klärungsprozesse einzulassen

Studien zur Psychosomatik zeigen dies sehr deutlich (Sachse, 1995b, 1995d, 2006a): Kommen die Klienten mit hoher Vermeidung in die Therapie, dann verbessert sich das Niveau der Klärung bei den Klienten über die Zeit *dann und nur dann*, wenn die Therapeuten in der Anfangsphase spezielle Interventionsstrategien realisieren. Verfolgen die Therapeuten Strategien zur Bearbeitung von Vermeidung über einen längeren Zeitraum konsequent, dann verbessert sich das Klärungsniveau der Klienten signifikant und deutlich: Die Klienten nehmen dann vertiefende Bearbeitungsangebote des Therapeuten zunehmend mehr an und realisieren konstruktive Explizierungsprozesse.

Realisieren Therapeuten dagegen diese speziellen Interventionsstrategien mit den Klienten nicht, gehen sie also mit dem Klienten so um, wie mit Klienten ohne Vermeidung, dann verbessert sich das Explizierungsniveau der Klienten über die Zeit *nicht*: Klienten nehmen dann vertiefende Bearbeitungsangebote des Therapeuten auch in der 20. Stunde genauso wenig an wie in der dritten Stunde.

Klienten mit ungünstigen Eingangsvoraussetzungen, die Klärungsprozesse beeinträchtigen, benötigen damit weit mehr als nur ein „normales“ Angebot an Unterstützung; sie benötigen vielmehr spezifische, auf die jeweiligen Probleme des Klienten speziell abgestimmte Interventionsstrategien: Mit *deren Hilfe* können die Klienten die ungünstigen Eingangsvoraussetzungen kompensieren und ihr Explizierungsniveau signifikant verbessern.

Therapeuten müssen somit auch in der Lage sein, diese spezifischen Interventionsstrategien konstruktiv zu realisieren: Sie müssen damit über störungsspezifische Interventionstechniken verfügen, mit deren Hilfe sie die Klienten konstruktiv fördern können. Auch dies zeigt wiederum, welche hohe Expertise Therapeuten aufweisen müssen.

11.3 Zentrale Schlussfolgerungen für eine Handlungskonzeption in der Klärungsorientierten Psychotherapie

Die erste und zentralste Schlussfolgerung ist, dass Therapeuten in der Klärungsorientierten Psychotherapie *einen sehr hohen Status der Expertise benötigen*: Sie müssen in der Lage sein, das jeweilige Bearbeitungsniveau der Klienten zu erfassen und ihre In-

erventionen darauf ausrichten; sie müssen aber auch die relevanten Inhalte, die die Klienten im Fokus ihrer Aufmerksamkeit haben, genau verstehen, um ihre Interventionen darin zu verankern. Sie müssen die Klienten mit ihren Interventionen konstruktiv fördern und das heißt: Weder über-, noch unterfordern!

Therapeuten müssen damit komplexe Modelle vom Klienten bilden können, sie müssen *valide* Modelle bilden und sie müssen diese Modelle flexibel anpassen; sie müssen in der Lage sein, aus diesen Modellen geeignete lang- und kurzfristige Prozessziele abzuleiten und sie müssen Strategien bilden und Interventionen generieren, mit deren Hilfe sie diese Ziele konstruktiv verfolgen können.

Mit diesem speziellen Aspekt der therapeutischen Expertise befasst sich Kapitel 4 in diesem Band.

Die zweite zentrale Schlussfolgerung ist die, dass sich aus den empirischen Ergebnissen, zusammen mit den theoretischen Elaborationen (vgl. Sachse, 1992a, 2003) komplexe Handlungsregeln für Therapeuten ableiten lassen, die einen *Handlungsrahmen* für Therapeuten spezifizieren. Mit diesen therapeutischen Handlungsregeln befasst sich das Kapitel 5.

Literatur

- Atrops, A. & Sachse, R. (1994). Vermeiden psychosomatische Klienten die Klärung eigener Motive? Eine empirische Untersuchung mit Hilfe des Focusing. In: M. Behr, U. Esser, F. Petermann, R. Sachse & R. Tausch (Hrsg.), *Jahrbuch für Personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie*, 41-59. Köln: GWG-Verlag.
- Becker, K. & Sachse, R. (1997). *Therapeutisches Verstehen*. Göttingen: Hogrefe.
- Bullmann, F. (2006). Die Bedeutung von Klärungsprozessen in der Psychotherapie. In: R. Sachse & P. Schlebusch (Hrsg.), *Perspektiven Klärungsorientierter Psychotherapie*, 191-206. Lengerich: Pabst.
- Frohburg, I. & Sachse, R. (1992). Steuerungseffekte im Verlauf der Psychotherapie oder: Wann arbeiten Klienten am intensivsten an der Klärung eigener Motive? In: R. Sachse, G. Lietaer & W.B. Stiles (Hrsg.), *Neue Handlungskonzepte der Klientenzentrierten Psychotherapie*, 95-108. Heidelberg: Asanger.
- Gäßler, B. & Sachse, R. (1992a). Psychotherapeuten als Experten: Unter welchen Voraussetzungen können Psychotherapeuten die komplexe sprachliche Information ihrer Klienten verarbeiten? In: R. Sachse, G. Lietaer & W.B. Stiles (Hrsg.), *Neue Handlungskonzepte der Klientenzentrierten Psychotherapie*, 133-142. Heidelberg: Asanger.
- Gäßler, B. & Sachse, R. (1992b). Psychotherapeuten als Experten. In: L. Montada (Hrsg.), *Bericht über den 38. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Trier, 1*, 663-664. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (1992). Psychotherapieforschung zu Beginn der neunziger Jahre. *Psychologische Rundschau*, 3, 132-162.

- Grawe, K., Caspar, F.M. & Ambühl, H. (1990a). Differentielle Psychotherapieforschung: Vier Therapieformen im Vergleich: Prozessvergleich. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 19 (4), 316-337.
- Grawe, K., Caspar, F.M. & Ambühl, H. (1990b). Die Berner Therapievergleichsstudie: Wirkungsvergleich und differentielle Indikation. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 19 (4), 338-361.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Greenberg, L.S., Elliott, R. & Lietaer, G. (1994). Research on experimental psychotherapies. In: A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behaviour change* (4th edition), 509-539. New York: Wiley.
- Greenberg, L.S., Rice, L. & Elliott, R. (1993). *Facilitating emotional change*. New York: Guilford.
- Norcross, J.C. (2002). Empirically Supported Therapy Relationships. In: J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy Relationships That Work*, 1-16. Oxford: University Press.
- Orlinsky, D.E., Grawe, K. & Parks, B.K. (1994). Process and outcome in psychotherapy. In: A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behaviour change* (4th edition), 270-276. New York: Wiley.
- Reicherts, M. & Montini Lirgg, P. (2006). Effekte vertiefender Interventionen im Erstkontakt. In: R. Sachse & P. Schlebusch (Hrsg.), *Perspektiven Klärungsorientierter Psychotherapie*, 228-254. Lengerich: Pabst.
- Sachse, R. (1984). Vertiefende Interventionen in der Klientenzentrierten Psychotherapie. *Partnerberatung*, 5, 106-113.
- Sachse, R. (1986a). Selbstentfaltung in der Gesprächspsychotherapie mit vertiefenden Interventionen. *Zeitschrift für Personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie*, 5, 183-193.
- Sachse, R. (1986b). Was bedeutet „Selbstexploration“ und wie kann ein Therapeut den Selbstklärungsprozeß des Klienten fördern? Versuch einer theoretischen Klärung mit Hilfe sprachpsychologischer Konzepte. *GwG-Info* 64, 33-52.
- Sachse, R. (1988a). Steuerung des Explizierungsprozesses von Klienten durch zentrale Bearbeitungsangebote des Therapeuten. In: W. Schönplflug (Hrsg.), *Bericht über den 36. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Berlin, Bd. 1*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (1988b). *From attitude to action: On the necessity of an action-oriented approach in client-centered therapy*. Berichte aus der Arbeitseinheit Klinische Psychologie, Fakultät für Psychologie, Ruhr-Universität Bochum, 64.
- Sachse, R. (1990a). Acting purposefully in client-centered therapy. In: P.J.D. Drenth, J.A. Sergeant & R.-J. Takens (Eds.), *European perspectives in psychology*, 1, 65-80. New York: Wiley.
- Sachse, R. (1990b). Concrete interventions are crucial: The influence of therapist's processing-proposals on the client's intra-personal exploration. In: G. Lietaer, J. Rombauts & R. van Balen (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties*, 295-308. Leuven: University Press.
- Sachse, R. (1990c). The influence of therapists' processing proposals on the explication process of the client. *Person-Centered Review*, 5, 321-344.

- Sachse, R. (1990d). Schwierigkeiten im Explizierungsprozeß psychosomatischer Klienten: Zur Bedeutung von Verstehen und Prozeßdirektivität. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 38, 191-205.
- Sachse, R. (1991a). Gesprächspsychotherapie als „affektive Psychotherapie“: Bericht über ein Forschungsprojekt. Teil 1 in *GwG-Zeitschrift* 83, 30-42. Teil 2 in *GwG-Zeitschrift* 84, 32-40.
- Sachse, R. (1991b). Spezifische Wirkfaktoren in der Klientenzentrierten Psychotherapie: Zur Bedeutung von Bearbeitungsangeboten und Inhaltsbezügen. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 23, 157-171.
- Sachse, R. (1991c). Zielorientiertes Handeln in der Gesprächspsychotherapie: Steuerung des Explizierungsprozesses von Klienten durch zentrale Bearbeitungsangebote des Therapeuten. In: D. Schulte (Hrsg.), *Therapeutische Entscheidungen*, 89-106. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (1991d). Probleme und Potentiale in der gesprächspsychotherapeutischen Behandlung psychosomatischer Klienten. In: J. Finke & L. Teusch (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie bei Neurosen und Psychosomatischen Erkrankungen*, 197-215. Heidelberg: Asanger.
- Sachse, R. (1992a). *Zielorientierte Gesprächspsychotherapie – Eine grundlegende Neukonzeption*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (1992b). Zielorientiertes Handeln in der Gesprächspsychotherapie: Zum tatsächlichen und notwendigen Einfluß von Therapeuten auf die Explizierungsprozesse bei Klienten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 21, 286-301.
- Sachse, R. (1992c). Differential Effects of Processing Proposals and Content References on the Explication Process of Clients with Different Starting Conditions. *Psychotherapy Research*, 4, 235-251.
- Sachse, R. (1993a). The effects of intervention phrasing of therapist-client communication. *Psychotherapy research*, 3, 4, 260-277.
- Sachse, R. (1993b). Gesprächspsychotherapie mit psychosomatischen Klienten: Eine theoretische Begründung der Indikation. In: L. Teusch und J. Finke (Hrsg.), *Die Explizierung der Krankheitslehre der Gesprächspsychotherapie auf der Ebene eines sprachpsychologischen Modells*, 173-193. Heidelberg: Asanger.
- Sachse, R. (1994). 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. (1995a). 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. (1995b). 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. (1995c). *Explizierungsprozesse in Heuristischer und Psychoanalytischer Therapie*. Ein Beitrag zum Projekt „Psychotherapeutische Einzelfall-Prozeßfor-

- schung (PEP)“. Berichte aus der Arbeitseinheit Klinische Psychologie, Fakultät für Psychologie, Ruhr-Universität Bochum.
- Sachse, R. (1995d). *Der psychosomatische Klient in der Praxis: Grundlagen einer effektiven Therapie mit „schwierigen“ Klienten*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Sachse, R. (1996a). *Praxis der Zielorientierten Gesprächspsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (1996b). Goal-oriented client-centered psychotherapy: A process-oriented form of client-centered psychotherapy. In: U. Esser, H. Papst & G.-W. Speierer (Eds.), *The power of the person-centered approach*. Köln: GwG.
- Sachse, R. (1997a). Clientgerichtete Psychotherapie bij psychosomatische stoornissen. *Tijdschrift voor Clientgerichte Psychotherapie*, 35, 5-32.
- Sachse, R. (1997b). Zielorientierte Gesprächspsychotherapie bei Klienten mit psychosomatischen Störungen. Therapiekonzepte und Ergebnisse. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 28, 90-107.
- Sachse, R. (1998a). 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. (1998b). Spezifische Wirkweisen unterschiedlicher Therapieformen: Ein Vergleich der Therapieprozesse in Heuristischer Therapie, Psychoanalyse, Verhaltenstherapie und Zielorientierter Gesprächspsychotherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 46, 132-151.
- Sachse, R. (1999a). *Persönlichkeitsstörungen. Psychotherapie dysfunktionaler Interaktionsstile* (2. Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (1999b). *Psychotherapie psychosomatischer Magen-Darm-Erkrankungen. Psychologische und somatische Veränderungen und Reduktion der Gesundheitskosten*. Ruhr-Universität Bochum, Fakultät für Psychologie.
- Sachse, R. (1999c). *Lehrbuch der Gesprächspsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2000a). Determinants of success in Goal-Oriented Client-centered psychotherapy. *Berichte aus der Arbeitseinheit Klinische Psychologie, Ruhr-Universität Bochum*, 67.
- Sachse, R. (2000b). Der Einfluss von Persönlichkeitsstörungen auf den Therapieprozess. In: E. Parfy, H. Rethenbacher, R. Sigmund, R. Schoberger & C. Butschek (Hrsg.), *Bindung und Interaktion. Dimensionen der professionellen Beziehungsgestaltung*, 85-111. Wien: Facultas.
- Sachse, R. (2001a). Persönlichkeitsstörung als Interaktionsstörung: Der Beitrag der Gesprächspsychotherapie zur Modellbildung und Intervention. *Psychotherapie*, 5, 2, 282-292.
- Sachse, R. (2001b). *Psychologische Psychotherapie der Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2002). *Histrionische und narzisstische Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2003). *Klärungsorientierte Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2004a). Histrionische und narzisstische Persönlichkeitsstörungen. In: R. Merod (Hrsg.), *Behandlung von Persönlichkeitsstörungen*, 357-404. Tübingen: DGVT-Verlag.

- Sachse, R. (2004b). *Persönlichkeitsstörungen. Leitfaden für eine Psychologische Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2005a). Motivklärung durch Klärungsorientierte Psychotherapie. In: J. Kosfelder, J. Michalak, S. Vocks & U. Willutzki (Hrsg.), *Fortschritte der Psychotherapieforschung*, 217-231.
- Sachse, R. (2005b). *Von der Gesprächspsychotherapie zur Klärungsorientierten Psychotherapie: Kritik und Weiterentwicklung eines Psychotherapiekonzeptes*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Sachse, R. (2005c). Was wirkt in der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen? In: N. Saimeh (Hrsg.), *Was wirkt? Prävention – Behandlung – Rehabilitation*, 222-229. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Sachse, R. (2006a). *Psychologische Psychotherapie bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2006b). Die Bearbeitung dysfunktionaler Schemata im Ein-Personen-Rollenspiel. In: R. Sachse & P. Schlebusch (Hrsg.), *Perspektiven Klärungsorientierter Psychotherapie*, 255-280. Lengerich: Pabst.
- Sachse, R. (2006c). Psychotherapie-Ausbildung aus der Sicht der Expertise-Forschung. In: R. Sachse & P. Schlebusch (Hrsg.), *Perspektiven Klärungsorientierter Psychotherapie*, 306-325. Lengerich: Pabst.
- Sachse, R. (2006d). *Therapeutische Beziehungsgestaltung*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2007). Klärungsorientierte Psychotherapie bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen. In: J. Kriz & Th. Slunecko (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie*, 286-294. Wien: Facultas UTB.
- Sachse, R. & Atrops, A. (1991). Schwierigkeiten psychosomatischer Klienten bei der Klärung eigener Emotionen und Motive: Mögliche Konsequenzen für die therapeutische Arbeit. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 41, 155-198.
- Sachse, R. & Elliott, R. (2002). Process-Outcome Research on Humanistic Therapy Variables. In: D. Cain, & J. Seeman (Eds.), *Humanistic Psychotherapies. Handbook of Research and Practice*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Sachse, R. & Maus, C. (1987). Einfluß differentieller Bearbeitungsangebote auf den Explizierungsprozeß von Klienten in der Klientenzentrierten Psychotherapie. *Zeitschrift für Personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie*, 6, 75-86.
- Sachse, R. & Maus, C. (1991). *Zielorientiertes Handeln in der Gesprächspsychotherapie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Sachse, R. & Neumann, W. (1987). *Prognostische Indikation zum Focusing aufgrund von Klienten-Prozeßerfahrungen in Klientenzentrierter Psychotherapie*. Bochumer Berichte zur Klinischen Psychologie, Nr. 2.
- Sachse, R. & Rudolph, R. (1992a). Gesprächspsychotherapie mit psychosomatischen Klienten? Eine empirische Untersuchung auf der Basis der Theorie der objektiven Selbstaufmerksamkeit. In: M. Behr, U. Esser, F. Petermann, W.M. Pfeiffer & R. Tausch (Hrsg.), *Jahrbuch für Personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie*, 3, 66-84. Köln: GwG-Verlag.

- Sachse, R. & Rudolph, R. (1992b). Selbstaufmerksamkeit bei psychosomatischen Patienten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 40, 146-164.
- Sachse, R. & Takens, R.J. (2003). *Klärungsprozesse in der Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Takens, R.J. (1994). Wo sich Fremde treffen: Einige Bemerkungen zur therapeutischen Begegnung. In: M. Behr, U. Esser, F. Petermann, R. Sachse & R. Tausch, *Jahrbuch Personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie 1994*, 87-108. Köln: Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie e.V.
- Takens, R.J. (1995) Een wijze van (be)werken. In: G. Lietaer & M. van Kalmthout, *Praktijkboek gesprekstherapie: Psychopathologie en experientiele procesbeoordeling*, 93-106. Utrecht: De Tijdstroom.
- Takens, R.J. (1996). *Anwendung der Bearbeitungsskalen: Einzelne empirische Befunde*. Vortrag auf dem 40. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, München.
- Takens, R.J. (2001). *Een vreemde nabij*. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Truax, C.B. (1963). Effective ingredients in psychotherapy: An approach to unrevealing the patient-therapist-interaction. *Journal of Counseling Psychology*, 10, 256-263.
- Truax, C.B. & Mitchell, K.M. (1971). Research on certain therapist interpersonal skills in relation to process and outcome. In: A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Psychotherapy and behavior change*, 299-344. New York: Wiley.