

PAPER 1

Rainer Sachse

Jana Fasbender

Philipp Hammelstein

Wie sollte eine Ausbildung in Psychotherapie beschaffen sein?

Eine psychologische Analyse didaktischer Erfordernisse

Zusammenfassung

Aus den Ergebnissen der Expertise-Forschung leiten wir ab, wie eine Psychotherapie-Ausbildung beschaffen sein sollte, um Ausbildungskandidatinnen und -kandidaten zu wirklichen „Experten in Psychotherapie“ zu machen und damit einen hohen Qualitätsstandard einer psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Wir diskutieren Essentials der Ausbildung als auch Folgerungen auf einer politischen Makro-Ebene.

1 Einleitung

Wir möchten hier auf der Basis der Expertise-Forschung (Ericsson et al., 2006) diskutieren, wie eine Ausbildung in Psychotherapie beschaffen sein sollte und welche Forderungen für eine politische Strukturierung dieser Ausbildung daraus abgeleitet werden können.

2 Psychotherapie als komplexe Aufgabe

Bereits die Betrachtung von Standard-Lehrbüchern der Psychotherapie (z.B. Herpertz et al., 2008; Lutz, 2010; Margraf & Schneider, 2009; Strauß, Hohagen & Caspar, 2007a, 2007b; Petermann & Reinecker, 2005) und noch mehr die Analyse von Werken, die sich mit empiri-

scher Forschung befassen (z.B. Bergin & Garfield, 1971, 1994; Garfield & Bergin, 1978, 1986; Grawe, Donati & Bernauer, 1994; Lambert, 2004) macht unmissverständlich deutlich, dass Psychotherapie eine hoch komplexe Aufgabe ist (vgl. auch Becker & Sachse, 1998; Gäßler & Sachse, 1992; Sachse, 1992a, 1992b, 1992c, 2006; Sachse & Rudolf, 2008). Psychotherapeuten müssen

- die vom Klienten kommende Information „in Echtzeit“ verarbeiten,
- sie müssen daraus (z.T. komplexe) Schlüsse ziehen: Diagnosen ableiten, Probleme analysieren, „Modelle“ über Klienten bilden etc.,
- sinnvolle therapeutische Ziele bestimmen und angemessene therapeutische Strategien entwickeln,
- konkrete Interventionen realisieren, die Klienten verstehen und konstruktiv umsetzen können,
- Prozesse des Klienten ständig „überwachen“ und sich auf den Klienten und seine jeweiligen Prozesszustände einstellen,
- Über einen gut organisierten Wissensspeicher im Hinblick auf Störungs- und Veränderungswissen verfügen, aus dem sie jederzeit relevante Wissensschemata abrufen können usw. usw.

Aus dieser sehr hohen Komplexität therapeutischer Aufgaben folgt, *dass Psychotherapeuten sehr gut ausgebildet werden müssen*, um dieser komplexen Aufgabe gewachsen zu sein.

Dennoch gibt es bis heute keine elaborierte Psychotherapie-Didaktik, die angeben würde, wie eine solche Ausbildung gestaltet sein sollte.

In dieser Arbeit skizzieren wir, auf der Grundlage psychologischer Forschungen, nämlich der Forschung zur Expertise, welche Anforderungen an eine Psychotherapie-Ausbildung gestellt werden müssen: Wir skizzieren, wie eine Psychotherapie-Ausbildung beschaffen sein sollte, damit sie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten hervorbringt, die der Komplexität der Aufgabe gewachsen sind.

3 Psychotherapeuten als Experten: Ergebnisse der Expertise-Forschung

Die Prämisse der folgenden Überlegungen ist, dass es das Ziel jeder Psychotherapie-Ausbildung sein sollte, Psychologen zu Psychotherapie-*Experten* auszubilden.

Was ein Experte ist, dazu gibt uns die Expertise-Forschung Auskunft (vgl. Alexander, 2003; Anderson, 1983, 1999; Chase & Simon, 1973; Chi, 2006; Chi et al., 1981, 1982; Ericsson et al., 2006; Patel & Groen, 1991; Sachse, 2006, 2009) und aus dem, was einen Experten aus-

zeichnet, lässt sich auch ableiten, wie eine entsprechende Ausbildung gestaltet werden sollte (vgl. Adelson, 1984; Campbell et al., 1992; Ericsson & Smith, 1991; Gruber, 1991, 1994; Gruber & Ziegler, 1990; Mandl et al., 1992; Ross et al., 2006; Sachse, 2006; Schneider et al., 1990).

Nach der Expertise-Forschung unterscheiden sich Experten (= fachkompetente Personen) von Novizen (Anfängern auf einem Fachgebiet) in vielen psychologischen Charakteristika. Diese Unterschiede wollen wir im Folgenden kurz darstellen (siehe die entsprechende Forschungsliteratur: Adelson, 1984; Chi, 1978, 2006; Durso & Dattel, 2006; Ericsson et al., 2006; Feltovich et al., 2006; Gobet & Charness, 2006; Hodges et al., 2006; Hoffman & Lintern, 2006; Kellogg, 2006; Norman et al., 2006; Proctor & Vu, 2006; Reimann, 1998; Rosenbaum et al., 2006; Ross et al., 2006; Sonnentag et al., 2006; Wilding & Valentine, 2006; Yates & Tschirhart, 2006):

Ein *Experte* ist eine Fachperson, die sich durch bestimmte psychologische Merkmale auszeichnet.

Experten sind, im Vergleich zu Novizen (Anfängern), Personen,

- die einen hohen Wissensstand aufweisen, die also über ein umfangreiches, fachrelevantes Wissen verfügen;
- die über gut *strukturiertes*, schnell abrufbares und hoch *anwendungsorientiertes* Wissen verfügen: Das Wissen ist für den jeweiligen Anwendungsbereich hoch relevant, gut organisiert und zwar so, wie es in dem Bereich tatsächlich benötigt wird und psychologisch gut verfügbar ist (vgl. Adelson, 1984; Ye & Salvendy, 1994);
- die ein *integriertes Wissen* aufweisen: Die viele Wissensbereiche sinnvoll aufeinander beziehen können und zu einem in sich schlüssigen Modell vereinigen können und *nicht* nur über eine Anzahl unverbundener „Werkzeuge“ verfügen und auch keine unverbundenen Wissensinhalte aufweisen (vgl. Eteläpelto, 1993; Sonnentag & Lange, 2002);
- die deshalb *komplexe Informationen schnell und valide verarbeiten können*: Sie können schnell Zusammenhänge herstellen und schnell elaborierte Schlussfolgerungen ziehen, sie benötigen dazu nur relativ wenige kognitive Ressourcen (Schneider, 1985);
- die in der Lage sind, aus „Klienten-Rohdaten“ Schlüsse auf Theorien zu ziehen (bottom-up) und die Theorien auf Daten beziehen können (top-down): Diese gezielte Anwendung von „Wissen auf Daten“ erlaubt es, weit über die jeweils gegebene Information hinaus valide Schlüsse zu ziehen;

- die schnell zwischen relevanten und irrelevanten Daten unterscheiden können: Das versetzt Experten in die Lage, schnell zwischen „Spuren“ zu unterscheiden, denen man folgen und die man vertiefen sollte und „Spuren“, denen man keine Aufmerksamkeit schenken sollte; dies wiederum ermöglicht es Experten, sehr sorgfältig und gezielt mit der begrenzten kognitiven Speicherkapazität umzugehen (vgl. Stokes et al., 1997);
- die konfligierende Informationen besser integrieren und Diskrepanzen somit besser und valider beseitigen können (vgl. Wiegmann et al., 2002);
- die Hypothesen bilden, prüfen, modifizieren und „in der Schwebelage halten“ können: Dadurch sind sie in der Lage, schnell relevante Hypothesen zu bilden und so die komplexe Information zu strukturieren, können aber Hypothesen als *Hypothesen* betrachten und sie durch neue Informationen elaborieren, modifizieren und auch *verwerfen*;
- die komplexe Informationen verarbeiten und komplexe Modelle über Klienten bilden können: Sie bilden schnell erste Modelle und bauen diese systematisch aus; sie bilden auch komplexe Modelle, die viele Variablen umfassen können;
- die die besten Lösungen generieren, auch noch unter Zeitdruck (de Groot, 1965) und die diese Lösungen schneller finden (Klein, 1993);
- die „tiefe Schlüsse“ aus Daten ziehen können (vgl. Chi et al., 1981; Lesgold et al., 1988) und so auch in der Lage sind, das vom Klienten (komplex) Gemeinte zu rekonstruieren (vgl. Herrmann, 1984, 1985; Hörmann, 1976; Sachse & Sachse, 2011);
- die zwischen sequentiell analytischem und intuitiv-holistischem Verarbeitungsmodus umschalten können (vgl. Caspar, 1995a, 1995b, 1997): Die somit analytisch einzelne Informationen Schritt für Schritt verarbeiten können, als auch in der Lage sind, große Informationsmengen „parallel“ zu verarbeiten;
- die über relevantes, praxisorientiertes Handlungswissen, auf strategischem wie taktischem Niveau verfügen;
- die aufgrund des Klienten-Modells Ziele entwickeln, Strategien entwerfen und für den Klienten umsetzbare Interventionen entwickeln können (Simon & Simon, 1978; Voss et al., 1983),
- die trotz der Verfolgung von Strategien den jeweiligen Ist-Zustand des Klienten beachten können und die sich flexibel verhalten können, wenn es erforderlich ist,
- die verzweigte Strategien entwickeln und „mehrere Züge vorausdenken“ können (Larkin et al., 1980; Lemaire & Siegler, 1995).

Eine sehr wesentliche Frage ist nun, wie sich eine solche, beschriebene *Expertise entwickelt*:
Was muss eine Person tun, um zu einem Experten zu werden?

Die erste Antwort, die von der Forschung gegeben wird, ist: Sie muss *sehr lange und sehr hart trainieren*. Für die meisten Domänen sind ca. 10 Jahre lang ca. 5 Stunden Training täglich notwendig, also ca. 10.000 Stunden Praxiserfahrung (vgl. Ericsson, 2002, 2004, 2006; Ericsson et al., 1993; Norman et al., 2006; Simon & Chase, 1973). Das bedeutet:

- Expertise entwickelt sich nicht von selbst.
- Zur Entwicklung von Expertise ist harte Arbeit erforderlich.
- Daher ist dazu auch hohe Motivation und hohe Ausdauer erforderlich.

Und:

- Expertise entwickelt sich wesentlich durch *Training*, nicht allein durch Vermittlung von Wissen.

Wesentlich ist aber dabei die Frage, wie ein *Training* aussehen muss, mit deren Hilfe man Expertise entwickeln kann.

In der Expertise-Forschung wird deutlich, dass hier eine sogenannte „deliberate practice“ entscheidend ist: Man muss eine Handlung oder Tätigkeit nicht nur einfach ausführen, man muss vielmehr reflektieren.

Wesentlich ist es,

- eine Handlung in der Praxis auszuführen,
- diese Handlung dann zu analysieren und zu reflektieren,
- von Experten Feedback zu erhalten,
- aus Handlungsfehlern zu lernen, Schlüsse zu ziehen, Aspekte zu verbessern,
- dann, mit der erarbeiteten Modifikation erneut in der Praxis zu handeln,
- die Handlung erneut zu reflektieren, Feedback einzuholen, Schlüsse zu ziehen usw. usw.

Diese Vorgehensweise erweist sich in den unterschiedlichsten Domänen als hoch effektiv (vgl. Davids, 2000; Ericsson, 1996, 2001, 2002, 2004, 2006; Krampe & Ericsson, 1996; Sonnentag, 1995; Sonnentag et al., 2006; Sonnentag & Kleine, 2000).

Damit wird deutlich:

- Weder eine (theoretische) Informationsvermittlung allein noch
- ein reines Ausführen von Handlungen allein

schafft Expertise!

Expertise erfordert neben einer Wissensvermittlung vor allem eine reflektierte Praxis und zwar lange und intensiv und angeleitet von Experten.

Deutlich wird auch, dass Experten diese Form von Training aufrechterhalten müssen, um *Experten zu bleiben*: Hören sie mit der reflektierten Praxis auf (und handeln nur noch routinemäßig), dann verlieren sie mit der Zeit ihre Expertise (Krampe & Charness, 2006).

4 Wie sollte eine Ausbildung beschaffen sein, um Expertise zu erreichen?

Aufgrund von Ergebnissen der *Expertise-Forschung* kann man angeben, wie eine Ausbildung gestaltet sein sollte, die in der Lage ist, Personen zu Experten auszubilden.

Rein theoretische Ausbildung ist zur Bildung grundlegender Wissensstrukturen wesentlich aber in gar keiner Weise ausreichend. Eine rein theoretische Ausbildung schafft zwar eine (notwendige) Wissensgrundlage, bewirkt aber nicht,

- dass Wissen sich anwendungsorientiert organisiert,
- dass Wissen „von Daten“ aus abrufbar wird,
- dass Wissen schnell verfügbar wird.

Theoretisches Wissen muss auf konkrete Situationen beziehbar sein: Eine Ausbildung im DSM garantiert in gar keiner Weise, dass ein Therapeut einen histrionischen Klienten erkennen kann, da sich Verhaltensweisen von Klienten nur selten nach den Beschreibungen des DSM richten: Therapeuten müssen lernen, *wie sich Kriterien in der Praxis zeigen* und das geht nur durch Anwendungstraining.

Das Umgekehrte gilt genauso: Eine rein praktische Ausbildung ohne die Ausbildung grundlegender Wissensstrukturen bewirkt zwar eine praktische Handhabung einzelner therapeutischer Maßnahmen bei genau vorgegebenen psychologischen Targets, aber vernachlässigt die Modellbildung und die Ausbildung von theoretischen Modellen, die dann top-down aktiviert werden können und entsprechende Transferleistungen ermöglichen.

Um Wissen anwendbar, verfügbar und praxisrelevant zu machen, *muss die Anwendung von Wissen auf die Praxis konkret trainiert werden*: Verarbeitungs- und Handlungsprozesse müssen konkret trainiert werden, die praktischen Vorgehensweisen müssen unter Feedback-Bedingungen reflektiert werden, aus Fehlern und Erfahrungen müssen Schlussfolgerungen gezogen werden: Anwendbares Wissen entsteht nur über *reflektierte Praxis*, also durch konkretes, ausgewertetes *Training* (Ericsson, 2006; Ericsson et al., 1993; Koubek & Salvendy, 1991; Sonnentag, 1995, 1998; Turley & Bieman, 1995).

Die Fähigkeit, Schlüsse aus Daten auf Theorien und aus Theorien auf Daten zu ziehen, entsteht ebenfalls nur durch konkretes Verarbeitungs-*Training*, nicht durch reine Theorie-Vermittlung. Verarbeitungs- und Modellbildungsprozesse müssen lange und intensiv trainiert

werden, um Personen eine ausreichende Expertise zu vermitteln (Ericsson & Lehmann, 1996; Hoffman & Lintern, 2006; Proctor & Vu, 2006).

Auch die Fähigkeit, aus Modellen Entscheidungen für therapeutische Handlungen abzuleiten, Strategien zu bilden und Interventionen zu bilden und deren Effekte auf den Klienten zu überwachen und auszuwerten, bilden sich durch entsprechendes *Training*: Sie bilden sich keineswegs „automatisch“ durch Theorievermittlung (Ericsson, 2006; Ericsson & Lehmann, 1996; Gobet & Simon, 1996; Shanteau, 1992)!

Expertise zu erlangen bedeutet, genau diejenigen Kompetenzen zu erwerben, die man für das jeweilige Praxisfeld auch wirklich benötigt. Das bedeutet, dass didaktisch *auch die tatsächlich relevanten Inhalte* vermittelt werden und dass irrelevante Inhalte *nicht* vermittelt werden (Ericsson & Lehmann, 1996; Gobet & Simon, 1996; Shanteau, 1992).

Daher sind Dozenten und Ausbilder nötig,

- die über relevantes theoretisches Wissen verfügen
- und, vor allem, die über relevantes praktisches Wissen verfügen,
- sodass sie anwendungsorientiert und praxisorientiert ausbilden können.

Daher ist es unerlässlich, dass Dozenten, die auf ein Praxisfeld vorbereiten, die Praxis und die Erfordernisse der Praxis sehr gut kennen: Dozenten müssen ebenfalls Experten sein und das setzt voraus, dass sie über mindestens 10 Jahre *reflektierte Praxiserfahrung* verfügen (ca. 10.000 reflektierte Praxisstunden, vgl. Norman et al., 2006; Simon & Chase, 1973).

Natürlich müssen Dozenten auch über fundiertes theoretisches Wissen verfügen, um den angehenden Therapeuten eine *theoretische Integration* zu ermöglichen, sonst läuft die Ausbildung doch wieder auf einen „Koffer voller Tools“ hinaus: Praxis muss auf Theorie bezogen sein und durch theoretische Modelle integriert werden können.

Außerdem müssen die Dozenten über die didaktischen Mittel wie Trainings, Analyse von Therapieprozessen auf Mikro-Niveau, Analyse von Audio- oder Video-Material usw. verfügen.

Expertise-Entwicklung bedeutet auch, dass Auszubildende *alle relevanten Kompetenzen erlernen*, die sie in ihrem Praxisfeld benötigen (Becker & Sachse, 1998; Ericsson & Lehmann, 1996; Sachse, 2007; Sachse & Rudolf, 2008). Damit reicht es nicht, Manuale zu lernen und die Kompetenz zu haben, mit Achse-I-Klienten umzugehen. Ein Therapeut muss in der Lage sein,

- ein gutes Klienten-Modell zu bilden, zu elaborieren, zu modifizieren und anzuwenden,

- in der Lage sein, einlaufende Informationen schnell und valide zu verarbeiten, Hypothesen zu bilden, sie in der Schwebe zu halten, sie zu modifizieren und zu verwerfen und zwar *in Realzeit* (was nur durch ausführliches und langes Training zu erreichen ist!),
- eine angemessene Beziehungsgestaltung zu Therapiebeginn und über die gesamte Therapie hinweg zu leisten,
- Strategien der Klärung, der Ressourcenaktivierung und der Bewältigung zu realisieren,
- Klienten angemessen zu motivieren,
- mit Vermeidungsverhalten von Klienten angemessen umzugehen,
- mit schwierigen Interaktionssituationen angemessen umzugehen,
- störungsspezifische Strategien für Achse-I-Klienten zu entwickeln bzw. umzusetzen,
- mit schwierigen Klienten wie psychosomatischen Klienten oder Sucht-Klienten therapeutisch zu arbeiten,
- mit persönlichkeitsgestörten Klienten konstruktiv Therapie zu machen, einschließlich Borderline-Klienten.

Eine Ausbildung sollte *alle diese Inhalte vermitteln* und zwar (wie oben ausgeführt) mit entsprechenden *Trainings*, um den Auszubildenden eine wirkliche Expertise zu ermöglichen (Ericsson & Lehmann, 1996; Gobet & Simon, 1996; Shanteau, 1992).

Um Experte zu werden, ist es wesentlich, dass Auszubildende ein *einheitliches Konzept von Psychotherapie* entwickeln: Sie sollen ein Rahmenkonzept entwickeln, in das sie verschiedene Inhalte sinnvoll integrieren können, denn sonst bildet sich *kein* organisiertes Netzwerk von Wissen.

Der Person einen „Koffer von Werkzeugen“ („Tools“) zu vermitteln, der keine Einheit bildet, macht sie noch lange nicht zu einem Experten (Hoffman & Lintern, 2006; Proctor & Vu, 2006).

Man muss sich klarmachen: Die hohe Verarbeitungsgeschwindigkeit von Experten geht auf die gute und praxisrelevante *Organisation* von Wissen bei Experten zurück: Sind Elemente unverbunden und unintegriert, wird das die Verarbeitung stark beeinträchtigen und es wird die Personen darüber hinaus verunsichern.

Daher muss eine Ausbildung ein *Rahmenkonzept von Psychotherapie* vermitteln, unterschiedliche Ausbildungsinhalte und Seminare müssen *inhaltlich aufeinander beziehbar sein* und wenn unterschiedliche Dozenten unterschiedliche Inhalte vermitteln, muss den Ausbildungsteilnehmern systematisch bei einer Integration geholfen werden. Somit reicht es auch nicht, wenn unterschiedliche Experten inkompatible Inhalte vermitteln: Daraus entsteht bei Auszubildenden kein integriertes Konzept, sondern eher ein Chaos.

Expertise baut sich am besten „von einem Kern“ aus zu komplexeren Strukturen hin auf. Didaktisch ist es sinnvoll, Ausbildungsteilnehmern zuerst Basis- oder Kernkompetenzen zu vermitteln und zwar gleich von Anfang an in einer Theorie-Praxis-Vermittlung, um dann Schritt für Schritt komplexe Kompetenzen aufzubauen.

Expertise im Bereich Psychotherapie bedeutet auch, dass man eigene Schemata, persönliche Hindernisse und Schwierigkeiten reflektiert und beseitigt. Daher ist Selbsterfahrung nicht ein überflüssiger oder gar „veralteter“ Teil der Ausbildung, *sondern ein extrem wichtiger und unverzichtbarer Teil der Ausbildung* (vgl. Fasbender, 2011; Schlebusch, 2011; Zimmermann, 2006). Und Selbsterfahrung (SE) darf sich auch nicht auf Aufgaben beschränken, wie man lernt, seinen Schlüssel nicht mehr zu verlegen, sondern SE muss sich auf relevante Schemata und Verarbeitungsprozesse beziehen.

5 Konsequenzen für eine qualitativ hochwertige Psychotherapieausbildung

Aus den bisherigen Ausführungen lässt sich nun ableiten, wie eine qualitativ hochwertige Psychotherapie-Ausbildung im Prinzip aussehen müsste und wie sie nicht aussehen sollte, als eine Ausbildung, die Ausbildungskandidatinnen und –kandidaten (AK) zu „Experten für Psychotherapie“ macht und sie in die Lage versetzt, die Verarbeitungs- und Handlungsqualifikationen aufzuweisen, die man von Experten erwarten kann.

- *Die Ausbildung darf auf keinen Fall rein theoretisch sein.*

Eine gute und fundierte Therapieausbildung ist *wesentlich*: Natürlich müssen die AK in relevanten psychologischen Grundlagen, in den Grundlagen von Klinischer Psychologie und Psychotherapie fundiert ausgebildet werden.

Theoretische Grundlagen sind eine *unverzichtbare Basis für Expertise* – sie sind jedoch auch nicht mehr als eine Basis.

Rein theoretisches Wissen und *rein theoretische Wissensvermittlung reichen zur Herstellung von Expertise in gar keiner Weise aus.*

- *Die Ausbildung darf auf keinen Fall rein praktisch sein, ohne die Vermittlung eines theoretischen Rahmenkonzeptes.*

Eine gute theoretische Ausbildung ist unerlässlich, da sie die Basis für eine Expertise darstellt. Denn das praktische Wissen muss innerhalb der Trainings in vorhandene Wissensstrukturen integriert werden können.

- *Notwendig sind praktische Trainings.*

Zur Erlangung von Expertise ist es extrem wichtig, AK zu trainieren: Sie müssen trainiert werden in

- Verarbeitungsprozessen,
- Modellbildung,
- Handlungsplanung,
- Beziehungsgestaltung,
- Interventionen,
- Strategien,
- störungsspezifischen Vorgehensweisen,
- der Bewältigung schwieriger Interaktionssituationen etc.

Training bedeutet eine Folge von Handeln → Reflektieren → Lernen → Handeln → Reflektieren → Lernen

Es müssen praktische Übungen in Psychotherapie durchgeführt werden, die ausführlich und auf Mikro-Ebene analysiert werden, sodass die AK lernen, wie man Information verarbeitet, wie man allgemeines Wissen auf spezifische Informationen anwendet, wie man Hypothesen bildet etc.

Sie müssen in praktischer Anwendung lernen, wie man Interventionen realisiert, wie man deren Wirkungen einschätzt, wie man Strategien bildet und umsetzt etc.

- *Notwendig ist eine praktische Ausbildung unter guter Supervision.*

Zur Entwicklung von Expertise genügt es nicht, „ein paar Stunden lang zu trainieren“: Man muss sehr lange und sehr intensiv trainieren.

Daher ist für eine Expertise-Entwicklung eine praktische Ausbildung notwendig: Die AK müssen (mindestens) 600 Therapiestunden mit konkreten, realen Klienten reale Therapien machen, um Verarbeitungs- und Handlungsprozesse wirklich zu etablieren. Und sie müssen die Gelegenheit haben, ihre Verarbeitungen und Handlungen *ständig zu reflektieren* und aus Fehlern zu lernen. Daher ist *Supervision* entscheidend: *Eine Supervision durch Experten auf der Grundlage realer Therapie-Aufzeichnungen auf der Mikro-Ebene.*

Um es deutlich zu machen: Die Supervisoren müssen alles das, was sie ausbilden und anleiten, selbst sehr gut können, sie müssen also selbst Experten sein.

Die Supervision muss anhand von realen Therapieaufzeichnungen geschehen, damit man die Verarbeitungsprozesse und die Handlungsevokationen der AK auch wirklich trainieren kann.

Und: Die Reflexion muss auf einer Mikro-Ebene von Psychotherapie geschehen, also auf *der Verarbeitungsebene*, auf der die AK auch im Therapieprozess Informationen in Realzeit verarbeiten müssen.

Das bedeutet, dass Supervision *sowohl* auf theoretischer Ebene *als auch* auf praktischer Ebene die notwendigen Prozesse selbst vollziehen, vermitteln und überprüfen können müssen.

Im Grunde erweist sich schon die augenblickliche Trainingszeit noch als deutlich zu kurz: Sie noch weiter zu reduzieren, würde die therapeutische Kompetenz der AK stark reduzieren.

Es muss reflektiert werden:

- Welche Informationen sind relevant?
- Wie bezieht man Wissen auf Information?
- Wie bildet man Modelle und wie stellt man Diagnosen?
- Welche Strategien entwickelt man?
- Wie interveniert man im konkreten Einzelfall?
- Etc.

Das lernt man nur durch konkretes Üben und durch detailliertes Reflektieren auf einer Mikro-Ebene an realen Therapie-Aufzeichnungen.

Eine Abschaffung einer solchen praktischen Ausbildung wäre für eine Psychotherapieausbildung *vollständig unverantwortlich*, weil es den Experten-Status von Psychotherapeuten extrem reduzieren würde.

Die dann bei AK zu erwartende Qualität von Verarbeitungs- und Handlungsprozessen läge dann mit Sicherheit *weit* unter dem Niveau heute ausgebildeter Psychotherapeuten.

- Expertise ist bereichsbezogen: D.h. dass ein Experte genau solches Wissen und solche Kompetenzen benötigt, die er in seinem jeweiligen Praxisfeld braucht.

Dazu ist es aber nötig, dass die Dozenten und Supervisoren ebenfalls *Experten in dem jeweiligen Praxisfeld* sind. Und das impliziert, dass Dozenten und Supervisoren

- das Praxisfeld sehr gut kennen (d.h. nach der Expertise-Forschung etwa, dass sie ca. 10000 Therapiestunden absolviert haben sollten) und ihre eigene Praxis sehr gut reflektiert haben sollten, sodass sie wirklich wissen, was relevant ist (das bedeutet nach der Expertise-Forschung, dass sie ca. 500-1000 Stunden Supervision absolviert haben sollten));

- gute didaktische Modelle für Psychotherapie aufweisen sollten, also eine Reihe von Seminaren absolviert und eine Anzahl von Supervisionsstunden abgehalten haben sollten.

Wiederum reicht es keinesfalls, wenn Dozenten (für den Praxisteil der Ausbildung) und Supervisoren (*im* Praxisteil der Ausbildung) eine rein theoretische Qualifikation mitbringen und nur wenige Therapiestunden und Supervisionsstunden aufweisen. Gleichfalls ist es nicht ausreichend, wenn Supervisoren eine rein praktische Qualifikation mitbringen, ohne ausreichende theoretische Modelle, auf die sich ihr praktisches Wissen beziehen kann.

- *Eine Ausbildung in Psychotherapie muss ein einheitliches Rahmenkonzept von Psychotherapie vermitteln.*

Eine Ausbildung in Psychotherapie sollte den AK ein einheitliches, in sich schlüssiges Rahmenkonzept von Psychotherapie vermitteln, in das die AK einzelne Techniken und Vorgehensweisen kognitiv integrieren können.

In der Ausbildung sollte dafür gesorgt werden, dass zentrale Ausbildungsteile von den AK in dieses Rahmenverständnis integriert werden können.

Es genügt keineswegs, den AK unverbundene „Tools“ an die Hand zu geben, ihnen Vorgehensweisen zu vermitteln, die sich inhaltlich widersprechen etc.

Denn man muss sich klarmachen: Die gute Verfügbarkeit des Wissens von Experten geht auf die gute Strukturierung und auf die anwendungsorientierte Gestaltung des Wissens zurück: Unverbundenheit von Wissens-elementen beeinträchtigt die Expertise sehr deutlich, führt aber darüber hinaus auch zu einer (tiefen) Verunsicherung der AK.

- Eine Psychotherapie-Ausbildung muss den AK in hohem Maße ermöglichen, eigene Schemata selbst zu erarbeiten und zu repräsentieren und gegebenenfalls therapeutisch zu bearbeiten: D.h. zu einer echten Expertise-Entwicklung gehört Selbsterfahrung als zentrales Element dazu.

6 Politische Forderungen, die sich aus einem Expertise-Modell der Psychotherapie-Ausbildung ableiten lassen

Wir wollen hier versuchen, aus dem dargestellten Expertise-Ausbildungsmodell Forderungen abzuleiten, wie eine Psychotherapie-Ausbildung in einem großen, u.U. gesetzlichen Rahmen prinzipiell geregelt werden sollte, damit aus der Psychotherapie-Ausbildung Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten hervorgehen, die eine wirklich gute psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung gewährleisten können.

- **Psychotherapie-Ausbildung sollte nicht ausschließlich an Universitäten stattfinden**

Dozenten, die an Universitätsinstituten tätig sind, sind (mit einigen Ausnahmen!) überwiegend in theoretischer und empirischer Forschung tätig: Sie sind damit ganz unbestritten Experten für Theorie und Experten für Forschung. Sie sind jedoch nur selten ebenfalls Experten für die Praxis von Psychotherapie: Sie weisen meist nur relativ wenig Praxiserfahrung und auch wenig Erfahrung als Supervisoren auf.

- Wir haben aber gesehen, dass **Psychotherapie ein Anwendungsfach und ein Anwendungsfeld** darstellt, bei dem die Vermittlung von Praxiskompetenzen zentral ist.
- **Ausbildungsinstitute stellen eine Praxisausbildung sicher.** Daraus resultiert, dass (private) Ausbildungsinstitute an der Psychotherapie-Ausbildung auf alle Fälle beteiligt sein sollten: Denn die Dozenten an diesen Instituten sind überwiegend Experten für die Praxis-Seite von Psychotherapie. Sie kennen die psychotherapeutische Praxis sehr genau, wissen damit sehr genau, was Psychotherapeuten in der Praxis und für die Praxis benötigen, wissen, wie man theoretisches Wissen in Praxis umsetzt und wie man im konkreten Therapieprozess Modelle bildet, Interventionen realisiert, mit schwierigen Interaktionssituationen umgeht, wie man die real existierende Komplexität handhabt (und sie weder reduziert, noch ausblendet) usw. usw.

Damit ist aber die praktische Expertise von Praxis-Experten für eine gute Psychotherapie-Ausbildung vollständig unverzichtbar.

- **Universitäten und Privatinstitute sollten kooperieren.** Es erscheint sinnvoll, dass die jeweiligen Experten diejenigen Aspekte vermitteln, für die sie auch wirklich Experten sind.

So können die Universitäten sicher hervorragend Aspekte von Theorie, neuen theoretischen Entwicklungen, von Forschung und Forschungsergebnissen vermitteln usw.

Privatinstitute können dagegen hervorragend praktisch-therapeutische Aspekte vermitteln: Trainings von therapeutischer Informationsverarbeitung, Modellbildung, Handlungsplanung, Bewältigung schwieriger Situationen usw.

Sinnvoll ist es daher, wenn eine Theorie-Vermittlung als erster Ausbildungsschritt an den Universitäten stattfinden würde und sich daran eine Vermittlung praktischer Kompetenzen an Privat-Instituten anschließt.

- **Auf eine zur Praxis-Ausbildung gehörende Ambulanz-Zeit kann auf keinen Fall verzichtet werden.** Eine Ambulanz-Zeit, in der die Ausbildungskandidatinnen und –kandidaten (AK) mit realen Klienten reale Therapien durchführen *und* bei der sie unter

der Supervision von *Praxis-Experten* stehen, ist, wie ausgeführt, ein *essentiell* wesentlicher Teil einer wirklich guten Psychotherapie-Ausbildung. Denn nur durch ein solches Vorgehen von „Machen → guter, praxisbezogener Reflexion → Machen → Reflexion usw.“ kann eine wirkliche Expertise im Bereich von Psychotherapie erreicht werden. Daher ist es wesentlich,

- dass eine „Ambulanz-Zeit“, also eine reale praktische Tätigkeit von *mindestens* 600 Stunden, beibehalten wird;
- dass diese Tätigkeit an *Ambulanzen* und nicht an Kliniken stattfindet, denn nur so werden Therapeuten auf die Erfordernisse von ambulanter Psychotherapie vorbereitet;
- dass diese Tätigkeit von wirklichen *Praxis-Experten* angeleitet und supervidiert wird.

Daher ist es kontraindiziert, diese Praxisanteile an Kliniken oder an Hochschulen zu verlagern.

- **Eine inhaltliche Diversifikation von Psychotherapie und Psychotherapie-Ausbildung sollte erhalten bleiben.** Zur Zeit sind wir forschungsmäßig in einer Situation,

- dass unterschiedliche Therapieformen evidenzbasierte, therapeutische Vorgehensweisen anzubieten haben und dass weitere Therapieformen ihre Vorgehensweisen empirisch evaluieren;
- dass es damit *nicht nur eine* effektive Therapieform gibt, sondern viele, z.T. sehr verschiedene Ansätze sich als effektiv erwiesen haben oder sich noch als effektiv erweisen werden;
- dass bisher keine Therapieform allen anderen wirklich sehr deutlich und eindeutig überlegen ist;
- dass es bisher keine Therapieform gibt, die alle Störungen effektiv oder gleich effektiv behandeln kann;
- dass Klienten sehr unterschiedlich sind, dass nicht alle Klienten positiv auf das gleiche therapeutische Angebot ansprechen und nicht gleich stark von allen therapeutischen Vorgehensweisen profitieren.

Daher sollte im Sinne einer guten und effektiven psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung die Vielfalt therapeutischer Ansätze unbedingt erhalten bleiben. Und damit sollte auch die Vielfalt von Therapieausbildungen erhalten bleiben.

Auch wenn die theoretische Ausbildung primär von Universitäten übernommen werden sollte, dann sollte dies auf keinen Fall zu einer „inhaltlichen Gleichschaltung“ von Psychotherapie führen, auch wenn einige Psychologen glauben, es gäbe das einheitliche Fach „Psychothera-

pie und Klinische Psychologie“, so ist dies doch in der Praxis tatsächlich nicht so. Und in einer demokratisch-pluralistischen Gesellschaft und vor allem angesichts der Tatsache, dass die Wahrheit nicht im Besitz Einzelner ist, sollte es auch nicht so sein.

Literatur

- Adelson, B. (1984). When novices surpass experts: The difficulty of a task may increase with expertise. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 10, 483-495.
- Alexander, P.A. (2003). Can we get there from here? *Educational Researcher*, 32, 3-4.
- Anderson, J.R. (1983). *The architecture of cognition*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Anderson, J.R. (1999). Specifying non-“specifics” in therapists: The effect of facilitative interpersonal skills in outcome and alliance formation. *Paper presented at the 30th annual meeting of the International Society for Psychotherapy Research, Braga, Portugal*.
- Becker, K. & Sachse, R. (1998). *Therapeutisches Verstehen*. Göttingen: Hogrefe.
- Bergin, A.E. & Garfield, S.E. (1971). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: Wiley.
- Bergin, A.E. & Garfield, S.E. (1994). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 4th edition. New York: Wiley.
- Campbell, R.L., Brown, N.R. & DiBello, L.A. (1992). The programmer's burden: Developing expertise in programming. In: R.R. Hoffman (Ed.), *The psychology of expertise. Cognitive research and empirical AI*, 269-294. New York: Springer.
- Caspar, F. (1995a). *Hypothesenbildungsprozesse in psychotherapeutischen Erstgesprächen. Probleme und Möglichkeiten des empirischen Zuganges*. Habilitationsschrift, Universität Bern.
- Caspar, F. (1995b). Information processing in psychotherapy intake interviews. In: B.Boothe, R. Hirsig, A. Helminger, B. Meier & R. Volkart (Hrsg.), *Perception-Evaluation- Interpretation*, 3-10. Bern: Hogrefe & Huber.
- Caspar, F. (1997). What goes on in a psychotherapist's mind? *Psychotherapy Research*, 7(2), 105-125.
- Chase, W.G. & Simon, H.A. (1973). Perception in chess. *Cognitive Psychology*, 4, 55-81.
- Chi, M.T.H. (1978). Knowledge structure and memory development. In: R. Siegler (Ed.), *Children's thinking: What develops?*, 73-96. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

- Chi, M.T.H. (2006). Two Approaches to the Study of Experts' Characteristics. In: K.A. Ericsson, N. Charness, P.J. Feltovich & R.R. Hoffman (Eds.), *The Cambridge Handbook of Expertise and Expert Performance*, 21-30. Cambridge: University Press.
- Chi, M.T.H., Feltovich, P.J. & Glaser, R.M. (1981). Categorization and representation of physics problems by experts and novices. *Cognitive Science*, 5, 121-152.
- Chi, M.T.H., Glaser, R.M. & Rees, E. (1982). Expertise in problem solving. In R.J. Sternberg (Ed.), *Advances in the psychology of human intelligence*, 7-76. Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- Dauids, K. (2000). Skill acquisition and the theory of deliberate practice. *International Journal of Sport Psychology*, 31, 461-466.
- De Groot, A. (1965). *Thought and choice in chess*. The Hague: Mouton.
- Durso, F.T. & Dattel, A.R. (2006). Expertise and Transportation. In: K.A. Ericsson, N. Charness, P.J. Feltovich & R.R. Hoffman (Eds.), *The Cambridge Handbook of Expertise and Expert Performance*, 355-372. Cambridge: University Press.
- Ericsson, K. A. (1996). The acquisition of expert performance: An introduction to some of the issues. In: K. A. Ericsson (Ed.), *The road to excellence: The acquisition of expert performance in the arts and sciences, sports, and games*, 1-50. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Ericsson, K.A. (2001). The path to expert golf performance: Insights from the masters on how to improve performance by deliberate practice. In: P. R. Thomas (Ed.), *Optimising performance in golf*, 1-57. Brisbane, Australia: Australian Academic Press.
- Ericsson, K. A. (2002). Attaining excellence through deliberate practice: Insights from the study of expert performance. In: M. Ferrari (Ed.), *The pursuit of excellence in education*, 21-55. Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- Ericsson, K.A. (2004). Deliberate practice and the acquisition and maintenance of expert performance in medicine and related domains. *Academic Medicine*, 79, S70-S81.
- Ericsson, K.A. (2006). The Influence of Expertise and Deliberate Practice on the Development of Superior Expert Performance. In: K.A. Ericsson, N. Charness, P.J. Feltovich & R.R. Hoffman (Eds.), *The Cambridge Handbook of Expertise and Expert Performance*, 653-682. Cambridge: University Press.
- Ericsson, K.A., Charness, N., Feltovich, P.J. & Hoffman, R.R. (2006). *The Cambridge Handbook of Expertise and Expert Performance*. Cambridge: University Press.
- Ericsson, K.A., Krampe, R.T. & Tesch-Römer, C. (1993). The role of deliberate practice in the acquisition of expert performance. *Psychological Review*, 100, 363-406.
- Ericsson, K.A. & Lehmann, A.C. (1996). Expert and exceptional performance: evidence on maximal adaptations on task constraints. *Annual Review of Psychology*, 47, 273-305.

- Ericsson, K.A. & Smith, J. (1991). *Toward a general theory of expertise. Prospects and limits*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Eteläpelto, A. (1993). Metacognition and the expertise of computer comprehension. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 37, 243-254.
- Fasbender, J. (2011). Praxis der Selbsterfahrung in der Klärungsorientierten Psychotherapie. In: R. Sachse, J. Fasbender, J. Breil & M. Sachse (Hrsg.), *Perspektiven Klärungsorientierter Psychotherapie 2*, 323-344. Lengerich: Pabst.
- Feltovich, P.J., Prietula, M.J. & Ericsson, K.A. (2006). Studies of Expertise from Psychological Perspectives. In: K.A. Ericsson, N. Charness, P.J. Feltovich & R.R. Hoffman (Eds.), *The Cambridge Handbook of Expertise and Expert Performance*, 41-68. Cambridge: University Press.
- Gäßler, B. & Sachse, R. (1992). Psychotherapeuten als Experten. In: L. Montada (Hrsg.), *Bericht über den 38. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Trier, 1*, 663-664. Göttingen: Hogrefe.
- Garfield, S.L. & Bergin, A.E. (1978). *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 2nd edition. New York: Wiley.
- Garfield, S.L. & Bergin, A.E. (1986). *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 3rd edition. New York: Wiley.
- Gobet, F. & Charness, N. (2006). Expertise in Chess. In: K.A. Ericsson, N. Charness, P.J. Feltovich & R.R. Hoffman (Eds.), *The Cambridge Handbook of Expertise and Expert Performance*, 523-538. Cambridge: University Press.
- Gobet, F. & Simon, H.A. (1996). Recall of rapidly presented random chess positions is a function of skill. *Psychonomic Bulletin and Reviews*, 3, 159-163.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel*. Göttingen: Hogrefe.
- Gruber, H. (1991). *Wissensaquisition und Gedächtnisleistung in Abhängigkeit vom Expertisegrad*. München: Ludwig-Maximilian-Universität, Institut für empirische Pädagogik, Forschungsbericht Nr. 5.
- Gruber, H. (1994). *Expertise - Modelle und empirische Untersuchungen*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Gruber, H. & Ziegler, A. (1990). Expertisegrad und Wissensbasis. Eine Untersuchung bei Schachspielern. *Psychologische Beiträge*, 32: 163-185.
- Herpertz, S., Caspar, F. & Mandl, C. (2008). *Störungsorientierte Psychotherapie*. München: Urban & Fischer.

- Herrmann, T. (1984). „Sprachverstehen“ und das Verstehen von Sprechern. In: J. Engelkamp (Hrsg.), *Psychologische Aspekte des Verstehens*, 15-30. Berlin: Springer.
- Herrmann, T. (1985). *Allgemeine Sprachpsychologie*. München: Urban und Schwarzenberg.
- Hodges, N.J., Starkes, J.L. & MacMahon, C. (2006). Expert Performance in Sport: A Cognitive Perspective. In: K.A. Ericsson, N. Charness, P.J. Feltovich & R.R. Hoffman (Eds.), *The Cambridge Handbook of Expertise and Expert Performance*, 471-488. Cambridge: University Press.
- Hörmann, H. (1976). *Meinen und Verstehen*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Hoffman, R.R. & Lintern, G. (2006). Eliciting and Representing the Knowledge of Experts. In: K.A. Ericsson, N. Charness, P.J. Feltovich & R.R. Hoffman (Eds.), *The Cambridge Handbook of Expertise and Expert Performance*, 203-222. Cambridge: University Press.
- Kellogg, R.T. (2006). Professional Writing Expertise. In: K.A. Ericsson, N. Charness, P.J. Feltovich & R.R. Hoffman (Eds.), *The Cambridge Handbook of Expertise and Expert Performance*, 389-402. Cambridge: University Press.
- Klein, G. (1993). A recognition primed decision model of rapid decision making. In: G. Klein, J. Orasanu, R. Calderwood & C. Zsombok (Eds.), *Decision making in action*, 138-147. Norwood: Ablex.
- Koubek, R.J. & Salvendy, G. (1991). Cognitive performance of super-experts on computer program modification tasks. *Ergonomics*, 34, 1095-1112.
- Krampe, R.T. & Charness, N. (2006). Aging and expertise. In: K.A. Ericsson, N. Charness, P.J. Feltovich & R.R. Hoffman (Eds.), *The Cambridge Handbook of Expertise and Expert Performance*, 723-742. Cambridge: University Press.
- Krampe, R.T. & Ericsson, K.A. (1996). Maintaining excellence: Deliberate practice and elite performance in young and older pianists. *Journal of Experimental Psychology: General*, 125, 331-359.
- Lambert, M.J. (2004). *Bergin & Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: Wiley.
- Larkin, J.H., McDermott, J., Simon, D.P. & Simon, H.A. (1980). Models of competence in solving physics problems. *Cognitive Science*, 4, 317-345.
- Lemaire, P. & Siegler, R.S. (1995). Four aspects of strategic change. *Journal of Experimental Psychology: General* 124, 83-97.

- Lesgold, A.M., Rubinson, H., Feltovich, P., Glaser, R., Klopfer, D. & Wang, Y. (1988). Expertise in a complex skill. In: M.T.H. Chi, R. Glaser, M.J. Farr (Eds.), *The nature of expertise*, 311-342. Hillsdale: Erlbaum.
- Lutz, W. (2010). *Lehrbuch Psychotherapie*. Bern: Huber.
- Mandl, H., Gruber, H. & Renkl, A. (1992). *Problems of knowledge utilization in the development of expertise*. München: Ludwig-Maximilians-Universität, Institut für Empirische Pädagogik und Pädagogische Psychologie (Forschungsbericht Nr. 9).
- Margraf, J. & Schneider, S. (2009). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*, Band 1. Heidelberg: Springer.
- Norman, G., Eva, K., Brooks, L. & Hamstra, S. (2006). Expertise in medicine and surgery. In: K.A. Ericsson, N. Charness, P.J. Feltovich & R.R. Hofman (Eds.), *The Cambridge Handbook of Expertise and Expert Performance*, 339-353. Cambridge: University Press.
- Patel, V.L. & Groen, G.J. (1991). The general and specific nature in medical expertise. In: K.A. Ericsson & J. Smith (Eds.), *Towards a general theory of expertise*, 93-125. Cambridge: University Press.
- Petermann, F. & Reinecker, H. (2005). *Handbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Proctor, R.W. & Vu, K.P. (2006). Laboratory studies of training, skill acquisition, and retention of performance. In: K.A. Ericsson, M. Charness, P.J. Feltovich & R.R. Hoffman (Eds.), *The Cambridge Handbook of Expertise and Expert Performance*, 265-286. Cambridge: University Press.
- Reimann, P. (1998). Novizen- und Expertenwissen. In: F. Klix & H. Spada (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie: Wissen*, 336-368. Göttingen: Hogrefe.
- Rosenbaum, D.A., Augustyn, J.S., Cohen, R.G. & Jax, S.A. (2006). Perceptual-Motor Expertise. In: K.A. Ericsson, N. Charness, P.J. Feltovich & R.R. Hoffman (Eds.), *The Cambridge Handbook of Expertise and Expert Performance*, 505-522. Cambridge: University Press.
- Ross, K. G., Shaffer, J. L. & Klein, G. (2006). Professional judgments and “naturalistic decision making.” In: K.A. Ericsson, N. Charness, R. R. Hoffman & P. J. Feltovich (Eds.), *The Cambridge Handbook of Expertise and Expert Performance*, 403-419. New York: Cambridge University Press.

- Sachse, R. (1992a). Flexibilität der Intentionsbildung im Therapieprozeß. In: L. Montada (Hrsg.), *Bericht über den 38. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Trier, 1*, 665-666. 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. (2006). Psychotherapie-Ausbildung aus der Sicht der Expertise-Forschung. In: R. Sachse & P. Schlebusch (Hrsg.), *Perspektiven Klärungsorientierter Psychotherapie*, 306-324. Lengerich: Pabst.
- Sachse, R. (2007). Therapeutische Informationsverarbeitung. In: B. Strauß, F. Hohagen & F. Caspar (Hrsg.), *Lehrbuch Psychotherapie*, Band 2, 1359-1386. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2009). Psychotherapeuten als Experten. In: R. Sachse, J. Fasbender, J. Breil & O. Püschel (Hrsg.), *Grundlagen und Konzepte Klärungsorientierter Psychotherapie*, 269-291. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. & Rudolph, R. (2008). Aufgaben und Person des Psychotherapeuten. In: S.C. Herpertz, F. Caspar & C. Mandl (Hrsg.), *Störungsorientierte Psychotherapie*, 91-101. München: Urban & Fischer.
- Sachse, R. & Sachse, M. (2011). Implikationsstrukturen: Verstehen, Modellbildung und therapeutische Explizierungen. In: R. Sachse, J. Fasbender, J. Breil & M. Sachse (Hrsg.), *Perspektiven Klärungsorientierter Psychotherapie II*, 94-130. Lengerich: Pabst.
- Schlebusch, P. (2011). Grundlagen-Aspekte von Selbsterfahrung. In: R. Sachse, J. Fasbender, J. Breil & M. Sachse (Hrsg.), *Perspektiven Klärungsorientierter Psychotherapie 2*, 294-322. Lengerich: Pabst.
- Schneider, W. (1985). Training high performance skills. *Human Factors*, 27 (3), 285-300.
- Schneider, W., Körkel, J. & Weinert, F.E. (1990). Expert knowledge, general abilities, and text processing. In: W. Schneider & F.E. Weinert (Eds.), *Interactions among aptitudes, strategies, and knowledge in cognitive performance*, 235-251. New York: Springer.
- Shanteau, J. (1992). The Psychology of Experts: An Alternative View. In: J. Shanteau (Ed.), *Expertise and Decision Support*, 11-24. New York: Plenum Press.
- Simon, H. & Chase, W. (1973). Skill in chess. *American Scientist*, 61, 394-403.

- Simon, D.P. & Simon, H.A. (1978). Individual differences in solving physics problems. In: R.S. Siegler (Ed.), *Children`s thinking: What develops?*, 325-348. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Sonnentag, S. (1995). Excellent software professionals: Experience, work activities, and perceptions by peers. *Behaviour & Information Technology*, 14, 289-299.
- Sonnentag, S. (1998). Expertise in professional software design: A process study. *Journal of Applied Psychology*, 83, 703-715.
- Sonnentag, S. & Kleine, B.U. (2000). Deliberate practice at work. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 73, 87-102.
- Sonnentag, S. & Lange, I. (2002). The relationship between high performance and knowledge about how to master cooperation situations. *Applied Cognitive Psychology*, 16, 491-508.
- Sonnentag, S., Niessen, C. & Volmer, J. (2006). Expertise in software design. In: K.A. Ericsson, N. Charness, P.J. Feltovich & R.R. Hoffman (Eds.), *The Cambridge Handbook of Expertise and Expert Performance*, 373-387. Cambridge: University Press.
- Stokes, A.F., Kemper, K. & Kite, K. (1997). Aeronautical decision making, cue recognition, and expertise under time pressure. In: C.F. Zsombok & G. Klein (Eds.), *Naturalistic decision making*, 183-196. Mahwah: Erlbaum.
- Strauß, B., Hohagen, F. & Caspar, F. (2007a). *Lehrbuch Psychotherapie*, Teilband 1. Göttingen: Hogrefe.
- Strauß, B., Hohagen, F. & Caspar, F. (2007b). *Lehrbuch Psychotherapie*, Teilband 2. Göttingen: Hogrefe.
- Turley, R.T. & Bieman, J.M. (1995). Competencies of exceptional and nonexceptional software engineers. *Journal of Systems and Software*, 28, 19-38.
- Voss, J., Greene, T., Post, T. & Penner, B. (1983). Problem solving skill in the social sciences. In: G. Bower (Ed.), *The Psychology of Learning and Motivation*, 165-213. New York: Academic Press.
- Wiegmann, D.A., Goh, J. & O'Hare, D. (2002). The role of situation assessment and flight experience in pilots' decisions to continue visual flight rules flight into adverse weather. *Human Factors*, 44, 187-197.
- Wilding, J.M. & Valentine, E.R. (2006). Exceptional Memory. In: K.A. Ericsson, N. Charness, P.J. Feltovich & R.R. Hoffman (Eds.), *The Cambridge Handbook of Expertise and Expert Performance*, 539-552. Cambridge: University Press.

- Yates, J.F. & Tschirhart, M.D. (2006). Decision-Making Expertise. In: K.A. Ericsson, N. Charness, P.J. Feltovich & R.R. Hoffman (Eds.), *The Cambridge Handbook of Expertise and Expert Performance*, 421-438. Cambridge: University Press.
- Ye, N. & Salvendy, G. (1994). Quantitative and qualitative differences between experts and novices in chunking computer software knowledge. *International Journal of Human-Computer Interaction*, 6, 105-118.
- Zimmermann, B.J. (2006). Development and Adaptation of Expertise: The Role of Self-Regulatory Processes and Beliefs. In: K.A. Ericsson, N. Charness, P.J. Feltovich & R.R. Hoffman (Eds.), *The Cambridge Handbook of Expertise and Expert Performance*, 705-722. Cambridge: University Press.

Kontaktadressen:

Prof. Dr. Rainer Sachse
Dipl.-Psych. Jana Fasbender
Institut für Psychologische Psychotherapie (IPP)
Prümerstr. 4
44787 Bochum
www.ipp-bochum.de
ippsachse@aol.com

Prof. Dr. Philipp Hammelstein
Christoph-Dornier-Klinik für Psychotherapie
Tibusstr. 7-11
48143 Münster

PAPER 2

Rainer Sachse

Philipp Hammelstein

Janine Breil

Empirische Fundierung von Psychotherapie: Grundlegende Paradigmen

Implikation der Paradigmen

Wir wollen hier einige Implikationen dieser beiden Paradigmen herausarbeiten und damit deutlich machen, dass die beiden Paradigmen mehr sind als „Forschungsparadigmen“: Unseres Erachtens nach sind es grundlegende Paradigmen darüber, wie man „Psychotherapie“ auffasst, wie man die Rolle des Klienten definiert, wie man die Rolle des Therapeuten definiert und wie man die Rolle der Psychotherapie im Versorgungssystem auffasst. Es sind damit grundlegende und grundgebend unterschiedliche „*Paradigmen über Psychotherapie*“.

Wir wollen die Implikationen des EST- und des EBP-Paradigmas jeweils herausarbeiten und gegenüberstellen, wobei wir uns nicht um Objektivität bemühen, denn es ist völlig klar, dass wir aus allen dargelegten Gründen das EBP-Paradigma für das psychologisch Angemessene halten.

1 Der Vorrang: Welche Aspekte sind in jedem Paradigma zentral?

Als Erstes wollen wir diskutieren, welche Aspekte in jedem der Paradigmen zentral sind: Denn dies hat gravierende Auswirkungen darauf, welche Aspekte als weniger bedeutsam bzw. als vernachlässigbar gelten können.

1.1 Der Vorrang im EST-Paradigma: Wissenschaftlichkeit und Ökonomie

Im EST-Paradigma hat die Wissenschaftlichkeit Vorrang vor allen anderen Belangen.

Zentral geht es um eine möglichst zweifelsfreie und kausale Nachweisbarkeit von *Effektivität* einer psychotherapeutischen Methode: Die Effektivität soll empirisch-experimentell mit allen methodischen Mitteln abgesichert werden (Chambless & Hollon, 1998; Chambless & Ollendick, 2000; Goldfried & Eubanks-Carter, 2004; Westen et al., 2004).

Damit ist die *Effektivität* einer Methode auch nicht nur das wichtigste Kriterium dieser Methode, sondern im Grunde das Einzige, was wirklich zählt: Alle anderen Charakteristika einer Therapiemethode sind zweit- oder drittrangig (falls überhaupt relevant): Klientenorientierung, Flexibilität etc. der Methode sind (vollständig) irrelevant.

Damit wird auch nur ein solches, hochgradig experimentell-empirisch abgesichertes Verfahren als „in der Praxis zulässig“ betrachtet: Nur solche Verfahren dürfen von Therapeuten durchgeführt werden und nur deren Durchführung wird als „ethisch vertretbar“ betrachtet (vgl. Bohart, 2005).

Um eine solche empirische Absicherung zu erreichen und vor allem, um möglichst gute experimentelle Kontrollen zu gewährleisten, muss man die Therapien in starker Weise einschränken (Bohart, 2005; Goldfried, 2000; Kendall et al., 1999; Nathan et al., 2000; Westen & Morrison, 2001; Westen et al., 2004):

- Das Therapieverfahren möglichst genau standardisieren und damit manualisieren,
- dafür sorgen, dass die Therapeuten sich möglichst genau und damit eng an das Manual halten,
- muss man möglichst alle therapeutischen „Störeffekte“ wie klinische Entscheidungen, Fallkonzeptionen u.a. aus dem Therapieprozess ausschalten,
- muss man sich auf eine einzelne Störung konzentrieren,
- alle anderen Störfaktoren wie Co-Morbiditäten etc. ausschließen,
- die Ziele der Therapie auf die Reduzierung von Symptomen konzentrieren,
- alle anderen therapeutischen Ziele systematisch ausschließen,
- die Erfolgsmessung damit auch auf spezifische Symptommaße konzentrieren,
- und alle anderen Erfolgsindikatoren systematisch ausschließen,
- die Therapiezeiten möglichst kurz anlegen, da lange Therapiezeiten die experimentelle Kontrollierbarkeit exponentiell beeinträchtigen.

Die zentralen Therapieziele, die für Patienten angestrebt werden, sind damit

- sehr enge Veränderungen und keine weiten, breiten, über Symptomverbesserungen hinausgehenden Änderungen,

- schnelle Veränderungen, aber keine andauernden, stabilen Veränderungen (vgl. Howard et al., 1993; Kopta et al., 1994, Mueller et al., 1999).

Ein weiteres Hauptprinzip des EST-Paradigmas ist die *Effizienz*: Es geht darum, möglichst *kostengünstige* Psychotherapien zu etablieren: Also Therapien,

- die möglichst kurz sind,
- die aufgrund ihrer Standardisierung auch von „Hilfspersonal“ durchgeführt werden können.

Diese starke Ökonomie-Orientierung macht dieses Paradigma für Krankenkassen sehr interessant und dadurch entsteht gesellschaftlich eine sehr starke Lobby für dieses Paradigma. Daraus leitet sich auch die starke Tendenz dieses Paradigmas zu einem hegemonialen Anspruch (mit) ab (Bohart, 2005; Westen et al., 2004).

1.2 Vorrang im EBP-Paradigma: Der Klient

Zentraler Aspekt des EBP-Paradigmas ist der *Klient*: Es geht darum, den Klienten durch Psychotherapie zu erreichen, ihm eine Methode anzubieten, die er verwenden kann, die seine zentralen Probleme nachhaltig und tiefgreifend löst und die der Klient als respektvoll, vertrauenerweckend, hilfreich und motivierend erlebt (vgl. Bohart, 2005; Norcross, 2002a, 2002b; Westen et al., 2004).

Auch hier geht es also darum, dem Klienten eine effektive Therapie anzubieten: Eine Therapie, die zentral auf seine Probleme eingeht und die ihm nachhaltig hilft. Aber darum geht es nicht nur: Es geht auch darum, dass eine Therapie den Klienten als Person ernst nimmt und respektiert, die dem Klienten eine Problementfaltung ermöglicht und es ihm erlaubt, seine Ziele und Probleme erst einmal zu reflektieren, ehe er sich für Lösungen entscheiden muss (Bohart, 2005; Sachse, 2003; Westen et al., 2004a, 2004b).

Eine gute Therapie sollte dabei

- auf die Bedürfnisse und zentralen Probleme von Klienten eingehen, in Erfahrung bringen, was ein Klient letztlich will und was einem Klienten wirklich helfen kann,
- dem Klienten eine Therapie anbieten, die seine Probleme so grundlegend und so tiefgreifend wie möglich angeht und ihm zu einer möglichst dauerhaften Lösung verhilft,
- auf Besonderheiten von Klienten eingehen, z.B. auf die Tatsache,

- dass viele Klienten keine (klare) DSM-Diagnose erhalten können (Persons, 1991; Westen, 1998),
- dass viele Klienten zu Beginn der Therapie ihre Probleme gar nicht klar definieren können (vgl. Caspar, 1996, 2000; Caspar & Grawe, 1982a, 1982b, 1992; Grawe, 1998),
- dass viele Klienten erst nach Etablierung einer vertrauensvollen Therapeut-Klient-Beziehung dem Therapeuten relevante Informationen geben (Sachse, 2006b).
- darauf eingehen, dass viele Klienten-Probleme hoch komplex sind, dass viele psychologische Aspekte auf komplexe Weise interagieren (wie psychologische Störungskonzepte unschwer erkennen lassen, vgl. XXX),
- berücksichtigen, dass eine Reduzierung von Therapie auf oberflächliche Symptomaspekte vielen Klienten in gar keiner Weise gerecht wird.

Auch in diesem Paradigma sollten psychotherapeutische Maßnahmen effektiv sein und ihre Effektivität sollte *bestätigt* sein.

Anders als im EST-Paradigma geht man jedoch davon aus,

- dass es außer der experimentellen Bestätigung im „Goldstandard“ noch viele andere Wege gibt, die Effektivität von Psychotherapie zu evaluieren,
- dass viele therapeutische Vorgehensweisen und Strategien sowie „Therapeuten-Variablen“ existieren, die schon gut evaluiert sind: Strategien der Beziehungsgestaltung, Strategien der Klärung, Strategien der Problemaktualisierung, Strategien der Ressourcen-Aktivierung (vgl. Beutler et al., 1994; Grawe et al., 1994),
- dass alle diese Strategien sinnvoll und ethisch vertretbar eingesetzt werden können.

Außerdem wird davon ausgegangen, dass für die reale therapeutische Praxis solche Studien aussagekräftig sind, die die reale therapeutische Praxis zum Inhalt haben und nicht solche, die sich auf artifizielle Situationen beziehen und deren Generalisierbarkeit hochgradig fraglich ist.

2 Hegemonie und Toleranz

Mit beiden Paradigmen sind große Unterschiede im Hinblick auf Toleranz bzw. „Alleinvertretungsanspruch“ verbunden.

2.1 Starke hegemoniale Tendenzen im EST-Paradigma

Das EST-Paradigma lässt extrem starke „hegemoniale Tendenzen“ (Westen et al., 2004a) erkennen. Die Vertreter dieser Ansätze reklamieren u.a.,

- dass die experimentelle „Goldstandard“-Vorgehensweise das einzig akzeptable wissenschaftliche Vorgehen ist (und alle anderen Vorgehensweisen zweit- oder drittklassig seien),
- dass nur die Anwendung von derart validierten Verfahren ethisch vertretbar sei,
- dass deshalb alle Praktiker umgehend solche Verfahren anzuwenden hätten,
- dass andere Verfahren sofort als unzulässig zu gelten haben und nicht mehr praktiziert werden dürften.

Alle diese Ansichten sind weder wissenschaftlicher Konsens noch sind sie haltbar, wie wir weiter unten aufzeigen werden: Sie stellen lediglich eine (extreme) wissenschaftstheoretische Position dar, die in vielfacher Hinsicht diskutierbar ist.

Die Vertreter des EST-Ansatzes treten jedoch in wissenschaftlichen wie politischen Gremien mit diesem „Alleinvertretungsanspruch“ auf und sie haben auf der Seite von Politikern und Krankenkassen starke Verbündete, denen das Angebot angeblich effektiver, angeblich kurzer und angeblich kostengünstiger Therapien sehr recht ist.

Die Therapien, die hier angeboten werden,

- passen jedoch auf die meisten Klienten, die in realen Versorgungseinrichtungen auflaufen, nicht (denn dort befinden sich Klienten, die komplexe Co-Morbiditäten aufweisen, gar keine klar definierten Probleme zeigen, deutlich schwerer gestört sind als die „Untersuchungsklienten“; vgl. Beutler et al., 1994; Braun et al., 1994; Clarkin & Levy, 2004; Garfield, 1986, 1994; Gomes-Schwartz, 1978; Gouzoulis-Mayfrank et al., 2008; Kessler et al., 1998; Westen et al., 2004a)),
- sind damit tatsächlich für das relevante Praxisfeld *gar nicht validiert*,
- zeigen keine nachhaltigen Wirkungen oder Veränderungen bei Klienten (XXX dringend Angaben nötig! XXX).

Die angeblich hohe Kosten-Effektivität ist daher überhaupt nicht realistisch, sondern ein Schein-Effekt.

Außerdem muss man ein derartiges Auftreten aus der Sicht eines liberalen Wissenschaftsverständnisses (was eigentlich ein Pleonasmus sein sollte!) als hochgradig intolerant und in der Tat als hegemonial betrachten. Sieht man es als wissenschaftliches Grundverständnis an, dass Wissenschaft niemals „absolute Wahrheiten“ produziert, dann erscheinen solche Tendenzen auch als hochgradig unwissenschaftlich, sondern eher als hochgradig klerikal: Weder ist ein einzelnes wissenschaftliches Vorgehen allein gültig, noch ist es „allein ethisch“; solche Aussagen vertragen sich u.E. *nicht* mit „Wissenschaftlichkeit“.

2.2 Toleranz im EBP-Paradigma

Das EBP-Paradigma ist vergleichsweise tolerant: Auch hier gibt es Diskussionen, ob Therapiemethoden angemessen sind, ob die empirische Fundierung ausreicht u.a.

Es wird jedoch im Wesentlichen von Annahmen ausgegangen wie:

- Bisher gibt es kein Therapieverfahren, das wirklich *gute* Effektstärken und das wirklich gute langfristige Effekte erzeugt, sodass es alle anderen Verfahren weit hinter sich lässt. Also kann auch kein Verfahren eine allgemeine Überlegenheit und schon gar nicht eine Monopolstellung beanspruchen.
- Viele Verfahren weisen sehr ähnliche Effekte auf, obwohl sie anscheinend völlig anders vorgehen: Das weist darauf hin, dass es
 - entweder starke „common factors“ gibt, die unabhängig von spezifischen Therapieformen wirken,
 - oder dass ähnliche Effekte durch unterschiedliche Vorgehensweisen erreicht werden können,
 - oder beides.
- Dass Klienten extrem unterschiedlich sind, von ihren Problemen her, vom „psychologischen Funktionieren“ ihrer Probleme her, von ihren Co-Morbiditäten her, von ihren Persönlichkeiten und Persönlichkeitsstörungen her und von ihren Kontexten her (vgl. Untersuchungen zu sogenannten „Klienten-Variablen“, z.B.: Clarkin & Levy, 2004; Garfield, 1986, 1994; Hertz & Caspar, 2008; Johnson et al., 1991; Orlinsky & Howard, 1987; Orlinsky et al., 1994, 2004; Sachse & Elliott, 2002; Steiger & Stotland, 1996), sodass
 - keine noch so breite Therapieform allen Klienten gerecht werden kann,
 - insbesondere hoch spezialisierte Methoden nicht allen Klienten gerecht werden können.

- Dass Psychotherapie ein nicht-vollständig determinierter, nicht völlig berechenbarer und nicht völlig vorhersagbarer Prozess ist (vgl. Haken & Schiepek, 2010; Tretter, 2005), sodass
 - Psychotherapie nie im Detail planbar ist,
 - ein Therapeut immer auf unvorhergesehene Ereignisse reagieren müssen,
 - immer therapeutische Entscheidungen erforderlich sein werden, z.B. die, einem alten Thema zu folgen oder auf ein neues und tatsächlich relevantes Thema zu wechseln.
- Dass Psychotherapie ein hoch komplexer Prozess ist (XXX), sodass
 - ein einzelnes Therapieverfahren nie alle Aspekte von Psychotherapie berücksichtigen können,
 - Therapeuten eine hohe Expertise benötigen, um die Komplexität zu bewältigen,
 - sehr wahrscheinlich aber auch die Kapazitäten von Therapeuten begrenzt sein werden, sodass auch nicht alle Therapeuten alle Aspekte abdecken können.

Die Konsequenz aus diesen Annahmen ist *Pluralität*:

- Es ist sinnvoll, dass unterschiedliche Therapieverfahren nebeneinander existieren.
- Es ist sinnvoll, dass verschiedene Therapieverfahren Klienten unterschiedliche Strategien und Vorgehensweisen anbieten und Klienten Wahlmöglichkeiten lassen.
- Es ist sinnvoll, dass unterschiedliche Therapieansätze miteinander in Konkurrenz treten, um sich gegenseitig zu stimulieren, aber auch dazu führen, dass sich die Ansätze weiterentwickeln.
- Es ist nach wie vor sinnvoll, neue therapeutische Strategien und Ansätze zu entwickeln. Dies macht aber nur dann Sinn, wenn diese die Chance haben, in der Praxis ausprobiert zu werden, um sich bewähren zu können.

3 Medizinische vs. psychologische Grundorientierung von Psychotherapie

Die Paradigmen unterscheiden sich stark im Ausmaß, in dem sie in einem medizinischen oder psychologischen Denken verwurzelt sind.

3.1 EST-Paradigma: Medizinische Grundorientierung

Eine sehr wesentliche Implikation des EST-Paradigmas ist seine *medizinische Grundhaltung*: Das Forschungsparadigma der experimentellen Therapieforschung folgt sehr stark den Grund-

ideen einer pharmakologischen Forschung und die Grundideen (Exploration → Diagnose → Therapie → Planung → Therapie) entsprechen weitgehend denen eines medizinischen Therapiemodells.

Medizinische Modellvorstellungen legen auch den Annahmen zugrunde,

- dass das Therapieverfahren hoch spezifische, umgrenzte und genau definierbare Wirkfaktoren enthält,
- dass diese Wirkfaktoren auf die Störung einwirken, unabhängig von den genauen psychologischen Mechanismen der Störung und unabhängig von der Einbettung der Störung in andere, z.B. Persönlichkeitsfaktoren,
- dass der Klient „Ziel“ von Strategien ist und damit eher passiver Faktor einer Therapie und nicht eine eigenständige Person, um die es letztlich gehen sollte,
- dass der Therapeut „Durchführer“ des Verfahrens ist, jedoch eher eine „Störgröße“ als ein kompetenter Agent.

Psychologische Störungsmodelle kommen allenfalls noch am Rande vor, haben aber kaum Einfluss: Vor allem psychologisches Denken (z.B. im Hinblick auf den Umgang mit dem Klienten, die Beachtung von Klienten-Variablen etc.) spielt allenfalls eine untergeordnete Rolle.

3.2 EBP-Paradigma: Psychologische Grundorientierung

Eine wesentliche Implikation des EBP-Modells ist seine starke *psychologische Orientierung*:

- Psychologisch fundierte Störungstheorien spielen eine große Rolle *beim Verständnis von Störungen und zur Ableitung von Interventionen*. Hier spielen nicht nur lerntheoretische, sondern auch kognitions-, motivationstheoretische, emotionspsychologische, sozialpsychologische u.a. Konzepte eine große Rolle. Es wird davon ausgegangen, dass sich aus einem psychologischen Störungsverständnis psychologische Strategien zur Störungsveränderung ableiten lassen, die sich dann psychologisch erfassen lassen (Caspar et al., 2008a; Fiedler, 2007; Flor, 2007; Goschke, 2007; Grawe, 1998; Krause, 2007; Lauth & Naumann, 2005; Reizenzein, 2005; Resch, 2005).
- Psychotherapieprozesse werden stark psychologisch konzipiert: Sprachpsychologische Verstehenskonzepte, kognitionstheoretische Modelle der Informationsverarbeitung etc. sind von großer Bedeutung (Caspar et al., 2008b; Grawe, 1998; Grosse-Holtforth et al., 2010; Lutz, 2010).

- Psychologische Konzepte der Beziehungsgestaltung, des Umgangs mit Klienten etc. bilden die Basis-Konzepte von Psychotherapie (Caspar, 1996; Grawe, et al., 1994; Herpertz & Caspar, 2008; Norcross, 2001, 2002; Sachse, 2006a).

Es wird hier somit zentral davon ausgegangen, dass Psychotherapie ein Teilgebiet der Psychologie ist, mit genuin psychologischem Denken und psychologischen Konzepten. Und dass es auch zu den psychologischen Grundhaltungen gehört, darüber nachzudenken, wie man den Klienten als eigenständige und entscheidungstreffende *Person* zu respektieren und in den Therapieprozess einzubinden hat; und dass es aus psychologischer Sicht nicht angehen kann, einen Klienten als passiven, „erdulenden“ Rezipienten einer a priori festgelegten Therapie-maßnahme anzusehen.

4 Implikationen für das Konzept „Psychotherapie“

Die Paradigmen haben auch deutliche Konsequenzen im Hinblick darauf, wie der Psychotherapieprozess als solcher konzipiert wird.

4.1 EST: Psychotherapie ist wenig komplex

Eine wesentliche Implikation des EST-Paradigmas ist die Annahme, dass der Psychotherapieprozess selbst wenig komplex ist oder, dass die Komplexität des Prozesses ohne starke und relevante Realitätsverzerrung erheblich reduziert werden kann.

Betrachtet man Forschungen über „Klienten-Variablen“ und deren Auswirkungen auf Therapieprozess und –ergebnisse (vgl. Clarkin & Levy, 2004; Garfield, 1986, 1994), betrachtet man Forschungen zu Co-Morbiditäten, insbesondere mit Persönlichkeitsstörungen und deren Auswirkungen auf Therapieprozess und –ergebnisse (vgl. Fava et al., 2000; Gouzoulis-Mayfrank et al., 2008; Kessler et al., 1998, 2005; Melartin et al., 2002) und betrachtet man Forschungen zu Therapeuten-Variablen und therapeutischen Vorgehensweisen, dann erkennt man sehr deutlich die extrem hohe Komplexität von Therapieprozessen.

Betrachtet man dagegen manualisierte Therapien, dann wird sehr deutlich, dass von allen komplexen Aspekten, die im Therapieprozess offenbar möglich sind, nur wenige Prozent in den Manualen Berücksichtigung finden. Ganz offensichtlich und offenbar unbestreitbar *reduzieren die Manuale die zu erwartende Komplexität des Therapieprozesses in extrem starker Weise.*

Sie machen damit die Implikationen,

- dass sich die Komplexität der Therapie sinnvoll auf wenige, zentrale Aspekte reduzieren lässt, dass die Manuale diese zentralen Aspekte identifizieren können und dass diese auch die zentralen Wirkfaktoren abbilden;
- dass die ausgeblendeten Aspekte tatsächlich irrelevant sind, dass die Reduktion der Komplexität tatsächlich solche Aspekte ignoriert, die sich „ungestraft“ aus der Realität ausblenden lassen.

Tatsächlich sind diese Annahmen jedoch

- empirisch völlig ungeprüft, denn um sie zu untersuchen, müssten *alle* relevanten Variablen untersucht werden, was nie versucht wurde;
- empirisch wie theoretisch höchst unplausibel, denn Ergebnisse zeigen z.B., dass das Vorliegen von Co-Morbiditäten mit Persönlichkeitsstörungen die empirischen Ergebnisse massiv verändert.

4.2 EBP: Psychotherapie ist hoch komplex

Im EBP-Paradigma wird davon ausgegangen, dass Psychotherapie ein hoch komplexes Vorgehen ist, in dem Variablen des Klienten, seine aktuellen Stimmungen, Motivationen, Ziele usw. in Wechselwirkung treten mit Variablen des Therapeuten und diese Aspekte wiederum wechselwirken mit therapeutischen Strategien usw. Man erkennt die Komplexität gut an dem „Generic-Model of Psychotherapy“ von Orlinsky und Howard (1987), wobei gesehen wird, dass dieses Modell immer noch eine *Vereinfachung* der tatsächlichen Komplexität darstellt.

Wesentliche Implikationen, die sich aus der Annahme von Psychotherapie als komplexem Prozess ergeben, sind:

- Therapeuten müssen, um der Komplexität der Psychotherapie auch nur annähernd Rechnung tragen zu können, Experten im Sinne der Expertise-Forschung sein.
- Therapeuten müssen in ihrer Ausbildung zu Experten ausgebildet werden.

5 Implikationen für das Konzept des Patienten / des Klienten

Die Paradigmen haben Auswirkungen darauf, wie die Rolle des „zu Behandelnden“ definiert wird: Entweder als „Patient“ (von lateinisch „patiens“: geduldig) oder als „Klient“.

5.1 Das Konzept „Patient“ im EST

Eine zentrale Implikation des EST-Paradigmas, insbesondere von dessen medizinischer Orientierung, ist das Konzept des „Patienten“.

Im EST-Paradigma wird ein Patient aufgefasst als eine Person, die eine „Krankheit“ aufweist und die damit „Behandlung“ benötigt.

Diese Behandlung wird ihm vom Therapeuten „verordnet“ und sie wird vom Therapeuten durchgeführt; der Patient hat nur sehr wenig aktive Gestaltungsmöglichkeit und seine Wünsche werden nur minimal berücksichtigt. Als „Laie“ hat er die Behandlung zu akzeptieren, schließlich ist sie ja nachgewiesen effektiv.

Der Therapeut kann sehr schnell entscheiden, was die zentralen Probleme des Patienten sind und er kann dann auch schnell die „richtige“ Behandlung verordnen: Nach dieser Entscheidung sollte diese nicht mehr in Frage gestellt werden und das muss sie auch nicht, da Fehler in dem System nicht vorgesehen sind.

Hat ein Therapeut sich einmal für eine Methode entschieden, dann sollte er sich vom Patienten auch nicht mehr davon abbringen lassen: Weder durch neue Themen, noch durch neue Probleme: Denn jede Abweichung von der Standard-Prozedur reduziert deren Effektivität im Hinblick auf die Reduktion der relevanten Symptome. Der Patient kann damit nach der Entscheidung kaum noch etwas bewirken: Auch wenn er relevante Themen oder Probleme einbringen wollen würde, wäre das im System nicht vorgesehen.

Die Rollenverteilung Therapeut-Patient ist sehr ähnlich der von Arzt-Patient: Der Arzt entscheidet praktisch allein über medizinische Maßnahmen und die Mitarbeit des Patienten besteht darin, ihnen zu folgen.

5.2 Das Konzept des „Klienten“ im EBP-Paradigma

Eine zentrale Implikation des EBP-Paradigmas, vor allem dessen psychologische Orientierung, ist das Konzept „Klient“ („Auftraggeber“).

Ein Klient ist eine Person, die eine psychische Störung aufweist, die ihr Kosten verursacht und die sich daraufhin entscheidet, eine Psychotherapie aufzusuchen. Sie hat damit ein *Anliegen* an einen Dienstleister, den Therapeuten. Das Anliegen ist, die Kosten zu reduzieren und damit, die psychische Störung zu bearbeiten. Damit ist ein Klient ein *Kunde*, der von einem professionellen Dienstleister eine spezifische Dienstleistung in Anspruch nimmt.

Dieser „Kunde“ hat bestimmte Rechte: Er hat das Recht, eine effektive Therapie zu erhalten, er hat aber auch das Recht, respektvoll behandelt zu werden, gehört zu werden, letztlich die Entscheidungen darüber zu fällen, was er will oder nicht will; er hat das Recht, *nicht*

pathologisiert zu werden, das Recht, nicht bevormundet zu werden und das Recht, selbst über seine Ziele und sein Leben zu entscheiden.

Aus psychologischer Sicht ist der Klient auch nicht „krank“: Das Konzept „Krankheit“ ist ein krankenkassen-juristisches und kein psychologisches Konzept: Man kann aus krankenkassen-juristischen Gründen den Klienten „krank“ nennen, aus psychologischer Perspektive ist er es nicht. Der Klient ist für seine Probleme und insbesondere für deren Behebung mit verantwortlich und er behält auch seinen Teil der Verantwortung in der Therapie. Der Klient muss vom Therapeuten in die Therapie einbezogen werden: Er muss erkennen, dass er etwas ändern muss, er muss Änderungsmotivation entwickeln, er muss aktiv mitarbeiten usw. und die Aufgabe des Therapeuten ist es, diese Prozesse in Gang zu setzen und zu fördern.

Aus der Sicht des EBP-Paradigmas bilden Klient und Therapeut ein Team, in dem

- der Therapeut der Experte für den Prozess ist: Der Experte für Störungen und deren Behebung, der Experte für Klärung, Ressourcen-Aktivierung etc., der Experte für die Steuerung konstruktiver Prozesse;
- der Klient der Experte für die Inhalte ist: *Er* muss die Inhalte klären, die Prozesse vollziehen, die Veränderungen aktiv umsetzen usw.

Der Klient wird in der Therapie als Experte für die Inhalte angesehen, als eine Person, die mitbestimmt, deren Mitarbeit erforderlich ist, die verstehen soll, was ihr Problem ist und die verstehen soll, warum was in der Psychotherapie getan werden sollte. Der Klient soll nicht nur eine stabile und adäquate Problemlösung erarbeiten, er soll durch Therapie auch zu einem kompetenten Problemlöser werden.

Der Therapeut ist der Prozessexperte, der angeben kann, was ein Klient tun kann und tun sollte, um sein Problem zu lösen: Er arbeitet dabei aber mit dem Klienten zusammen und geht, soweit dies möglich und sinnvoll ist, auf den Klienten ein.

Die Rollenverteilung von Therapeut und Klient ist eher egalitär: Beide haben in einem Team spezifische Aufgaben, aber auch der Klient hat ein Mitspracherecht und die Compliance des Klienten ist von zentraler Bedeutung: Also ist es eine zentrale Aufgabe des Therapeuten, den Klienten zu *überzeugen*, nicht, ihm Anweisungen zu geben.

6 Die Rolle des Therapeuten

Die beiden Paradigmen definieren insbesondere die Rolle und die Kompetenzen des Therapeuten sehr stark unterschiedlich.

6.1 Die Rolle des Therapeuten im EST-Paradigma

Eine besonders wesentliche Implikation des EST-Modells betrifft die Rolle des Therapeuten. Da die Therapie hoch standardisiert ist und die Therapie streng genommen auch nur in genau der vorliegenden Form evaluiert ist, sollte sich ein Therapeut auch so genau wie möglich an das Manual bzw. das Standardvorgehen halten. Damit darf ein Therapeut streng genommen nur genau das tun, was die Autoren des Manuals vorschreiben; und er muss auch nur genau das tun und nichts anderes. Ein Therapeut darf damit seine klinischen Kompetenzen nicht einsetzen, auch dann nicht, wenn es ihm sinnvoll erscheint. Er darf außerhalb des Manuals

- keine Informationen verwenden,
- keine Entscheidungen treffen,
- keine anderen therapeutischen Handlungen ausführen.

Das bedeutet in der therapeutischen Praxis,

- dass ein Therapeut nicht auf spezifische Wünsche und Bedürfnisse des Patienten eingehen darf und dass der Therapeut sich auch nicht von neuen/anderen Themen/Problemen des Patienten vom Manual „ablenken“ lassen darf, denn jede Ablenkung vom Standardprogramm reduziert dessen Effektivität;
- dass ein Therapeut damit auch nicht bearbeiten soll/kann, ob neue Themen des Patienten u.U. viel relevanter sind und auf viel relevantere Probleme des Patienten hinweisen können, denn dann verlässt der Therapeut ja den empirisch gesicherten Weg und das ist nicht zulässig;
- dass der Therapeut auf Persönlichkeitsaspekte/Persönlichkeitsstörungen des Patienten nicht eingehen kann;
- dass der Therapeut systematisch alle komplizierenden Problemaspekte systematisch ignorieren muss.

Dies impliziert aber für den Therapeuten auch,

- dass er seine psychologische Expertise (freiwillig) auf die einer therapeutischen *Hilfsperson* reduziert;
- dass er sein gesamtes psychologisches und psychotherapeutisches Wissen ausblendet;
- dass er keine klinischen Verarbeitungen und klinischen Entscheidungen mehr vollzieht.

Arbeitet er als Psychotherapeut nur noch nach dem Paradigma, dann reduziert er seine gesamte psychotherapeutische Expertise auf die eines Manual-Gehilfen. Damit aber verliert ein Psychotherapeut vollständig seine Professionalität und Psychotherapie wird eine Domäne von Pflegern mit „Psychotherapie-Zusatzausbildung“.

Konsequenterweise traut das EST-Paradigma den Therapeuten auch wenig zu. Einerseits betont das Paradigma stark,

- wie begrenzt die Verarbeitungskapazität von Therapeuten sei,
- wie fehleranfällig „klinische Urteile“ seien,
- wie wenig Expertise zum Erfolg von Therapie beitrage.

Unerwähnt bleibt aber,

- dass Therapeuten zu einem großen Teil bestimmte Urteile nicht fällen können, weil das Paradigma ja auch schon dazu führt, die Therapeuten gar nicht systematisch auf die Verarbeitung von Informationen zu trainieren: Nach der Expertise-Forschung ist dann auch keine Expertise zu erwarten!
- dass spezifische, systematische Trainings Verarbeitungsfehler stark reduzieren und dass *wirkliche Experten* wenige Fehler machen;
- dass die Untersuchungen, die angeblich zeigen, dass Expertise im Psychotherapie-Bereich nicht relevant sei, meist mit sehr „leicht gestörten“ Klienten arbeiten wo klar ist, dass Expertise sich erst bei schwierigen Problemen zeigen kann (wie RS es formuliert: „Beim Braten von Spiegeleiern werden durchschnittliche Hausmänner und Hausfrauen französischen Spitzenköchen kaum überlegen sein!“).

6.2 Die Rolle des Therapeuten im EBP-Paradigma

Eine wesentliche Implikation des EBP-Modells im Hinblick auf den Therapeuten ist, dass ein Psychotherapeut ein hoch ausgebildeter und extrem gut trainierter *Experte* sein muss (vgl. Westen & Weinberger, 2004; Westen et al., 2004, 2005).

Wenn man davon ausgeht,

- dass Klienten und Klienten-Probleme hoch komplex sind,
- dass Problemaspekte, Klienten-Variablen und psychologische Prozesse komplex miteinander interagieren,
- dass z.B. Klienten mit Persönlichkeitsstörungen extrem hohe Anforderungen an Therapeuten stellen im Hinblick auf Motivierung, Problembearbeitung, Interaktionsprobleme usw.,
- dass Probleme von Klienten oft erst im Verlauf eines Therapieprozesses zum Ausdruck kommen,

- dass Therapeuten über viele sehr unterschiedliche Kompetenzen verfügen müssen („Therapeuten-Variablen“),
 - dass Therapieprozesse nur zu einem Teil berechenbar und steuerbar sind,
- dann muss man logischerweise davon ausgehen, dass Therapeuten *hochgradige Experten* im Sinne der Expertise-Forschung sein müssen (vgl. Sachse, 2006, 2009).

Das bedeutet, Therapeuten müssen

- über ein fundiertes, gut strukturiertes, anwendungsorientiertes Wissen über Störungen, psychologische Modelle, Psychotherapieprozesse, Strategien, Interventionen usw. verfügen;
- in der Lage sein, schnell und valide Klienten-Informationen zu verarbeiten, Klienten-Modelle zu bilden, Therapie-Situationen einzuschätzen etc.;
- in der Lage sein, therapeutische Entscheidungen zu treffen, welche Aspekte relevant sind, welchen Spuren und Themen sie folgen wollen und welchen nicht, welche Probleme zentral sind usw.;
- über spezifische therapeutische Strategien verfügen, die sie flexibel einsetzen können: Über Strategien der Beziehungsgestaltung, der Klärung, der Problem-Aktualisierung, der Ressourcen-Aktivierung und der Bewältigung;
- in der Lage sein, Intervention so zu realisieren, dass Klienten sie verstehen, ausführen wollen und umsetzen;
- in der Lage sein, Compliance zu schaffen, Klienten ausreichend zu Veränderung motivieren usw.;
- in der Lage sein, Prozesse zu evaluieren, zu beurteilen, ob ein Therapieprozess gut läuft;
- und vieles mehr.

Der EBP-Ansatz traut Therapeuten viel zu, er mutet Therapeuten aber auch viel zu. Daher sollten Therapeuten

- für eine gute Ausbildung sorgen, in der sie die entsprechende Expertise auch erwerben können;
- für gute Supervision sorgen, um ihre Qualität zu halten;
- ihre Arbeit weiterhin reflektieren und sich weiterbilden;
- alle Hilfsmittel nutzen, die sie sinnvoll verwenden können.

Im EBP-Paradigma hat *die Praxis Vorrang vor der Forschung*. Es wird davon ausgegangen,

- dass psychotherapeutische Praxis immer von lebenden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten durchgeführt wird; auch wenn manualisierte Therapien durchgeführt werden, so werden diese von Therapeuten ausgeführt: Kein Manual macht Psychotherapie!
- dass es letztlich *diese* PsychotherapeutInnen sind, die mit den Klienten arbeiten, die Diagnosen stellen, therapeutische Entscheidungen treffen, Interventionen realisieren, Effekte kontrollieren usw.;
- und dass damit auch letztlich diese PsychotherapeutInnen die Verantwortung für den Therapieprozess, für Entscheidungen usw. haben (und nicht Manuale);
- dass Psychotherapie im realen sozialen Kontext eines Versorgungssystems erfolgt, im Kontext von realen Patienten (und nicht in artifiziellen Labor-Kontexten);
- dass Psychotherapie mit realen Klienten geschieht, die vielfältige, komplexe Probleme, Persönlichkeitsstörungen, Interaktionseigenheiten usw. in die Therapie mitbringen.

Daher wird in diesem Paradigma angenommen,

- dass psychotherapeutische Konzepte sich *vorrangig* an der Realität von Psychotherapie, an naturalistischen Kontexten zu orientieren haben (und nicht an artifiziellen Forschungskonzepten);
- dass Psychotherapie-Konzepte die Komplexität von Klienten und Klienten-Problemen abbilden und berücksichtigen müssen, deren Eigenarten und Bedürfnisse;
- dass Psychotherapie-Konzepte die realen Probleme und Aufgaben von Psychotherapeuten berücksichtigen müssen;
- dass Psychotherapie-Konzepte berücksichtigen müssen, dass Therapeuten eine hohe Expertise für ihren Beruf brauchen, dass sie diese haben und dass sie diese durch *gutes Training* erwerben können.

7 Literatur

Beutler, L.E., Machado, P.P. & Allstetter-Neufeldt, S. (1994). Therapist variables. In: A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 4th edition, 229-269. New York: Wiley.

Bohart, A.C. (2005). Evidence-based psychotherapy means evidence-informed, not evidence-driven. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 35 (1), 39-53.

Braun, D.L., Sunday, S.R. & Halmi, K.A. (1994). Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychological Medicine*, 24, 859-867.

- Caspar, F. (1996). *Beziehungen und Probleme verstehen. Eine Einführung in die psychotherapeutische Plananalyse*. Bern: Huber.
- Caspar, F. (2000). Therapeutisches Handeln als individueller Konstruktionsprozess. In: J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*, Bd. 1, 2. Aufl., 155-166. Berlin: Springer.
- 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.
- Caspar, F. & Grawe, K. (1992). Psychotherapie: Anwendung von Methoden oder ein heuristischer integrierender Produktionsprozeß? *Report Psychologie*, 7, 10-22.
- Caspar, F., Herpertz, S.C. & Mundt, C. (2008a). Was ist eine psychische Störung? In: S.C. Herpertz, F. Caspar & C. Mundt (Hrsg.), *Störungsorientierte Psychotherapie*, 3-32. München: Urban & Fischer.
- Caspar, F., Herpertz, S.C. & Mundt, C. (2008b). Was ist Psychotherapie? In: S.C. Herpertz, F. Caspar & C. Mundt (Hrsg.), *Störungsorientierte Psychotherapie*, 33-54. München: Urban & Fischer.
- Chambless, D. & Hollon, S. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7-18.
- Chambless, D. & Ollendick, T. (2000). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.
- Clarkin, J.E. & Levy, K.M. (2004). The influence of client variables on psychotherapy. In: M. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 5th edition, 194-226. New York: Wiley.
- Fava, M., Rankin, M.A., Wright, E.C., Alpert, J.E., Nierenberg, A.A., Pava, J. et al. (2000). Anxiety disorders in major depression. *Comprehensive Psychiatry*, 41, 97-102.
- Fiedler, P. (2007). Persönlichkeit und Persönlichkeitsentwicklung. In: B. Strauß, F. Hohagen & F. Caspar (Hrsg.), *Lehrbuch Psychotherapie*, Band 1, 39-60.
- Flor, H. (2007). Lern- und Verhaltenstheoretische Störungslehre. In: B. Strauß, F. Hohagen & F. Caspar (Hrsg.), *Lehrbuch Psychotherapie*, Band 1, 217-237.

- Garfield, S.E. (1986). Research on client variables in psychotherapy. In: S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 3rd edition, 215-256. New York: Wiley.
- Garfield, S.L. (1994). Research on client variables in psychotherapy. In: A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 4th edition, 190-228. New York: Wiley.
- Goldfried, M.R. (2000). Consensus in psychotherapy research and practice: Where have all the findings gone? *Psychotherapy Research*, 10, 1-16.
- Goldfried, M.R. & Eubanks-Carter, C. (2004). On the need for a new psychotherapy research paradigm: Comment on Westen, Novotny, and Thompson-Brenner (2004). *Psychological Bulletin*, 130 (4), 669-673.
- Gomes-Schwartz, B. (1978). Effective ingredients in psychotherapy: Prediction of outcome from process variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 36, 1023-1035.
- Goschke, T. (2007). Kognitive und affektive Neurowissenschaft des Gedächtnisses. In: B. Strauß, F. Hohagen & F. Caspar (Hrsg.), *Lehrbuch Psychotherapie*, Band 1, 93-130.
- Gouzoulis-Mayfrank, E., Schweiger, U. & Sipos, V. (2008). Komorbide Störungen. In: S.C. Herpertz, F. Caspar & C. Mundt (Hrsg.), *Störungsorientierte Psychotherapie*, 657-677. München: Urban & Fischer.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Grosse-Holtforth, M., Lutz, W. & Egenolf, Y. (2010). Diagnostik und Therapie-Planung in der Psychotherapie. In: W. Lutz (Hrsg.), *Lehrbuch Psychotherapie*, 71-87. Bern: Huber.
- Haken, H. & Schiepek, G. (2010). *Synergetik in der Psychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Herpertz, S.C. & Caspar, F. (2008). Therapeutische Beziehung, Patientenmerkmale und Behandlungsprognose. In: S.C. Herpertz, F. Caspar & C. Mundt (Hrsg.), *Störungsorientierte Psychotherapie*, 77-89. München: Urban & Fischer.
- Howard, K.I., Lueger, R., Maling, M. & Martinovich, Z. (1993). A phase model of psychotherapy: Causal mediation of outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 106-110.
- Johnson, C., Tobin, D.L. & Dennis, A. (1991). Differences in treatment outcome between borderline and nonborderline bulimics at one-year follow-up. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 617-627.

- Kendall, P.C., Marrs-Garcia, A., Nath, S.R. & Sheldrick, R.C. (1999). Normative comparisons for the evaluation of clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 285-299.
- Kessler, R.C., Chiu, W.T., Demler, O., Merikangas, K.R. & Walters, E.E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry, 62*, 617-627.
- Kessler, R.C., Stang, P.E., Wittchen, H.U., Ustun, T.B., Roy-Burne, P.P. & Walters, E.E. (1998). Lifetime panic-depression comorbidity in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry, 55*, 801-808.
- Kopta, S., Howard, K., Lowry, J. & Beutler, L. (1994). Patterns of symptomatic recovery in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*, 1009-1016.
- Krause, R. (2007). Emotion. In: B. Strauß, F. Hohagen & F. Caspar (Hrsg.), *Lehrbuch Psychotherapie*, Band 1, 61-92.
- Lauth, G.W. & Naumann, K. (2005). Denken und Problemlösen. In: F. Petermann & H. Reinecker (Hrsg.), *Handbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie*, 52-58. Göttingen: Hogrefe.
- Lutz, W. (2010). Was ist Psychotherapie? In: W. Lutz (Hrsg.), *Lehrbuch Psychotherapie*, 28-47. Bern: Huber.
- Melartin, T.K., Rytala, H.J., Leskela, U.S., Lestela-Mielonen, P.S., Sokero, T.P. & Isometsa, E.T. (2002). Current comorbidity of psychiatric disorders among DSM-IV major depressive disorder patients in psychiatric care in the Vantaa Depression Study. *Journal of Clinical Psychiatry, 63*, 126-134.
- Mueller, T.I., Leon, A.C., Keller, M.B., Solomon, D.A., Endicott, J., Coryell, W. et al. (1999). Recurrence after recovery from major depressive disorder during 15 years of observational follow-up. *American Journal of Psychiatry, 156*, 1000-1006.
- Nathan, P.E., Stuart, S.P. & Dolan, S.L. (2000). Research on psychotherapy efficacy and effectiveness: Between Scylla and Charybdis? *Psychological Bulletin, 126*, 964-981.
- Norcross, J.C. (2001). Purposes, processes and products of the task force on empirically supported therapy relationships. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 38*, 345-356.
- Norcross, J.C. (2002a). Empirically Supported Therapy Relationships. In: J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy Relationships That Work*, 1-16. Oxford: University Press.
- Norcross, J.C. (2002b). *Psychotherapy Relationships That Work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: 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 behavior change*, 4th edition, 270-276. New York: Wiley.
- Orlinsky, D.E. & Howard, K.I. (1987). A generic model of psychotherapy. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, 6, 6-27.
- Orlinsky, D.E., Ronnestad, M.L. & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: continuity and change. In: M. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 5th edition, 307-389. New York: Wiley.
- Persons, J.B. (1991). Psychotherapy outcome studies do not accurately represent current models of psychotherapy: A proposed remedy. *American Psychologist*, 46, 99-106.
- Reisenzein, R. (2005). Motivation und Emotion. In: F. Petermann & H. Reinecker (Hrsg.), *Handbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie*, 60-67. Göttingen: Hogrefe.
- Resch, F. (2005). Entwicklungspsychopathologie. In: F. Petermann & H. Reinecker (Hrsg.), *Handbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie*, 69-79. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2003). *Klärungsorientierte Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2006a). *Therapeutische Beziehungsgestaltung*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2006b). Valide Information entsteht im Therapieprozess: Zur Bedeutung von Beziehungsgestaltung und Klärung in der Anfangsphase von Psychotherapie. In: R. Sachse & P. Schlebusch (Hrsg.), *Perspektiven Klärungsorientierter Psychotherapie*, 281-293. Lengerich: Pabst.
- Sachse, R. (2009). Psychotherapeuten als Experten. In: R. Sachse, J. Fasbender, J. Breil & O. Püschel (Hrsg.), *Grundlagen und Konzepte Klärungsorientierter Psychotherapie*, 269-291. Göttingen: Hogrefe.
- 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.
- Steiger, H. & Stotland, S. (1996). Prospective study of outcome in bulimics as a function of Axis-II comorbidity: Long-term responses on eating and psychiatric symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 20, 149-161.
- Tretter, F. (2005). *Systemtheorie im klinischen Kontext*. Lengerich: Pabst.
- Westen, D. (1998). Case formulation and personality diagnosis: Two processes or one? In: J. Barron (Ed.), *Making diagnosis meaningful*, 111-138. Washington, DC: American Psychological Association.

- Westen, D. & Morrison, K. (2001). A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic, and generalized anxiety disorder: An empirical examination of the status of empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 875-899.
- Westen, D., Novotny, C.M. & Thompson-Brenner, H. (2004a). The empirical status of empirically supported psychotherapies: Assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychological Bulletin, 130* (4), 631-663.
- Westen, D., Novotny, C.M. & Thompson-Brenner, H. (2004b). The next generation of psychotherapy research: Reply to Ablon and Marci (2004), Goldfried and Eubanks-Carter (2004), and Haaga, 2004). *Psychological Bulletin, 130*, 677-683.
- Westen, D., Novotny, C.M. & Thompson-Brenner, H. (2005). EBP \neq EST: Reply to Crits-Christoph et al. (2005) and Weisz et al. (2005). *Psychological Bulletin, 131* (3), 427-433.
- Westen, D. & Weinberger, J. (2004). When clinical description becomes statistical prediction. *American Psychologist, 59*, 595-613.

PAPER 3

Rainer Sachse

Jana Fasbender

Psychotherapie als komplexe Aufgabe für den Therapeuten

1 Einleitung

In dieser Arbeit wollen wir zeigen, dass Psychotherapie ein hoch komplexes Geschehen ist, dass Psychotherapie demzufolge für Therapeuten eine hoch komplexe Aufgabe ist und dass Therapeuten deshalb eine sehr hohe Expertise benötigen, um diese Aufgabe angemessen und effektiv zu bewältigen (vgl. Caspar, 2000; Caspar & Grawe, 1992; Caspar et al., 2008b; Grawe, 1995, 1998; Grawe et al., 1990, 1994). Und wir wollen zeigen, dass Therapiemodelle die Komplexität in angemessener, aber auch in unangemessener Weise reduzieren können.

2 Psychotherapie ist ein hoch komplexes Geschehen

Die Komplexität von Psychotherapie erkennt man als Therapeut sehr schnell, wenn man mit einer bestimmten Therapiemethode “an Klienten herangeht” und bemerkt, dass viele Klienten nicht oder nicht ausreichend von dieser Methode profitieren, dass Klienten Probleme präsentieren, für die die jeweilige Methode keine adäquaten Lösungen anbietet.

Man bemerkt die Komplexität schnell, wenn man Klienten zuhört und erkennt, dass es neben phobischen Ängsten auch noch hoch komplexe persönliche, oft existentielle Probleme gibt, mit denen die Klienten zum Therapeuten kommen. Man bemerkt die Komplexität schnell, wenn man sich auf Klienten einlässt und erkennt, dass Klienten sich nicht nur in einer Vielfalt von Störungen, sondern in einer Vielfalt von anderen Merkmalen unterscheiden. Wenn einem deutlich wird, in welcher unterschiedlicher Weise Klienten zum Therapeuten Beziehung aufnehmen, ihre Probleme schildern, mit dem Therapeuten kooperieren u.a.

Und die Komplexität wird einem deutlich, wenn man versucht, Klienten zu verstehen, die vom Klienten „einlaufenden“ Informationen „in Realzeit“ zu verarbeiten, zu verstehen, was ein Klient meint, denkt, fühlt, welche Ziele und Schemata er hat.

Die Komplexität wird einem Therapeuten allerdings weniger deutlich, wenn er den Klienten von der ersten Minute des Therapieprozesses an in ein „Schedule“ presst, den Klienten in der Suche nach Diagnosen „exploriert“, die ersten auftauchenden Probleme in den Fokus nimmt und den Klienten auf die Bearbeitung dieser Probleme festlegt. Durch ein solches Vorgehen kann ein Therapeut sehr effektiv verhindern, dass der Klient wesentliche Aspekte seiner Probleme entfaltet, verhindern, dass deutlich wird, worum es dem Klienten eigentlich geht. Konzentriert sich der Therapeut im Therapieprozess nur auf eine Dimension, dann erkennt er auch nur eine Dimension: Sieht er nur einfache, „standardmäßig“ zu behandelnde Probleme, dann kann er die Komplexität des therapeutischen Geschehens gar nicht erkennen. Die Erkenntnis, dass Voreinstellungen, Annahmen u.ä. die Verarbeitung von Informationen systematisch verzerren, ist in der Psychologie keine wirklich neue Erkenntnis.

Und man kann sich auch keinen Grund denken, warum sie vor dem Bereich „Psychotherapie“ halt machen sollte.

Wir möchten aber genau das deutlich machen, was unseres Erachtens nach häufig systematisch ignoriert wird: Dass Psychotherapie eine hoch komplexe Aufgabe ist und dass man diese Aufgabe wahrscheinlich in ihrer Komplexität reduzieren muss, um sie für Therapeuten überhaupt noch handhabbar zu machen. Dass aber jede Komplexitätsreduktion eine Einschränkung der Sichtweise und damit des Geltungsbereiches des davon betroffenen Therapiemodells bedeutet. Und dass es Einschränkungen der Komplexität gibt, die dazu führen, dass die entsprechende Therapiemethode nur noch einen sehr geringen Geltungsbereich hat. Insbesondere möchten wir aber darauf hinweisen, dass es unangemessen ist, ein System von sehr eingeschränkter Komplexität zu entwickeln, dieses dann aber auf den gesamten Realitätsbereich von „Psychotherapie“ zu generalisieren.

Wir möchten zunächst mehrere Zugänge nutzen, um aufzuzeigen, dass der „Realitätsbereich Psychotherapie“ ein hoch komplexer Bereich ist.

3 Klienten-Variablen: Klienten bedingen die Komplexität von Psychotherapie

Eine Möglichkeit, die Komplexität von Psychotherapie aufzuzeigen, ist sich mit der empirischen Forschung zu Klienten-Charakteristika oder „Klienten-Variablen“ zu beschäftigen, also mit Charakteristika, die Klienten mit in die Therapie bringen oder die sie im Psychotherapieprozess entfalten und die das psychotherapeutische Geschehen deutlich beeinflussen (vgl. Clarkin & Levy, 2004; Garfield, 1986, 1994; Herpertz & Caspar, 2008; Orlinsky et al., 1994, 2004; Orlinsky & Howard, 1986; Sachse & Elliott, 2002). Obwohl die Forschung auf diesem Gebiet sicher noch gar nicht alle relevanten Variablen erfasst hat, so machen die existierenden Studien doch bereits sehr deutlich, dass Klienten mit sehr vielen sehr unterschiedlichen psychologischen Variablen „in die Therapie kommen“. Und dass sie durch ihr „innertherapeutisches Handeln“ sehr unterschiedliche Bedingungen im Therapieprozess herstellen, Bedingungen, die einen starken Einfluss haben auf die Prozesse, die im Prozess ablaufen und auf die resultierenden Therapie-Ergebnisse und auf die sich Therapeuten in angemessener Weise einstellen müssen. Diese Charakteristika schaffen eine enorme „Varianz“ im Therapieprozess und stellen damit sehr hohe Anforderungen an die Expertise des Therapeuten. Etliche der Charakteristika, so wird deutlich, erschweren den Therapieprozess deutlich und sie beeinträchtigen das Therapieergebnis, es sei denn, Therapeuten sind in der Lage, die Effekte durch entsprechende therapeutische Strategien „auszugleichen“.

Da wir hier kein Lehrbuch über Klientenprozesse schreiben wollen, sondern es unsere Absicht ist, die Komplexität von Therapie zu demonstrieren, beabsichtigen wir nicht, eine vollständige Auflistung aller Klienten-Variablen zu präsentieren. Wir möchten die Relevanz dieses Aspektes eher an exemplarischen Beispielen illustrieren.

3.1 Variablen der Störung

- Art der psychischen Störung

Die Art der psychischen Störung (die Art der Diagnose) hat einen starken Einfluss auf das psychotherapeutische Geschehen (Caspar et al., 2008a; Freyberger & Caspar, 2008). Dies wird sehr deutlich an Therapiekonzepten (und entsprechenden Untersuchungen), in denen spezielle, auf eine Störung bezogene Therapiemaßnahmen konzipiert werden: Dabei geht man davon aus, dass eine psychotherapeutische Maßnahme genau auf eine Störung bzw. auf ihr „psychologisches Funktionieren“ zugeschnitten sein sollte („Störungsspezifität“; vgl. Backenstrass & Mundt, 2008; Beck et al., 1979, 1985; Clark et al., 1994, 1998, 2006; Egle, et al., 2007; Ehlers, 1999; Ehlers & Clark, 2000; Fichter & Herpertz, 2008; Fiedler, 2001; Flor, 2007; Freyberger & Spitzer, 2007; Gleaves & Eberenz, 1993; Hautzinger,

2003; Hautzinger & DeJong-Meyer, 1996; Henningsen & Martin, 2008; Herpertz, 2006; Hiller et al., 1997; Jacobi et al., 2000, 2007; Lieb, 2007; Maercker, 1998, 2007; McCullough, 1991, 2000, 2003; McCullough et al., 2000, 2003; Poppe, 2008; Rief & Hiller, 1998, 2003; Rief et al., 2006; Salkovskis, 1999; Salkovskis et al., 1999, 2003; Schauenburg, 2007; Stangier & Leichsenring, 2008; Wahl et al., 2007).

- Schwere der Symptomausprägung

In der Regel gilt der Zusammenhang: Je schwerer die Ausprägung von Symptomen ist, desto geringer ist der Therapieerfolg (Beckham, 1989; Garfield, 1994; Hoberman et al., 1988; Lambert & Anderson, 1996; Luborsky et al., 1988; Stone et al., 1961; Truax et al., 1966a; Rounsaville et al., 1981).

- Geringes psychologisches Funktionsniveau

Ein psychologisches Funktionsniveau wird deutlich darin, wie gut ein Klient den Alltag bewältigt, ob er einer Arbeit erfolgreich nachgeht, zufriedenstellende soziale Beziehungen unterhält usw. Ein geringes psychologisches Funktionsniveau wirkt sich nachteilig auf den Therapieerfolg aus (Gitlin et al., 1995; Kocsis et al., 1988; Sotsky et al., 1991). Offenbar wirkt sich diese Variable nicht bei allen Therapieformen gleich negativ aus (Rounsaville et al., 1981).

- Persönlichkeitsstörungen

Wir führen Persönlichkeitsstörungen getrennt von anderen Störungen auf, weil Klienten mit Persönlichkeitsstörungen nicht nur bestimmte psychische Symptome und ein spezifisches psychisches Funktionieren aufweisen: Klienten mit Persönlichkeitsstörungen weisen darüber hinaus noch viele weitere Charakteristika auf, die den Therapieprozess unmittelbar beeinflussen und damit ganz spezielle Anforderungen an den Therapeuten stellen (Arntz, 2003; Beck et al., 1999; Bohus, 2002, 2007; Doering et al., 2008; Doering & Sachse, 2008a, 2008b; Fiedler, 2003, 2007; Habermeyer et al., 2008; Herpertz et al., 2001; Linehan, 1993; Millon, 1996; Renneberg, 2008; Sachse, 1999b, 2001a, 2001b, 2002, 2004a, 2004b, 2006a, 2006b, 2008a; Sachse et al., 2010, 2011):

- Sie realisieren spezielle, dysfunktionale Interaktionsmuster, die vom Therapeuten spezielle therapeutische Vorgehensweisen erfordern.
- Sie bringen Therapeuten in „schwierige Interaktionssituationen“, mit denen Therapeuten konstruktiv umgehen können müssen.
- Sie weisen eine ich-syntone Störung auf (d.h. sie betrachten die Persönlichkeitsstörung als Teil ihrer Person oder ihrer Identität und nicht als ein Problem), wodurch sie zu Therapiebeginn nur eine geringe bis keine Änderungsmotivation aufweisen.

- Sie weisen oft spezifische, leicht aktivierbare Schemata auf, wodurch sie auf Fragen oder Interventionen dann oft sehr heftig und dysfunktional reagieren, eine Handlungsweise, mit der Therapeuten angemessen umgehen können müssen.

3.2 Co-Morbiditäten

Co-Morbiditäten, d.h. das gemeinsame Auftreten mehrerer Störungen bei der gleichen Person, sind relative häufig (Gouzoulis-Mayfrank et al., 2008).

Nach einer Studie von Melartin et al. (2002) zeigten Klienten mit einer depressiven Störung deutlich Co-Morbiditäten mit anderen Störungen (und auch mehrere Co-Morbiditäten):

- mit Persönlichkeitsstörungen: 44%,
- mit Angst-Störungen: 57%,
- mit Alkoholmissbrauch: 25%.

Nur 21% (!!) der Klienten zeigten eine „reine Depression“. Andere Studien replizieren im Wesentlichen diese Ergebnisse (Fava et al., 2000; Kessler et al., 1998, 2005).

Bestehen zwei Störungen bei einer Person parallel, dann können diese Störungen psychologisch unabhängig voneinander funktionieren (also funktional unverbunden sein) oder sie können sich psychologisch gegenseitig beeinflussen (also funktional verbunden sein; Gouzoulis-Mayfrank et al., 2008). Es gibt eine Tendenz dazu, dass Klienten, die mehrere Störungen aufweisen, insgesamt als deutlich schwer gestört eingeschätzt werden (Kessler et al., 2005).

Co-Morbiditäten wirken sich in erheblichem Maße auf den Psychotherapieprozess und auf das Psychotherapie-Ergebnis aus. Daher kann aus Ergebnissen an einer Störungsgruppe *ohne* Comorbiditäten nicht auf mögliche Ergebnisse derselben Störungsgruppe *mit* Co-Morbiditäten geschlossen werden (Gouzoulis-Mayfrank et al., 2008).

Besonders relevant sind Co-Morbiditäten mit Persönlichkeitsstörungen. Diese sind sehr häufig. Untersuchungen zeigen z.B., dass 50-90% aller Klienten mit depressiven Störungen eine co-morbide Persönlichkeitsstörung aufweisen (Fava et al., 2002; Farabaugh et al., 2004; Friedman et al., 1983; Hardy et al., 1995; Pilkonis & Frank, 1988; Zimmermann et al., 1991, 2005). Die Wahrscheinlichkeit, dass Klienten mit chronischer Depression eine co-morbide Persönlichkeitsstörung aufweisen, ist sogar noch höher (McCullough et al., 2003; Pepper et al., 1995; Russell et al., 2003).

Eine co-morbide Persönlichkeitsstörung bei Depression verschlechtert das Therapieergebnis der Depressionstherapie (Burns & Nolen-Hoeksema, 1992; Diguier et al., 1993; Fiorot et al., 1990; Greenberg et al., 1995; Hardy et al., 1995; Mulder et al., 2006; Newton-Howes et al.,

2006; Shea et al., 1990; Thompson et al., 1988). Klienten, die eine co-morbide Persönlichkeitsstörung aufweisen, gestalten die Therapeut-Klient-Beziehung anders als „rein“ depressive Klienten und zeigen eine geringere Kooperation mit dem Therapeuten. Daher ist es erforderlich, die Therapie speziell an diese Klienten anzupassen (Giesen-Bloo et al., 2006; Kroger et al., 2006; Leahy, 2001; McDermt & Zimmermann, 1998).

Auch bei Angst-Klienten beeinflusst eine co-morbide Persönlichkeitsstörung das Therapieergebnis.

Bei Klienten mit sozialer Phobie beeinträchtigte eine schizotype, Borderline- und selbstunsichere Persönlichkeitsstörung das Therapie-Ergebnis, während eine dependente Persönlichkeitsstörung das Ergebnis verbesserte (Turner, 1987). Klienten mit dependenter Persönlichkeitsstörung befolgten die therapeutischen Instruktionen beim Expositionstraining besser.

Auch bei der Behandlung von Zwängen erweisen sich co-morbide Persönlichkeitsstörungen als beeinträchtigend für den Therapieerfolg (AuBuchon & Malatesta, 1994; Jenike, 1990).

Bei Essstörungen weisen 20-80% der Klienten eine co-morbide Persönlichkeitsstörung auf (Beisel, 2002; Braun et al., 1994; Cassin & von Ranson, 2005; Grilo et al., 1996; Herzog et al., 1992; Ilkjaer et al., 2004; Ro et al., 2005).

Auch bei der Behandlung von Essstörungen beeinträchtigen co-morbide Persönlichkeitsstörungen den Therapieerfolg oder die Katamnese (Coker et al., 1993; Cooper et al., 1994; Rossiter et al., 1993; Wilfley et al., 2000).

3.3 Eingangsvariablen

- Attributionsstil

Der Attributionsstil, den Klienten aufweisen, hat einen Einfluss darauf, wie effektiv eine kognitive Depressionstherapie ist (Whisman, 1993). Ungünstige Attributionsstile von Klienten erschweren die kognitive Umstrukturierung.

- Erwartungen

Die Erwartungen, die Klienten an die Therapie mitbringen, beeinflussen stark die Länge der Therapie (Jenkins et al., 1986) oder die Qualität der therapeutischen Allianz (Joyce & Piper, 1998).

- Selbstwert-Einschätzung

Klienten zeigen zu Therapiebeginn ein unterschiedliches Ausmaß an Selbstwert-Einschätzung. Bei vielen Störungen ist die Selbstwert-Einschätzung systematisch beeinträchtigt (z.B. bei Depression, Borderline, Persönlichkeitsstörungen). Das Ausmaß der Selbstwerteinschätzung, mit dem Klienten in die Therapie kommen, beeinflusst deutlich den Therapieprozess (Rudolph et al., 2008).

- Änderungsbereitschaft

Die Änderungsbereitschaft oder Änderungsmotivation von Klienten beeinflusst stark die Therapie (vgl. Grosse-Holtforth & Schneider, 2008; McCallum & Piper, 1997; Silver, 1983). Dies ist sehr deutlich untersucht bei Abhängigkeitserkrankungen (Crittendon et al., 1994; DiClemente et al., 1991; DiClemente & Prochaska, 1982; Farkas et al., 1996; Prochaska & DiClemente, 1983).

Höher motivierte Klienten nutzen therapeutische Interventionen in weit höherem Umfang als weniger motivierte Klienten (DiClemente et al., 1991).

Aber auch bei anderen Störungen erweist sich Änderungsmotivation als relevant für den Therapieerfolg (Baer et al., 1980; Dzewas et al., 1979; Dzewas, 1980; Gelso & Johnson, 1983; Malan, 1976).

- Ich-Stärke

„Ich-Stärke“ kann definiert werden als Fähigkeit einer Person, mit Problemen, Ängsten und Bedrohungen konstruktiv umzugehen und trotz bestehender Konflikte, bestehenden Stresses und Bedrohungen ihre Identität aufrecht zu erhalten. Je höher die Ich-Stärke einer Person ist, desto stärker profitiert sie von einer Psychotherapie (Conte et al., 1991; Sexton et al., 1990).

- Empathie-Fähigkeit

„Empathie-Fähigkeit“ (englisch: „psychological mindedness“) bedeutet die Fähigkeit einer Person, sich in eine andere Person hineinzusetzen und diese Person zu verstehen (Strauß, 2008). Empathie-Fähigkeit von Klienten kann einen positiven Einfluss auf das Therapieergebnis haben (Piper et al., 1992).

- Beziehungsfähigkeit

Die Variable „Beziehungsfähigkeit“ („interpersonal relatedness“) bedeutet, ob eine Person in der Lage ist, enge Beziehungen einzugehen und ob sie funktionale Annahmen und Interpretationen aufweist.

Personen mit hoher Beziehungsfähigkeit gehen mit dem Therapeuten eine bessere therapeutische Allianz ein als Personen mit niedriger Beziehungsfähigkeit (Luborsky et al., 1985; Marmar et al., 1989; Piper et al., 1991).

- Demoralisation

„Demoralisation“ bedeutet, dass ein Klient sich seinen Problemen gegenüber hilflos fühlt, sich selbst wertlos fühlt und den Eindruck hat, selbst wenig tun zu können (Frank, 1974). Klienten, die in Therapie kommen, zeigen ein unterschiedliches Ausmaß an Demoralisierung (Galassi & Galassi, 1973; Kellner & Sheffield, 1973). Man kann annehmen, dass das Ausmaß der Demoralisierung Einfluss hat auf die Änderungsmotivation von Klienten (Frank, 1974).

3.4 Prozess-Variablen

- Therapeutische Allianz

„Therapeutische Allianz“ ist eine komplexe Variable, in die sowohl Aspekte des Therapeutenhandelns als auch solche des Klientenhandelns eingehen. Natürlich wird aber die Qualität der therapeutischen Allianz auch vom Klienten stark geprägt. Die Qualität der therapeutischen Allianz bestimmt den Therapieerfolg (in psychoanalytischen Therapien) sehr stark (Holtzworth-Munroe et al., 1989; Horowitz et al., 1984; Kolb et al., 1985; Krupnick et al., 1996; Marziali et al., 1981; Moras & Strupp, 1982; O`Malley et al., 1983).

- Vertrauen zum Therapeuten

Das Ausmaß, in dem ein Klient Vertrauen in den Therapeuten hat, bestimmt wesentlich mit, ob ein Klient die Therapie vorzeitig beendet oder ob er die Therapie zu Ende führt (Saltzman et al., 1976). Dabei geht es sowohl um personales als auch um Kompetenz-Vertrauen (Kokotovic & Tracy, 1987; McNeill et al., 1987). Gelingt es dem Therapeuten nicht, sich schon in den ersten Therapiestunden inhaltlich auf den Klienten einzustellen, brechen die Klienten mit erhöhter Wahrscheinlichkeit die Therapie ab (Tracey, 1986).

- Aktive Mitarbeit des Klienten

Ein Klient kann im Therapieprozess aktiv mitarbeiten, Interventionen des Therapeuten umsetzen, Informationen liefern, Fragen beantworten etc. oder er kann passiv bleiben und die Therapie „rezipieren“. Aktive Mitarbeit des Klienten korreliert deutlich mit Therapieerfolg (Gomes-Schwartz, 1978; O`Malley et al., 1983).

- Relevante Themen

Welche Themen die Klienten im Therapieprozess „aufmachen“, hat einen wesentlichen Einfluss auf den Therapieerfolg. Es wirkt sich positiv auf den Therapieeffekt aus, wenn Klienten

- relevante Lebensprobleme thematisieren und wenn sie
- zentrale Beziehungen thematisieren (Jones et al., 1988, 1992; Orlinsky & Howard, 1975; Piper et al., 1979; Sorenson et al., 1985).
- Kooperation / Compliance
 Kooperation bedeutet, dass der Klient den therapeutischen Interventionen folgt, sich mit Fragen des Therapeuten auseinandersetzt, Vorschläge des Therapeuten aktiv bedenkt, Hausaufgaben umsetzt etc. Kooperation steht in Zusammenhang mit Therapieerfolg (Burns & Nolen-Hoeksema, 1991; Kolb et al., 1985; Piper et al., 1985; Rounsaville et al., 1987; Westerman et al., 1986). Allerdings liegen die Zusammenhänge im Bereich von .07 bis .31.
- Widerstand
 Der Begriff „Widerstand“ wird in der Literatur sehr unterschiedlich verwendet. Wir wollen ihn hier im Sinne von „Verweigerung der therapeutischen Kooperation“ oder auch im Sinne von „Reaktanz“ verwenden (Safran & Muran, 2000). Ein hohes Ausmaß an Widerstand beeinträchtigt den Therapieerfolg (in psychoanalytischen Therapien), wahrscheinlich aber in allen Therapien, die auf Klärung angelegt sind (vgl. Bischoff & Tracey, 1995; Miller et al., 1993; Stoolmiller et al., 1993). Das Ausmaß an Widerstand, das ein Klient in einer Psychotherapie realisiert, korreliert stark mit Charakteristika wie Dominanz, Unabhängigkeit, Autonomie, mangelnde Toleranz, Verleugnungstendenz, geringer Konformität (Dowd et al., 1991).
- Vermeidung
 Der Begriff „Vermeidung“ bedeutet, dass ein Klient sich nicht mit bestimmten Problem-Aspekten oder Problem-Inhalten beschäftigt. Dabei kann er selbst die Konfrontation mit Inhalten vermeiden, also bestimmte Inhalte (systematisch) aus seiner Aufmerksamkeit ausblenden („internale Vermeidung“), z.B. weil diese Inhalte ihm selbst peinlich oder bedrohlich erscheinen (Sachse, Fasbender & Sachse, 2011).
 Oder er kann es vermeiden, dem Therapeuten bestimmte Inhalte mitzuteilen (die ihm aber selbst schon mehr oder weniger deutlich sind), er blendet diese Inhalte aus der therapeutischen Kommunikation aus („interaktionelle Vermeidung“; Sachse et al., 2011). Vermeidung spielt bei manchen Störungsgruppen eine große Rolle und beeinträchtigt therapeutische Prozesse, insbesondere Klärungsprozesse in erheblichem Ausmaß (Sachse, 1990a, 1990b, 1990d, 1991a, 1992b, 1992c, 1993a, 1994a, 1995a, 1997, 1998, 2006a; Sachse & Atrops, 1991; Sachse & Rudolph, 1992a, 1992b).
- Beziehungsgestaltung durch den Klienten

Nicht nur der Therapeut gestaltet die therapeutische Beziehung aktiv – dies tut auch der Klient. Klienten bringen bestimmte Interaktionsmuster (Sachse, 2006c) oder „interaktionale Pläne“ in den Therapieprozess ein (Caspar, 1996; Caspar & Grawe, 1982a, 1982b; Grawe & Caspar, 1984). Sie stellen damit den Therapeuten vor bestimmte Interaktionsanforderungen, manchmal auch vor Interaktionsprobleme.

Insbesondere Klienten mit Persönlichkeitsstörungen bringen oft schwierige Interaktionsmuster in Form manipulativen Handelns (Tedeschi et al., 1985; Tedeschi & Riess, 1981) in den Therapieprozess ein (Sachse et al., 2011). Sie tun dies oft in Form von „Images“, indem sie Therapeuten ein bestimmtes Bild von sich vermitteln (z.B. „ich bin hoch kompetent“, „ich bin hoch reflexiv“, „ich bin besonders schwach und hilflos“) oder in Form von „Appellen“, durch die sie den Therapeuten zu bestimmten (meist untherapeutischen) Handlungen veranlassen wollen (z.B. „bestätige mich“, „gib mir Ratschläge“, „löse meine Probleme“, „sei für mich da“, „kümmere Dich um mich“).

Therapeuten müssen hier in der Lage sein, diese Images zu erkennen (zur Analyse von Images siehe Sachse et al. (2011)) und konstruktiv damit umzugehen, wobei die Schwierigkeit der Aufgabe darin liegt, den Klienten konstruktiv zu steuern und *gleichzeitig* eine tragfähige Beziehung zum Klienten aufrechtzuerhalten.

- Selbst-Exploration und Experiencing

Die Klienten-Variable „Selbst-Exploration“ erfasst, in welchem Ausmaß ein Klient sich auf internale Prozesse konzentriert und diese für sich selbst klärt.

„Experiencing“ erfasst, wie stark ein Klient emotional-affektive Prozesse bei sich selbst fokalisiert und diese Prozesse selbst zu verstehen und zu rekonstruieren versucht bzw. in welchem Ausmaß ihm eine solche Rekonstruktion gelingt (Klein et al., 1969, 1986). Das Ausmaß des vom Klienten im Psychotherapie-Prozess realisierten Experiencing steht in signifikantem Zusammenhang mit dem Therapieerfolg (Bohart et al., 1996; Goldman & Greenberg, 2001; Greenberg et al., 1998; Hendricks, 2002; Klein et al., 1986; Warwar & Greenberg, 2000). Auch Selbst-Exploration steht in Zusammenhang mit Therapieerfolg, wobei die Koeffizienten zwischen .05 und .51 liegen (Bruhn et al., 1980; Marmar et al., 1989; Minsel et al., 1972; Westermann et al., 1983).

- Bearbeitungstiefe

Skalen zur Erfassung der „Bearbeitungstiefe“ beurteilen, wie weit ein Klient den Prozess der Repräsentation eigener relevanter Schemata führt (Sachse, 1988a, 1992a; Sachse & Maus, 1987, 1991; Takens, 2001; Toukmanian, 1986, 1992).

Je besser das Niveau der Bearbeitungstiefe von Klienten im Psychotherapieprozess war, desto mehr profitierte der Klient von der Therapie (Day, 1994; Sachse, 1992a; Stinckens, 2001; Toukmanian, 1992; Toukmanian & Grech, 1991).

- Emotionale Beteiligung

Das Ausmaß an emotionaler Beteiligung, das ein Klient im Rahmen von Klärungsprozessen in einer Therapie aufweist, korreliert positiv mit dem Therapieerfolg (Beutler et al., 2000; Greenberg & Foerster, 1996; Greenberg & Korman, 1993; Greenberg & Malcolm, 2002; Iwakabe et al., 2000; Jones & Pulos, 1993; Korman, 1998).

3.5 Schlussfolgerungen

Selbst aus der ausgewählten Darstellung von Klienten-Variablen kann man bereits deutliche Schlüsse ziehen:

- Klienten zeigen eine Vielzahl sehr unterschiedlicher Charakteristika, die sowohl für den Therapieprozess, als auch für das Therapieergebnis relevant sind und zeigen sehr unterschiedliche Ausprägungen auf diesen Charakteristika.
- Damit erzeugen Klienten eine sehr hohe Varianz im Hinblick auf die Gestaltung des psychotherapeutischen Prozesses und im Hinblick auf die Anforderungen, die sie an Therapeuten stellen.
- Daher ist es erforderlich, dass Therapeuten sich in ihren Strategien und Interventionen auf relevante Klienten-Merkmale einstellen, nicht nur auf Symptome (bzw. Diagnosen), sondern auch auf Aspekte wie Motivation, Beziehungsgestaltung etc.
- Damit ist es vollständig ausgeschlossen, dass Therapeuten allen Klienten das gleiche Therapieangebot machen können: Weder das gleiche Beziehungsangebot, noch das gleiche Methodenangebot.
- Vielmehr müssen Therapeuten in ihrer Therapie-Konzeption die relevanten Klienten-Charakteristika berücksichtigen: Und zwar in der Bildung von Fallkonzepten oder Klienten-Modellen und in ihrem methodischen Vorgehen.
- Eine Nicht-Berücksichtigung der Varianz von Klienten-Charakteristika ist nur dann gerechtfertigt, wenn deutlich ist, dass Klienten, die eine bestimmte Störung aufweisen, hinsichtlich anderer Charakteristika (relevant) homogen sind.
- Nur unter dieser Homogenitätsbedingung ist es sinnvoll, dass Therapeuten ihre Modelle auf Diagnosen reduzieren und dass sie den Klienten standardisierte (manualisierte) Therapiemaßnahmen anbieten.

- Bieten Therapeuten solchen Klienten, die deutliche, relevante Varianzen in ihren Charakteristika aufweisen, eine Reduktion der Modelle auf Diagnosen und eine Reduktion der Therapie auf Standard-Vorgehensweisen an, dann reduzieren sie die Komplexität von Klienten in unzulässiger Weise (sie folgen damit dem „Homogenitätsmythos“ von Kiesler (1966a, 1966b, 1969)) und werden damit den Klienten therapeutisch nicht gerecht.

4 Therapeuten-Variablen

„Therapeuten-Variablen“ sind Charakteristika, die Therapeuten mit in die Therapie einbringen oder therapeutische Handlungen, die die Therapeuten im Therapieprozess realisieren (vgl. Beutler et al., 1986, 1994, 2004; Elliott et al., 2004; Greenberg et al., 1994; Orlinsky et al., 1994; Orlinsky & Howard, 1986; Sachse, 1999a; Sachse & Elliott, 2002; Sachse & Rudolph, 2008). Diese Charakteristika bringen wiederum sehr viel Varianz in den Therapieprozess ein, sie machen aber auch deutlich, wie flexibel die Strategien und Interventionen von Therapeuten sein können: Therapeuten verfügen über eine Fülle von Handlungsmöglichkeiten, mit deren Hilfe sie sich im Grunde flexibel auf die von den Klienten ausgehenden Anforderungen einstellen können (oder könnten).

Auch bezüglich der Therapeuten-Variablen ist unsere Absicht nicht, eine vollständige Auflistung zu präsentieren, sondern lediglich eine Auswahl relevanter Variablen zu liefern. Daher beschränken wir uns auch auf solche Variablen, die Therapeuten verändern/variieren können und behandeln nicht Aspekte wie Alter, Geschlecht, Status etc.

- Interaktionsstile

Therapeuten unterscheiden sich stark in ihren Interaktionsstilen, die sie Klienten gegenüber realisieren. So können Therapeuten z.B. auf den klassischen Achsen

- freundlich-unfreundlich
- dominant-submissiv

variieren (Kiesler & Watkins, 1989; Kivlighan et al., 1984).

Freundlichkeit von Therapeuten korreliert deutlich mit positiven Therapie-Ergebnissen (Beyebach & Carranza, 1997; Coady, 1991; Henry et al., 1990).

Ob sich hohe Dominanz eines Therapeuten positiv auswirkt, hängt stark davon ab, ob dieses Therapeuten-Verhalten mit dem Interaktionsstil des Klienten kompatibel ist (Coady, 1991).

4.1 Beziehungsvariablen

Empathie

Empathie ist eine hoch komplexe Therapeuten-Variable. Empathie meint zum einen ein eher intuitiv-holistisches „Einfühlen in den Klienten“, zum anderen meint Empathie aber auch ein stark kognitives Verstehen des vom Klienten Gemeinten (Bohart & Greenberg, 1997; Greenberg & Elliott, 1997; Sachse, 1992a, 1993b, 1996a, 1996b, 2003; Sachse & Sachse, 2011). Empathie bedeutet, dass ein Therapeut aus den verbalen und nonverbalen Daten, die ein Klient liefert, das Gemeinte und wesentliche Annahmen des Klienten rekonstruieren kann: In diesem Sinne ist Empathie ein hoch komplexer, wissensbasierter Verarbeitungsprozess, der vom Therapeuten eine sehr hohe Expertise erfordert. Empathie steht in Zusammenhang mit Therapieerfolg, erweist sich also als effektive Therapievariable (vgl. Bommert et al., 1972; Buckley et al., 1981; Bugge et al., 1985; Dormaar et al., 1984; Gabbard et al., 1986; Kiesler et al., 1967; Mitchell et al., 1973; Tausch et al., 1970; Truax, 1961a, 1961b, 1963, 1966). Allerdings ist die Stärke dieses Zusammenhangs meist eher moderat (.30; Bohart et al., 2002), auch wenn einige Autoren recht hohe Korrelationen finden (z.B. Tausch et al., 1970: .62).

Akzeptierung

Die Variable „Akzeptierung“ wird oft mit „emotionaler Wärme“ vermischt, kann aber konzeptionell von dieser getrennt werden.

Akzeptierung bedeutet, dass ein Therapeut den Klienten zunächst einmal so annimmt, wie er ist, mit allen Eigenheiten und Problemen, den Klienten nicht bewertet und insbesondere nicht abwertet und nicht vom Klienten erwartet, dass dieser sich in bestimmter Weise verändert: Akzeptierung impliziert damit auch, dass ein Therapeut dem Klienten keine inhaltlichen Vorgaben darüber macht, was er tun soll, sondern dass er letztlich immer dem Klienten die Entscheidung überlässt. Es gibt eine Reihe von Studien, die signifikante Zusammenhänge aufzeigen zwischen Akzeptierung und Therapieerfolg (z.B. Gomes-Schwartz, 1978; Mitchell et al., 1973; Truax et al., 1966b). Akzeptierung ist jedoch nicht immer mit positivem Therapieergebnis assoziiert (DiLoreto, 1971; Garfield & Bergin, 1971).

Selbstkongruenz

Das Therapeuten-Merkmal „Selbstkongruenz“ bedeutet, dass ein Therapeut selbst einen guten Zugang zu seinem Erleben hat: Seinen Affekten, Stimmungen, Emotionen, seinen Interpretationen, Überzeugungen u.ä. und dass er diese nicht unterdrückt oder abwehrt. „Selbstkongruenz“

enz“ bedeutet somit, dass ein Therapeut seine eigenen internalen Prozesse gut repräsentiert und dass diese eine Grundlage dafür sind, dass er sich dem Klienten gegenüber authentisch verhalten kann (Truax & Mitchell, 1971). Es gibt positive Korrelationen zwischen der Selbstkongruenz des Therapeuten und dem Therapieerfolg (McClanahan, 1974; Mitchell et al., 1973; Tausch et al., 1970; Truax et al., 1966b), diese sind jedoch meist nur moderat (meist unter .30).

Signalkongruenz

Signalkongruenz ist das Ausmaß, in dem ein Therapeut auf der verbalen und der nonverbalen Kommunikationsebene dem Klienten *konsistente* Informationen sendet. Bei Signalkongruenz sendet der Therapeut dem Klienten widersprüchliche Botschaften.

Zeigen Therapeuten im Therapieprozess Signal-Inkongruenzen, dann werden die vom Klienten als unehrlich und als weniger hilfreich wahrgenommen (Bernieri et al., 1991). Es zeigt sich auch eine positive Korrelation zwischen Signalkongruenz und Therapieerfolg (Bennun & Schindler, 1988).

Selbst-Einbringung des Therapeuten

Selbsteinbringung des Therapeuten bedeutet, dass der Therapeut persönlich Stellung nimmt, Aspekte seiner Person dem Klienten enthüllt, dem Klienten z.B. von eigenen Erfahrungen berichtet, dem Klienten seine emotionale Befindlichkeit mitteilt etc. Selbst-Einbringung ist somit eine komplexe Handlungsweise des Therapeuten (Watkins, 1990).

Es zeigt sich, dass eine Selbst-Einbringung des Therapeuten einen negativen affektiven Zustand des Klienten reduzieren kann (Barrett & Berman, 2001). Die klinischen Effekte sind allerdings relativ gering (Piper et al., 1999).

Eine Selbst-Einbringung eines Therapeuten kann auch die Selbstöffnung des Klienten positiv beeinflussen (Davis & Sloan, 1974; Derlega et al., 1973) sowie die Einschätzung der Therapie als hilfreich steigern (Mann & Murphy, 1975; McCarthy & Betz, 1978).

Es wirkt sich auch positiv auf den Therapieerfolg aus, wenn ein Therapeut von sich aus relevante Inhalte in den Therapieprozess einbringt (Tracey, 1986).

Komplementäre Beziehungsgestaltung

„Komplementäre Beziehungsgestaltung“ des Therapeuten bedeutet, dass ein Therapeut entweder die relevanten Beziehungsmotive des Klienten rekonstruiert und sich dazu komplementär (= bedürfnisbefriedigend) verhält (Sachse, 1999b, 2000a, 2001b, 2004b, 2006c; Sachse et

al., 2010) oder dass ein Therapeut sogenannte „interaktionelle Pläne“ des Klienten rekonstruiert und sich dazu komplementär (= zielerfüllend) verhält (Caspar, 1984, 1986, 1996; Caspar & Grawe, 1982a, 1982b; Grawe & Caspar, 1984). Komplementäre Beziehungsgestaltung setzt voraus, dass der Therapeut relevante Aspekte des psychologischen Funktionierens eines Klienten valide rekonstruiert hat und dass er sich angemessen dazu in Beziehung setzen kann.

4.2 Interventionsvariablen

Direktivität

Es gibt unterschiedliche Arten, in denen ein Therapeut direktiv sein kann: Er kann dem Klienten „Inhalte vorgeben“, also inhaltlich direktiv sein oder er kann die Prozesse des Klienten steuern, also prozessdirektiv sein (vgl. Greenberg, 1986, 1991, 1992; Greenberg & Clarke, 1979; Greenberg & Goldman, 1988; Greenberg & Pinsof, 1986; Greenberg & Rice, 1991; Greenberg & Safran, 1984a, 1984b, 1987, 1989; Greenberg et al., 1993; Sachse, 1982, 1984, 1986a, 1986b, 1996, 1999, 2003). Studien zeigen, dass es stark vom Klienten, seinen Erwartungen, seiner Aufnahmebereitschaft, seiner Vermeidung und anderen Variablen abhängt, ob sich eine hohe Direktivität (bzw. wie sich die Art der Direktivität) auswirkt (Beutler et al., 1991a, 1991b, 1999, 2000; Shoham-Salomon et al., 1989; Shoham-Salomon & Hannah, 1991).

Prozesssteuerung

Therapeuten können bestimmte Klientenprozesse durch gezielte Interventionen stark steuern und dadurch konstruktiven Einfluss auf den Prozessverlauf nehmen. Sachse und Maus (1987, 1991) haben dazu sogenannte „Bearbeitungsangebote“ entwickelt, mit deren Hilfe Therapeuten die Klärungsprozesse, also Prozesse der Aktivierung und Repräsentation relevanter Schemata systematisch steuern können. Diese Interventionen werden systematisch weiterentwickelt und ausgebaut (Sachse, 1987, 1992a, 1996b, 2003, 2008b; Sachse & Fasbender, 2010; Sachse et al., 2011). Empirische Prozessstudien zeigen, dass diese Interventionen einen sehr starken und konstruktiven Einfluss auf die Klärungsprozesse von Klienten ausüben (Sachse, 1988a, 1990a, 1990b, 1990c, 1991b, 1991c, 1992a, 1992b, 1992c, 1993b; Sachse & Sachse, 2009).

Die vom Therapeuten derart hervorgerufenen Klärungsprozesse wirken sich positiv auf den Therapieerfolg aus (Sachse, 1992a, 2000b).

Einsichts- und symptomorientierte Interventionen

Es zeigt sich, dass (zumindest in primär einsichts-orientierten Therapien) Interventionen, die der Klärung dienen, sich als deutlich effektiver erweisen als Interventionen, die auf eine direkte Modifikation von Symptomen abzielen (Beutler et al., 1991; Bond & Bunce, 2000; McLean & Hakstian, 1990; Reynolds et al., 1996; Rossello & Bernal, 1999; Stiles & Shapiro, 1994). Wahrscheinlich hängt es aber stark von moderierenden Klienten-Variablen ab, ob sich einsichts-orientierte oder direkt symptom-fokussierte Interventionen positiv auswirken (Beutler et al., 2002): Anscheinend profitieren stark introvertierte (wahrscheinlich: selbst-explorative) Klienten stärker von einsichts-orientierten Interventionen, während impulsive und Klienten mit schlechter Kontrolle stärker von symptom-orientierten Interventionen profitieren (Barber & Muenz, 1996; Beutler et al., 1991a, 1991b, 1993, 2000).

Emotionsaktivierende Interventionen

Ein Therapeut kann Interventionen realisieren, die beim Klienten (problemrelevante) emotionale Reaktionen evozieren. Derartige therapeutische Interventionen haben einen starken Effekt auf das Therapieergebnis (Greenberg et al., 1994). Ein solcher förderlicher Effekt emotions-aktivierender Interventionen tritt aber nicht in allen Psychotherapien auf, sondern ist wahrscheinlich in solchen Therapien besonders ausgeprägt, die die evozierten Emotionen auch konstruktiv bearbeiten, wie z.B. in der process-experiential psychotherapy (XXX).

Ob sich emotionsaktivierende Interventionen positiv auswirken, hängt wahrscheinlich auch von der Qualität der Therapeut-Klient-Beziehung ab: Nur bei einer guten Beziehung reagieren Klienten positiv auf solche Interventionen (Gaston et al., 1994). Bei einer relativ schlechten Therapeut-Klient-Beziehung wirken sich supportive Interventionen konstruktiver aus als emotionsaktivierende.

Expertise

Die Frage, inwieweit die *Expertise* eines Therapeuten für den Therapieprozess und das Therapieergebnis eine Rolle spielt, ist bisher nur wenig systematisch untersucht worden. Man kann jedoch aufgrund der Expertise-Forschung (Chi, 2006; Ericsson, 1996, 2002, 2006a, 2006b; Ericsson et al., 1993, 2006; Feltovich et al., 2006) annehmen, dass eine gute Ausbildung mit entsprechendem Praxis-Training auch bei Therapeuten zu guten Informationsverarbeitungs- und Handlungsplanungs- und Ausführungskompetenzen führen, die sich, zumindest bei komplexeren Therapien, vorteilhaft auf den Therapieprozess und das Therapieergebnis auswirken (vgl. Sachse, 2006a, 2006d, 2009). Bei den bisherigen Studien zeigt sich, in Einklang mit der

Expertise-Forschung, dass professionell gut ausgebildete und gut trainierte Therapeuten bessere Therapieergebnisse erbringen als weniger gut ausgebildete und weniger gut trainierte Therapeuten (Barlow et al., 1997; Blatt et al., 1996; Bryant et al., 1999; Lave et al., 1998).

Der Zusammenhang zwischen Expertise des Therapeuten und Therapieerfolg hängt allerdings von verschiedenen Variablen ab (vgl. Beutler, 1997; Bein et al., 2000; Luborsky et al., 1997; Shaw & Dobson, 1987; Shaw et al., 1999):

- Von der spezifischen Art der Trainings, denen ein Therapeut unterzogen wird,
- davon, ob die trainierten Kompetenzen des Therapeuten für den jeweiligen Klienten relevant sind,
- davon, ob die jeweiligen Trainings bei Therapeuten überhaupt relevante Merkmale einer Expertise herstellen,
- von der Art und Schwere des Klienten-Problems (bei einfachen Klienten-Problemen kann sich eine erhöhte Therapeuten-Expertise kaum positiv auf den Therapieerfolg auswirken; logischerweise wird eine hohe Expertise erst bei schwierigeren Problemen relevant).

Ohne eine Kontrolle oder Variation relevanter Rahmenbedingungen ist ein Zusammenhang zwischen Expertise und Therapieerfolg oft nicht aufzuzeigen oder aber führen negative Ergebnisse zu falschen Schlussfolgerungen, wie denen, eine Expertise von Therapeuten spiele für den Therapieprozess keine Rolle.

Verbales Therapeuten-Verhalten

Nutzt ein Therapeut in hohem Maße emotionsgeladene Wörter, kann das den Therapieerfolg positiv beeinflussen (Holzer et al., 1997).

4.3 Schlussfolgerungen

Selbst die keineswegs vollständige Liste therapeutisch relevanter Vorgehensweisen von Therapeuten erlaubt einige wesentliche Schlussfolgerungen:

- Therapeuten haben sehr unterschiedliche therapeutische Vorgehensweisen entwickelt, sowohl was die Beziehungsgestaltung betrifft, als auch, was die therapeutischen Interventionen und Strategien betrifft.
- Man kann annehmen, dass sie das weder aus Zufall, noch als Zeitvertreib getan haben, sondern weil sie die Notwendigkeit sahen, unterschiedliche Vorgehensweisen zu entwickeln, um der Komplexität des Therapiegeschehens Rechnung zu tragen.
- Die Ergebnisse zeigen auch, dass es keine therapeutische Strategie gibt,

- die allein eine wirklich hohe therapeutische Effektivität erreicht,
- die alle Klienten erreicht, also für alle Klienten mit allen Charakteristika geeignet wäre.

In der Tat zeigen alle empirischen Studien, dass einzelne Techniken nur relativ wenig Varianz des Therapieerfolges aufklären. Keine Technik ist durchweg bei allen Klienten mit allen Charakteristika wirksam oder gleich wirksam. Die Wirkung therapeutischer Strategien ist damit weder sehr ausgeprägt, noch ist sie homogen.

- Die Effekte therapeutischer Strategien hängen vielmehr stark davon ab,
 - wie sie mit anderen therapeutischen Strategien interagieren (so macht eine positive Beziehungsgestaltung eine therapeutische Klärung erst möglich),
 - wie sie auf bestimmte Klienten mit bestimmten Charakteristika wirken.
- Es zeigt sich, dass bestimmte therapeutische Strategien besonders gut wirken bei Klienten mit bestimmten Charakteristika, z.B.
 - bei Klienten, die bestimmte Diagnosen aufweisen oder
 - bei Klienten mit bestimmten Arten der Beziehungsgestaltung o.ä.
- Damit ist auch die Wirkung therapeutischer Vorgehensweisen nicht homogen, sondern stark klienten-spezifisch. Die Klienten-Spezifität wird jedoch *nicht allein* durch die Symptomatik von Klienten bestimmt.
- Therapeutische Vorgehensweisen sollten daher nicht allein störungsspezifisch, sie sollten klienten-spezifisch sein.

5 Die Komplexität von Psychotherapie: Relevante Dimensionen des Psychotherapieprozesses

Wir möchten hier ein Modell vorschlagen, das die Klienten-Variablen zu relevanten therapeutischen Dimensionen zusammenfasst: Es sind solche Dimensionen, die nach empirischen Ergebnissen und nach unserer Erfahrung für den Therapieprozess relevant sind: Variationen auf diesen Dimensionen machen für therapeutische Strategien einen hoch signifikanten Unterschied. Diese Dimensionen sind

- die Art der psychischen Störung,
- die Art der jeweiligen Störungsdeterminanten,
- idiosynkratische Störungsdeterminanten,
- Änderungsmotivation des Klienten,
- das Ausmaß an Vermeidung,

- die Beziehungsgestaltung durch den Klienten,
- das Ausmaß, in dem der Klient schwierige Interaktionssituationen realisiert.

Störungen

Klienten weisen unterschiedliche psychische Störungen auf. Diese Störungen lassen sich auf der Symptomebene definieren (z.B. durch DSM oder ICD) und durch psychologische Störungstheorien psychologisch erklären.

Die Störungen unterscheiden sich stark nach Art und Umfang von Symptomen, Art der psychologisch relevanten Variablen, der Komplexität des psychischen Funktionierens, der Stärke der Beeinträchtigung für den Klienten u.a.

Unterschiedliche Störungsdeterminanten

Eine Störung, die auf der Symptomebene einheitlich *erscheint*, kann jedoch auf der Ebene der Störungstheorie unterschiedlich psychologisch funktionieren. So kann eine Angst-Reaktion zurückgehen auf komplexe psychologische Appraisal-Prozesse, einschließlich der Beteiligung kognitiver und affektiver Schemata oder sie kann zurückgehen auf hoch automatisierte, subkortikale Verarbeitungsprozesse. Ist das der Fall, dann handelt es sich, trotz großer Ähnlichkeiten auf der Symptomebene, gar nicht um *eine*, sondern um *zwei verschiedene Störungen*: Obwohl auf der „Oberfläche“ ähnlich, funktionieren beide Störungen unterschiedlich und müssen sehr wahrscheinlich auch unterschiedlich therapiert werden.

Um dies festzustellen, ist es jedoch erforderlich, diagnostisch über die Feststellung von Symptom- oder oberflächlich-beobachtbaren Verhaltensmerkmalen hinauszugehen und „tiefer“ in die Analyse der Problemstruktur einzusteigen.

Idiosynkratische Störungsdeterminanten

Jede Störung sollte sich auf einer psychologischen Ebene charakterisieren lassen durch eine allgemeine Störungstheorie: Durch eine psychologische Funktionstheorie, die personenübergreifend gültig ist. Ein solches Funktionsmodell macht deutlich, wie „die Störung psychologisch funktioniert“, welche psychologischen Variablen relevant sind und wie sie interagieren. Darüber hinaus können bei einer Störung jedoch noch personenspezifische, idiosynkratische Variablen eine große Rolle spielen. So kann man z.B. bei Persönlichkeitsstörungen spezifizieren, dass die Person dysfunktionale Selbst- und Beziehungsschemata aufweist. Welche Annahmen diese Schemata aber jeweils genau enthalten, hängt vom jeweiligen Klienten (und seiner jeweiligen Biographie) ab und ist damit von Klient zu Klient unterschiedlich.

Spielen solche idiosynkratischen Aspekte eine Rolle, dann muss ein Therapeut ein individuelles Fallkonzept erstellen, um diese Aspekte zu bestimmen: Ein Therapeut weiß sonst z.B. nicht, welche Schemata er genau therapeutisch bearbeiten soll, wenn er nicht weiß, wie die Schemata genau heißen.

Vielfach sind Schemata für einen Klienten aber gar nicht leicht zugänglich: Viele Schema-Aspekte sind impliziertes Wissen, sodass die Klienten die Informationen weder auf Fragen direkt abrufen, noch in Fragebögen beantworten können. Oft sind vielmehr komplexe und langfristige Klärungsprozesse erforderlich, um die relevanten Schema-Aspekte zu rekonstruieren.

Änderungsmotivation

Ein Klient kann mit einer hohen Änderungsmotivation in die Psychotherapie kommen: Dann ist er entschlossen, sich und sein System zu verändern, er ist dann auch meist in der Therapie kooperativ und compliant (und macht dem Therapeuten das Leben leicht).

Klienten, die eine sogenannte ich-syntone Störung aufweisen, wie eine Persönlichkeitsstörung, weisen jedoch meist zu Beginn der Therapie keine Änderungsmotivation auf; „ich-synton“ bedeutet, dass den Klienten die Störung nicht stört, sondern dass der Klient die Störung als Teil seiner Person, seiner Identität betrachtet. Der Klient nimmt dann zwar Kosten seines Systems wahr und möchte diese Kosten mit Hilfe des Therapeuten reduzieren, erkennt aber nicht die Notwendigkeit, dafür an sich selbst zu arbeiten. Viele Klienten mit Persönlichkeitsstörungen sind nicht nur „nicht änderungsmotiviert“, sondern *stabilisierungsmotiviert*: Sie kommen in die Psychotherapie, um sich mit Hilfe des Therapeuten *nicht* ändern zu müssen.

Die Änderungsmotivation ist eine entscheidende Variable im Therapieprozess: Denn mangelnde Änderungsmotivation erschwert den therapeutischen Prozess extrem und erfordert vom Therapeuten eine spezifische Expertise, um im Prozess Änderungsmotivation zu erzeugen.

Vermeidung

Es gibt Klienten, die eine Konfrontation mit problemrelevanten Inhalten kaum vermeiden: Sie stellen sich selbst den Inhalten und sie berichten diese dem Therapeuten. Dadurch erhält der Therapeut relevante und valide Informationen.

Dies tun jedoch keineswegs alle Klienten. Viele Klienten vermeiden die Konfrontation mit Inhalten, die sie selbst als peinlich, beschämend, unangenehm, bedrohlich etc. betrachten:

D.h. diese Klienten vermeiden es, sich selbst Inhalte zu stellen. In diesem Fall kommen sie selbst gar nicht an diese Inhalte heran, können daher auch nicht über sie Auskunft geben oder sie in Fragebögen angeben.

Um diese Art der Vermeidung zu überwinden, benötigen Therapeuten spezifische Strategien, mit deren Hilfe sie die Vermeidungstendenzen der Klienten Schritt für Schritt reduzieren.

Diese Art von Vermeidung ist ein weiterer Grund (neben implizitem Wissen) dafür, dass Klienten zu Therapiebeginn dem Therapeuten oft keine relevanten und/oder keine validen Daten liefern.

Eine andere Art der Vermeidung ist „interaktionelle Vermeidung“: Der Klient vermeidet es, dem Therapeuten Informationen zu geben, weil diese, gemessen an dem Vertrauen, das der Klient im Augenblick zum Therapeuten hat, die Information aus der Sicht des Klienten zu peinlich, bedrohlich, unangenehm usw. wäre, der Klient also nicht weiß, ob der Therapeut diese gut und akzeptierend aufnehmen würde. Der Klient vermeidet somit zwar nicht, sich selbst mit der Information zu konfrontieren, er vermeidet es jedoch, die dem Therapeuten mitzuteilen.

Besteht ein solches Vermeidungsproblem, dann ist es wesentlich für den Therapeuten, durch (komplementäre) Beziehungsgestaltung mehr Beziehungskredit aufzubauen, denn sobald der Klient dem Therapeuten vertraut, vertraut er ihm auch die relevante Information an.

Aufgrund dieser Überlegungen ist es naiv anzunehmen, dass Therapeuten zu Therapiebeginn mit Hilfe einfacher Explorationen relevante Informationen über gravierende Klientenprobleme erhalten:

- Viele relevante Daten sind implizit und dem Klienten ohne spezielle Klärungsprozesse gar nicht zugänglich.
- Viele Aspekte vermeidet der Klient und schaltet sie selbst aus seinem Bewusstsein aus.
- Viele Aspekte, die der Klient selbst weiß, berichtet er dem Therapeuten nicht, weil die Therapeut-Klient-Beziehung noch nicht tragfähig ist.

Aus den Überlegungen ergeben sich relevante Erkenntnisse:

- Mit zunehmender Qualität der Therapeut-Klient-Beziehung erhält der Therapeut zunehmend validere Daten.
- Mit der Zeit des Therapieprozesses, d.h. der zunehmenden Beziehungsqualität und der zunehmenden Klärung erhält der Therapeut immer relevantere Daten.

Es spricht viel dafür anzunehmen,

- dass viele Therapeuten zu Therapiebeginn ihre wirklich relevanten Probleme gar nicht „auf den Tisch legen“,

- dass die wirklich relevanten Probleme erst im Laufe des Prozesses in Erscheinung treten,
- dass Klienten zu Therapiebeginn dem Therapeuten „Testprobleme“ vorlegen, Probleme, an denen der Klient testet, ob der Therapeut vertrauensvoll und kompetent ist,
- dass Therapeuten einen schweren Fehler machen können, wenn sie sich sehr früh auf ein Problem und seine Therapie festlegen,
- dass Therapeuten den Klienten eine Zeit lang und immer wieder aufmerksam zuhören sollten, um zu erfahren, worum es dem Klienten wirklich geht.

Beziehungsgestaltung

Viele Klienten realisieren eine funktionale Beziehungsgestaltung zum Therapeuten: Sie nehmen die Klienten-Rolle ein, sind kooperativ und handeln authentisch.

Es gibt jedoch auch häufig Klienten (insbesondere solche mit Persönlichkeitsstörungen), die ein dysfunktionales Interaktionsverhalten in die Therapeut-Klient-Beziehung „mitbringen“: Sie realisieren manipulative Interaktionsformen, senden in hohem Ausmaß Images und Appelle und verwickeln so den Therapeuten in „Interaktionsspiele“.

Ein solches Klienten-Verhalten weicht stark von dem ab, was kooperative Klienten im Therapieprozess tun; der therapeutische Umgang damit erfordert vom Therapeuten spezielle Verarbeitungs- und Handlungskompetenzen.

Schwierige Interaktionssituationen

Manche Klienten realisieren im gesamten Therapieprozess nicht eine einzige schwierige Interaktionssituation für den Therapeuten.

Andere Klienten neigen dagegen in hohem Maße dazu, dem Therapeuten gegenüber schwierige Interaktionssituationen zu realisieren: Sie kritisieren den Therapeuten, machen ihm Beziehungsangebote, „testen“ ihn daraufhin, ob er verlässlich, zugewandt ist, sich kümmert u.a. Solche Situationen sind oft „Nagelproben“ für die Therapie: Verhält sich der Therapeut angemessen, „besteht er die Tests“, dann kann das Vertrauen des Klienten deutlich wachsen. Macht er dagegen (aus der Sicht des Klienten) Fehler und besteht er den Test nicht, dann kann das das Ende der Therapie bedeuten. Schwierige Interaktionssituationen sind für Therapeuten das, was Notfall-Situationen für Piloten sind: Sie kommen vergleichsweise selten vor, aber wenn sie vorkommen, sind sie extrem relevant. Und nach unserer Erfahrung bewältigen Therapeuten solche Situationen (ähnlich wie Piloten) auch nur dann angemessen, wenn sie speziell darauf trainiert worden sind.

6 Die Relevanz der Dimensionen für einzelne Störungen

Betrachtet man unterschiedliche psychische Störungen anhand der aufgeführten Dimensionen, dann wird deutlich, dass diese nicht für alle Störungen in gleicher Weise relevant sind. Es gibt Störungen, für die Aspekte wie Vermeidung, Änderungsmotivation oder Beziehungsgestaltung weitgehend irrelevant sind; es gibt jedoch auch Störungen, für die solche Aspekte von zentraler Bedeutung sind. Und je mehr Dimensionen bei einer Störung bedeutsam sind, desto komplexer wird die psychotherapeutische Aufgabe. Und: Ignoriert man bei Störungen, bei denen Dimensionen relevant sind, diese und berücksichtigt man sie nicht in Modellen, dann reduziert man die Realität in nicht vertretbarer Weise, man ignoriert dann nämlich Aspekte, die für den psychotherapeutischen Prozess hoch bis extrem relevant sind. Wir wollen nun exemplarisch einige psychische Störungen durchgehen und diese Aspekte näher ausführen.

6.1 Klassische Angststörungen

Als „klassische Angststörungen“ wollen wir hier die von der Verhaltenstherapie in den Fokus der therapeutischen Arbeit genommenen Störungen betrachten, nämlich „reine Phobien“ und die Panik-Störung. Wir gehen dabei davon aus, dass die Störungen in einer „reinen“ Form vorliegen, d.h. ohne Co-Morbiditäten, insbesondere ohne Co-Morbiditäten mit Persönlichkeitsstörungen (was sehr wahrscheinlich in der therapeutischen Praxis nur selten vorkommt!). Betrachtet man diese Störungen aus psychologischer und psychotherapeutischer Sicht, dann wird deutlich, dass hier die meisten der angeführten Dimensionen keine bedeutsame Rolle spielen: Eine Analyse der Störung selbst (d.h. eine Diagnose-Stellung nach DSM oder ICD) und die Berücksichtigung eines allgemeinen psychologischen Störungsmodells reichen aus, um die Störung hinreichend zu verstehen und um angemessene und wirksame therapeutische Strategien abzuleiten. Diese können auch relativ früh im Prozess schon festgelegt werden und ein therapeutisches Standard-Vorgehen ist vielversprechend.

- Da es hier praktisch keine Varianten in den „psychologischen Hintergrund-Variablen“ gibt, also keine Varianten im Hinblick darauf, wie die Störung psychologisch funktioniert, muss man auch keine unterschiedlichen Störungsdeterminanten berücksichtigen.
- Da Schemata bei diesen Störungen keine nennenswerte Rolle spielen, sind auch idiosynkratische Störungsdeterminanten nicht von Bedeutung: Klärungsprozesse sind daher bedeutungslos.

- Die Störung ist meist hoch ich-dyston (d.h. die Person empfindet die Störung selbst als *störend*), sind die Klienten meist hoch änderungsmotiviert, und zwar von Beginn der Therapie an. Spezielle Maßnahmen zur Entwicklung von Änderungsmotivation sind nicht erforderlich.
- Die Klienten vermeiden in aller Regel Aspekte des Problems nicht: Sie sind bereit, auch dem Therapeuten alle erforderliche Information zu liefern. Spezielle therapeutische Maßnahmen zur Reduktion von Vermeidung sind nicht erforderlich.
- Die Klienten realisieren in aller Regel eine kooperative Therapeut-Klient-Beziehung und weisen keine manipulativen Interaktionsweisen auf. Daher benötigt der Therapeut keine spezifischen Strategien der Beziehungsgestaltung.
- Die Klienten produzieren auch keine schwierigen Interaktionssituationen, auf die ein Therapeut speziell reagieren müsste.

Betrachtet man anhand der Dimensionen die psychologische oder psychotherapeutische Komplexität dieser Störungen, dann wird deutlich, dass es sich hier eher um weniger komplexe Störungen handelt.

Bei solchen Störungen ist damit eine Berücksichtigung weiterer Dimensionen nicht erforderlich: Diese Dimensionen nicht zu berücksichtigen stellt damit dann auch *keine* Verbesserung oder Reduktion von Realität dar, sondern ist eine realitätsangemessene Vorgehensweise.

Ein Vorgehen der Art

- Exploration
- DSM-Diagnose
- Therapieplanung
- Therapiedurchführung einschließlich Manualisierung

erscheint in diesen Fällen als durchaus angemessen.

6.2 Soziale Phobie

Bei der sozialen Phobie liegt der Fall schon anders: Bei dieser Störung können unterschiedliche psychologische Faktoren die gleichen „Störungsoberfläche“ bedingen. So können „klassische“ Konditionierungsprozesse zu dem Angstgeschehen beitragen, die Klienten können aber auch dysfunktionale Schemata aufweisen, die Angstreaktionen determinieren können, sie können aber auch soziale Kompetenzdefizite aufweisen, die zu den Angst-Appraisals beitragen.

Daher müssen bei dieser Störung unterschiedliche Störungsdeterminanten bereits immer berücksichtigt werden. Ohne eine genauere psychologische Funktionsanalyse kann man die Störung damit gar nicht psychologisch verstehen und angemessen therapieren: Denn die Therapie von klassisch konditionierten Angstreaktionen erfordert andere therapeutische Vorgehensweisen als die Therapie von Schemata oder die Beseitigung von Kompetenzdefiziten.

Außerdem spielen hier idiosynkratische Determinanten eine wesentliche Rolle: Klienten unterscheiden sich sehr stark in den spezifischen Annahmen, die sie in ihren Schemata haben und in den spezifischen Defiziten, die sie aufweisen. Daher ist bei dieser Störung schon ein individuelles Fallkonzept entscheidend, um eine angemessene Therapie konzipieren zu können:

- Die Änderungsmotivation der Klienten ist meist unproblematisch, da die Störung in der Regel hoch ich-dyston ist.
- Da manche Problembereiche dem Klienten unangenehm und peinlich sind, ist schon mit einem gewissen Ausmaß an Vermeidung zu rechnen; in der Regel ist dies jedoch durch eine angemessene therapeutische Beziehungsgestaltung relativ schnell überwindbar.
- Die Klienten werden dagegen keine dagegen keine dysfunktionale Beziehungsgestaltung realisieren.
- Und den Therapeuten auch nicht in schwierige Interaktionssituationen bringen.

Deutlich wird damit aber, dass bereits bei der sozialen Phobie eine genauere individuelle Störungsanalyse und eine Analyse idiosynkratischer Störungsdeterminanten erforderlich sind: Nimmt man hier nur eine DSM-Diagnose und therapeutisch eine Manualisierung vor, dann blendet man bereits relevante psychologische Aspekte aus der therapeutischen Arbeit aus: Damit verzerrt man nicht nur die Realität, man reduziert auch, so muss man annehmen, die mögliche therapeutische Effektivität.

6.3 Persönlichkeitsstörungen

Ganz besonders gelagert sind die Störungen, die als „Persönlichkeitsstörungen“ bezeichnet werden: Hier haben wir es mit hoch komplexen Störungen zu tun, bei denen *alle* der beschriebenen Dimensionen relevant sind (vgl. Fiedler, 1993, 1994a, 1994b, 1994c, 1996, 2000; Millon, 1996; Sachse, 1999b, 2001, 2002, 2004a, 2004b, 2005, 2006, 2007, 2008; Sachse, Sachse & Fasbender, 2010, 2011; Sachse, Fasbender, Breil & Sachse, 2012).

Wir wollen hier als Beispiel die narzisstische Persönlichkeitsstörung anführen. Die narzisstische Persönlichkeitsstörung ist eine Störung, bei der die Betroffenen ein „doppeltes Selbstschema“ aufweisen: Sie zeigen einerseits ein Schema, das Annahmen enthält wie „ich bin kompetent“, und auch „ich bin sehr gut“, „ich habe große Fähigkeiten“ u.a.; andererseits besitzen sie jedoch auch ein Schema, das negative Selbst-Annahmen enthält wie „ich bin inkompetent“, „ich bin ein Versager“ etc.

Klienten mit einer narzisstischen Störung weisen darüber hinaus noch viele weitere Merkmale auf, von denen einige Relevante im Folgenden ausgeführt werden sollen.

Wie für andere Persönlichkeitsstörungen auch, ist es möglich, für die narzisstische Störung ein allgemeines psychologisches Störungsmodell aufzustellen, das beschreibt, wie die Störung „psychologisch funktioniert“. Dieses kann Therapeuten auch als eine Heuristik für die Bildung von Klientenmodellen dienen.

- Es wird bei einer genauen Analyse der Störung aber sofort deutlich, dass es sehr starke personen-spezifische, idiosynkratische Anteile gibt: Was genau in den Selbst-, Beziehungs-, Norm- oder Regelschemata „steht“, ist extrem stark vom jeweiligen Klienten (mit seiner jeweiligen Biographie) abhängig. Therapeuten müssen daher mit den Klienten eine aufwendige und z.T. langwierige Klärungsarbeit machen, um genau zu wissen, welches *die jeweiligen relevanten Schema-Inhalte sind*: Denn nur dann, wenn sie dieses *valide* wissen, können sie die Schemata auch tragfähig verändern. Dazu reicht es nicht, „Explorationen“ zu machen, denn Schema-Inhalte sind zum großen Teil *implizites Wissen*, das von Personen nicht einfach „abgerufen“ werden kann. Auch affektive und emotionale Prozesse spielen hier eine große Rolle, deren kognitive Repräsentation noch deutlich schwieriger ist als die von impliziten, kognitiven Schemata.

Eine effektive Therapie ist damit nicht ohne ein individuelles Fallkonzept möglich *und* die Erarbeitung eines solchen Konzeptes ist eine therapeutisch sehr schwierige und aufwendige Aufgabe.

- Die Störung ist (außer in Phasen der Aktivierung des negativen Selbstschemas) *ich-synton*, d.h. die Klienten empfinden ihre Störung selbst nicht als störend: Daher sehen sie zu Therapiebeginn keine Veranlassung, therapeutisch an ihrer Störung zu arbeiten. Sie sind daher zu Beginn der Therapie wenig bis gar nicht änderungsmotiviert und liefern dem Therapeuten damit auch keinen diesbezüglichen Arbeitsauftrag. Sie sind oft sogar stabilisierungsmotiviert, d.h. sie wollen versuchen, mit Hilfe des Therapeuten ihr System stabil zu halten oder, anders gesagt, sie wollen die Therapie dazu nutzen, sich nicht verändern zu müssen.

Damit hat der Therapeut jedoch gleich zu Therapiebeginn ein sehr spezielles Problem: Einen Klienten, der sein Problem gar nicht verändern will und deshalb entsprechende Therapieangebote des Therapeuten auch in keiner Weise folgen wird.

Hier benötigt der Therapeut spezifische therapeutische Vorgehensweisen, um im Verlauf des Therapieprozesses eine Änderungsmotivation aufzubauen und einen Arbeitsauftrag zu definieren: Eine Aufgabe, die eine sehr hohe therapeutische Expertise erfordert. Bei diesem Prozess muss sich der Therapeut einerseits hochgradig auf den Klienten einstellen können, er muss den Klienten andererseits aber auch hochgradig konfrontieren und steuern. Der Prozess ist weder völlig vorhersehbar, noch wirklich planbar und er ist vollkommen un-manualisierbar, da die Reaktion und Strategien des Klienten nie völlig vorhersagbar sind: Vielmehr müssen Therapeuten sich aufgrund ihrer Expertise immer wieder neuen Anforderungen anpassen können.

- Klienten mit narzisstischer Störung sind leicht kränkbar und stark kritikempfindlich: Sie vermeiden alle Informationen, die z.B. ihre Kompetenz in Frage stellen. Zu Therapiebeginn vermeiden die Klienten alle Informationen sehr systematisch, die ihre Person auch nur ansatzweise in Frage stellen. Insbesondere vermeiden die Klienten stark, sich den Inhalten der negativen Selbstschemata zu stellen.

Daher müssen Therapeuten in der Lage sein, konstruktiv mit Vermeidung umzugehen und diese durch angemessene Interventionen Schritt für Schritt zu reduzieren. Dies erfordert wiederum spezielle therapeutische Strategien und eine entsprechende Expertise des Therapeuten.

- Die Klienten weisen eine hochgradig dysfunktionale Beziehungsgestaltung auf: Sie gehen oft nicht in die Klienten-Rolle, diskutieren mit dem Therapeuten, senden Images von Großartigkeit, von „ich habe keine Probleme“ oder „ich habe alles im Griff“ und Appelle von „bewundere mich“ oder „bestätige mich“. Zu Beginn der Therapie ist ein Klient durch den Therapeuten nur schwer steuerbar, sondern er determiniert das Geschehen im Therapieprozess in hohem Maße.

Therapeuten müssen hier eine sehr gut auf den Klienten abgestimmte komplementäre Beziehungsgestaltung realisieren, um die Klienten langsam in einen funktionalen Beziehungsmodus zu bringen. Dabei muss der Therapeut die jeweilige Beziehungsgestaltung des Klienten genau verstehen und sich komplementär zum Klienten verhalten, ohne das dysfunktionale System des Klienten zu stabilisieren. Dies setzt eine sehr flexible, schnelle und sichere Informationsverarbeitung auf Seiten des Therapeuten voraus und eine sehr

schnelle und sichere Handlungsplanung und Interventionsgestaltung. Therapeuten, die dies können, bewegen sich auf einem *sehr hohen Expertise-Niveau*.

- Klienten mit narzisstischer Störung bringen die Therapeuten häufig in schwierige Interaktionssituationen: Sie realisieren Tests, bei denen sie feststellen wollen, „ob der Therapeut gut genug ist“ oder „ob der Therapeut ihnen gewachsen ist“, sie verwickeln den Therapeuten in „Fachdiskussionen“, bei denen es aber im Grunde darum geht zu testen, ob der Therapeut bereit ist, den Klienten „als Peer“ zu respektieren usw. Diese Tests sind „Nagelproben“ des Psychotherapieprozesses: Der Therapeut kann den Test bestehen und damit seinen Beziehungskredit deutlich verbessern oder er kann „durchfallen“, wodurch die Therapie schlagartig beendet sein kann.

Nach unserer Erfahrung sind Therapeuten in aller Regel solchen Tests nicht ohne ein spezielles Training gewachsen: Denn Tests stellen nicht nur extrem hohe Anforderungen an die Kompetenz; Tests „triggern“ auch persönliche Schemata des Therapeuten und verleiten diese dann zu untherapeutischem, manchmal auch zu anti-therapeutischem Handeln, anders gesagt: „Die Therapeuten verlieren ihre Akzeptierung, aber ihre Echtheit nicht.“

Diese Analyse macht deutlich, dass eine Therapie einer so hoch komplexen Störung wie der narzisstischen Persönlichkeitsstörung (und das Gleiche gilt für *alle* Persönlichkeitsstörungen) auch eine hoch komplexe Therapie erfordert: Sie erfordert auch einen Therapeuten mit sehr hoher Expertise, der auf alle Problem-Dimensionen des Klienten eingehen kann.

Würde ein Therapeut bei einer narzisstischen Störung nur eine DSM-Diagnose stellen und dann versuchen, eine „Standard-Therapie“ durchzuführen, dann würde er sehr viele, sehr relevante psychologische Dimensionen ignorieren. In diesem Fall würde er die Realität in einem ganz erheblichen Maße „verzerren“: Die „Reduktion“ würde dann sehr wesentliche psychologische Prozesse betreffen und diese systematisch aus den therapeutischen Modellen ausschließen; und man kann sehr begründet annehmen, dass dies auch die Effektivität der Therapie extrem reduzieren würde. Sehr wahrscheinlich würde die Therapie schon von Anfang an nicht funktionieren, da sie überhaupt nicht „auf den Klienten passen“ würde.

Die Überlegungen für die anderen „reinen“ Persönlichkeitsstörungen Histrionisch, Dependent, Schizoid, Passiv-aggressiv, Paranoid und Zwanghaft sind prinzipiell ähnlich, wenn auch im Detail unterschiedlich: Die interaktionellen Probleme, die passiv-aggressive Klienten einem Therapeuten machen, sind deutlich anders als die, die Histrioniker verursachen und dennoch: Die Überlegungen sind prinzipiell die gleichen.

6.4 Borderline-Störungen

Noch deutlich ausgeprägter sind die Probleme bei *Borderline-Klienten*:

- Bei einer Borderline-Störung gibt es extrem unterschiedliche Störungsdeterminanten: Die Störung kann überwiegend wie eine psychische Störung funktionieren mit ausgeprägten Schemata, ausgeprägtem manipulativem Verhalten und ausgeprägten Tests; sie kann aber auch überwiegend wie eine neuropsychologische Störung funktionieren mit ausgeprägter Emotionsregulationsstörung etc.

Für die Indikationsstellung einer geeigneten Therapie ist es extrem wesentlich, bei einer konkreten Klientin diese Aspekte abzuklären, was im Einzelfall jedoch keineswegs einfach ist.

- Die Biographien von Borderline-Klienten sind extremst unterschiedlich: Daher ist a priori (d.h. vor einer individuellen Fallkonzeption) völlig unklar, welche dysfunktionalen Schemata ein Klient aufweise und welche Inhalte die Schemata genau haben. Dies muss aber bekannt sein, wenn ein Therapeut wissen will, *welche Schemata er genau bearbeiten will*. Ohne Klärung der Schemata kann dies aber gar nicht klar sein: Und die Klärung kann, gerade bei Borderline-Klienten, sehr schwierig, sehr aufwendig und sehr langwierig sein und vom Therapeuten eine *sehr* hohe Expertise verlangen.
- Die Änderungsmotivation ist stark abhängig davon, welche Schemata und Problemaspekte gerade aktiviert sind: Die Klienten können änderungsmotiviert sein, wenn Emotionsregulationsprobleme im Vordergrund stehen, sie können aber auch stark stabilisierungsmotiviert sein, wenn manipulative Aspekte im Vordergrund stehen. Ein Therapeut muss in der Lage sein, sich auf wechselnde Motivationen des Klienten einzustellen und die Motivation jeweils gezielt zu fördern.
- Die *Vermeidung* kann bei Borderline-Klienten extrem stark sein: Klienten können selbst die Konfrontation mit bedrohlichen Selbstaspekten vermeiden; sie misstrauen aber auch, z.T. sehr lange, dem Therapeuten, sodass sie dem Therapeuten oft über längere Zeit relevante Informationen nicht anvertrauen.
- Die Beziehungsgestaltung von Borderline-Klienten ist stark wechselhaft: Sie kann überwiegend authentisch sein, wenn Emotionalitätsregulationsaspekte dominieren; die Klienten können aber auch extrem manipulativ sein, wenn Persönlichkeitsstörungsaspekte im Vordergrund stehen. Und die Art der Manipulation kann sich im Therapieprozess spontan ändern. Therapeuten müssen extrem schnell relevante Informationen verarbeiten können, um zu wissen, in welchem „state of mind“ sich der Klient gerade befindet und sie müssen

extrem flexibel sein, um den Klienten jeweils mit ihren Interventionen erreichen zu können.

- Borderline-Klienten stellen Therapeuten oft vor sehr schwierige Interaktionsprobleme: Sie testen Therapeuten sehr oft und meist in sehr provokativer Weise, sodass Therapeuten ihre eigenen Schemata „gut im Griff“ haben und über gute Interventionsstrategien verfügen sollten, um souverän mit diesen Interaktionsproblemen umgehen zu können.

7 Schlussfolgerungen

Die Ausführungen machen deutlich:

- Dass relativ einfache therapeutische Strategien nur für eine kleine Gruppe von Störungen angemessen sind.
- Will man eine Therapie für viele Störungen, einschließlich Persönlichkeitsstörungen, entwickeln, dann muss das therapeutische Vorgehen komplex bis hoch komplex sein.
- Um diese Komplexität realisieren zu können, müssen Therapeuten über eine sehr hohe Expertise verfügen.

Deutlich wird aber auch, dass ein therapeutisches Angebot, das außer der ersten alle weiteren der angegebenen Dimensionen ignoriert, eine völlig unpsychologische Reduktion der Realität impliziert, also gerade von solchen Faktoren abstrahiert, die im Therapieprozess für bestimmte Klienten extrem relevant sind.

Aus den Ausführungen wird Folgendes deutlich: Geht man davon aus,

- dass eine Diagnose nach DSM-Kriterien zum Verstehen des Klienten ausreicht,
- dass es nicht erforderlich ist, eine störungsspezifische, psychologische Analyse durchzuführen, um spezifische Störungsdeterminanten zu definieren,
- dass man kein individuelles Fallkonzept benötigt, also kein Klienten-Modell, keine Klärungsprozesse etc.,
- dass man die spezielle Änderungsmotivation der Klienten nicht zu berücksichtigen braucht,
- dass man keine Vermeidungsprozesse des Klienten in Erwägung ziehen muss,
- dass man keine speziellen Interaktionsformen des Klienten in Betracht ziehen muss,
- dass man auf keine schwierigen Interaktionsprobleme achten muss,
- dass man infolgedessen die Therapie nach der Diagnose planen und manualisieren kann,

dann kann das bei bestimmten Störungen eine durchaus realistische Annahme sein. Wendet man diese Annahmen jedoch auf andere (komplexere) Störungen an, dann bedeutet dies eine unvermeidbare Reduktion von Komplexität, eine Ignorierung sehr wesentlicher, psychologisch und psychotherapeutisch relevanter Dimensionen. Es gibt Störungen,

- bei denen eine DSM-Diagnose keinesfalls ausreicht,
- bei denen Klienten aufgrund von Fragebögen und Befragungen nicht ausreichend über ihre psychischen Determinanten Auskunft geben können,
- bei denen Explorationen zu Therapiebeginn (aufgrund von Vermeidung und mangelndem Beziehungskredit) nicht zu validen Daten führen,
- bei denen man die Therapie nicht aus Ausgangsdaten heraus planen kann,
- bei denen man die Therapie nicht manualisieren kann,
- bei denen man ohne spezifische therapeutische Strategien der Motivierung, der Beziehungsgestaltung und des Umgangs mit Interaktionsproblemen keine effektive Therapie machen kann.

Versucht man das alles trotzdem, dann verzerrt man nicht nur in extremer Weise die Realität, man wird auch diesen Klienten therapeutisch in keiner Weise gerecht.

8 Aufgaben des Therapeuten im Therapieprozess

Die Komplexität von Psychotherapie impliziert, dass ein Therapeut im Therapieprozess eine Anzahl komplexer Aufgaben zu bewältigen hat. Diese Aufgaben wurden von Sachse und Rudolf (2008), Becker und Sachse (1998), Gäßler und Sachse (1992a, 1992b), Sachse (1992f, 2006e) sowie Sachse und Sachse (2011) systematisch analysiert.

Zu diesen Aufgaben gehören:

1. Beziehungsgestaltung

- Der Therapeut sollte in der Lage sein, dem Klienten gegenüber von Anfang des Therapieprozesses an eine Atmosphäre zu schaffen, in der der Klient sich angenommen und aufgehoben fühlen kann und in der er Vertrauen zum Therapeuten entwickeln kann (Sachse & Rudolf, 2008).
- Daher sollte ein Therapeut von Anfang an und durch den gesamten Therapieprozess hindurch eine sogenannte „allgemeine Beziehungsgestaltung“ realisieren (können), die durch Akzeptierung, Freundlichkeit, Respekt, Offenheit etc. gekennzeichnet ist (Sachse, 2000c, 2006c).

- Darüber hinaus sollte ein Therapeut in der Lage sein, sich komplementär zu den wesentlichen Beziehungsmotiven oder interaktionellen Plänen des Klienten zu verhalten, also eine komplementäre Beziehungsgestaltung realisieren können (Caspar, 1996; Sachse, 2006c).
- Der Therapeut sollte auch seine eigenen Werthaltungen, Schemata etc. so gut selbst kennen und so gut kontrollieren können, dass er weder in „Plausibilitätsfallen“ tappt, noch „Resonanzeffekte“ erzeugt: Er sollte damit seine eigenen Annahmen und Schemata von denen des Klienten unterscheiden können und er sollte verhindern können, dass seine eigenen Schemata durch den Klienten oder Klienten-Informationen „getriggert“ werden (Selbsterfahrung ist ein zentraler Aspekt von Professionalität).

2. Wissen

- Ein Therapeut sollte über relevantes psychologisches und psychotherapeutisches Wissen verfügen: Wissen über relevante psychologische Prozesse, über Lern-, Motivations-, Emotions-, Kognitionspsychologie etc., über Diagnosen, psychische Störungen, Therapieprozesse, Strategien, Interventionen etc. (Sachse, 1992a, 2006e).
- Ein Therapeut sollte dabei über ein anwendungsorientiertes, gut verfügbares, gut organisiertes und schnell abrufbares Wissen verfügen, das sich unmittelbar auf den Therapieprozess und auf praktische Probleme anwenden lässt: Nur dann ist das Wissen relevant und schnell genug verfügbar.

3. Informationsverarbeitung

- Ein Therapeut sollte in der Lage sein, ein Modell über den Klienten (ein „Klientenmodell“) zu entwickeln, das alle therapierlevanten Informationen über den Klienten enthält und das als Basis für weiteres Verstehen und für eine therapeutische Handlungsplanung dienen kann (Sachse, 1992a, 2006e; Sachse & Rudolf, 2008).
- Ein solches Modell muss Angaben enthalten
 - *zur Inhaltsebene*, also zum Beispiel Antworten auf Leitfragen wie:
 - Was sind die (zentralen) Probleme des Klienten?
 - Was sind die (tatsächlichen) Anliegen des Klienten?
 - Woran will der Klient arbeiten, was will er verändern usw.?
 Hier sollte der Therapeut auch vermerken,
 - was die Diagnosen des Klienten sind,
 - welche Störungsmodelle der Therapeut heranziehen kann,
 - welches die idiosynkratischen Bedingungsvariablen des Störungsmodells sind
 - *zur Bearbeitungsebene*, also Antworten enthalten auf Leitfragen wie:

- Welche Inhalte/Themen vermeidet der Klient?
- Welche Strategien der Vermeidung wendet der Klient an?
- Wie geht der Klient mit den Interventionen des Therapeuten um?
- *zur Beziehungsebene*, also Antworten auf Leitfragen enthalten wie:
 - Wie gestaltet der Klient die Beziehung zum Therapeuten?
 - Zeigt der Klient Vertrauen zum Therapeuten?
 - Nimmt der Klient eine Klienten-Rolle ein?
 - Realisiert der Klient Images und Appelle? usw.
- Ein Therapeut sollte ein allgemeines, übergreifendes, ein sogenanntes „dispositionelles Modell“ vom Klienten bilden, in dem langfristige und generelle Aspekte vermerkt sind und er sollte jeweils ein situationales Modell bilden, in dem vermerkt ist, was ein Klient im Hier-und-Jetzt des Prozesses tut und will (Sachse, 2006e; Sachse & Rudolf, 2008).
- Um ein Modell über den Klienten bilden zu können, muss der Therapeut den Klienten verstehen: Auf der Grundlage seines eigenen Wissens muss der Therapeut das vom Klienten Gemeinte verstehen, belegbare Schlussfolgerungen ziehen und Annahmen und Schemata des Klienten rekonstruieren (Sachse, 1992a, 1992b, 1993b, 1994b).
- Der Therapeut muss in der Lage sein, solche Verstehensprozesse schnell und sicher zu vollziehen: Er muss die vom Klienten einlaufende Information „in Realzeit“ verarbeiten, schnell entscheiden können, welche Information relevant ist und welche nicht.
- Ein Therapeut muss in der Lage sein, alle relevante und nur die relevante Information in seinem Modell zu speichern, denn nur die Information, die er im Therapieprozess aktuell verfügbar hat, hilft ihm tatsächlich beim Verstehen und bei der Handlungsplanung. Informationen, die in Akten stehen und Informationen, aus denen keine therapeutischen Schlüsse gezogen werden (können), sind vollständig irrelevant.
- Um Modelle zu bilden muss ein Therapeut in der Lage sein, Hypothesen zu bilden und er muss diese als Hypothesen behalten (und nicht als Tatsachen): Ein Therapeut muss somit „Hypothesen in der Schwebe halten“ können, Hypothesen prüfen, elaborieren, aber auch verwerfen. Und Therapeuten dürfen nicht der ersten Spur einfach folgen, sondern müssen die Relevanz abwägen und beurteilen können (Becker & Sachse, 1998).
- Therapeuten sollten in der Lage sein, schnell zwischen irrelevanten und relevanten Informationen zu unterscheiden und schnell den relevanten Spuren folgen können. Sie

sollten in der Lage sein, Images von authentischen Informationen zu unterscheiden, um möglichst wenige Schlussfolgerungsfehler zu machen.

4. Interventionen

- Therapeuten sollten in der Lage sein, Prozesse von Klienten konstruktiv durch geeignete Interventionen zu steuern.
- Um das tun zu können,
 - müssen sie erkennen, wie und an was ein Klient gerade arbeitet,
 - müssen sie entscheiden, wie und an was ein Klient arbeiten sollte,
 - müssen sie entscheiden, durch welche Intervention(en) der Klient auf konstruktivere Prozessaspekte hin gesteuert werden könnte,
 - müssen sie diese Intervention so realisieren, dass der angestrebte Effekt erzielt werden kann (Sachse, 1992a, 1992d, 1992e).
- Um den Klienten konstruktiv zu steuern, müssen die Therapeuten also die richtigen Interventionen an den richtigen Stellen realisieren.
- Und sie müssen diese Interventionen so realisieren, dass die Klienten sie verstehen und umsetzen können.

5. Strategien

- Therapeuten sollten jedoch nicht nur einzelne, isolierte Interventionen umsetzen. Interventionen sollten Teile von Strategien sein, also von längerfristigen, übergreifenden, therapeutischen Vorgehensweisen.
- Therapeuten sollten daher Strategien unterschiedlicher Reichweite entwickeln: Dadurch verfolgen sie unterschiedliche und unterschiedlich komplexe Prozessziele.
- Therapeuten sollten bei ihrer Zielverfolgung sowohl straight als auch flexibel sein. Für die Erreichung eines Prozesszieles ist es vorteilhaft, wenn ein Therapeut eine Strategie sehr straight verfolgen kann.

Im Therapieprozess können bei Klienten aber sehr vielfältige Prozesse ausgelöst werden: Bestimmte Inhalte werden salient, Emotionen treten auf, Vermeidung wirkt aktiviert usw. usw.

Es ist im Detail weder vorhersagbar noch planbar, welche Prozesse beim Klienten wann getriggert werden.

Einige dieser Prozesse sind eher irrelevant und ihre Verfolgung würde von relevanten Zielen wegführen. Einige Prozesse oder Inhalte können aber auch hoch relevant sein und ihre Verfolgung kann zu wesentlichen Problemaspekten führen.

Daher müssen Therapeuten im Therapieprozess in der Lage sein,

- schnell zu entscheiden, ob neu auftauchende Inhalte relevant sind oder nicht,
- schnell zu entscheiden, ob sie trotz neuer Aspekte einer Strategie weiter folgen wollen oder ob sie die Strategie ändern wollen.

6. Spezielle therapeutische Vorgehensweisen

- Ein Therapeut sollte über spezifische therapeutische Strategien verfügen, um mit im Therapieprozess möglicherweise auftauchenden Problemen konstruktiv umgehen zu können.
- Therapeuten sollten über spezifische Strategien verfügen, um die Änderungsmotivation von Klienten zu steigern: Oft erweist sich die Änderungsmotivation von Klienten als nicht ausreichend, um vom Therapieangebot des Therapeuten zu profitieren; dann sollten Therapeuten in der Lage sein, die Motivation ihrer Klienten gezielt zu steigern.
- Therapeuten sollten auch über spezifische Strategien zum Umgang mit Vermeidung verfügen: Klienten bestimmter Störungsgruppen zeigen ein sehr hohes Ausmaß an Vermeidung und bestimmte Strategien sind sehr effektiv, um Vermeidung deutlich zu reduzieren.
- Therapeuten sollten ebenfalls über Strategien der Konfrontation verfügen, um Klienten auf relevante Problemaspekte aufmerksam machen zu können, die sie nicht wahrnehmen oder nicht wahrnehmen wollen und dies in einer Weise, die die Therapeut-Klient-Beziehung nicht gefährdet.
- Therapeuten sollten auf alle Fälle geschult sein, mit schwierigen Interaktionssituationen angemessen umgehen zu können: Mit Beziehungstests, Kritik, Beziehungsangeboten etc. Denn können sie dies nicht, dann kann die Therapie an diesen „Schlüsselsituationen“ leicht scheitern.

9 Komplexität und Komplexitätsreduktion

Mit dem „Realitätsbereich Psychotherapie“ kann man umgehen wie mit allen anderen Realitätsbereichen auch:

- Man kann versuchen, die Komplexität des Bereiches wahrzunehmen und Modelle zu bilden, die diese Komplexität möglichst gut abbilden und die versuchen, die wesentlichen, relevanten Aspekte zu erfassen.

Oder:

- Man kann versuchen, die Komplexität des Bereiches (mehr oder weniger stark) zu reduzieren, vereinfachte Modelle zu bilden, die immer noch wesentliche Aspekte des Bereiches abbilden.

Wir vertreten hier die These, dass Wissenschaft und Praxis der Psychotherapie unterschiedliche Aufgaben haben und dass die Verfolgung dieser Aufgaben unterschiedliche Gefahren impliziert.

Aufgabe der Wissenschaft ist es vor allem, schlüssige Modelle zu liefern und diese Modelle empirisch zu prüfen. Um dies tun zu können, versucht Wissenschaft die Komplexität der Realität zu reduzieren mit dem Ziel, irrelevante Aspekte aus der Betrachtung auszuschließen und sich auf die relevantesten Variablen und Zusammenhänge zu konzentrieren. Nur so kann Wissenschaft eine übersichtliche „Landkarte“ der Realität herstellen und nur so sind die Modelle überhaupt noch empirisch prüfbar. Dieses Vorgehen ist natürlich völlig legitim und erbringt auch viele sehr spezifische Erkenntnisse. Es impliziert jedoch die Gefahr,

- von Variablen zu abstrahieren, die tatsächlich in der Realität von großer Relevanz sind,
- von den eingeschränkten Untersuchungen und Untersuchungsbedingungen auf tatsächlich nicht untersuchte Variablen und Bedingungen zu generalisieren.

In solchen Fällen neigt die Wissenschaft dazu, den von ihr (gründlich) untersuchten Realitätsausschnitt für die Realität an sich zu halten: Solche Schlüsse sind jedoch nicht gerechtfertigt und führen zu (mehr oder weniger massiven) Realitätsverzerrungen.

Der Bereich der Praxis dient dazu, den Anforderungen der Realität so weit wie möglich zu entsprechen, also die Komplexität möglichst wenig zu reduzieren (tatsächlich reduziert jedes menschliche Denken Komplexität, jedoch schaffen es wohl einige Personen, besser mit Komplexität umzugehen als andere). In der Praxis ist es wichtig, wesentliche Variablen zu berücksichtigen, um möglichst effektiv handeln zu können. Damit nimmt man in Kauf, dass viele Strategien noch nicht oder nicht ausreichend empirisch evaluiert sind und – da neue Strategien in der Praxis in der Regel deutlich schneller entwickelt werden als die Wissenschaft sie evaluieren kann – evaluiert sein können, zumindest nach „Gold-Standard-Kriterien“. In der Praxis gibt man sich mit bescheideneren Validierungsmaßnahmen zufrieden: Erfahrung, Kontrolle durch Supervision, Erfahrungsaustausch, Einzelfall-Studien, naturalistische Studien etc. Die Gefahr, die dieses Vorgehen impliziert, ist die, dass Strategien unter Umständen nicht so effektiv sind, wie angenommen oder auch, dass Modelle nicht so gut theoretisch elaboriert sind, wie sie es sein könnten.

Der allgemeine Trend ging lange Zeit dahin, die Wissenschaft hoch zu achten und die Praxis geringzuschätzen; wir vertreten jedoch die These, dass bei aller nicht zu bestreitenden Not-

wendigkeit von Forschung diese im Augenblick stark die Gefahr beinhaltet, die psychotherapeutische Realität stark zu verzerren und dass es notwendig ist, die tatsächliche Komplexität des psychotherapeutischen Prozesses wieder mehr in den Blick zu nehmen und dass es erforderlich ist, die Beiträge der Praxis stärker zu beachten und zu wertschätzen.

Literatur

- Arntz, A. (2003). Borderline personality disorder. In: A.T. Beck, D.D. Davis & A. Freeman (Eds.), *Cognitive Therapy of Personality Disorders*, 2nd edition. New York, London: Guilford Press.
- AuBuchon, P.G. & Malatesta, V.J. (1994). Obsessive compulsive patients with comorbid personality disorder: associated problems and response to a comprehensive behavior therapy. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 448-453.
- Backenstrass, M. & Mundt, C. (2008). Affektive Störungen: In: S.C. Herpertz, F. Caspar & C. Mundt (Hrsg.), *Störungsorientierte Psychotherapie*, 369-411. München: Urban & Fischer.
- Baer, P.E., Dunbar, P.W., Hamilton, J.E. II & Beutler, L.E. (1980). Therapists perceptions of the psychotherapeutic process: Development of a psychotherapy process inventory. *Psychological Reports*, 46, 563-570.
- Barber, J.P. & Muenz, L.R. (1996). The role of avoidance and obsessiveness in matching patients to cognitive and interpersonal psychotherapy: Empirical findings from the Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (5), 951-958.
- Barlow, D.H., Burlingame, G.M., Harding, J.A. & Behrman, J. (1997). Therapeutic focusing in time-limited group psychotherapy. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 1 (3), 254-266.
- Barrett, M.S. & Berman, J. (2001). Is psychotherapy more effective when therapists disclose information about themselves? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 597-603.
- Beck, A.T., Emery, G. & Greenberg, R.L. (1985). *Anxiety disorders and phobias*. New York: Basic Books.
- Beck, A.T., Freeman, A., Pretzer, J., Davis, D.D., Fleming, B., Orraviani, R., Beck, J., Simon, K.M., Padeski, C., Meyer, J. & Trexler, L. (1999). *Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen*. 4. Auflage. Weinheim: Beltz.

- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press (dt. Übersetzung (1996): Kognitive Therapie der Depression. Weinheim: Beltz).
- Becker, K. & Sachse, R. (1998). *Therapeutisches Verstehen*. Göttingen: Hogrefe.
- Beckham, E.E. (1989). Improvement after evaluation in psychotherapy of depression: Evidence of a placebo effect? *Journal of Clinical Psychology*, 45, 945-950.
- Bein, E., Anderson, T., Strupp, H.H., Henry, W., Schacht, T.E., Binder, J.L. & Butler, S.F. (2000). The effects of training in time-limited dynamic psychotherapy: Changes in therapeutic outcome. *Psychotherapy Research*, 10 (2), 119-132.
- Beisel, S. (2002). *Bulimia nervosa und Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Cuvillier Verlag.
- Bennun, I. & Schindler, L. (1988). Therapist and patient factors in the behavioural treatment of phobic patients. *British Journal of Clinical Psychology*, 27, 145-150.
- Bernieri, F., Blanck, P.D., Rosenthal, R., Vannicelli, M. & Yerrell, P.H. (1991). Verbal-nonverbal congruency and affect in therapists speech in speaking to and about patients. Unpublished manuscript. Oregon State University, Corvallis.
- Beutler, L.E. (1997). The psychotherapist as a neglected variable in psychotherapy: An illustration by reference to the role of therapist experience and training. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 44-52.
- Beutler, L.E., Clarkin, J.F. & Bongar, B. (2000). *Guidelines for the systematic treatment of the depressed patient*. New York: Oxford University Press.
- Beutler, L.E., Crago, M. & Arizmendi, T.G. (1986). Therapist variables in psychotherapy process and outcome. In: S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 3rd edition, 257-310. New York: Wiley.
- Beutler, L.E., Engle, D., Mohr, D., Daldrup, R.J., Bergan, J., Meredith, K. & Merry, W. (1991a). Predictors of differential and selfdirected psychotherapeutic procedures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 333-340.
- Beutler, L.E., Goodrich, G., Fisher, D. & Williams, O.B. (1999). Use of psychological tests/instruments for treatment planning. In: M.E. Maruish (Ed.), *The use of psychological tests for treatment planning and outcome assessment*, 2nd edition, 81-113. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Beutler, L.E., Harwood, T.M., Alimohamed, S. & Malik, M. (2002). Functional impairment and coping style. In: J. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patient needs*, 145-170. New York: Oxford University Press.

- Beutler, L.E., Machado, P.P. & Allstetter-Neufeldt, S. (1994). Therapist variables. In: A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 4th edition, 229-269. New York: Wiley.
- Beutler, L.E., Machado, P.P.P., Engle, D. & Mohr, D. (1993). Differential patient X treatment maintenance of treatment effects among cognitive, experiential, and self-directed psychotherapies. *Journal of Psychotherapy Integration*, 3, 15-32.
- Beutler, L.E., Malik, M., Alimohamed, S., Horwood, T.M., Talebi, H., Noble, S. & Wang, E. (2004). Therapist variables. In: M. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 5th edition, 227-306. New York: Wiley.
- Beutler, L.E., Mohr, D.C., Grawe, K., Engle, D. & MacDonald, R. (1991b). Looking for differential effects: Cross-cultural predictors of differential psychotherapy efficacy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 1, 121-142.
- Beyebach, M. & Carranza, V.E. (1997). Therapeutic interaction and dropout: Measuring relational communication in solution-focused therapy. *Journal of Family Therapy*, 19, 173-212.
- Bischoff, M.M. & Tracey, T.J.G. (1995). Client resistance as predicted by therapist behavior: A study of sequential dependence. *Journal of Counseling Psychology*, 42, 487-495.
- Blatt, S.J., Sanislow, C.A., Zuroff, D.C. & Pilkonis, P.A. (1996). Characteristics of effective therapists: Further analyses of data from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1276-1284.
- Bohart, A.C. & Associates (1996). Experiencing, knowing, and change. In: R. Hutterer, G. Pawlowsky, P.F. Schmid & R. Stipsits (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy. A paradigm in motion*, 199-211. Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Bohart, A.C., Elliott, R., Greenberg, L.S. & Watson, J.C. (2002). Empathy. In: J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy Relationships That Work*, 89-108. Oxford: University Press.
- Bohart, A.C. & Greenberg, L.S. (1997). Empathy and Psychotherapy: An introductory overview. In: A.C. Bohart & L.S. Greenberg (Eds.), *Empathy reconsidered - New directions in psychotherapy*, 3-31. Washington, DC: American Psychological Association.
- Bohus, M. (2002). *Borderline-Störung*. Göttingen: Hogrefe.
- Bohus, M. (2007). Borderline-Persönlichkeitsstörungen. In: B. Strauß, F. Hohagen & F. Caspar (Hrsg.), *Lehrbuch Psychotherapie*, Band 1, 403-437.

- Bommert, H., Minsel, W.R., Fittgau, B., Langer, I. & Tausch, R. (1972). Empirische Kontrolle der Effekte und Prozesse klientenzentrierter Gesprächspsychotherapie bei psychoneurotischen Klienten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 1, 48-63.
- Bond, F.W. & Bunce, D. (2000). Mediators of change in emotion-focused and problem-focused worksite stress management interventions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5 (1), 156-163.
- Braun, D.L., Sunday, S.R. & Halmi, K.A. (1994). Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychological Medicine*, 24, 859-867.
- Bruhn, M., Schwab, R. & Tausch, R. (1980). Die Auswirkung intensiver personenzentrierter Gesprächsgruppen bei Klienten mit seelischen Beeinträchtigungen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Forschung und Praxis*, 9, 266-280.
- Bryant, M.J., Simons, A.D. & Thase, M.E. (1999). Therapist skill and patient variables in homework compliance: Controlling an uncontrolled variable in cognitive therapy outcome research. *Cognitive Therapy and Research*, 23, 381-399.
- Buckley, P., Karasu, T.B. & Charles, E. (1981). Psychotherapists view their personal therapy. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 18, 299-305.
- Bugge, I., Hendel, D.D. & Moen, R. (1985). Client evaluations of therapeutic processes and outcomes in a university mental health center. *Journal of American College Health*, 33, 141-146.
- Burns, D.D. & Nolen-Hoeksema, S. (1991). Coping styles, homework compliance, and the effectiveness of cognitive-behavioral therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 305-311.
- Burns, D.D. & Nolen-Hoeksema, S. (1992). Therapeutic empathy and recovery from depression in cognitive behavioral therapy: A structural equation model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 441-449.
- 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. (1996). *Beziehungen und Probleme verstehen. Eine Einführung in die psychotherapeutische Plananalyse*. Bern: Huber.
- Caspar, F. (2000). Therapeutisches Handeln als individueller Konstruktionsprozess. In: J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*, Bd. 1, 2. Aufl., 155-166. Berlin: Springer.

- 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.
- Caspar, F. & Grawe, K. (1992). Psychotherapie: Anwendung von Methoden oder ein heuristischer integrierender Produktionsprozeß? *Report Psychologie*, 7, 10-22.
- Caspar, F., Herpertz, S.C. & Mundt, C. (2008a). Was ist eine psychische Störung? In: S.C. Herpertz, F. Caspar & C. Mundt (Hrsg.), *Störungsorientierte Psychotherapie*, 3-32. München: Urban & Fischer.
- Caspar, F., Herpertz, S.C. & Mundt, C. (2008b). Was ist Psychotherapie? In: S.C. Herpertz, F. Caspar & C. Mundt (Hrsg.), *Störungsorientierte Psychotherapie*, 33-54. München: Urban & Fischer.
- Cassin, S.E. & von Ranson, K.M. (2005). Personality and eating disorders: A decade in review. *Clinical Psychology Reviews*, 25, 895-916.
- Chi, M.T.H. (2006). Two Approaches to the Study of Experts` Characteristics. In: K.A. Ericsson, N. Charness, P.J. Feltovich & R.R. Hoffman (Eds.), *The Cambridge Handbook of Expertise and Expert Performance*, 21-30. Cambridge: University Press.
- Clark, D.M., Ehlers, A., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M.J.V., Grey, N., Waddington, L. & Wild, J. (2006). Cognitive therapy and exposure plus applied relaxation in the treatment of social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 568-578.
- Clark, D.M., Salkovskis, P.M., Hackmann, A., Middleton, H., Anastasiades, P. & Gelder, M. (1994). A comparison of cognitive therapy, applied relaxation and imipramine in the treatment of panic disorder. *British Journal of Psychiatry*, 164 (6), 759-769.
- Clark, D.M., Salkovskis, P.M., Hackman, A., Wells, A., Fennell, M., Ludgate, J., Ahmad, S., Richards, H.C. & Gelder, M. (1998). Two psychological treatments for hypochondriasis. *British Journal of Psychiatry*, 173, 218-225.
- Clarkin, J.E. & Levy, K.M. (2004). The influence of client variables on psychotherapy. In: M. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 5th edition, 194-226. New York: Wiley.

- Coady, N.F. (1991). The association between client and therapist interpersonal processes and outcomes in psychodynamic psychotherapy. *Research and Social Work Practice, 1* (2), 122-138.
- Coker, S., Vize, C., Wade, T. & Cooper, P.J. (1993). Patients with bulimia nervosa who fail to engage in cognitive behavior therapy. *International Journal of Eating Disorders, 13*, 35-40.
- Conte, H., Plutchik, R., Picard, S. & Karasu, T. (1991). Can personality traits predict psychotherapy outcome? *Comprehensive Psychiatry, 32*, 66-72.
- Cooper, P.J., Coker, S. & Fleming, C. (1994). Self-help for bulimia nervosa: A preliminary report. *International Journal of Eating Disorders, 16*, 401-404.
- Crittendon, K.S., Manfredi, C., Lacey, L., Warnecke, R. & Parsons, J. (1994). Measuring readiness and motivation to quit smoking among women in public health clinics. *Addictive Behaviors, 19*, 497-507.
- Davis, J.D. & Sloan, M.L. (1974). The basis of interviewee matching of interviewer self-disclosure. *British Journal of Social and Clinical Psychology, 13*, 359-367.
- Day, S. (1994). *Self-concept, schematic processing and change in Perceptual Processing Experiential Therapy*. Unpublished MA thesis, York University.
- Derlega, V.J., Harris, M.S. & Chaikin, A.L. (1973). Self-disclosure reciprocity, liking and the deviant. *Journal of Experimental Social Psychology, 9*, 277-284.
- DiClemente, C.C. & Prochaska, J.O. (1982). Self-change and therapy change of smoking behavior: A comparison of processes of change of cessation and maintenance. *Addictive Behaviors, 7*, 133-142.
- DiClemente, C.C., Prochaska, J.O., Fairhurst, S.K., Velicer, W.F., Velasques, M.M. & Rossi, J.S. (1991). The process of smoking cessation: An analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 295-304.
- Diguer, L., Barber, J.P. & Luborsky, L. (1993). Three concomitants: personality disorders, psychiatric severity and outcome of dynamic psychotherapy of major depression. *American Journal of Psychiatry, 150*, 1246-1248.
- DiLoreto, A.O. (1971). *Comparative psychotherapy: An experimental analysis*. Chicago: Aldine-Atherton.
- Doering, S., Sachse, R., Habermeyer, V., Rudolf, G., Herpertz, S.C. & Renneberg, B. (2008). Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen. In: S.C. Herpertz, F.Caspar & C. Mundt (Hrsg.), *Störungsorientierte Psychotherapie*, 455-499. München: Urban & Fischer.

- Döring, S. & Sachse, R. (2008a). Psychotherapie bei Cluster-A-Persönlichkeitsstörungen: Die paranoide, schizoide und schizotypische Persönlichkeitsstörung. In: S.C. Herpertz, F. Caspar & Ch. Mundt (Hrsg.), *Störungsorientierte Psychotherapie*, 448-455. München: Urban & Fischer Verlag.
- Döring, S. & Sachse, R. (2008b). Psychotherapie bei Cluster-B-Persönlichkeitsstörungen: Die histrionische und die narzisstische Persönlichkeitsstörung. In: S.C. Herpertz, F. Caspar & C. Mundt (Hrsg.), *Störungsorientierte Psychotherapie*, 456-463. München: Urban & Fischer Verlag.
- Dormaar, J.M., Dijkman, C.I & de Vries, M.W. (1989). Consensus in patient-therapist interactions: A measure of the therapeutic relationship related to outcome. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 51, 69-76.
- Dowd, E.T., Milne, C.R. & Wise, S.L. (1991). The therapeutic reactance scale: A measure of psychological reactance. *Journal of Counseling and Development*, 69, 541-545.
- Dziewas, H. (1980). *Das interaktionelle Problemlösungsvorgehen (IPV) in ambulanten und stationären Gruppen*. Universität Hamburg: Unveröffentlichte Habilitationsschrift.
- Dziewas, H., Grawe, K., Wedel, S., Singmann, J., Tönsing, M. & Wegner, J. (1979). Verhaltenstherapeutische Gruppentherapie unter stationären und ambulanten Bedingungen. *Sonderheft 1 der Mitteilungen der DGVT*, 9 (35).
- Egle, U.T., Nickel, R. & Petrak, F. (2007). Somatoforme Störungen. In: B. Strauß, F. Hohagen & F. Caspar (Hrsg.), *Lehrbuch Psychotherapie*, Band 1, 556-579.
- Ehlers, A. (1999). *Posttraumatische Belastungsstörung*. Göttingen: Hogrefe.
- Ehlers, A. & Clark, D.M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behavior Research and Therapy*, 38, 319-345.
- Elliott, R., Greenberg, L.S. & Lietaer, G. (2004). Research on experiential psychotherapies. In: M. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 5th edition, 493-539. New York: Wiley.
- Ericsson, K. A. (1996). The acquisition of expert performance: An introduction to some of the issues. In: K. A. Ericsson (Ed.), *The road to excellence: The acquisition of expert performance in the arts and sciences, sports, and games*, 1-50. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Ericsson, K. A. (2002). Attaining excellence through deliberate practice: Insights from the study of expert performance. In: M. Ferrari (Ed.), *The pursuit of excellence in education*, 21-55. Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- Ericsson, K.A. (2006a). An Introduction to the Cambridge Handbook of Expertise and Expert Performance: Its Development, Organization, and Content. In: K.A. Ericsson, N. Char-

- ness, P.J. Feltovich & R.R. Hoffmann (Eds.), *The Cambridge Handbook of Expertise and Expert Performance*, 3-20. Cambridge: University Press.
- Ericsson, K.A. (2006b). The Influence of Expertise and Deliberate Practice on the Development of Superior Expert Performance. In: K.A. Ericsson, N. Charness, P.J. Feltovich & R.R. Hoffman (Eds.), *The Cambridge Handbook of Expertise and Expert Performance*, 653-682. Cambridge: University Press.
- Ericsson, K.A., Charness, N., Feltovich, P.J. & Hoffman, R.R. (2006). *The Cambridge Handbook of Expertise and Expert Performance*. Cambridge: University Press.
- Ericsson, K.A., Krampe, R.T. & Tesch-Römer, C. (1993). The role of deliberate practice in the acquisition of expert performance. *Psychological Review*, *100*, 363-406.
- Farabaugh, A., Mischoulon, D., Fava, M., Guyker, W. & Alpert, J. (2004). The overlap between personality disorders and major depressive disorder (MDD). *Annals of Clinical Psychiatry*, *16*, 217-224.
- Farkas, A.J., Pierce, J.P., Zhu, S., Rosbrook, B., Gilpin, E.A., Berry, C. & Kaplan, R.M. (1996). Addiction versus stages of change models in predicting smoking cessation. *Addiction*, *91*, 1271-1280.
- Fava, M., Farabaugh, A.H., Sickinger, A.H., Wright, E., Alpert, J.E., Sonawalla, S. et al. (2002). Personality disorders and depression. *Psychological Medicine*, *32*, 1049-1057.
- Fava, M., Rankin, M.A., Wright, E.C., Alpert, J.E., Nierenberg, A.A., Pava, J. et al. (2000). Anxiety disorders in major depression. *Comprehensive Psychiatry*, *41*, 97-102.
- Feltovich, P.J., Prietula, M.J. & Ericsson, K.A. (2006). Studies of Expertise from Psychological Perspectives. In: K.A. Ericsson, N. Charness, P.J. Feltovich & R.R. Hoffman (Eds.), *The Cambridge Handbook of Expertise and Expert Performance*, 41-68. Cambridge: University Press.
- Fichter, M. & Herpertz, S.C. (2008). Psychotherapie bei anorektischen und bulimischen Essstörungen. In: S.C. Herpertz, F.Caspar & C. Mundt (Hrsg.), *Störungsorientierte Psychotherapie*, 523-540. München: Urban & Fischer.
- Fiedler, P. (1993). Persönlichkeitsstörungen. In: H. Reinecker (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Psychologie. Modelle psychischer Störungen*, 219-266. Göttingen: Hogrefe.
- Fiedler, P. (1994a). *Persönlichkeitsstörungen*. Weinheim: Beltz.
- Fiedler, P. (1994b). Persönlichkeitsstörungen. In: A. Ehlers & K. Hahlweg (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie: Klinische Psychologie*, Bd. 2. Göttingen: Hogrefe.
- Fiedler, P. (1994c). Persönlichkeitsstörung. In: H. Reinecker (Hrsg.), *Fallsammlung zum Lehrbuch für Klinische Psychologie*. Göttingen: Hogrefe.

- Fiedler, P. (1996). Psychotherapeutische Ansätze bei Persönlichkeitsstörungen: Gemeinsamkeiten und Unterschiede. In: B. Schmitz, T. Fydrich & K. Limbacher (Hrsg.), *Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Psychotherapie*, 200-218. Weinheim: Beltz.
- Fiedler, P. (2000). *Integrative Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Fiedler, P. (2001). *Dissoziative Störungen und Konversion*. Weinheim: Beltz PVU.
- Fiedler, P. (2003). *Integrative Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen*. 2. Auflage. Bern: Hogrefe.
- Fiedler, P. (2007). *Persönlichkeitsstörungen*, 6. Auflage. Weinheim: Beltz/PVU.
- Fiorot, M., Boswell, P. & Murray, E.J. (1990). Personality and response to psychotherapy in depressed elderly women. *Behavior, Health, & Aging*, 1, 51-63.
- Flor, H. (2007). Lern- und Verhaltenstheoretische Störungslehre. In: B. Strauß, F. Hohagen & F. Caspar (Hrsg.), *Lehrbuch Psychotherapie*, Band 1, 217-237.
- Frank, J.D. (1974). Psychotherapy: The restoration of morale. *American Journal of Psychiatry*, 131, 271-274.
- Freyberger, H.J. & Caspar, F. (2008). Diagnostik und Psychotherapie. In: S.C. Herpertz, F. Caspar & C. Mundt (Hrsg.), *Störungsorientierte Psychotherapie*, 55-75. München: Urban & Fischer.
- Freyberger, H.J. & Spitzer, C. (2007). Dissoziative Störungen. In: B. Strauß, F. Hohagen & F. Caspar (Hrsg.), *Lehrbuch Psychotherapie*, Band 1, 353-374.
- Friedman, R.C., Aronoff, G., Clarkin, J.F., Corn, R. & Hurt, S.W. (1983). Primary and secondary affective disorders in adolescents and young adults. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 226-235.
- Gabbard, C.E., Howard, G.S. & Dunfee, E.J. (1986). Reliability, sensitivity to measuring change, and construct validity of a measure of counselor adaptability. *Journal of Counseling Psychology*, 33, 377-386.
- Galassi, J.P. & Galassi, M.D. (1973). Alienation of college students: A comparison of counseling seekers and non-seekers. *Journal of Counseling Psychology*, 20, 44-49.
- Garfield, S.E. (1986). Research on client variables in psychotherapy. In: S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 3rd edition, 215-256. New York: Wiley.
- Garfield, S.L. & Bergin, A.E. (1971). Therapeutic conditions and outcome. *Journal of Abnormal Psychology*, 77, 108-114.

- Garfield, S.L. (1994). Research on client variables in psychotherapy. In: A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 4th edition, 190-228. New York: Wiley.
- 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.
- Gaston, L., Piper, W.E., Debbane, E.G., Bienvenu, J. & Garant, J. (1994). Alliance and technique for predicting outcome in short- and long-term analytic psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 4 (2), 121-135.
- Gelso, C.J. & Johnson, D.H. (1983). *Explorations in time-limited counseling and psychotherapy*. New York: Teachers College Press.
- Giesen-Bloo, J., Van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T. et al. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: Randomized trial of schema-focused therapy vs. transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 63, 649-658.
- Gitlin, M.J., Swendsen, J., Heller, T.L. & Hammen, C. (1995). Relapse and impairment in bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1635-1640.
- Gleaves, D.H. & Eberenz, K.P. (1993). Eating disorders and additional psychopathology in women: The role of prior sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 2, 71-80.
- Goldman, R. & Greenberg, L.S. (2001). *Change in thematic depth of experience and outcome in experimental psychotherapy*. Unpublished manuscript.
- Gomes-Schwartz, B. (1978). Effective ingredients in psychotherapy: Prediction of outcome from process variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 36, 1023-1035.
- Gouzoulis-Mayfrank, E., Schweiger, U. & Sipos, V. (2008): Komorbide Störungen. In: S.C. Herpertz, F. Caspar & C. Mundt (Hrsg.), *Störungsorientierte Psychotherapie*, 657-677. München: Urban & Fischer.
- Grawe, K. (1995). Grundriss einer Allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 40, 130-145.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.

- Grawe, K. & Caspar, F.M. (1984). Die Plananalyse als Konzept und Instrument für die Psychotherapieforschung. In U. Baumann (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.
- Greenberg, L.S. (1986). Change process research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 49.
- Greenberg, L.S. (1991). Research in the process of change. *Psychotherapy Research*, 1 (1), 14-24.
- Greenberg, L.S. (1992). Task analysis. Identifying components of intrapersonal conflict resolution. In: S.G. Toukmanian & D.L. Rennie (Eds.), *Psychotherapy process research. Paradigmatic and narrative approaches*, 22-50. Newbury Park, CA: Sage.
- Greenberg, L.S. & Clarke, D. (1979). The differential effects of the two-chair experiment and empathic reflections at a conflict marker. *Journal of Counseling Psychology*, 28, 288-294.
- Greenberg, L.S. & Elliott, R. (1997). Varieties of Empathic Responding. In: A.C. Bohart & L.S. Greenberg (Eds.), *Empathy Reconsidered - New Directions in Psychotherapy*, 167-186. Washington, DC: American Psychological Association.
- Greenberg, L.S., Elliott, R. & Lietaer, G. (1994). Research on experiential psychotherapies. In: A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 4th edition, 509-539. New York: Wiley.
- Greenberg, L.S. & Foerster, F. (1996). Resolving unfinished business: The process of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 439-446.
- Greenberg, L.S. & Goldman, R. (1988). Training in experimental psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 696-702.
- Greenberg, L.S. & Korman, L. (1993). Assimilating emotion into psychotherapy integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 3, 249-265.

- Greenberg, L.S. & Malcolm, W. (2002). Resolving unfinished business: Relating process to outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 406-416.
- Greenberg, L.S. & Pinsof, W.M. (1986). Process Research: Current Trends and Future Perspectives. In: L.S. Greenberg & Pinsof, W.M. (Eds.), *The Psychotherapeutic Process: A Research Handbook*, 3-20. New York: Guilford Press.
- Greenberg, L.S. & Rice, L.N. (1991). *Change processes in experiential psychotherapy*. (NIMH Grant No. 1R01MH 45040). York University.
- Greenberg, L.S., Rice, L.N. & Elliott, R. (1993). *Facilitating emotional change: The moment-by-moment process*. New York: Guilford.
- Greenberg, L.S. & Safran, J.D. (1984a). Integrating affect and cognition: A perspective on the process of therapeutic change. *Cognitive Therapy and Research, 8*, 559-578.
- Greenberg, L.S. & Safran, J.D. (1984b). Hot cognition – Emotion coming in from the cold: A reply to Rachman and Mahoney. *Cognitive Therapy and Research, 8*, 591-598.
- Greenberg, L.S. & Safran, J.D. (1987). *Emotion in Psychotherapy: Affect, cognition and the process of change*. New York: Guilford Press.
- Greenberg, L.S. & Safran, J.D. (1989). Emotion in psychotherapy. *American Psychologist, 44*, 1929.
- Greenberg, L.S., Watson, J. & Goldman, R. (1998). Process-experiential therapy of depression. In: L.S. Greenberg, J.C. Watson & G. Lietaer (Eds), *Handbook of experiential psychotherapy*, 227-248. New York: Guilford.
- Greenberg, M.D., Craighead, W.E., Evans, D.D. & Craighead, L.W. (1995). An investigation of the effects of comorbid Axis II pathology on outcome of inpatient treatment for unipolar depression. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 17*, 305-321.
- Grilo, C.M., Levy, K.N., Becker, D.F., Edell, W.S. & McGlashan, T.H. (1996). Comorbidity of DSM-III-R axis I and II disorders among female inpatients with eating disorders. *Psychiatric Services, 47*, 426-429.
- Grosse Holtforth, M. & Schneider, W. (2008). Motivation und Motivationskonflikte. In S.C. Herpertz, F. Caspar & C. Mundt (Hrsg.), *Störungsorientierte Psychotherapie*, 189-206. München: Urban & Fischer.
- Habermeyer, V., Rudolf, G. & Herpertz, S.C. (2008). Psychotherapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen. In: In: S.C. Herpertz, F.Caspar & C. Mundt (Hrsg.), *Störungsorientierte Psychotherapie*, 464-489. München: Urban & Fischer.

- Hardy, G.E., Barkham, M., Shapiro, D.A., Stiles, W.B., Rees, A. & Reynolds, S. (1995). Impact of Cluster C personality disorders on outcomes of contrasting brief psychotherapies for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 997-1003.
- Hautzinger, M. (2003). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen*, 6. Auflage. Weinheim: Psychologie.
- Hautzinger, M. & DeJong-Meyer, R. (1996). Wirksamkeit psychologischer Behandlungen bei Depressionen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 25 (2), 79-160.
- Hendricks, M.N. (2002). Focusing-Oriented/Experiential Psychotherapy. In: D. Cain & J. Seeman (Eds.), *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice*, 221-252. Washington, DC: APA.
- Henningsen, P. & Martin, A. (2008). Somatoforme Störungen. In: S.C. Herpertz, F. Caspar & C. Mundt (Hrsg.), *Störungsorientierte Psychotherapie*, 541-559. München: Urban & Fischer.
- Henry, W.P., Schacht, T.E. & Strupp, H.H. (1990). Patient and therapist introject, interpersonal process, and differential psychotherapy outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 768-774.
- Herpertz, S. (2006). Essstörungen. In: C. Reimer & U. Rüger (Hrsg.), *Psychodynamische Psychotherapie. Lehrbuch der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapieverfahren*, 319-329. 3. Auflage. Heidelberg, Berlin: Springer.
- Herpertz, S.C. & Caspar, F. (2008). Therapeutische Beziehung, Patientenmerkmale und Behandlungsprognose. In: S.C. Herpertz, F. Caspar & C. Mundt (Hrsg.), *Störungsorientierte Psychotherapie*, 77-89. München: Urban & Fischer.
- Herpertz, S.C., Dietrich, T.M., Wenning, B., Erberich, S.G., Krings, T., Thron, A. & Sass, H. (2001). Evidence of abnormal amygdala functioning in borderline personality disorder: A functional MRI study. *Biological Psychiatry*, 50, 292-298.
- Herzog, D.B., Keller, M.B., Lavori, P.W., Kenny, G.M. & Sacks, N.R. (1992). The prevalence of personality disorders in 210 women with eating disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53, 147-152.
- Hiller, W., Rief, W., Elefant, S., Margraf, J., Kroymann, R., Leibbrandt, R. & Fichter, M.M. (1997). Dysfunktionale Kognitionen bei Patienten mit Somatisierungssyndrom. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 26, 226-234.
- Hoberman, H.M., Lewinsohn, P.M. & Tilson, M. (1988). Group treatment of depression: Individual predictors of outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 393-398.

- Holtzworth-Munroe, A., Jacobson, N.S., DeKlyen, M. & Whisman, M.A. (1989). Relationship between behavioral marital therapy outcome and process variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*, 658-662.
- Holzer, M., Pokorny, D., Kachele, H. & Luborsky, L. (1997). The verbalization of emotions in the therapeutic dialogue – A correlate of therapeutic outcome? *Psychotherapy Research, 7* (3), 261-273.
- Horowitz, M.J., Marmar, C., Weiss, D.S., DeWitt, K.N. & Rosenbaum, R. (1984). Brief Psychotherapy of bereavement reactions: The relationship of process to outcome. *Archives of General Psychiatry, 41*, 438-448.
- Ilkjaer, K., Kortegeard, L., Hoerder, K., Joergensen, J., Kyvik, K. & Gillberg, C. (2004). Personality disorders in a total population twin cohort with eating disorders. *Comprehensive Psychiatry, 45*, 261-267.
- Iwakabe, S., Rogan, K. & Stalikas, A. (2000). The relationship between client emotional expressions, therapist interventions, and the working alliance: An exploration of eight emotional expression events. *Journal of Psychotherapy Integration, 10*, 375-401.
- Jacobi, C., de Zwaan, M. & Morris, L. (2007). Essstörungen. In: B. Strauß, F. Hohagen & F. Caspar (Hrsg.), *Lehrbuch Psychotherapie*, Band 1, 519-554.
- Jacobi, C., Thiel, A. & Paul, T. (2000). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Anorexia und Bulimia nervosa*, 2. Auflage. Weinheim: Beltz PVU.
- Jenike, M.A. (1990). Approaches to the patient with treatment-refractory obsessive compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 51*, 15-21.
- Jenkins, S.J., Fuqua, D.R. & Blum, C.R. (1986). Factors related to duration of counseling in a university counseling center. *Psychological Reports, 58*, 467-472.
- Jones, E.E., Cummings, J.D. & Horowitz, M.J. (1988). Another look at the nonspecific hypothesis of therapeutic effectiveness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 48-55.
- Jones, E.E., Parke, L.A. & Pulos, S.M. (1992). How therapy is conducted in the private consultation room: A multidimensional description of brief psychodynamic treatments. *Psychotherapy Research, 2*, 16-30.
- Jones, E.E. & Pulos, S.M. (1993). Comparing the process in psychodynamic and cognitive-behavioral therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 306-316.
- Joyce, A.S. & Piper, W.E. (1998). Expectancy, the therapeutic alliance, and treatment outcome in short-term individual psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Practice and Research, 7*, 236-248.

- Kellner, R. & Sheffield, B.F. (1973). The one-week prevalence of symptoms in neurotic patients and normals. *American Journal of Psychiatry*, *130*, 102-105.
- Kessler, R.C., Chiu, W.T., Demler, O., Merikangas, K.R. & Walters, E.E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, *62*, 617-627.
- Kessler, R.C., Stang, P.E., Wittchen, H.U., Ustun, T.B., Roy-Burne, P.P. & Walters, E.E. (1998). Lifetime panic-depression comorbidity in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, *55*, 801-808.
- Kiesler, D.J. (1966a). Basic methodological issues implicit in psychotherapy process research. *American Journal of Psychotherapy*, *20*, 135-155.
- Kiesler, D.J. (1966b). Some myths of psychotherapy research and the search for a paradigm. *Psychological Bulletin*, *65*, 110-136.
- Kiesler, D.J. (1969). A grid model for theory and research in the psychotherapies. In: L.D. Eron & R. Callahan (Eds.), *The relationship of theory to practice in psychotherapy*. Chicago: Aldine Publishing Co.
- Kiesler, D.J., Mathieu, P.L. & Klein, M.H. (1967). Patient experiencing level and interaction chronograph variables in therapy interview segments. *Journal of Consulting Psychology*, *31*, 224.
- Kiesler, D.J. & Watkins, L.M. (1989). Interpersonal complementarity and the therapeutic alliance: A study of relationship in psychotherapy. *Psychotherapy*, *26*, 183-194.
- Kivlighan, D.M., Jr., McGovern, T.V. & Corazzini, J.G. (1984). Effects of content and timing of structuring interventions on group therapy process and outcome. *Journal of Counseling Psychology*, *31*, 363-370.
- Klein, M.H., Mathieu, P.L., Gendlin, E.T. & Kiesler, D.L. (1969). *The experiencing scale. A research and training manual*. Vol. 1. Madison, WI: Wisconsin Psychiatric Institute.
- Klein, M.H., Mathieu-Coughlan, P. & Kiesler, D.J. (1986). The Experiencing Scales. In: L.S. Greenberg & W.M. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook*, 21-71. New York: Guilford.
- Kocsis, J.H., Frances, A.J. & Voss, C. (1988). Imipramine treatment of chronic depression. *Archives of General Psychiatry*, *45*, 253-257.
- Kokotovic, A.M. & Tracey, T.J. (1987). Premature termination in a university counseling center. *Journal of Counseling Psychology*, *34*, 80-82.

- Kolb, D.L., Beutler, L.E., Davis, C.S., Crago, M. & Shanfield, S.B. (1985). Patient and therapy process variables relating to dropout and change in psychotherapy. *Psychotherapy*, 22, 702-710.
- Korman, L.M. (1998). Changes in clients emotion episodes in therapy. (Doctoral dissertation, York University). *Dissertation Abstracts International*, 59 (5), 2422B.
- Kroger, C., Schweiger, U., Sipos, V., Arnold, R., Kahl, K.G., Schunert, T. et al. (2006). Effectiveness of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder in an inpatient setting. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1211-1217.
- Krupnick, J.L., Sotsky, S.M., Siemmens, A., Moyer, J., Elkin, I., Watkins, J. & Pilkonis, P.A. (1996). The role of the alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: Findings in the National Institute of Mental Health treatment of depression collaborative research program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 532-539.
- Lambert, M.J. & Anderson, E.M. (1996). Assessment for the time-limited psychotherapies. In: L.J. Dickstein, M.B. Riba & J.M. Oldham (Eds.), *Review of Psychiatry*, 15, 23-42. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Lave, J.R., Frank, R.G., Schulberg, H.C. & Kamlet, M.S. (1998). Cost-effectiveness of treatment for major depression in primary care practice. *Archives of General Psychiatry*, 55, 645-651.
- Leahy, R.L. (2001). *Overcoming resistance in cognitive therapy*. New York: Guilford Press.
- Lieb, R. (2007). Angststörungen. In: B. Strauß, F. Hohagen & F. Caspar (Hrsg.), *Lehrbuch Psychotherapie*, Band 1, 319-351.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, London: Guilford Press.
- Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Mintz, J. & Auerbach, A. (1988). *Who will benefit from psychotherapy? Predicting therapeutic outcomes*. New York: Basic Books.
- Luborsky, L., McLellan, A.T., Diguier, L., Woody, G. & Seligman, D.A. (1997). The psychotherapist matters: Comparison of outcomes across twenty-two therapists and seven patient samples. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 53-63.
- Luborsky, L., McLellan, A.T., Woody, G.E., O'Brien, C.P. & Auerbach, A. (1985). Therapist success and its determinants. *Archives of General Psychiatry*, 42, 602-611.
- Maercker, A. (1998). *Posttraumatische Belastungsstörungen: Psychologie der Extrembelastungsfolgen bei Opfern politischer Gewalt*. Lengerich: Pabst.
- Maercker, A. (2007). Posttraumatische Belastungsstörungen. In: B. Strauß, F. Hohagen & F. Caspar (Hrsg.), *Lehrbuch Psychotherapie*, Band 1, 581-609.

- Malan, D.H. (1976). *Toward the validation of dynamic psychotherapy*. London: Plenum Medical Book Company.
- Mann, B. & Murphy, K.C. (1975). Timing of self-disclosure, reciprocity of self-disclosure, and reactions to an initial interview. *Journal of Counseling Psychology*, 22, 304-308.
- Marmar, C.R., Gaston, L., Gallagher, D. & Thompson, L.W. (1989). Alliance and outcome in late-life depression. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 464-472.
- Marmar, C.R., Weiss, D.S. & Gaston, L. (1989). Toward the validation of the California Therapeutic Alliance Rating System. *Psychological Assessment*, 1, 46-52.
- Marziali, E., Marmar, C. & Krupnick, J. (1981). Therapeutic alliance scales: Development and relationship to psychotherapy outcome. *American Journal of Psychiatry*, 138, 361-364.
- McCallum, M. & Piper, W.E. (1997). The psychological mindedness assessment procedure. In: M. McCallum & W.E. Piper (Eds.), *Psychological mindedness: A contemporary understanding*. New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- McCarthy, P.R. & Betz, N.E. (1978). Differential effects of self-disclosing versus self-involving counselor statements. *Journal of Counseling Psychology*, 25, 251-256.
- McClanahan, L.D. (1974). Comparison of counseling techniques and attitudes with client evaluation of the counseling relationship. *Dissertation Abstracts International*, 34, 5637A.
- McCullough, J.P. (1991). Psychotherapy for dysthymia: A naturalistic study of ten patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 734-740.
- McCullough, J.P. (2000). *Treatment for chronic depression, Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy*. Guilford: New York (dt. Übersetzung 2006. *Psychotherapie der chronischen Depression: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy – CBASP*, München: Elsevier).
- McCullough, J.P. (2003). Treatment for chronic depression using Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP). *Journal of Clinical Psychology*, 59, 833-846.
- McCullough, J.P., Klein, D.N., Borian, F.E., Howland, R.H., Riso, L.P., Keller, M.B. & Banks, P.L.C. (2003). Group comparisons of DSM-IV subtypes of chronic depression: Validity of the distinctions, Part 2. *Journal of Abnormal Psychology*, 112, 614-622.
- McCullough, J.P., Klein, D.N., Keller, M.B., Holzer, C.E.I., Davis, S.M., Kornstein, S.G., Howland, R.H., Thase, M.E. & Harrison, W.M. (2000). Comparison of DSM-III-R chronic major depression and major depression superimposed on dysthymia (double depression): Validity of the distinction. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 419-427.

- McDermut, W. & Zimmerman, M. (1998). The effect of personality disorders on outcome in the treatment of depression. In: A.J. Rush (Ed.), *Mood & anxiety disorders*, 321-338. Philadelphia: Williams & Wilkins.
- McLean, P.D. & Hakstian, A.R. (1990). Relative endurance of unipolar depression treatment effects: Longitudinal follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 482-488.
- McNeill, B.W., May, R.J. & Lee, V.E. (1987). Perceptions of counselor source characteristics by premature and successful terminators. *Journal of Counseling Psychology*, 34, 86-89.
- Melartin, T.K., Rytala, H.J., Leskela, U.S., Lestela-Mielonen, P.S., Sokero, T.P. & Isometsa, E.T. (2002). Current comorbidity of psychiatric disorders among DSM-IV major depressive disorder patients in psychiatric care in the Vantaa Depression Study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 126-134.
- Miller, W.R., Benefield, G. & Tonigan, J.S. (1993). Enhancing motivation for change in problem drinking: A controlled comparison of two therapist styles. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 455-461.
- Millon, Th. (1996). *Disorders of Personality. DSM IV and Beyond*. 2nd edition. New York: Wiley.
- Minsel, W.-R., Bommert, H., Bastine, R., Nickel, H. & Tausch, R. (1972). Weitere Untersuchung der Auswirkung und Prozesse klienten-zentrierter Gesprächspsychotherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 1 (3), 232-250.
- Mitchell, K.M., Bozarth, J., Truax, C.B. & Krauft, C. (1973). *Antecedents to psychotherapeutic outcome*. Arkansas Rehabilitation Research and Training Center, University of Arkansas (NIMH Final Report, MH 12306).
- Moras, K. & Strupp, H.H. (1982). Pretherapy interpersonal relations, patients' alliance, and outcome in brief therapy. *Archives of General Psychiatry*, 39, 405-409.
- Mulder, R.T, Joyce, P.R., Frampton, C.M., Luty, S.E. & Sullivan, P.F. (2006). Six months of treatment for depression: Outcome and predictors of the course of illness. *American Journal of Psychiatry*, 163, 95-100.
- Newton-Howes, G., Tyrer, P. & Johnson, T. (2006). Personality disorder and the outcome of depression: Meta-analysis of published studies. *British Journal of Psychiatry*, 188, 13-20.
- O'Malley, S.S., Suh, C.S. & Strupp, H.H. (1983). The Vanderbilt Psychotherapy Process Scale: A report on the scale development and a process-outcome study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 581-586.

- 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 behavior change*, 4th edition, 270-276. New York: Wiley.
- Orlinsky, D.E. & Howard, K.I. (1975). *Varieties of psychotherapeutic experience: Multivariate analyses of patients and therapists reports*. New York: Teachers College Press.
- Orlinsky, D.E. & Howard, K.I. (1986a). Process and outcome in psychotherapy. In: A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 1st edition, 311-384. New York: Wiley.
- Orlinsky, D.E. & Howard, K.I. (1986b). The psychological interior of psychotherapy: Explorations with the Therapy Session Reports. In: L.S. Greenberg & W.M. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook*. New York: Guilford.
- Orlinsky, D.E., Ronnestad, M.L. & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: continuity and change. In: M. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 5th edition, 307-389. New York: Wiley.
- Pepper, C.U., Klein, D.N., Anderson, R.L., Riso, L.P., Quimette, P.C. & Lizardi, H. (1995). DSM-III-R Axis-II comorbidity in dysthymia and major depression. *American Journal of Psychiatry*, 152, 239-247.
- Pilkonis, P.A. & Frank, E. (1988). Personality pathology in recurrent depression: Nature, prevalence, and relationship to treatment response. *American Journal of Psychiatry*, 145, 435-441.
- Piper, W.E., Azim, F.A., Joyce, S.A. & McCallum, M. (1991). Transference interpretations, therapeutic alliance and outcome in short-term individual psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 48, 946-953.
- Piper, W.E., De Carufel, F. & Szkrumelak, N. (1985). Patient predictors of process and outcome in short-term individual psychotherapy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 173, 726-733.
- Piper, W.E., Doan, B.D., Edwards, E.M. & Jones, B.D. (1979). Cotherapy behavior, group therapy process, and treatment outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 1081-1089.
- Piper, W.E., McCallum, M. & Azim, H.F.A. (1992). *Adaptation to loss through short-term group psychotherapy*. New York: Guilford Press.

- Piper, W.E., McCallum, M., Joyce, A.S., Azim, H.F.A. & Ogrodniczuk, J.S. (1999). Follow-up findings for interpretive and supportive forms of psychotherapy and patient personality variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67 (2), 267-273.
- Poppe, C. (2008). Störungsorientierte Psychotherapie bei Zwangsstörungen. In: S.C. Herpertz, F. Caspar & C. Mundt (Hrsg.), *Störungsorientierte Psychotherapie*, 321-349. München: Urban & Fischer.
- Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1983). Stages and process of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.
- Renneberg, B. (2008). Psychotherapie bei Cluster-C-Persönlichkeitsstörungen. In: S.C. Herpertz, F. Caspar & C. Mundt (Hrsg.), *Störungsorientierte Psychotherapie*, 490-499. München: Urban & Fischer.
- Reynolds, S., Stiles, W., Barkham, M., Shapiro, D.A., Hardy, G.E. & Rees, A. (1996). Acceleration of changes in session impact during contrasting time-limited psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (3), 577-586.
- Rief, W., Henningsen, P. & Hiller, W. (2006). Classification of somatoform disorders. *American Journal of Psychiatry*, 163, 746-747.
- Rief, W. & Hiller, W. (1998). *Somatisierungsstörung und Hypochondrie*. Göttingen: Hogrefe.
- Rief, W. & Hiller, W. (2003). A new approach to assess treatment effects in somatoform disorders. *Psychosomatics*, 44, 492-498.
- Ro, O., Martinsen, E.W., Hoffart, A., Sexton, H. & Rosenvinge, J.H. (2005). The interaction of personality disorders and eating disorders: A two-year prospective study of patients with long-standing eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 38, 106-111.
- Rossello, J. & Bernal, G. (1999). The efficacy of cognitive-behavioral and interpersonal treatments for depression in Puerto Rican adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67 (5), 734-745.
- Rossiter, E.M., Agras, W.S., Telch, C.F. & Schneider, J.A. (1993). Cluster B personality disorder characteristics predict outcome in the treatment of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 349-357.
- Rounsaville, B.J., Chevron, E.S., Prusoff, B.A., Elkin, I., Imber, S., Sotsky, S. & Watkins, J. (1987). The relation between specific and general dimensions of the psychotherapy process in interpersonal psychotherapy of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 379-384.

- Rounsaville, B.J., Weissman, M.M. & Prusoff, B.A. (1981). Psychotherapy with depressed outpatients. Client and process variables as predictors of outcome. *British Journal of Psychiatry*, 138, 67-74.
- Rudolph, A., Schütz, A. & Schröder-Abé, M. (2008). Selbstkonzept, Selbstwert und Selbstwertregulation. In: S.C. Herpertz, F. Caspar & C. Mundt (Hrsg.), *Störungsorientierte Psychotherapie*, 205-226. München: Urban & Fischer.
- Russell, J.M., Kornstein, S.G., Shea, M.T., McCullough, J.P., Harrison, W.M., Hirschfeld, R.M. et al. (2003). Chronic depression and comorbid personality disorders: Response to sertraline versus imipramine. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 554-561.
- Sachse, R. (1982). Der Begriff des „Klientenzentrierten Handelns“ und seine therapeutischen Konsequenzen: Vier Thesen für ein erweitertes Verständnis. *GwG-Info* 40, 44-50.
- 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. (1987). Wat betekent zelfexploratie en hoe kan een therapeut het zelfexploratie proces van de client bevorderen? *Psychotherapeutisch Paspoort*, 4, 71-93.
- Sachse, R. (1988a). Steuerung des Explizierungsprozesses von Klienten durch zentrale Bearbeitungsangebote des Therapeuten. In: W. Schönflug (Hrsg.), *Bericht über den 36. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Berlin, Bd. 1*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (1988b). Das Konzept des empathischen Verstehens: Versuch einer sprachpsychologischen Klärung und Konsequenzen für das therapeutische Handeln. In GwG (Hrsg.), *Orientierung an der Person: Diesselts und Jenseits von Psychotherapie, Bd. 2*, 162-174. Köln: GwG.
- 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). 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. (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. (1992a). *Zielorientierte Gesprächspsychotherapie – Eine grundlegende Neukonzeption*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (1992b). 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. (1992c). 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. (1992d). Flexibilität der Intensionsbildung im Therapieprozeß. In: L. Montada (Hrsg.), *Bericht über den 38. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Trier*, 1, 665-666. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (1992e). 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. (1992f). Psychotherapie als komplexe Aufgabe: Verarbeitungs-, Intensionsbildungs- 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). Gesprächspsychotherapie mit psychosomatischen Klienten: Eine theoretische Begründung der Indikation. In: L. Teusch & J. Finke (Hrsg.), *Die Explizierung der Krankheitslehre der Gesprächspsychotherapie auf der Ebene eines sprachpsychologischen Modells*, 173-193. Heidelberg: Asanger.
- Sachse, R. (1993b). Empathie. In: A. Schorr (Hrsg.), *Handwörterbuch der Angewandten Psychologie*, 170-173. Bonn: Deutscher Psychologen-Verlag.
- Sachse, R. (1993c). The effects of intervention phrasing of therapist-client communication. *Psychotherapy research*, 3, 4, 260-277.
- Sachse, R. (1994a). Veränderungsprozesse im Verlauf Klientenzentrierter Behandlung psychosomatischer Patienten. In: K. Pawlik (Hrsg.), *39. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie*, 601-602. Hamburg: Psychologisches Institut I der Universität Hamburg.
- Sachse, R. (1994b). Der Einfluß von Expertise und Lageorientierung auf den Informationsverarbeitungsprozeß von Therapeuten. In K. Pawlik (Hrsg.), *39. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie*, 601. Hamburg: Psychologisches Institut I der Universität Hamburg.
- Sachse, R. (1995). *Der psychosomatische Klient in der Praxis: Grundlagen einer effektiven Therapie mit „schwierigen“ Klienten*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Sachse, R. (1996a). Empathisches Verstehen. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapie: Techniken, Einzelverfahren und Behandlungsanleitungen*, 24-30. Berlin: Springer.
- Sachse, R. (1996b). *Praxis der Zielorientierten Gesprächspsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (1997). Clientgerichte Psychotherapie bij psychosomatische stoornissen. *Tijdschrift voor Clientgerichte Psychotherapie*, 35, 5-32.
- Sachse, R. (1998). Goal-oriented Client-centered Psychotherapy of Psychosomatic Disorders. In: L. Greenberg, J. Watson & G. Lietaer (Eds.), *Handbook of experiential Psychotherapy*, 295-327. New York: Guilford.
- Sachse, R. (1999a). *Lehrbuch der Gesprächspsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (1999b). *Persönlichkeitsstörungen. Psychotherapie dysfunktionaler Interaktionsstile*. Göttingen: Hogrefe, 2. Auflage.

- Sachse, R. (2000a). Klärungsorientierte Psychotherapie bei depressiven Störungen. In: M. Lasar & U. Trenkmann (Hrsg.), *Depressionen – Neue Befunde aus Klinik und Wissenschaft*, 21-36. Lengerich: Pabst.
- Sachse, R. (2000b). *Determinants of success in Goal-Oriented Client-centered psychotherapy*. Berichte aus der Arbeitseinheit Klinische Psychologie, Ruhr-Universität Bochum, 67.
- Sachse, R. (2000c). Perspektiven der therapeutischen Beziehungsgestaltung. In: M. Hermer (Hrsg.), *Psychotherapeutische Perspektiven am Beginn des 21. Jahrhunderts*, 157-176. Tübingen: DGVT-Verlag.
- 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. (2005). Was wirkt in der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen? In: N. Saimeh (Hrsg.), *Was wirkt? Prävention – Behandlung – Rehabilitation*, 222-229. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Sachse, R. (2006a). *Persönlichkeitsstörungen verstehen – Zum Umgang mit schwierigen Klienten*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Sachse, R. (2006b). Narzisstische Persönlichkeitsstörungen. *Psychotherapie*, 11 (2): 241-246.
- Sachse, R. (2006c). *Therapeutische Beziehungsgestaltung*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2006d). Psychotherapie-Ausbildung aus der Sicht der Expertise-Forschung. In: R. Sachse & P. Schlebusch (Hrsg.), *Perspektiven Klärungsorientierter Psychotherapie*, 306-324. Lengerich: Pabst.
- Sachse, R. (2006e). Therapeutische Informationsverarbeitung. In: B. Strauß, F. Hohagen & F. Caspar (Hrsg.), *Lehrbuch Psychotherapie, Teilband 2*, 1359-1386. Göttingen: Hogrefe.

- Sachse, R. (2007). Therapie der narzisstischen und histrionischen Persönlichkeitsstörungen: Zwei Fallberichte. In: S. Barnow (Hrsg.), *Persönlichkeitsstörungen: Ursachen und Behandlungen*, 404-410. Bern: Huber.
- Sachse, R. (2008a). Histrionische und narzisstische Persönlichkeitsstörung. In: M. Hermer & B. Röhrle (Hrsg.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung*, Bd. 2, 1105-1125. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Sachse, R. (2008b). Klärungsprozesse in der Psychotherapie. In: J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*, 3. Auflage, 227-232. Berlin: Springer.
- Sachse, R. (2009). Psychotherapeuten als Experten. In: R. Sachse, J. Fasbender, J. Breil & O. Püschel (Hrsg.), *Grundlagen und Konzepte Klärungsorientierter Psychotherapie*, 269-291. 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. & 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. & Fasbender, J. (2010). Klärungsprozesse in der Psychotherapie. In: W. Lutz (Hrsg.), *Lehrbuch Psychotherapie*, 377-392. Bern: Huber.
- Sachse, R., Fasbender, J., Breil, J. & Sachse, M. (2012). *Klärungsorientierte Psychotherapie der histrionischen Persönlichkeitsstörung*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R., Fasbender, J. & Sachse, M. (2011). Die Bearbeitung von Vermeidung in der Klärungsorientierten Psychotherapie. In: R. Sachse, J. Fasbender, J. Breil & M. Sachse (Hrsg.), *Perspektiven Klärungsorientierter Psychotherapie II*, 156-183. Lengerich: Pabst.
- 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. & Rudolf, G. (2008). Aufgaben und Person des Psychotherapeuten. In: S.C. Herpertz, F. Caspar & C. Mandl (Hrsg.), *Störungsorientierte Psychotherapie*, 91-101. München: Urban & Fischer.

- 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. & Sachse, M. (2009). Klärungsorientierte Psychotherapie: Empirische Ergebnisse und Schlussfolgerungen für die Praxis. In: R. Sachse, J. Fasbender, J. Breil & O. Püschel (Hrsg.), *Grundlagen und Konzepte Klärungsorientierter Psychotherapie*, 232-252. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. & Sachse, M. (2011). Implikationsstrukturen: Verstehen, Modellbildung und therapeutische Explizierungen. In: R. Sachse, J. Fasbender, J. Breil & M. Sachse (Hrsg.), *Perspektiven Klärungsorientierter Psychotherapie II*, 94-172. Lengerich: Pabst.
- Sachse, R., Sachse, M. & Fasbender, J. (2010). *Klärungsorientierte Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R., Sachse, M. & Fasbender, J. (2011). *Klärungsorientierte Psychotherapie der narzisstischen Persönlichkeitsstörung*. Göttingen: Hogrefe.
- Safran, J.D. & Muran, J.C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York: Guilford Press.
- Salkovskis, P.M. (1999). Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behavioral Research and Therapy*, 37, 29-52.
- Salkovskis, P.M., Shafran, R., Rachman, S. & Freeston, M.H. (1999). Multiple pathways to inflated responsibility beliefs in obsessional problems: Possible origins and implications for therapy and research. *Behavioral Research and Therapy*, 37, 1055-1072.
- Salkovskis, P.M., Thorpe, S.J., Wahl, K., Wroe, A.L. & Forrester, E. (2003). Neutralizing increases discomfort associated with obsessional thoughts: An experimental study with obsessional patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 112 (3), 709-715.
- Saltzman, C., Luetgert, M.J., Roth, C.H., Creaser, J. & Howard, L. (1976). Formation of a therapeutic relationship: Experiences during the initial phase of psychotherapy as predictors of treatment duration and outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 546-555.

- Schauenburg, H. (2007). Depressive Störungen. In: B. Strauß, F. Hohagen & F. Caspar (Hrsg.), *Lehrbuch Psychotherapie*, Band 1, 373-401.
- Sexton, H., Fornes, G., Kruger, M.B., Grendahl, G. & Kolseth, M. (1990). Handicraft or interactional groups: A comparative outcome study of neurotic inpatients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 82, 339-343.
- Shaw, B.F. & Dobson, K.S. (1987). The use of treatment manuals in cognitive therapy: Experience and issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 673-680.
- Shaw, B.F., Olmsted, M., Dobson, K.S., Sotsky, S.M., Elkin, I., Yamaguchi, J., Vallis, T.M., Lowery, A., Watkins, J.T. & Imber, S.D. (1999). Therapist competence ratings in relation to clinical outcome in cognitive therapy of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 837-846.
- Shea, M.T., Pilkonis, P.A., Beckham, E., Collins, J.F., Elkin, I., Sotsky, S.M. & Docherty, J.P. (1990). Personality disorders and treatment outcome in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *American Journal of Psychiatry*, 147, 711-718.
- Shoham-Salomon, V., Avner, R. & Neeman, K. (1989). "You are changed if you do and changed if you don't": Mechanisms underlying paradoxical interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 590-598.
- Shoham-Salomon, V. & Hannah, M.T. (1991). Client-treatment interactions in the study of differential change processes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 217-225.
- Silver, D. (1983). Psychotherapy of the characterologically difficult patient. *Canadian Journal of Psychiatry*, 28, 513-521.
- Sorenson, R.L., Gorsuch, R.L. & Mintz, J. (1985). Moving targets: Patients changing complaints during psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 49-54.
- Sotsky, S.M., Glass, D.R., Shea, M.T., Pilkonis, P.A., Collins, J.F., Elkin, I., Watkins, J.T., Imber, S.D., Leber, W.R., Moyer, J. & Oliveri, M.E. (1991). Client predictors of response to psychotherapy and pharmacotherapy: Findings in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *American Journal of Psychiatry*, 148 (8), 997-1008.
- Stangier, U. & Leichsenring, F. (2008). Angststörungen. In: S.C. Herpertz, F. Caspar & C. Mundt (Hrsg.), *Störungsorientierte Psychotherapie*, 291-319. München: Urban & Fischer.

- Stiles, W.B. & Shapiro, D.A. (1994). Disabuse of the drug metaphor: Psychotherapy process-outcome correlations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62 (5), 942-948.
- Stinckens, N. (2001). *Werken met de innerlijke criticus, Gerichte empirische verkenning vanuit een client-gericht-experientiele microtheorie*. Unpublished doctoral dissertation, Katholieke Universiteit Leuven.
- Stone, A., Frank, J.D., Nash, E. & Imber, S. (1961). An intensive five-year follow-up study of treated psychiatric outpatients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 133, 410-422.
- Stoolmiller, M., Duncan, T., Bank, L. & Patterson, G.R. (1993). Some problems and solutions in the study of change: Significant patterns in client resistance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 920-928.
- Strauß, B. (2008). Bindung, Empathiefähigkeit und Intersubjektivität. In: In: S.C. Herpertz, F. Caspar & C. Mundt (Hrsg.), *Störungsorientierte Psychotherapie*, 259-274. München: Urban & Fischer.
- Takens, R.J. (2001). *Een vreemde nabij*. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Tausch, R., Sander, K., Bastine, R., Freise, H. & Nagel, K. (1970). Variablen und Ergebnisse bei client-centered Psychotherapie mit alternierenden Psychotherapeuten [The variables and results of client-centered psychotherapy with alternative therapists]. *Psychologische Rundschau*, 21, 29-38.
- Tedeschi, J.T., Lindskold, S. & Rosenfeld, P. (1985). *Introduction to social psychology*. St. Paul, MN: West Publishing Company.
- Tedeschi, J.T. & Riess, M. (1981). Identities, the phenomenal self, and laboratory research. In: J.T. Tedeschi (Ed.), *Impression management theory and social psychological research*, 3-22. New York: Academic Press.
- Thompson, L.W., Gallagher, D. & Czirr, R. (1988). Personality disorder and outcome in the treatment of late-life depression. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 21 (2), 133-146.
- Toukmanian, S.G. (1986). A measure of client perceptual processing. In: L.S. Greenberg & W.M. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook*, 107-130. New York: Guilford Press.
- Toukmanian, S.G. (1992). Studying the client's perceptual process and their outcomes in psychotherapy. In: S.G. Toukmanian & D.L. Rennie (Eds.), *Psychotherapy process research: Paradigmatic and narrative approaches*. Newbury Park, CA: Sage.
- Toukmanian, S.G. & Grech, T. (1991). *Changes in cognitive complexity in the context of perceptual-processing experiential therapy*. Department of Psychology Report No. 194, York University.

- Tracey, T.J. (1986). Interactional correlates of premature termination. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54* (6), 784-788.
- Truax, C.B. (1961a). A scale for the measurement of accurate empathy. University of Wisconsin: *Psychiatric Institute Bulletin, 1* (12). Madison: University of Wisconsin.
- Truax, C.B. (1961b). *A tentative scale for the measurement of depth of intrapersonal exploration*. [Discussion papers]. Madison: University of Wisconsin, University Psychiatric Institute.
- 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. (1966). Therapist empathy, warmth and genuineness and patient personality change in group psychotherapy: A comparison between interaction unit measures, time sample measures, and patient perception measures. *Journal of Clinical Psychology, 22* (2), 225-229.
- 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.
- Truax, C.B., Tunnell, B.T., Jr., Fine, H.L. & Wargo, D.G. (1966a). *The prediction of client outcome during group psychotherapy from measures of initial status*. Unpublished manuscript. University of Arkansas, Arkansas Rehabilitation Research and Training Center, Fayetteville.
- Truax, C.B., Wargo, D.G. & Silber, L.D. (1966b). Effects of group psychotherapy with high accurate empathy and nonpossessive warmth upon female institutionalized delinquents. *Journal of Abnormal Psychology, 71*, 267-274.
- Turner, R.M. (1987). The effects of personality disorder diagnosis on the outcome of social anxiety symptom reduction. *Journal of Personality Disorders, 1*, 136-143.
- Wahl, K., Hohagen, F., Kordon, A. & Rau, G. (2007). Kognitive Verhaltenstherapie bei Zwangsstörungen. In: B. Strauß, F. Hohagen & F. Caspar (Hrsg.), *Lehrbuch Psychotherapie*, Band 1, 287-317.
- Warwar, N. & Greenberg, L. (2000). Catharsis is not enough: Changes in emotional processing related to psychotherapy outcome. Paper presented at the International Society for Psychotherapy Research Annual Meeting. June, Indian Hills, Chicago.
- Watkins, C.E., Jr. (1990). The effects of counselor self-disclosure: A research review. *The Counseling Psychologist, 18*, 477-500.

- Westerman, M.A., Tanaka, J.S., Frankel, A.S. & Kahn, J. (1986). The coordinating style construct: An approach to conceptualizing patient interpersonal behavior. *Psychotherapy*, 23, 540-547.
- Westermann, B., Schwab, R. & Tausch, R. (1983). Auswirkungen und Prozesse personenzentrierter Gruppenpsychotherapie bei 164 Klienten einer psychotherapeutischen Beratungsstelle. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 12, 273-292.
- Whisman, M.A. (1993). Mediators and moderators of change in cognitive therapy of depression. *Psychological Bulletin*, 114 (2), 248-265.
- Wilfley, D.E., Friedman, M.A., Zoler Douchis, J., Stein, R.I., Welch, R.R., Friedman, M.A. & Ball, S.A. (2000). Comorbid psychopathology in binge eating disorder: Relation to eating disorder severity at baseline and following treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (4), 641-649.
- Zimmerman, M., Pfohl, B., Coryell, W.H., Corenthal, C. & Stangl, D. (1991). Major depression and personality disorder. *Journal of Affective Disorders*, 22, 199-210.
- Zimmerman, M., Rothschild, L. & Chelminski, I. (2005). The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1911-1918.