

Kapitel 2:

Rainer Sachse: Klärungsorientierte Psychotherapie

2.1 Entwicklung der Klärungsorientierten Psychotherapie

Klärungsorientierte Psychotherapie ist eine Weiterentwicklung der Zielorientierten Gesprächspsychotherapie, die wiederum eine Entwicklung der klärungs- und handlungsorientierten Gesprächspsychotherapie ist, die von Truax und Mitchell (1971) entwickelt und von Greenberg, Rice und Elliott (1993) weiterentwickelt wurde.

Klärungsorientierte Psychotherapie unterscheidet sich sehr grundlegend von „klassischer“ Gesprächspsychotherapie (vgl. Sachse, 1999b, 2004c, 2005a, 2005b) und auch von Verhaltenstherapie und Kognitiver Therapie und stellt damit einen eigenständigen Therapieansatz im Rahmen der Konzeption einer psychologischen Psychotherapie dar.

2.2 Ziele der Klärungsorientierten Psychotherapie

In der Klärungsorientierten Psychotherapie geht es auf der Basis einer vertrauensvollen, vom Therapeuten aktiv gestalteten therapeutischen Beziehung (Sachse, 2006) um die *Klärung* und um die therapeutische Bearbeitung zentraler, dysfunktionaler, problem(-mit)determinierender Schemata von Klientinnen und Klienten oder um die Aufhebung einer sogenannten „Alienation“, einer Entfremdung der Person von ihrem eigenen Motiv- und Bedürfnissystem. Die Basisvariablen Empathie, Akzeptierung und Echtheit sowie weitere Vorgehensweisen der aktiven Beziehungsgestaltung (vgl. Sachse, 2006) spielen zum Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung eine wichtige Rolle: In der dadurch aufgebauten Therapeut-Klient-Beziehung besteht das zentrale Ziel der therapeutischen Arbeit jedoch darin, problem-mit-determinierende kognitive und/oder affektive Schemata (vgl. Greenberg et al., 1993) des Klienten zu repräsentieren, d.h., ein bewusstes, valides, kognitives Modell der relevanten Schemata aufzubauen, damit das vorher automatisiert-unbewusst funktionierende Schema einer Prüfung, Umstrukturierung und Integration mit anderen Schemata (Ressourcen) unterzogen werden kann. Auf diese Weise werden bisher unkontrollierbare Schemata bearbeitbar, veränderbar und sie können mit positiven Schemata bzw. „korrigierenden Erfahrungen“ verbunden werden.

Bezüglich der therapeutischen Beziehung wird in der Klärungsorientierten Psychotherapie aufgrund vielfältiger empirischer Befunde davon ausgegangen, dass „Beziehung“ allein noch keine wesentlichen Veränderungsprozesse beim Klienten initiiert, dass eine tragfähige Therapeut-Klient-Beziehung jedoch eine sehr wichtige Voraussetzung dafür ist, dass im Therapieprozess andere relevante Veränderungsprozesse möglich sind und dass diese Prozesse im Wesentlichen Prozesse der Schema- und Motiv-Klärung und der Schema-Bearbeitung sind; siehe hierzu auch das Kapitel von Bullmann in diesem Band.

Ziel der Therapie ist es neben einer Bearbeitung dysfunktionaler Schemata auch, Alienationen, Inkongruenzen und internale Konflikte zu beseitigen: Klienten können oft ihre Motive, Ziele, Wünsche nicht repräsentieren und „leben damit an diesen vorbei“, wobei sie eine Alienation (Entfremdung vom eigenen Motivsystem) erzeugen (vgl. Kuhl & Beckmann, 1994), wodurch massive Unzufriedenheiten und Symptomentwicklungen entstehen (vgl. Brunstein, 1993; Brunstein et al., 1995). Siehe zum genaueren Verständnis der Alienationsproblematik auch das Kapitel von Beckmann in diesem Band.

Klienten können auch massive Konflikte zwischen Motiven und Schemata aufweisen, die nicht bearbeitet sind und z.T. wegen mangelnder Repräsentation auch nicht bearbeitet werden können: Auch hier ist das zentrale Ziel die Bearbeitung und Reduktion der Konflikte und die Herstellung von Kongruenzen im System der Motive und Schemata (vgl. Grawe, 1992b, 1995, 1998).

Zentrales Ziel der Klärungsorientierten Psychotherapie ist dabei immer die *Förderung einer effektiven Selbstregulation* und damit die Freisetzung persönlicher Ressourcen, die Erhöhung der Handlungsorientierung und die Ermöglichung von motivkongruenten Entscheidungen (Sachse, 2003a).

2.3 Grundlagen der Klärungsorientierten Psychotherapie

Klärungsorientierte Psychotherapie basiert auf einer Reihe grundlegender Erkenntnisse der allgemeinen Psychologie, klinischen Psychologie und Psychotherapieforschung (vgl. Sachse, 1986, 1988, 1989, 1992a, 1996a, 2003a; Sachse & Takens, 2003):

1. Probleme von Klienten gehen sehr häufig auf *dysfunktionale Schemata* zurück, d.h. auf grundlegende Überzeugungen und Konstruktionen, die in der Biographie aufgrund von Erfahrungen und Schlussfolgerungen entstanden sind und die aktuell immer noch die Informationsverarbeitung und Handlungsregulation einer Person steuern.

2. Ein solches Schema, wie z.B. ein Selbst-Schema der Art „ich bin ein Versager, ich kann nichts“, wird durch bestimmte Situationen („bottom-up“) ausgelöst („getriggert“) und steuert dann („top-down“) die weitere Interpretation der Situation sowie die affektiv-emotionale Verarbeitung und die Handlungsregulation: Eine auslösende Leistungssituation wird z.B. als bedrohlich erlebt, es werden negative „automatische Gedanken“ ausgelöst und Flucht- und Vermeidungstendenzen initiiert.
3. Das Schema führt damit in konkreten Situationen zu dysfunktionalem Denken, Fühlen und Verhalten; es verhindert, dass die Person wichtige Ziele erreicht, führt zu negativen Konsequenzen und Kosten.
4. Geht ein Problem einer Person auf ein Schema zurück, dann muss das Schema selbst verändert oder gehemmt werden: Es genügt nicht, alternatives Handeln zu etablieren, denn neben dem neuen Handeln wäre das Schema immer noch weiter aktivierbar und würde nach wie vor zu dysfunktionalen Effekten führen.
5. Um das dysfunktionale Schema jedoch zu verändern oder zu hemmen, muss das Schema *geklärt sein*: Es muss dem Klienten und dem Therapeuten deutlich sein, was *genau* im Schema steht, wie das Schema genau lautet: Denn dann *und nur dann* kann gezielt an der Veränderung oder Hemmung des Schemas angesetzt werden. Ist das Schema dagegen nicht *valide* repräsentiert, zielen alle therapeutischen Interventionen an dem Schema vorbei und das Schema bleibt erhalten.
6. Daher ist eine Klärung des Schemas, eine valide kognitive Repräsentation des problemrelevanten Schemas im Therapieprozess eine notwendige Voraussetzung für alle weiteren therapeutischen Schritte.
7. Schemata sind oft komplex und den Klienten selbst oft nur ansatzweise klar bzw. Klienten weisen unzutreffende Annahmen (sog. „Intellektualisierungen“) über ihre Schemata auf. Daher ist die Klärung/Repräsentation von Schemata im Therapieprozess ein komplexer Prozess, der bestimmten Regeln folgen muss, um erfolgreich ablaufen zu können.
8. Ein geklärtes, repräsentiertes Schema kann nun therapeutisch weiter bearbeitet werden; ist es dagegen nicht oder nicht valide repräsentiert, kann es gar nicht oder nicht zielgenau bearbeitet werden.
9. Relevante Schemata sind nicht nur kognitive Schemata, sondern auch affektive Schemata, deren Aktivierung ebenfalls dysfunktionale Effekte erzeugt, die aber nicht in einem kognitiven Repräsentationscode vorliegen und daher deutlich schwieriger zu klären und zu repräsentieren sind als kognitive Schemata.

10. Zur Umstrukturierung oder Hemmung dysfunktionaler Schemata sollte man nicht nur kognitive Methoden verwenden, sondern auch Methoden affektiv-emotionaler Umstrukturierung, um auch affektive Schemata therapeutisch zu erreichen.
11. Somit benötigt man sowohl für die Klärung/Repräsentation, als auch für die Umstrukturierung/Hemmung relevanter Schemata spezifische therapeutische Strategien.
12. Viele Probleme von Klienten gehen aber auch darauf zurück, dass eigene Bedürfnisse und Motive den Klienten nicht repräsentiert sind: Die Klienten haben unzutreffende Annahmen über das, was sie eigentlich wollen und folgen Normen, die nicht ihren Motiven entsprechen.
13. Dadurch „leben sie an ihren Motiven vorbei“, was negative Effekte im Sinne andauernder Unzufriedenheit und den daraus resultierenden „Kosten“ hat.
14. Daraus ebenfalls resultierende Inkongruenzen und Konflikte im kognitiv-motivational-emotionalen System des Klienten können nicht aufgedeckt, geklärt und damit auch nicht bearbeitet und gelöst werden.
15. Ein Zugang zum Motivsystem und damit eine valide Repräsentation relevanter Motive und Bedürfnisse ist damit von größter therapeutischer Bedeutung.

Empirische Forschungen (vgl. Sachse, 1990a, 1990b, 1990c, 1990d, 1991a, 1991b, 1991c, 1992a, 1993a; Sachse & Elliott, 2002; Sachse & Takens, 2003) zeigen, welche Vorgehensweisen Therapeuten im Therapieprozess realisieren müssen, um Klienten eine valide Repräsentation relevanter Schemata und Motive zu ermöglichen:

1. Die Therapeuten müssen die therapeutische Beziehung zum Klienten gezielt so gestalten, dass Klienten dem Therapeuten vertrauen und Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten haben; erst wenn diese Arten von Vertrauen erreicht sind, öffnen sich die Klienten und lassen sich auf Klärungsprozesse ein. Eine aktive, effektive und zielgerichtete Beziehungsgestaltung durch den Therapeuten ist damit eine *unverzichtbare Voraussetzung* für effektive Klärungsprozesse.
2. Therapeuten müssen die Perspektive des Klienten *internalisieren*: Klienten müssen „internale Daten“ wahrnehmen, z.B. Gedanken, Affekte, Emotionen oder Handlungsimpulse in konkreten Problem-Situationen, um eigene Schemata valide rekonstruieren zu können. Bleiben Klienten dagegen in einer „externalen Perspektive“, beachten sie Situationen oder Verhalten und nicht ihre eigenen Gedanken, Interpretationen, Gefühle und Handlungsimpulse, dann kommen Klärungsprozesse

relevanter Schemata und Motive auch nicht in Gang. *Internalisierung der Perspektive ist eine Voraussetzung für Klärungsprozesse!*

3. Therapeuten müssen alle Verarbeitungsprozesse des Klienten, die zur Klärung relevant sind, gezielt *steuern*, also den Klienten gezielt *Bearbeitungsangebote* machen, da Klienten, wie empirische Analysen zeigen, die relevanten Prozesse *nicht von sich aus initiieren können*. Therapeuten müssen daher in hohem Maße *prozessdirektiv* sein.
4. Während der Klärungsprozesse sollten Therapeuten aber *so gut wie keine inhaltlichen Vorgaben* machen, um eine valide Repräsentation relevanter Schemata und Motive nicht zu stören.
5. Therapeuten sollten jedoch den Klienten durch Explizierungen aktiv bei der Repräsentation relevanter Inhalte helfen, also den Klienten sehr gut und sehr tief verstehen und dem Klienten dieses Verstehen zur Verfügung stellen.
6. Therapeuten müssen Schemata und Motive des Klienten gezielt aktivieren: Nur aktivierte Schemata können geklärt oder verändert werden. Werden die relevanten Schemata und Motive des Klienten nicht aktiviert, dann besteht die akute Gefahr, dass Klienten Informationen *über* die Schemata und Motive geben: Informationen aus dem episodischen Gedächtnis, subjektive Theorien usw. Dadurch können die tatsächlichen Schemata und Motive aber keineswegs geklärt werden.
7. Therapeuten müssen an gezielten Fragestellungen arbeiten: Erst das gezielte Verfolgen von Fragestellungen ermöglicht eine schrittweise Repräsentation relevanter Schemata. Klärungsprozesse (und auch Bearbeitungen als Arbeit an einer Veränderung von Schemata) sind, das zeigen empirische Analysen, langwierige und für Klienten schwierige Prozesse: Klienten müssen daher längere Zeit kontinuierlich gezielten Fragestellungen folgen, an der Klärung arbeiten.
8. Therapeuten müssen Klienten am Thema halten, den Bearbeitungsprozess von Klienten aktiv unterstützen und Schwierigkeiten im Prozess aktiv bearbeiten; Therapeuten müssen prozessdirektiv sein, da Klienten für sich allein ihre Schemata nicht klären können.
9. Therapeuten müssen Klienten durch Verstehen und Explizieren aktiv bei der Klärung/Repräsentation relevanter Schemata helfen.

Die Klärungsorientierte Psychotherapie hat nur *detaillierte und differenzierte therapeutische Strategien entwickelt*, mit deren Hilfe Therapeuten gezielt eine Klärung/Repräsentation relevanter kognitiver und affektiver Schemata bei Klienten anregen und mit deren Hilfe sie eine Umstrukturierung/Hemmung dysfunktionaler Schemata erreichen können. Ausführliche Darstellungen dieser Strategien finden sich bei Sachse (1992a, 1996a, 2003a).

Aus der Darstellung der Ziele der KOP, der Störungstheorie und der Strategien der KOP mag deutlich werden, dass die KOP deutlich anspruchsvoller ist als „klassische“ Verhaltenstherapie: Therapeuten müssen hier *komplexe* Probleme analysieren (deren Komplexität um mehrere Dimensionen über einfache Phobien hinausgeht), sie müssen komplexe Beziehungen mit Klienten gestalten (und „Beziehung“ nicht nur berücksichtigen, falls sich „Methoden nicht mehr durchführen lassen), sie müssen in der Lage sein, auf neue Informationen flexibel zu reagieren, andererseits müssen sie aber auch Ziele konsistent verfolgen können; Therapeuten müssen kontinuierlich *komplexe* Informationen verarbeiten und Modelle bilden, sie müssen Entscheidungen treffen und therapeutische Strategien entwickeln, sie müssen *komplexe* Interaktionsprobleme mit Klienten lösen usw. Das bedeutet für KOP zweierlei:

1. Das System der KOP enthält eine sehr hohe Expertise, d.h. es erlaubt dem Therapeuten die Entwicklung von Strategien hoher Effizienz und den Umgang mit hoch komplexen Problemen.
2. Es fordert vom Therapeuten aber auch eine sehr hohe *Kompetenz*, denn der Therapeut muss das alles *können*, um mit dem System als Experte umgehen zu können (Gäßler & Sachse, 1992a, 1992b).

Wie immer, so muss auch hier ein mehr an Handlungsmöglichkeiten des Therapeuten durch ein mehr an Expertise „erkaufte“ werden: Das bedeutet auch, mehr Training, mehr Ausbildung für die Therapeuten (vgl. Kapitel 15 in diesem Band).

2.4 Die Elemente der Klärungsorientierten Psychotherapie

2.4.1 Beziehung als Grundlage der Klärung

Damit Klienten sich selbst öffnen, eine internale Perspektive einnehmen können und an der Klärung eigener Schemata (sog. „internaler Determinanten“) arbeiten, ist eine vertrauensvolle, tragfähige Therapeut-Klient-Beziehung Voraussetzung (vgl. Orlinsky et al., 1994); ohne eine solche Beziehung gibt es keine konstruktiven Klärungsprozesse. Daher ist der Aufbau und die ständige „Pflege“ einer solchen Beziehung die Grundvoraussetzung einer konstruktiven therapeutischen Arbeit in der Klärungsorientierten Psychotherapie.

Die gesprächstherapeutischen „Basisvariablen“ Empathie, Akzeptierung/Respekt/Entgegenkommen sowie Echtheit/Kongruenz stellen daher die Grundlagen für den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung dar; darüber hinaus sind jedoch noch weitere therapeutische Strategien zum Beziehungsaufbau nötig, wie komplementäre und differentielle Beziehungsgestaltung (vgl. Grawe, 1992a); die Bedeutung solcher Strategien ist besonders bei Klienten mit Persönlichkeitsstörungen herausragend (vgl. Sachse, 1999a, 2001a, 2001b, 2002, 2004a). Therapeutische Beziehung ist jedoch nicht genug: Im Rahmen dieser Beziehung sollte der Therapeut bestimmte therapeutische Strategien der Klärung realisieren (siehe dazu ausführlich Sachse, 2003a).

2.4.2 Das Konzept der drei therapeutischen Ebenen

Das Konzept der drei therapeutischen Ebenen ist fundamental in der Klärungsorientierten Psychotherapie. Das Konzept stammt von Sachse (1986) und Sachse & Maus (1991). Es besagt, dass der Therapieprozess sich immer aus drei unterschiedlichen Perspektiven betrachten lässt und dass jede Perspektive eine Analyse-Ebene ergibt, auf der man das therapeutische Geschehen betrachten kann. Die drei Ebenen sind:

- Inhaltsebene,
- Bearbeitungsebene,
- Beziehungsebene.

Jede dieser drei „Betrachtungsebenen“ definiert spezifische Analyse-Aspekte, unter denen das therapeutische Geschehen betrachtet werden kann. Jede Ebene macht damit eine spezifische Perspektive auf, jede Ebene stellt andere Arten von Fragen an das Therapiegeschehen. Damit werden auch unter jeder Perspektive andere Aspekte des Therapiegeschehens sichtbar. Alle drei ergänzen sich: um das therapeutische Geschehen zu verstehen ist es daher nötig, alle drei Ebenen zu berücksichtigen.

Die drei Ebenen sind jedoch nicht nur Analyse-Ebenen, es sind auch konzeptuelle Ebenen: man kann theoretisch annehmen, dass sich der Therapieprozess auf diesen Ebenen abspielen kann, und dass er sich zu einem gegebenen Zeitpunkt schwerpunktmäßig auf einer dieser Ebenen abspielt. Das Drei-Ebenen-Modell erhält damit den Status eines theoretischen Konstruktes und, da es z.B. Prozesse wie Interaktionsschwierigkeiten zwischen Therapeuten und Klienten erklären kann, den Status eines explikativen Konstruktes im Sinne von Herrmann (1969).

Man kann annehmen, dass ein Klient je nach Art seiner Problematik überwiegend auf Inhalts-, Bearbeitungs- oder Beziehungsebene „arbeitet“ oder „agiert“. Je nachdem, welche Arten von Schemata aktiv sind und die aktuelle Verarbeitung und das aktuelle Handeln bestimmen, ist das Verhalten des Klienten entweder überwiegend auf bestimmte Inhalte (Problemaspekte) zentriert oder es ist auf Bearbeitungsaspekte zentriert (z.B. darauf, die Konfrontation mit bestimmten Selbstaspekten zu vermeiden), oder es ist zentriert auf Beziehungsaspekte (z.B. darauf, den Therapeuten zu bestimmten Handlungen zu bewegen). Man kann damit sagen: ein Klient bewegt sich zu einem gegebenen Zeitpunkt aufgrund der Aktivierung bestimmter Schemata (schwerpunktmäßig) auf einer dieser Ebenen.

Das gleiche gilt für den Therapeuten: je nach Art seiner Annahmen und Hypothesen seines Klienten-Modells realisiert der Therapeut überwiegend Interventionen, die auf eine Klärung, Bearbeitung und Veränderung von Inhaltsaspekten, Problembearbeitungsstrategien oder Beziehungsgestaltungshandlungen abzielen.

Auch der Therapeut bewegt sich somit zu einem gegebenen Zeitpunkt (schwerpunktmäßig) auf einer dieser Ebenen.

Die drei Ebenen können daher nicht nur aufgefasst werden als drei mögliche Analyseperspektiven, sondern als drei mögliche Handlungs- und Verarbeitungsebenen, auf denen das therapeutische Geschehen schwerpunktmäßig stattfindet (wobei ein Wechsel der Ebenen jederzeit stattfinden kann!).

2.4.2.1 Inhaltsebene

Betrachtet man die Schemata eines Klienten, die die Interaktion der Person mit der Umwelt bestimmen bzw. betrachtet man das daraus resultierende Handeln, Erleben oder die relevanten Verarbeitungsprozesse, dann bewegt man sich auf der Inhaltsebene der Psychotherapie. Bezüglich der relevanten internalen Determinanten geht es hier z.B. um relevante Motive, Werte, Ziele, Überzeugungssysteme, Selbstkonzepte usw. der Person. Diese bestimmen, wie eine Person eine Situation auffasst, bewertet, wie sie empfindet und handelt.

Auf der Inhaltsebene kommunizieren Therapeuten und Klienten über bestimmte Probleme und Problemaspekte des Klienten, darüber, welche Gefühle eine Situation beim Klienten auslöst, wie der Klient sich selbst und seine Fähigkeiten einschätzt usw. Therapeuten und Klienten können auch über die Ressourcen des Klienten sprechen, über Lösungen und Lösungsansätze, über den Transfer von Lösungen in den Alltag usw. Therapeuten und Klienten bewegen sich auf der Inhaltsebene, wenn über derartige Aspekte gesprochen wird,

ohne dass der Klient (oder der Therapeut!) mit Vermeidungsstrategien beschäftigt ist und ohne dass intransparent-manipulative Interaktionen ablaufen: die therapeutische Kommunikation ist auf Inhalte fokalisiert und kann auf Inhalte fokalisiert sein (es gibt keine Aspekte in der Interaktion, die dies massiv erschweren oder unmöglich machen).

Bewegt sich der therapeutische Prozess auf der Inhaltsebene (oder wird der Prozess unter dem Aspekt der Inhaltsebene analysiert) dann geht es darum, *worüber* gesprochen wird.

Die Inhaltsebene bezieht sich daher auf Fragen wie:

- Welche Probleme hat der Klient?
- Wie sieht (konstruiert) der Klient seine Probleme?
- Was möchte er in welcher Richtung verändern (Ziele)?

Bewegen sich Therapeut und Klient auf der Inhaltsebene, dann sind Explizierungsprozesse möglich: der Klient kann, mit aktiver Unterstützung durch den Therapeuten, eigene relevante Motive, Ziele, affektive Schemata klären, explizit bewusst machen, mit anderen Erfahrungen integrieren und verändern. Der Therapeut kann diese Prozesse durch entsprechende Interventionen, z.B. auch durch Focusing, unterstützen. Explizierungsprozesse im Sinne einer Motivklärung sind jedoch *nur dann* möglich, *wenn* sich die Therapie auf der Inhaltsebene bewegt. Sind Bearbeitungs- oder Beziehungsebene relevant, erweisen sich diese Prozesse als sehr stark erschwert oder nicht möglich (vgl. Sachse, Atrops, Wilke & Maus, 1992).

2.4.2.2 Bearbeitungsebene

Betrachtet man die Schemata eines Klienten, die die Problembearbeitung determinieren bzw. betrachtet man die daraus resultierende Problembearbeitung, dann bewegt man sich auf der Bearbeitungsebene von Psychotherapie.

Auf der Bearbeitungsebene steht der Umgang mit dem Inhalt im Focus der Betrachtung: wie geht der Klient mit Problemen, Lösungen usw. um? Möchte er einen Inhalt klären oder hält er ihn für nicht klärungsbedürftig? Betrachtet er eigene Motive und Handlungen oder betrachtet er externale Situationskomponenten?

Die Frage ist hier, wie sich der Klient Problemen annähert, welche Strategien der Klient anwendet, um mit den Problemen umzugehen. Die Frage ist auch, ob diese Strategien funktional sind, zu einer Lösung führen können oder ob sie dysfunktional sind, also eine Lösung eher behindern oder verhindern.

Die Bearbeitungsebene bezieht sich daher auf Fragen wie:

- Wie geht ein Klient selbst mit seinen Problemen um?

- Ist der Umgang mit eigenen Problemen funktional oder dysfunktional?
- Trägt der eigene Umgang mit Problemen zur Problemstabilisierung bei?

Die Bearbeitungsebene umfasst weiterhin Fragen wie:

- Nimmt der Klient bei der Betrachtung eigener Probleme eine internale oder externe Perspektive ein?
- Nimmt der Klient eigene Gefühle als wichtige Informationsquelle wahr und ernst?
- Vermeidet der Klient die Konfrontation mit unangenehmen Selbstaspekten?
- Hat der Klient selbst Fragestellungen in Bezug auf eigene Problemaspekte?

Ein wesentliches Beispiel für die Relevanz der Bearbeitungsebene sind Klienten mit psychosomatischen Störungen. Diese Klienten zeigen eine dysfunktionale Problembearbeitung in einem so hohen Ausmaß, dass eine Bearbeitung relevanter Motive, Selbstaspekte usw. zunächst im Therapieprozess gar nicht möglich ist. Die Klienten vermeiden systematisch eine Konfrontation mit negativen Selbstaspekten, so dass diese gar nicht fokalisiert und geklärt werden können. Daher ist es in der ersten Phase der Therapie notwendig, die dysfunktionale Problembearbeitung selbst zum Gegenstand der Therapie zu machen. Der Therapeut verarbeitet und handelt damit primär auf der Bearbeitungsebene. Diese therapeutische Vorgehensweise erweist sich bei psychosomatischen Klienten als hoch effektiv (vgl. Sachse & Atrops, 1991; Sachse, 1990d, 1991a, 1993b, 1994, 1995a, 1995b, 1995c, 2005b).

Im Therapieprozess ist es sehr wesentlich, dass ein Therapeut versteht, wie ein Klient mit seinen Problemen umgeht:

- Zeigt er bereits konstruktive Ansätze, die in der Therapie genutzt oder weiter ausgebaut werden können?
- Stabilisiert er durch ungünstige Problembearbeitungen sein Problem?
- Ist die Problembearbeitung so ungünstig, dass sie selbst verändert werden muss, bevor das (inhaltlich definierbare) Problem angegangen werden kann?

2.4.2.3 Beziehungsebene

Betrachtet man die Schemata eines Klienten, die speziell die Beziehungsgestaltung und Interaktion mit anderen Personen determinieren bzw. das daraus resultierende Interaktionsverhalten, dann bewegt man sich auf der Beziehungsebene von Psychotherapie. Der Focus liegt hier auf der Frage, wie der Klient Beziehungen, auch die Beziehung zum

Therapeuten, gestaltet. Dabei kann und sollte man hier zwei Arten von Beziehungsaspekten unterscheiden:

1. den Aspekt der therapeutischen Arbeitsbeziehung: dieser Aspekt tangiert die Grundlage der therapeutischen Arbeit, er tangiert jedoch noch nicht (notwendigerweise) problematisches Interaktionsverhalten des Klienten selbst;
2. den Aspekt des Interaktionsspiels: hier trägt der Klient problematische Interaktionsmuster in die Therapie hinein, die mit der therapeutischen Arbeitsbeziehung nichts zu tun haben: hier werden vielmehr interaktionelle Schemata (oder „Pläne“, vgl. Caspar, 1984, 1986, 1989; Caspar & Grawe, 1982a, 1982b; Grawe, 1982, 1988a, 1988b, 1992b, 1994; Grawe & Caspar, 1984) des Klienten in der therapeutischen Interaktion aktiviert, die den Klienten dazu führen, Verhaltensweisen dem Therapeuten gegenüber zu realisieren, die er auch anderen Personen gegenüber realisiert.

2.4.3 Klärungsprozesse

Zentral für die Klärungsorientierte Psychotherapie sind Prozesse der Klärung oder „Explizierung“ relevanter Schemata oder Motive: Diese Schemata müssen im Therapieprozess aktiviert, aktualisiert werden („Problemaktualisierung“ nach Grawe et al., 1994), fokalisiert werden und dann in einen kognitiven Repräsentations-Code übersetzt werden, sodass sie der Person bewusst zugänglich und bearbeitbar werden (Sachse, 2003a). Dafür sind in der Klärungsorientierten Psychotherapie therapeutische Strategien entwickelt worden.

- Zur Internalisierung der Perspektive: Klienten müssen internale Prozesse beobachten wie Gedanken, Gefühle, Handlungsimpulse u.a.
- Der Aktivierung kognitiver und affektiver Schemata: Nur aktivierte Schemata können repräsentiert und bearbeitet werden.
- Zur Entwicklung von Leitfragen für den Klärungsprozess: Ein solcher Prozess sollte strukturiert, „geleitet“ ablaufen und nicht chaotisch.
- Zur schrittweisen „Übersetzung“ eines Schemas in einen kognitiven und letztlich sprachlichen Code.

Empirische Ergebnisse haben gezeigt, dass Klienten solche Klärungsprozesse so gut wie gar nicht von sich aus durchführen (Klienten „sitzen in ungünstigen Bearbeitungen fest“, vgl. Sachse, 1992a; Sachse & Takens, 2003); daher sind Therapeuten in der Klärungsorientierten Psychotherapie stark prozessdirektiv. Sie geben den Klienten deutliche, strategische

Hilfestellungen beim Klärungsprozess (ganz anders als in der „klassischen“ Gesprächspsychotherapie). Um dies zu können, muss der Therapeut ein *Experte* sein (Becker & Sachse, 1997), er muss Wissen über Klärungsprozesse, Strategien, Interventionen aufweisen, psychologisches Wissen über Störungen, Eingangsvoraussetzungen von Klienten, therapeutische Ziele usw. (ganz im Gegensatz zur „klassischen“ Gesprächspsychotherapie; vgl. Sachse, 2005a). Der Therapeut ist daher Prozessexperte und übernimmt eine hohe Prozessverantwortung: Er macht dem Klienten „*Bearbeitungsangebote*“, er gibt Anregungen, was der Klient zu welchem Zeitpunkt tun kann, um welche Ziele zu erreichen.

Dabei macht der Therapeut während des Klärungsprozesses *keine* inhaltlichen Vorgaben: Er expliziert zwar das, was der Klient *meint*, er versucht dabei aber nur, das in Sprache zu übersetzen, was der Klient meint, aber noch nicht angemessen formulieren kann. Er gibt nicht vor, was der Klient denken oder meinen soll. Denn das Ziel der Klärung ist eine *valide*, d.h. zutreffende und stimmige Abbildung der Schemata im kognitiven Code und *nicht* der Aufbau *irgendeiner* Kognition. *Das ist der zentrale Aspekt der Klärungsorientierten Psychotherapie: Die Herstellung einer validen Repräsentation relevanter Schemata als Ausgangspunkt weiterer therapeutischer Bearbeitungen.*

2.4.4 Integration, Umstrukturierung

Die so repräsentierten Schemata können nun im Therapieprozess weiter bearbeitet werden: Sie werden an Erfahrungen und Wissensbeständen geprüft, es werden Alternativen entwickelt, sie werden mit positiven Schemata und mit Ressourcen verbunden, mit Schemata integriert u.a. (vgl. Sachse, 2003a). Die Schemata können nun bearbeitet werden, Klienten können nun erkennen, dass sie bezüglich eines Problems über nutzbare Ressourcen verfügen oder können nun welche aufbauen. Nun sind an das repräsentierte Schema auch korrigierende neue Erfahrungen anlagerbar (was vorher nicht möglich war, daher hat der Klient auch nicht aus Erfahrung gelernt!). *Nun* macht es Sinn, Ressourcen zu aktivieren, da sie mit dem Schema verbunden werden können; *nun* macht es Sinn, Kompetenzen zu trainieren, weil der Klient *nun* davon profitieren kann; *nun* macht es Sinn, eine kognitive Umstrukturierung anzusetzen, da *nun* klar ist, *was* genau umstrukturiert werden muss (während man vorher nur ein neues Schema neben das alte Schema gesetzt hat, da das alte gar nicht „erreichbar“ war). Nun sind Methoden der kognitiven Therapie oder der Verhaltenstherapie gezielt am Schema ansetzbar (siehe hier auch das Kapitel 12 in diesem Band).

2.5 Charakteristika der Klärungsorientierten Psychotherapie

Klärungsorientierte Psychotherapie (KOP) weist einige Charakteristika auf, die diese Therapieform zentral kennzeichnen und die sie deutlich von anderen Therapieformen unterscheidet.

1. Klärungsorientierte Psychotherapie ist sehr stark in der Psychologie verankert: In der Emotions- und Motivationspsychologie (vgl. Kuhl, 1999), in der Kognitionspsychologie (vgl. Dalgleish & Power, 1999), in der Sprach- und Wissenspsychologie (vgl. Hörmann, 1976; Herrmann, 1982, 1984; Herrmann & Grabowski, 1994). Damit ist KOP auch keineswegs ausschließlich, ja nicht einmal überwiegend in der Lernpsychologie verankert, denn schematheoretische Überlegungen, Konzepte der Alienation, der affektiven Verarbeitungsprozesse, der Repräsentation, der Selbstregulation, sind von zentralerer Bedeutung als einfache Lernprozesse. Alle diese Prozesse sind jedoch heute in der wissenschaftlichen Psychologie sehr gut konzipiert und empirisch abgesichert, sodass KOP in sehr hohem Maße in der wissenschaftlichen Psychologie verankert ist.
2. Therapeuten bilden auf der Grundlage ihres Wissens mentale Modelle von Klienten, die ihnen als Grundlage für Indikationsentscheidungen dienen, für die Entwicklung therapeutischer Ziele, Strategien und Interventionen. Die Therapeuten sind daher Experten: für Beziehungsgestaltung, für Klärung, für Umstrukturierung von Schemata (vgl. Becker & Sachse, 1997; Sachse, 1992a, 1992b, 1992c).

Damit gilt in der KOP,

- dass Therapeuten über ein hohes Niveau von Wissen und Können verfügen müssen (vgl. Kapitel 15 in diesem Band),
- dass „Diagnosestellung“ kein *vor* der Therapie abschließbarer Prozess ist, sondern ein *kontinuierlich*, während des gesamten Therapieprozesses ablaufender Prozess der Informationsverarbeitung (siehe das Kapitel 11 in diesem Band),
- dass „therapeutisches Verstehen“ (Becker & Sachse, 1997) ein elementarer, notwendiger Informationsverarbeitungsprozess ist, den Therapeuten beherrschen müssen,
- dass eine „therapeutische Modellbildung“ von den ersten Sekunden des Therapiekontaktes bis zu seinem Ende stattfinden muss.

3. Der therapeutische Klärungsprozess wird nicht als ein linearer, planbarer oder vorausbestimmbarer Prozess betrachtet, sondern vielmehr als ein rekursiver, von heuristischen Regeln bestimmter Prozess, der immer wieder vom Therapeuten neu rekonstruiert und gesteuert werden muss (vgl. Grawe, 1988b, 1998). Welche Schemata beim Klienten wann und wodurch aktiviert werden, zugänglich und bearbeitbar werden, welche Informationen ein Klient wann bereit ist, dem Therapeuten zu geben, das alles kann zwar durch therapeutische Interventionen *beeinflusst, jedoch nicht sicher vorhergesagt werden*. Therapeuten müssen daher flexibel handeln können und können auch Therapien nie sicher langfristig planen (vgl. das Kapitel 13 in diesem Band). Folgt ein Therapeut dann jedoch einer „Klärungsspur“, dann sollte er diese auch (eine ganze Zeit lang) konsequent verfolgen.

4. Klärungsorientierte Psychotherapie ist hochgradig störungsspezifisch: Es wird davon ausgegangen, dass Klienten mit unterschiedlichen psychischen Störungen unterschiedliche psychologische „Funktionsweisen“ und unterschiedliche therapeutische Eingangsvoraussetzungen aufweisen, sodass der Klient sich in der Beziehungsgestaltung, in der Anregung von Klärungsprozessen und der Integration von Schemata hochgradig an die Klienten anpassen muss. Für eine Vielzahl psychischer Störungen sind in der Klärungsorientierten Psychotherapie bereits störungsspezifische Therapiekonzepte entwickelt worden, z.B. für psychosomatische Störungen, Persönlichkeitsstörungen, Ängste, Depressionen, Abhängigkeitserkrankungen (vgl. Sachse, 1995a, 2000a, 2004a, 2004b; Sachse et al., 2002; siehe auch das Kapitel 4 in diesem Band).

5. Das *Menschenbild* der KOP geht davon aus, dass Menschen selbstorganisierende, autonome Personen sind, die Entscheidungen treffen und treffen können sollten, die auf ihren Motiven basieren und die in der Lage sein sollten, ihre Ziele anzustreben, ohne dabei wesentlich von kostenintensiven, dysfunktionalen Schemata gestört zu werden. Werden sie durch dysfunktionale Schemata beeinträchtigt oder haben sie keinen Zugang zu ihren Motiven, dann ist ihre Selbstregulation entscheidend gestört. Ziel der KOP ist es damit, die Selbstregulation der Personen wiederherzustellen und damit Kosten zu reduzieren und „Symptome“ abzubauen.
Das Ziel der Therapie ist damit *sekundär* schon, Symptome zum Verschwinden zu bringen, *primär* ist es jedoch, die Selbstregulation zu stärken, Klienten damit zu emanzipieren, sie aber auch in die Lage zu versetzen, sich anzupassen, soweit sie dies

wollen und es ihren Zielen dient, ihnen also die Möglichkeit zu geben, die Balance zwischen „sozial sein“ und „autonom sein“ zu finden. Das Ziel der Therapie ist es nicht, „Krankheiten“ zu heilen, denn psychische Probleme sind keine „Krankheiten“ und damit auch nicht pathologisch – egal ob das den Normen der Krankenkassen entsprechen mag oder nicht: Die KOP resultiert sicher in einer deutlichen Reduktion von „Symptomen“ aber das ist die *Folge*, nicht das Ziel des Vorgehens.

Da in der KOP psychische Störungen nicht als „pathologisch“ aufgefasst werden, werden die Ratsuchenden auch als „Klienten“ und nicht als „Patienten“ bezeichnet; sie werden auch nicht als „pathologisch“, „krank“ betrachtet oder als Personen, die man abwerten, bevormunden, „be-handeln“ muss, sondern als Klienten, die einen Experten aufsuchen, der die Klienten respektvoll behandelt, aber der auch gezielt seine Expertise zur Verfügung stellt, um den Klienten bei der Lösung von Problemen zu helfen. Der Therapeut hat damit die Funktion und die Rolle eines Experten, der, gemeinsam mit dem Klienten, an der Analyse und Lösung von Problemen arbeitet. Er ist weder „Bevormunder“, „Be-werter“, noch ist er „Retter“, „Erlöser“ oder „Heiler“; er ist aber auch nicht bloß ein „guter Mensch“ oder eine „Person im Kontakt mit einer anderen Person“. Therapeut und Klient bilden ein Team, ein *Team*, das eng zusammenarbeitet und in dem jeder der Beteiligten eine spezifische *Expertise* einbringt. Der Therapeut ist Experte für den Prozess, dafür, wie man Probleme analysiert und wie man sie angehen kann, dafür, wie man konstruktive Prozesse beim Klienten anregt und steuert. Der Klient ist Experte für seine Inhalte, dafür, diese Inhalte mit Hilfe des Therapeuten zu klären, Entscheidungen zu treffen und Veränderungen in seinem Leben zu initiieren. Diese beiden Experten stehen in einem kontinuierlichen Austausch-Prozess und müssen Konsens darüber finden, was man bearbeiten will, welche Ziele man verfolgen will und mit welchen Mitteln man sie verfolgen will. Dabei „berät“ der Therapeut den Klienten darüber, durch welche psychologischen Maßnahmen man welche Probleme lösen und welche Ziele erreichen kann (und welche nicht); der Klient aber entscheidet, ob er den Angeboten des Therapeuten folgen will, ob er sich auf Prozesse einlassen will oder nicht. Der Therapeut „beeinflusst“ also immer offen und transparent und er kann immer nur dann beeinflussen, wenn der Klient das zulässt.

6. Klärungsorientierte Psychotherapie ist somit eine Psychotherapieform mit einer *speziellen Expertise*: Ein Werkzeug für eine gezielte Repräsentation relevanter Schemata und

Motive. Und mit dieser Expertise kann es sehr gut Teil einer Psychologischen Psychotherapie sein.

2.6 Spezielle Expertise der Klärungsorientierten Psychotherapie

Aus den Ausführungen wird deutlich, dass Klärungsorientierte Psychotherapie (KOP) eine spezielle *Expertise* aufweist, d.h. das Therapieverfahren hat spezielle Fähigkeiten, die weder durch Methoden der Verhaltenstherapie noch der Kognitiven Therapie (und erst recht nicht der Beziehungsorientierten Gesprächspsychotherapie) bereitgestellt werden.

Diese besondere *Expertise* bezieht sich auf folgende Bereiche:

- Therapeutische Beziehung und Beziehungsgestaltung
 - Konzepte des Therapieprozesses
 - Strategien der Klärung
 - Strategien der „Bearbeitung der Bearbeitung“
 - Strategien der Schema-Bearbeitung
 - Strategien der Modellbildung, des Verstehens und der Verstehensheuristiken
 - Strategien der Interaktions- oder Prozessdiagnostik
 - Spezielle *störungsspezifische* Interventionsstrategien
1. Im *Bereich therapeutischer Beziehung und Beziehungsgestaltung* umfasst die Expertise der KOP (vgl. Sachse, 2004d, 2006):
 1. Strategien der Beziehungsanalyse und Interaktionsanalyse auf der Mikroebene von Psychotherapie
 2. Strategien der Analyse dysfunktionaler Interaktionsmuster des Klienten
 3. Strategien der gezielten Beziehungsgestaltung durch den Therapeuten
 4. Strategien der komplementären Beziehungsgestaltung durch den Therapeuten
 5. Strategien des therapeutischen Umgangs mit schwierigen Interaktionssituationen
 6. Spezielle Strategien der Beziehungsgestaltung bei Klienten mit Persönlichkeitsstörungen
 2. Ein wesentlicher Kompetenzbereich der KOP betrifft die *Analyse und Steuerung von Therapieprozessen* (vgl. Sachse, 2003a):
 - Aufgrund umfangreicher empirischer Prozessanalysen wurde ein Modell des Therapieprozesses entwickelt, aus dem therapeutische Prinzipien für das Handeln des

Therapeuten sowie laborierte Rating-Verfahren des Therapieprozesses abgeleitet wurden.

- Aufgrund der Prozessforschung existiert ein sehr detailliertes Wissen darüber, wie dysfunktional Klienten ohne therapeutische Interventionen ihre Probleme bearbeiten, an welchen Stellen Klienten welche therapeutischen Steuerungen benötigen und welche Arten von Interventionen die Klienten in ihrem Prozess konstruktiv unterstützen.
 - Auf der Grundlage dieses Wissens wurden laborierte therapeutische Interventionsstrategien entwickelt, mit deren Hilfe Therapeuten Klientenprozesse auf einer Mikro-Prozessebene konstruktiv so steuern können, dass die Selbstregulation der Klienten gefördert wird; diese Strategien wurden empirisch evaluiert.
3. Ein besonderer Expertise-Bereich der KOP bezieht sich auf die Entwicklung therapeutischer Strategien zur *Klärung von Schemata* (vgl. Sachse, 2003a, 2005c).
- Aufgrund der umfangreichen Prozessforschung existiert auch ein empirisch sehr gut abgesichertes Wissen darüber, wie Prozesse der Klärung kognitiver und affektiver Schemata bei Klienten ablaufen, welche therapeutischen Effekte solche Prozesse haben und durch welche therapeutischen Interventionen sie gefördert werden.
 - Es wurden daher detaillierte therapeutische Strategien entwickelt, mit deren Hilfe Therapeuten Klärungsprozesse bei Klienten anregen und fördern können. Die Effizienz dieser Strategien ist sehr gut empirisch abgesichert.
 - Die klärungsfördernden therapeutischen Strategien beziehen sich z.B. auf ein Herausarbeiten relevanter Inhalte, die Aktivierung relevanter Schemata und die Umsetzung kognitiver und affektiver Schemata in explizite kognitive Codes, sodass die Schemata dann therapeutisch weiter bearbeitet werden können.
 - Ein besonderer Schwerpunkt liegt dabei auf der – sehr schwierigen – Klärung und Repräsentation relevanter affektiver Schemata.
4. Ein spezieller Expertise-Bereich der KOP bezieht sich auf eine sogenannte „*Bearbeitung der Bearbeitung*“. Empirische Analysen haben gezeigt (Sachse, 2003a, 2006), dass Klienten sehr oft in ungünstigen Problembearbeitungsstrategien „festsitzen“ und ohne spezielle therapeutische Unterstützung diese dysfunktionalen Strategien nicht verändern können. Sie „kleben“ z.B. an externalen Perspektiven, vermeiden systematisch die Aktivierung von Schemata usw. Besonders ausgeprägt gelten derartige

„Bearbeitungsprobleme“ insbesondere für Klienten mit psychosomatischen Störungen. Die KOP hat zum therapeutischen Umgang mit diesen Problemen spezielle therapeutische Strategien entwickelt (siehe dazu ausführlich bei Sachse, 2006).

5. Eine wichtige Expertise der KOP betrifft auch die *therapeutische Bearbeitung von Schemata* (vgl. Sachse, 1992a, 2003a): Die Prüfung, Umstrukturierung von Schemata, Entwicklung alternativer Schemata sowie die Aktivierung von Ressourcen.
 - Es werden elaborierte therapeutische Strategien entwickelt, deren Ziel es ist, den Klienten anzuleiten, sich von seinen dysfunktionalen Schemata zu distanzieren, diese zu prüfen, Alternativen zu entwickeln u.a.: Diese Therapietechnik wurde als „Ein-Personen-Rollenspiel“ bezeichnet (siehe dazu auch ausführlich das Kapitel 12 in diesem Band).
 - Bei dieser Therapietechnik wird der Klient systematisch dazu angeleitet, sein eigener Therapeut zu sein, wobei eine besondere Aktivierung und Mitarbeit des Klienten erreicht werden kann.
 - Der Klient soll dabei sowohl negative als auch positive Schemata/Ressourcen aktivieren und in einen Dialog bringen, wobei nicht nur kognitive, sondern auch emotionale Veränderungsprozesse aktiviert werden.
 - Es wurden dabei insbesondere Strategien des Umgangs mit affektiven Schemata entwickelt und Methoden der Motivierung von Klienten zu Veränderungsprozessen, die weit über ein kognitiv-therapeutisches Vorgehen hinausgehen.
6. Die Klärungsorientierte Psychotherapie hat auch spezielle therapeutische *Strategien zum Umgang mit schwierigen Interaktionssituationen* entwickelt (vgl. Sachse, 2002, 2004c): Therapeuten haben spezifische interaktionelle Strategien, um mit Interaktionssituationen umzugehen, die im Therapieprozess besondere Anforderungen an Therapeuten stellen, wie z.B. Interaktionstests von Klienten, Kritik durch Klienten, Beziehungsangebote u.a.
7. Die KOP hat spezielle Strategien und Vorgehensweisen für Therapeuten entwickelt, Klienten zu verstehen und *Modelle über den Klienten zu bilden*. Diese Strategien gehen auf sprachpsychologische Konzepte zurück. Es wurden auch spezielle „Verstehensheuristiken“ entwickelt, die dem Therapeuten eine schnelle Hypothesenbildung erlauben (Becker & Sachse, 1997; Sachse, 2003a). In Verstehens-

und Modellbildungsprozessen werden Therapeuten der KOP auch spezielle trainiert (vgl. Kapitel 15 in diesem Band).

8. Eine Expertise der KOP besteht auch in der Entwicklung *diagnostischer Instrumente* (vgl. Sachse, 2000b, 2001a; vgl. auch das Kapitel 11 in diesem Band):

- Auf der Grundlage von empirischen Prozessanalysen wurden spezielle Rating-Verfahren für Aspekte des Therapieprozesses entwickelt und empirisch validiert. Die Analysen beziehen sich dabei z.B. auf:
 - Die Qualität der Problembearbeitung durch den Klienten und die „Tiefe“ des Explizierungsprozesses.
 - Das Ausmaß und die Art der vom Klienten realisierten Vermeidung.
 - Die Qualität des therapeutischen Verstehens auf Seiten des Therapeuten.
 - Die Angemessenheit der Steuerungsprozesse und der Förderung von Explizierungsprozessen des Klienten.
 - Die Angemessenheit der Bearbeitung dysfunktionaler Interaktionsstrategien des Klienten.

Relevante Klienten- und Therapeuten-Prozessmerkmale können so auf Mikro-Ebene kontinuierlich erfasst werden, was einer Qualitätssicherung des Therapieprozesses dient.

9. Spezielle Expertisen hat die KOP auch bezüglich der *Ausarbeitung störungsspezifischer therapeutischer Strategien* entwickelt.

Einen zentralen Expertise-Bereich der KOP stellt dabei der Bereich *Persönlichkeitsstörungen* dar. Hier wurden entwickelt und empirisch geprüft:

- Ein Störungsmodell für „Persönlichkeitsstörungen als Interaktionsstörungen“, das Modell der Doppelten Handlungsregulation.
- Ein Analyse-System zur Erfassung dysfunktionalen Interaktionsverhaltens.
- Therapeutische Strategien zur (hochgradig störungsspezifischen) komplementären Beziehungsgestaltung.
- Therapeutische Strategien der Konfrontation und zur Erarbeitung von Arbeitsaufträgen.
- Therapeutische Strategien zur Bearbeitung dysfunktionaler Selbst- und Beziehungsschemata.
- Therapeutische Strategien zum Transfer der Veränderungen an den Alltag.

- Therapeutische Strategien zum Umgang mit schwierigen Interaktionssituationen.

10. Damit lässt sich über den *Indikationsbereich* der KOP folgendes sagen:

Die entwickelten therapeutischen Strategien lassen sich sehr gut anwenden bei allen Störungen, bei denen dysfunktionale (kognitive und/oder) affektive Schemata eine Rolle spielen, z.B. bei:

- Depressionen,
- Sozialen Ängsten,
- Generalisierten Ängsten,
- Sexuellen Problemen,
- Allen Problemen, bei denen negative Selbstkonzepte eine Rolle spielen,
- Somatisierungsstörungen,
- Psychosomatischen Störungen,
- Persönlichkeitsstörungen,
- Abhängigkeiten.

11. Ganz spezielle Anwendungsbereiche der KOP sind *Persönlichkeitsstörungen und psychosomatische Störungen*.

Für Persönlichkeitsstörungen wurde ein spezielles Störungsmodell entwickelt, das *Modell der Doppelten Handlungsregulation* und, abgeleitet daraus und aus den therapeutischen Prinzipien der KOP, wurden therapeutische Strategien für persönlichkeitsgestörte Klienten allgemein entwickelt (vgl. Sachse, 2001a, 2002) und therapeutische Strategien zum gezielten Umgang mit jeder einzelnen Persönlichkeitsstörung (Sachse, 2004a).

Im Bereich psychosomatischer Störungen wurden ebenfalls spezifische Strategien entwickelt und empirisch überprüft:

- Zur speziellen Kontaktaufnahme mit psychosomatischen Patienten: Motivierung, Entscheidung zu psychotherapeutischen Maßnahmen, Aufbau therapeutischer Allianz.
- Zur speziellen Bearbeitung des hohen Vermeidungsniveaus der Patienten („Bearbeitung der Bearbeitung“), sodass die Klienten in die Lage versetzt werden, inhaltlich konstruktiv an relevanten Schemata zu arbeiten.
- Zur therapeutischen Bearbeitung spezifischer psychosomatischer Schemata.
- Zur Überwindung des hohen Alienationsniveaus der Klienten.

2.7 Klärungsorientierte Psychotherapie als Teil einer Psychologischen Psychotherapie

Klärungsorientierte Psychotherapie wird somit *als ein spezifisches Expertise-System angesehen*: als eine Therapieform, die auf bestimmte Probleme, therapeutische Ansatzpunkte, therapeutische Ziele und dazu gehörende therapeutische Strategien *spezialisiert* ist. Dieses Expertise-System deckt einen bestimmten Bereich der therapeutischen Wirklichkeit ab, es hat für bestimmte Arten von Klienten und Problemen seinen Gültigkeitsbereich. Das gleiche gilt z.B. für Verhaltenstherapie: für Klienten mit umgrenzten, konditionierten Ängsten, bei denen komplexe Schemata nur eine untergeordnete Rolle spielen, ist manualisierte Konfrontationstherapie indiziert; eine Klärungsorientierte Therapie wäre dort relativ sinnlos (daher sollte die Verhaltenstherapie aber auch nicht von „der Therapie“ sprechen und mit Generalisierungen eher vorsichtig sein, was sie z.T. aufgrund hoher hegemonialer Tendenz aber oft nicht ist). Auf diese Weise haben verschiedene Therapieformen *spezifisches Spezialwissen* in sehr elaborierter Form erarbeitet; *und diese spezifische Expertise sollte geschätzt und gepflegt werden*. Allerdings sollten die verschiedenen Expertensysteme zusammenarbeiten, denn sie stehen in einem Ergänzungsverhältnis; und dieses bildet den Bereich der *Psychologischen Psychotherapie* (vgl. Sachse, 2003b).

Das spezifische Expertise-System der Klärungsorientierten Psychotherapie kann nun mühelos mit anderen spezialisierten Expertise-Systemen kombiniert werden, wie z.B. mit Verhaltenstherapie; dadurch ergibt sich eine Konzeption einer übergreifenden *Psychologischen Psychotherapie*. Ein solches Konzept von einer übergreifenden, psychologischen Psychotherapie, wie Grawe es formuliert, ist absolut wegweisend für eine heutige Konzeption von Psychotherapie (Grawe, 1988a, 1994, 1996, 1997; Grawe et al., 1990a, 1990b, 1994); jede spezielle Therapieform solle in diesem Kontext ihren Platz bestimmen.

Ein allgemeines Konzept von dem, was Psychologische Psychotherapie sein könnte, kann man ableiten, wenn man die (in neueren Arbeiten) von Grawe definierten vier therapeutischen Wirkfaktoren (Dick, Grawe, Regli & Heim, 1999; Grawe, 1995, 1996, 1999; Smith, Regli & Grawe, 1999; Grawe, Regli, Smith & Dick, 1999) mit den drei Ebenen von Sachse und Maus (1991) kombiniert.

In diesem Fall ergeben sich pro Ebene vier Wirkfaktoren, die durch unterschiedliche therapeutische Vorgehensweisen realisiert werden.

Tabelle 1: Therapeutische Ebenen und Wirkprinzipien

	Ressourcen	Problemaktualisierung	Klären	Bewältigen
Inhalt	Ressourcenaktivierung	Erlebnisaktivierende Verfahren Konfrontationsverfahren	Explizieren Focusing	Training Expositionen
Bearbeitung	Bekräftigen funktionaler Strategien	Konfrontation mit dysfunktionalen Strategien	Klären der Gründe von Vermeidung	Training funktionaler Bearbeitung
Beziehung	Aufbau therapeutischer Allianz Komplementarität	Konfrontation mit (dysfunktionalem) Beziehungsverhalten	Klären von Beziehungsschemata	Training alternativen Beziehungsverhaltens

Arbeitet man auf der *Inhaltsebene* von Psychotherapie, dann bedeutet ein therapeutischer Umgang mit Ressourcen eine *Ressourcenaktivierung*: was kann der Klient, über welche Fähigkeiten und Möglichkeiten verfügt er? Wie kann man Problemaspekte mit Ressourcen verbinden? Therapeuten arbeiten hier daran, die Aufmerksamkeit des Klienten auf eigene Möglichkeiten zu richten und diese zur Lösung von Problemen systematisch einzusetzen.

Problemaktualisierung auf der Inhaltsebene umfasst erlebnisaktivierende Methoden oder Konfrontationsverfahren: diese Verfahren dienen der Aktivierung relevanter Schemata, so dass mit ihnen entweder klärungsorientiert oder bewältigungsorientiert weitergearbeitet werden kann (vgl. Esser, 1983).

Klärung auf der Inhaltsebene bezieht sich auf Methoden der Explizierung (der Klärung eigener Motive, Ziele, Annahmen usw.) oder des Focusing (der Klärung affektiver Schemata): mit den Klientinnen und Klienten wird daran gearbeitet, was die „internalen Determinanten“ problematischen Handelns und Erlebens sind.

Bewältigung auf der Inhaltsebene bedeutet, dass mit den Klientinnen und Klienten konkrete Übungen durchgeführt werden, die zur Überwindung von Defiziten des Könnens oder Wissens angewandt werden, z.B. Training sozialer Kompetenzen, Selbstverbalisationstraining usw.

Auf der *Bearbeitungsebene* geht es um die „*Bearbeitung der Bearbeitung*“, also z.B. um die therapeutische Veränderung von Vermeidungsstrategien, von dysfunktionalen Problembewältigungsstrategien u.a.

Eine Arbeit mit *Ressourcen* auf der Ebene der Bearbeitung umfasst z.B. die systematische Bekräftigung funktionaler Problembearbeitungsstrategien: die Aufmerksamkeit des Klienten

wird auf günstige Strategien der Problembearbeitung gerichtet und diese werden vom Therapeuten explizit als „funktional“ gekennzeichnet, so dass der Klient sie beibehalten und ausbauen kann.

Problemaktualisierung auf der Bearbeitungsebene impliziert die Konfrontation des Klienten mit dysfunktionalen Problembearbeitungsstrategien: so macht ein Therapeut einen Klienten z.B. darauf aufmerksam, dass dieser die Bearbeitung eines bestimmten Inhaltes systematisch vermeidet (vgl. Sachse, 2006).

Klären auf der Bearbeitungsebene ist dann der nächste Schritt: nachdem der Klient auf eine Vermeidung aufmerksam gemacht worden ist, kann der Therapeut dem Klienten anbieten, die Gründe der Vermeidung zu klären, z.B. durch die Frage: was macht das so wichtig für Sie, sich diesen Inhalt nicht anzuschauen?

Bewältigung auf der Bearbeitungsebene bezieht sich auf das Training funktionaler Bearbeitungsstrategien: der Therapeut erläutert dem Klienten sinnvolle Strategien im Umgang mit Problemen (z.B. das Einnehmen einer internalen Perspektive) und gibt dem Klienten Anweisungen, die Strategie systematisch anzuwenden.

Umgang mit *Ressourcen auf der Beziehungsebene* bezieht sich zum einen auf den Aufbau einer therapeutischen Allianz: diese „therapeutische Beziehung“ kann als wichtige Ressource des Klienten im Therapieprozess aufgefasst werden (Grawe, 1998). Ein wesentlicher Faktor zum Aufbau einer therapeutischen Allianz ist die Verwirklichung von empathischem Verstehen, Akzeptierung/Wertschätzung und Kongruenz durch den Therapeuten (Sachse, 1993c, 1996b, 2005b).

Ein anderer wesentlicher Aspekt des Umgang mit Ressourcen auf der Beziehungsebene betrifft das komplementäre („bedürfnisbefriedigende“) Verhalten des Therapeuten: indem ein Therapeut sich z.B. zu wesentlichen Beziehungsmotiven des Klienten komplementär verhält, aktiviert der Therapeut wieder authentisches Beziehungsverhalten des Klienten und damit eine wesentliche interaktionelle Ressource (Grawe, 1998).

Problemaktualisierung auf der Beziehungsebene kann z.B. dadurch geschehen, dass der Therapeut den Klienten mit seinem (dysfunktionalem) Beziehungsverhalten konfrontiert und so entsprechende Schemata des Klienten aktiviert.

Diese aktivierten Schemata können dann *geklärt* werden, indem z.B. der Frage nachgegangen wird, wann der Klient diese Interaktion ausführt.

Bewältigung auf der Beziehungsebene schließlich beinhaltet das Training alternativen Beziehungsverhalten.

Eine Psychotherapie, die therapeutische Angebote auf allen Ebenen und zu allen Wirkprinzipien macht, ist eine Psychologische Psychotherapie. Keine der heute etablierten Therapieverfahren tut das! Das ist auch verständlich, da die einzelnen Therapieverfahren sich im Grunde hochgradig spezialisiert haben. Das ist auch keineswegs sinnlos: denn durch diese Spezialisierung sind Systeme mit hoher Expertise, großem know-how entstanden. Um eine Psychologische Psychotherapie zu schaffen ist es nötig,

- dieses know-how zu pflegen, also einerseits die Spezialisierung beizubehalten;
- andererseits aber auch die Expertise-Systeme zu kombinieren.

Die Klärungsorientierte Therapie weist eine hohe Expertise in den meisten Bereichen auf:

- Aspekte der Ressourcen auf Inhalts-, Bearbeitungs- und Beziehungsebene,
- Aspekte der Problemaktualisierung auf Inhalts-, Bearbeitungs- und Beziehungsebene,
- Aspekte der Klärung auf Inhalts-, Bearbeitungs- und Beziehungsebene,
- Aspekte der Bewältigung auf Bearbeitungsebene.

Lediglich Aspekte des Trainings auf Inhalts- und Beziehungsebene werden kaum behandelt: daher deckt die Klärungsorientierte Psychotherapie einen weiten Bereich ab. Für den Bereich „Bewältigung“ kann sie mühelos mit verhaltenstherapeutischen Maßnahmen kombiniert werden, wodurch sie sich leicht zu einer vollständigen Psychologischen Psychotherapie ergänzen lässt.

Literatur

Becker, K. & Sachse, R. (1997). *Therapeutisches Verstehen*. Göttingen: Hogrefe.

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., 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.

Caspar, F. (1984). *Analyse interaktioneller Pläne*. Bern: Universität Bern. Unveröffentlichte Dissertation.

Caspar, F. (1986). Die Plananalyse als Konzept und Methode. *Verhaltensmodifikation*, 4, 235-256.

Caspar, F. (1989). *Beziehungen und Probleme verstehen. Eine Einführung in die psychotherapeutische Plananalyse*. Bern: Huber.

- Caspar, F. & Grawe, K. (1982a). *Vertikale Verhaltensanalyse (VVA): Analyse des Interaktionsverhaltens als Grundlage der Problemanalyse und Therapieplanung*. Forschungsberichte aus dem Psychologischen Institut. Bern: Universität Bern.
- Caspar, F. & Grawe, K. (1982b). Vertikale Verhaltensanalyse (VVA): Analyse des Interaktionsverhaltens als Grundlage der Problemanalyse und Therapieplanung. In H. Bommert & F. Petermann (Hrsg.), *Diagnostik und Praxiskontrolle in der klinischen Psychologie*, 25-29. München: Steinbauer & Rau.
- Dalgleish, T. & Power, M. (1999). *Handbook of Cognition and Emotion*. New York: Wiley.
- Dick, A., Grawe, K., Regli, D. & Heim, P. (1999). Was soll ich tun, wenn...? – Empirische Hinweise für die adaptive Feinsteuerung des Therapiegeschehens innerhalb einzelner Sitzungen. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 2, 253-279.
- Esser, P. (1983). *Erlebnisorientierte Psychotherapie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Grawe, K. (1982). *Implikationen und Anwendungsmöglichkeiten der Vertikalen Verhaltensanalyse für die Sichtweise und Behandlung psychischer Störungen*. Bern: Universität Bern. Forschungsberichte aus dem Psychologischen Institut, 1/86.
- Grawe, K. (1988a). Der Weg entsteht beim Gehen. Ein heuristisches Verständnis von Psychotherapie. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 1, 39-49.
- Grawe, K. (1988b). Heuristische Psychotherapie. Ein schematheoretisch fundierte Konzeption des Psychotherapieprozesses. *Integrative Therapie. Zeitschrift für Verfahren Humanistischer Psychologie und Pädagogik, Sonderdruck*, 4, 309-324.
- Grawe, K. (1992a). Komplementäre Beziehungsgestaltung als Mittel zur Herstellung einer guten Therapiebeziehung. In J. Margraf & J. Brengelmann (Hrsg.), *Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie*, 215-244. München: Gerhard Röttger.
- Grawe, K. (1992b). *Schema theory and heuristic psychotherapy* (Forschungsbericht 1). Bern: Psychologisches Institut der Universität Bern.
- Grawe, K. (1994). Psychotherapie ohne Grenzen – von den Therapieschulen zur allgemeinen Psychotherapie. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 26, 357-370.
- Grawe, K. (1995). Grundriss einer Allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 40, 130-145.
- Grawe, K. (1996). Klärung und Bewältigung. Zum Verhältnis der beiden wichtigsten therapeutischen Veränderungsprinzipien. In H. Reinecker & D. Schmelzer (Hrsg.), *Verhaltenstherapie, Selbstregulation, Selbstmanagement*, 49-74. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (1997). “Moderne Verhaltenstherapie” oder allgemeine Psychotherapie? *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 18, 137-159.

- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (1999). Wie kann Psychotherapie noch wirksamer werden? *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 2, 185-199.
- Grawe, K. & Caspar, F.M. (1984). Die Plananalyse als Konzept und Instrument für die Psychotherapieforschung. In Baumann, U. (Hrsg.), *Psychotherapieforschung. Makro- und Mikroperspektive*, 177-197. Göttingen: Hogrefe.
- 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.
- Grawe, K., Regli, D., Smith, E. & Dick, A. (1999). Wirkfaktorenanalyse – ein Spektroskop für die Psychotherapie. ? *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 2, 201-225.
- Gäbler, 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.
- Gäbler, 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.
- Greenberg, L.S., Rice, L.N. & Elliott, R. (1993). *Facilitating emotional change: The moment-by-moment process*. New York: Guilford.
- Herrmann, T. (1969). *Lehrbuch der empirischen Persönlichkeitsforschung*. Göttingen: Hogrefe.
- Herrmann, T. (1982). *Sprechen und Situation*. Berlin: Springer.
- Herrmann, T. (1984). „Sprachverstehen“ und das Verstehen von Sprechern. In: J. Engelkamp (Hrsg.), *Psychologische Aspekte des Verstehens*, 15-30. Berlin: Springer.
- Herrmann, T. & Grabowski, J. (1994). *Sprechen – Psychologie der Sprachproduktion*. Berlin: Spektrum Akademischer Verlag.

- Hörmann, H. (1976). *Meinen und Verstehen: Grundzüge einer psychologischen Semantik*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Kuhl, J. (1999). *Motivation und Persönlichkeit*. Göttingen: Hogrefe.
- 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.
- 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.
- Sachse, R. (1986). Gesprächspsychotherapie. *Kurseinheit zum Kurs „Formen der Psychotherapie“ im Projekt „Wege zum Menschen“ der Fern-Universität Hagen*.
- Sachse, R. (1988). Das Konzept des empathischen Verstehens: Versuch einer sprachpsychologischen Klärung und Konsequenzen für das therapeutische Handeln. In GwG (Hrsg.), *Orientierung an der Person: Diesseits und Jenseits von Psychotherapie, Bd. 2*, 162-174. Köln: GwG.
- Sachse, R. (1989). Zur allgemeinspsychologischen Fundierung von Klientenzentrierter Therapie: Die Theorien zur „Konzeptgesteuerten Informationsverarbeitung“ und ihre Bedeutung für den Verstehensprozeß. In: R. Sachse & J. Howe (Hrsg.), *Zur Zukunft der Klientenzentrierten Psychotherapie*, 76-101. Heidelberg: Asanger.
- Sachse, R. (1990a). 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. (1990b). The influence of therapists' processing proposals on the explication process of the client. *Person-Centered Review*, 5, 321-344.
- Sachse, R. (1990c). 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. (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). 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. (1991b). 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. (1991c). Spezifische Wirkfaktoren in der Klientenzentrierten Psychotherapie: Zur Bedeutung von Bearbeitungsangeboten und Inhaltsbezügen. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 23, 157-171.
- Sachse, R. (1992a). *Zielorientierte Gesprächspsychotherapie – Eine grundlegende Neukonzeption*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (1992b). Informationsverarbeitungs- und Handlungsplanungsprozesse bei Psychotherapeuten. In: L. Montada (Hrsg.), *Bericht über den 38. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Trier*, 2, 942-946. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (1992c). Psychotherapie als komplexe Aufgabe: Verarbeitungs-, Intentionsbildungs- und Handlungsplanungsprozesse bei Psychotherapeuten. In: R. Sachse, G. Lietaer & W.B. Stiles (Hrsg.), *Neue Handlungskonzepte der Klientenzentrierten Psychotherapie*, 109-112. Heidelberg: Asanger.
- 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. (1993c). Empathie. In: A. Schorr (Hrsg.), *Handwörterbuch der Angewandten Psychologie*, 170-173. Bonn: Deutscher Psychologen-Verlag.
- 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). *Der psychosomatische Klient in der Praxis: Grundlagen einer effektiven Therapie mit „schwierigen“ Klienten*. Stuttgart: Kohlhammer.
- 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). 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. (1996a). *Praxis der Zielorientierten Gesprächspsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (1996b). Empathisches Verstehen. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapie: Techniken, Einzelverfahren und Behandlungsanleitungen*, 24-30. Berlin: Springer.
- Sachse, R. (1999a). *Persönlichkeitsstörungen. Psychotherapie dysfunktionaler Interaktionsstile*. Göttingen: Hogrefe, 2. Auflage.
- Sachse, R. (1999b). *Lehrbuch der Gesprächspsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2000a). Klärungsorientierte Psychotherapie bei depressiven Störungen. In: Lasar, M. & Trenkmann, U. (Hrsg.), *Depressionen – Neue Befunde aus Klinik und Wissenschaft*, 21-36. Lengerich: Pabst.
- Sachse, R. (2000b). Diagnostik in der Gesprächspsychotherapie. In: A.-R. Laireiter (Hrsg.), *Diagnostik in der Psychotherapie*, 165-178. Wien: Springer.
- Sachse, R. (2001a). *Psychologische Psychotherapie der Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2001b). Persönlichkeitsstörung als Interaktionsstörung: Der Beitrag der Gesprächspsychotherapie zur Modellbildung und Intervention. *Psychotherapie*, 5, 2, 282-292.
- Sachse, R. (2002). *Histrionische und narzisstische Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2003a). *Klärungsorientierte Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2003b). *Von der Gesprächspsychotherapie zur Klärungsorientierten Psychotherapie*. Bochum: Institut für Psychologische Psychotherapie.
- Sachse, R. (2004a). *Persönlichkeitsstörungen. Leitfaden für eine Psychologische Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2004b). Histrionische und narzisstische Persönlichkeitsstörungen. In: R. Merod (Hrsg.), *Behandlung von Persönlichkeitsstörungen*, 357-404. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Sachse, R. (2004c). From client-centered to clarification-oriented Psychotherapy. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 3 (1): 19-34.

- Sachse, R. (2004d). Schwierige Interaktionssituationen im Psychotherapieprozess. In: W. Lutz, Kosfelder, J. & Joormann, J. (Hrsg.), *Misserfolge und Abbrüche in der Psychotherapie*, 123-144. Bern: Huber.
- 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). *Psychologische Psychotherapie bei Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2006). *Therapeutische Beziehungsgestaltung*. Göttingen: Hogrefe.
- 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., Atrops, A., Wilke, F. & Maus, C. (1992). *Focusing: Ein emotionszentriertes Psychotherapie-Verfahren*. Bern: Huber.
- 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. (1991). *Zielorientiertes Handeln in der Gesprächspsychotherapie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Sachse, R., Schlebusch, P. & Leisch, M. (2002). *Psychologische Psychotherapie des Alkoholismus*. Aachen: Shaker Verlag.
- Sachse, R. & Takens, R.J. (2003). *Klärungsprozesse in der Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Smith, E., Regli, D. & Grawe, K. (1999). Wenn Therapie wehtut – Wie können Therapeuten zu fruchtbaren Problemaktualisierungen beitragen? *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 2, 227-251.
- 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.

