

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; McDermut & 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; Dziewas et al., 1979; Dziewas, 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 Therapeuten-handelns als auch solche des Klienten-Handelns 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 "interaktionelle 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/variiieren 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" 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 Signalinkongruenz 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 Inhalten 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 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 therapierelevanten 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 Notwendigkeit 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 Problemlösungsverfahren (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. Charness, 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. 1RO1MH 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: 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. Rüter (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., Kortegaard, 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., Diguer, 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 Extremlastungsfolgen 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. & Ogradniczuk, 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 beteent zeffexploratie en hoe kann 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. Schönplüg (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 sprachpsycho-logischen Klärung und Konsequenzen für das therapeutische Handeln. In GwG (Hrsg.), Orientierung an der Person: Diesseits und Jenseits von Psychotherapie, Bd. 2, 162-174. Köln: GwG.

Sachse, R. (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 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. (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-, Intentionenbildungs- 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 Scandinavia*, 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: 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.