

Rainer Sachse

Janine Breil

Jana Fasbender

**Überlegungen zur Diagnostik in der
Klärungsorientierten Psychotherapie**

4.1 Einleitung

Psychologische Diagnostik umfasst das systematische Sammeln und Aufbereiten von Informationen, um daraus Entscheidungen und Handlungen abzuleiten. In der Psychologie finden sich mehrere Varianten von Psychodiagnostik. So gibt es neben der klassischen, eigenschaftstheoretischen Diagnostik die verhaltenstheoretische Diagnostik, welche die jeweilige (Problem-)Verhaltensweise direkt erfasst und die relevanten Bedingungen analysiert, um so brauchbare Informationen für die Erstellung einer Problemanalyse und zur Auswahl geeigneter verhaltenstherapeutischer Methoden zu erhalten. (vgl. Amelang & Schmidt-Atzert, 2006; Fliegel, 2000; Jäger & Petermann, 1999; Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 2000; Stieglitz, Baumann & Freyberger, 2001).

Damit zeigt sich am Beispiel der Verhaltenstherapie, dass jede Therapieform die von ihr als relevant definierten störungs- und therapietheoretischen Konzepte in der Praxis erfassbar machen muss. Entsprechendes gilt auch für die Klärungsorientierte Psychotherapie (KOP).

Im Folgenden werden erst die in der KOP relevanten störungstheoretischen Konzepte vor- und ihre Erfassung dargestellt. Daran anschließend wird auf die therapietheoretischen Konzepte und ihre Diagnostik eingegangen.

4.2 Diagnostik der störungstheoretischen Konzepte

4.2.1 Die relevanten störungstheoretischen Konzepte in der KOP

Die störungstheoretischen Konzepte der KOP lassen sich in Anlehnung an das „Modell der Doppelten Handlungsregulation“ beschreiben, das ein allgemeines Modell für das psychologische „Funktionieren“ von Persönlichkeitsstörungen ist (vgl. Sachse, 1999, 2001, 2002, 2004), und sich in drei Bereiche unterteilen lässt:

1. Motive

In der KOP werden sechs Beziehungsmotive unterschieden (Anerkennung, Wichtigkeit, Solidarität, Verlässlichkeit, Autonomie und Unverletzlichkeit der eigenen Grenzen). Für das Funktionieren einer Person ist sowohl relevant, ob ihre Motive durch ihr Handeln befriedigt werden, als auch die Frage, ob die Motive unklar sind bzw. sogar Alienation (Entfremdung vom eigenen Motivsystem) vorliegt.

2. Schemata

Bei den Schemata werden in der KOP dysfunktionale Selbstschemata, dysfunktionale Beziehungsschemata, kompensatorische Normschemata und kompensatorische Regelschemata unterschieden (vgl. Sachse, 1992; Sachse et al., 2009).

3. Interaktionsverhalten

Bei der Betrachtung des Interaktionsverhaltens sind die interaktionellen Ziele von Interesse, welche die Person durch ihr Handeln verfolgt. Diese hängen eng mit den kompensatorischen Schemata zusammen. Des Weiteren ist relevant, welche Verhaltensweisen die Person realisiert und inwieweit diese für Interaktionspartner intransparent sind und für die Person langfristig mehr Kosten als Nutzen bringen. In diesem Zusammenhang sind auch Images, Appelle und komplexe interaktionelle Spiele von Bedeutung.

Betrachtet man die Störungstheorie in der KOP, dann wird deutlich, dass hier psychologische Variablen im Fokus sind, welche die Bausteine psychologischer Funktionsmodelle bilden, die dann bestimmte Störungen mit bestimmten Symptomen erklären. Entsprechend sind so genannte „Oberflächenmerkmale“ wie Symptome oder (mehr oder weniger) direkt beobachtbares Handeln von sekundärer Bedeutung.

4.2.2 Die Erfassung von Tiefenmerkmalen

Die Schwerpunktsetzung der KOP auf „Tiefenmerkmale“ bringt für die Diagnostik aus einer Reihe von Gründen Schwierigkeiten und Besonderheiten mit sich.

1. Erschließbarkeit

Zum einen sind psychologische Prozessmerkmale wie Schemata nicht direkt beobachtbar. Sie müssen vielmehr aus anderen Indikatoren wie dem Handeln und/oder dem Gesagten *erschlossen* werden. Mit der entsprechenden Expertise ist es auch möglich viele Schema-Aspekte zu erschließen (siehe den Artikel von Sachse und Sachse in diesem Band). Oder man muss sie gemeinsam mit der Person erarbeiten.

2. Fehlende Repräsentation

Zum zweiten zeigen sowohl therapeutische Erfahrungen als auch die Prozessforschung (vgl. Sachse & Sachse, 2009), dass Klienten viele Aspekte relevanter Schemata und auch relevanter Motive (Beckmann, 2006) *gar nicht repräsentiert haben*. Die Schema-Inhalte sind

ihnen gar nicht klar und sie können sie gar nicht mitteilen (auch nicht, wenn sie das wollen). Demnach können sie nicht auf direkte Fragen von Interviewern antworten und auch Fragebogen-Items nicht valide beantworten. Fragt man sie dennoch, dann füllen sie diese Lücke in der Repräsentation oft mit Annahmen und Spekulationen: Sie geben an, welche Schema-Inhalte sie *glauben* zu haben (oder haben möchten). Dies wird die Validität der Antworten aber negativ beeinflussen.

Für die Erfassung von Schemata ist es deshalb meist nötig, relevante Schema-Inhalte in einem komplexen Klärungsprozess relativ mühsam erst zu *rekonstruieren*. Dieser komplexe Rekonstruktionsprozess setzt auf Seiten des Diagnostikers eine relativ hohe Expertise, und auf Seiten des Klienten eine hohe Compliance und konstruktive Mitarbeit voraus.

3. Bedeutung der Beziehung

Zum dritten setzt die Rekonstruktion von Schemata eine gute Beziehung voraus.

Viele dysfunktionale und kompensatorische Schemata sind (soweit sie der Person schon repräsentiert sind) der Person selbst unangenehm. Die Schema-Inhalte sind selbstwertbedrohlich, sie „verstoßen“ gegen Werte und sie verstoßen gegen soziale Erwartungen und sind dem Klienten peinlich. Daher neigen Personen dazu, solche Inhalte zu „zensieren“, sie also entweder gar nicht oder in verzerrter Form mitzuteilen. Die einzige Möglichkeit, an unverzerrte und valide Informationen zu gelangen, besteht oft darin, zu dem Klienten eine vertrauensvolle Beziehung aufzunehmen, in der der Klient sich sicher und nicht bewertet fühlt, und in der er sich dann dem Diagnostiker gegenüber öffnen kann.

Lässt man aber Personen ohne eine solche Beziehung Fragebögen ausfüllen oder unterzieht man sie Interviews, dann erhält man im Hinblick auf „brisante“ Informationen keine validen Daten.

Eine sichere Beziehung schafft auch die Grundlage dafür, dass sich der Klient traut, sich den Inhalten selbst zu stellen und sie zu repräsentieren. Diese Repräsentation ist die Voraussetzung, dass der Klient die Information dem Diagnostiker überhaupt mitteilen kann.

4. Idiosynkratische Schemata

Schema-Inhalte bilden sich in der Biographie einer Person durch spezifische (Interaktions-)Erfahrungen und spezifische Interpretationen. Daher sind Schemata zwar ähnlich (und dadurch kategorisierbar), im Detail jedoch (hochgradig) idiosynkratisch. Für eine Schemabearbeitung, z.B. im Ein-Personen-Rollenspiel (vgl. Sachse et al., 2008), sind inhaltliche Details von Schemata aber von großer therapeutischer Bedeutung. Denn diese

Details können zentrale Schema-Aspekte betreffen und genau diese müssen dann therapeutisch bearbeitet werden.

Stellt man den Klienten nun Fragebogen-Fragen oder Standard-Fragen aus Interview-Manualen, gehen die idiosynkratischen Besonderheiten der Schemata völlig verloren. Idiosynkratische Details und damit eine valide Rekonstruktion der tatsächlich bei *diesem* Klienten vorliegenden Schemata lassen sich nur durch individuelle Klärungsprozesse mit Klienten rekonstruieren.

5. Interaktionsbezogenheit der psychologischen Variablen

Das Modell der Doppelten Handlungsregulation macht deutlich, dass alle relevanten Funktionsmerkmale von Persönlichkeitsstörungen Beziehungs- oder Interaktionsmerkmale sind: Die Motive sind *Beziehungs*-Motive, die dysfunktionalen Schemata beziehen sich auf Beziehungen oder sie werden vorrangig von anderen Personen getriggert; die kompensatorischen Schemata sind Beziehungsschemata (Regel-Schemata) oder (bei Norm-Schemata) es sind für ihre Realisation andere Personen wesentlich; Spielverhalten ist per definitionem ein Beziehungshandeln.

Das Modell macht somit deutlich,

- dass sich alle relevanten Merkmale auf Interaktionen beziehen,
- dass diese Merkmale nur oder vorrangig in Interaktionssituationen aktualisiert werden.

Diagnostisch bedeutet das, dass man einen Klienten in eine relevante Interaktionssituation bringen muss, damit Motive, Schemata und Spielverhalten aktiviert werden und man damit Material bekommt, aus dem man Motive und Schemata valide erschließen und Spielverhalten beobachten kann. Durch die situative Aktivierung werden automatisierte Verarbeitungsprozesse schnell dominant, wodurch es den Klienten nicht (lange) gelingt, sich erwartungskonform oder sozial erwünscht zu verhalten. In diesen Fällen führen Images und Appelle (und auch systematisch Selbsttäuschungen) nicht zu diagnostischen Fehlern, weil sie als Indikatoren der Störung gesehen werden und sie als relevante Informationen in die Diagnose eingehen.

Eine Alternative dazu, Klienten in eine reale Interaktionssituation zu bringen, ist es, den Klienten über eine relevante Interaktionssituation berichten zu lassen. Versetzt der Klient sich in diese Situation, dann kann auch das relevante Motive und Schemata aktivieren, wodurch der Klient dann Material produziert, aus dem man diese erschließen kann. Und der Klient kann über sein Handeln in diesen Situationen berichten, woraus man auf Spielverhalten schließen kann.

Nach dem Modell der Doppelten Handlungsregulation kann man davon ausgehen, dass der Beginn einer Therapie dem ersten Fall entspricht: Der Kontakt mit dem Therapeuten ist eine reale Interaktionssituation, die mit hoher Wahrscheinlichkeit alle Funktionsmerkmale triggert (Beziehungsmotive werden aktiviert und prägen sich im Verhalten aus; Schemata werden aktiviert und Spiele werden „hochgefahren“). Damit entsteht aber gerade eine paradigmatische Diagnose-Situation.

Erst wenn ein Therapeut in höherem Ausmaß Beziehungskredit geschaffen hat, sollten diese Merkmale in der realen Therapiebeziehung nicht mehr getriggert werden. Dann können Therapeuten das zweite Vorgehen anwenden und die Vorstellung von Interaktionssituationen nutzen, um z.B. Schemata zu klären.

Aus den obigen Überlegungen ergibt sich für die Erfassung von Tiefenmerkmalen:

- Sie können nicht direkt beobachtet, sondern müssen erschlossen werden.
- Klienten besitzen häufig keine Repräsentation dieser Merkmale. Deshalb können sie nicht durch Fragebögen oder Interviews erfasst, sondern müssen rekonstruiert werden.
- Eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung ist eine Voraussetzung für die Diagnostik von Tiefenmerkmalen. Zum einen ist sie notwendig, damit sich Klienten trauen, sich selbst den Inhalten zu stellen und eine Repräsentation zu schaffen. Zum anderen ist der Klient nur in einer sicheren Beziehung bereit dem Diagnostiker die brisanten Informationen zu geben.
- Schemata weisen idiosynkratische Besonderheiten auf, die nur in einem individuellen Klärungsprozess, nicht durch standardisierte Fragebögen zu erfassen sind.
- Tiefenmerkmale können nur in Interaktionssituationen erschlossen werden:
 - Der Klient muss sich in einer relevanten Interaktionssituation befinden oder er muss bereit sein, sich gedanklich in eine solche Situation zu versetzen.
 - Dadurch werden die Funktionsmerkmale aktiviert und der Klient produziert Material, aus dem sich mit einer entsprechenden Expertise des Diagnostikers diese Aspekte erschließen lassen.

4.2.3 Oberflächen- und Tiefenmerkmale im Vergleich

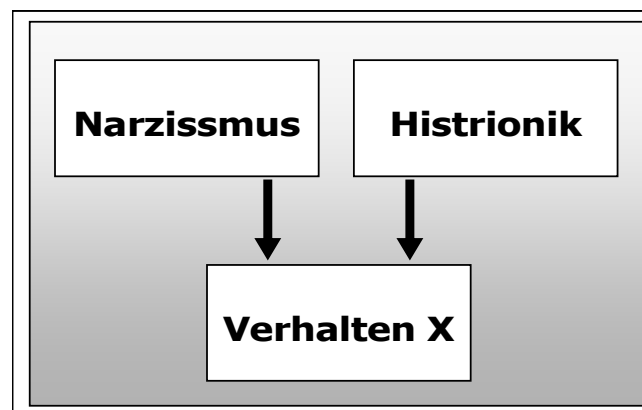
Wie dargestellt, treten bei der Diagnostik von psychologischen Funktionsmerkmalen (= Tiefenmerkmale) bestimmte Schwierigkeiten auf und es müssen bestimmte Besonderheiten beachtet werden. U.a. wurde deutlich, dass eine relativ große Expertise zu ihrer Erfassung

erforderlich ist. Trotzdem möchte die KOP sie nicht zugunsten einer alleinigen Erfassung von Oberflächenmerkmalen aufgeben. Denn auch eine ausschließliche Diagnostik von Oberflächenmerkmale halten wir aus im Folgenden diskutieren Gründen (s. 2.3.1 und 2.3.2) – v.a. für eine Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen (PD) – für keine optimale Alternative. Vielmehr halten wir es für günstig, beide Verfahren zu kombinieren.

4.2.3.1 Probleme mit DSM und ICD

1. Überlappungen von Indikatoren

Aus den bei PD ablaufenden Verarbeitungsprozessen resultiert die Möglichkeit, dass unterschiedliche Tiefenmerkmale zu sehr ähnlichen Oberflächenmerkmalen führen. So zeigen z.B. Histrioniker manchmal Verhalten (Selbst-Verletzungen, Suiziddrohungen, Derealisationen u.a.), die man leicht mit Borderline-Handeln verwechseln kann. D.h. dass es auf der „Verhaltensoberfläche“ Überlappungen bei verschiedenen Persönlichkeitsstörungen gibt. Damit ist Verhalten X aber kein eindeutiger Indikator für eine der Störungen:



Betrachtet man die Kategorien-Definitionen von PD im DSM oder ICD, dann wird deutlich, dass man zwar versucht, die Kategorien sprachlich zu trennen, dass dies aber in der Realität nicht funktioniert. Es gibt eine Überlappung der PD-Kategorien.

2. Zentralität der Merkmale

Psychologisch muss man davon ausgehen, dass die beobachtbaren Verhaltensweisen (= Oberflächenmerkmale) die *Folge* zugrunde liegender Prozesse sind. Sie stellen damit die letzte Stufe komplexer Vorgänge dar und sind, systemtheoretisch gesprochen, periphere Aspekte der Störung. Das heißt allerdings nicht, dass die Indikatoren irrelevant sind. Sie

haben immer noch einen Informationswert. Dieser reicht jedoch zur Diagnostik einer PD nicht aus.

3. Repräsentativität der Merkmale

Es ist sehr zweifelhaft, ob die im DSM oder ICD für die Definition einer PD herangezogenen Merkmale für die Störung wirklich repräsentativ (also paradigmatisch) sind. Dazu gibt es keine eindeutige empirische Datenlage. Empirische Studien zu Störungen, z.B. der narzisstischen Störung, zeigen auch, dass es viel mehr Merkmale gibt, als im ICD oder DSM verzeichnet sind. So gibt es allein für die narzisstische Störung mehr als 40 empirisch validierte Merkmale, also diagnostische Indikatoren, von denen viele nicht in das DSM aufgenommen wurden (vgl. Sachse, 1999, 2001, 2002, 2004a, 2004b, 2006). Und es bleibt dabei unklar,

- welche dieser Merkmale tatsächlich ausschließlich für die narzisstische Störung charakteristisch sind,
- welche Merkmale für die Störung *zentral* sind,
- ob es noch weitere, nicht beschriebene Merkmale gibt.

4. Auch für DSM- oder ICD-Diagnosen benötigt man Expertise

Zur Einschätzung diagnostischer Kriterien können auch Oberflächenmerkmale nicht „einfach beobachtet“ und registriert werden. Der Diagnostiker muss das, was die Klienten tatsächlich tun, aufgrund seines Wissens interpretieren und in die DSM- oder ICD-Kategorien übersetzen. Es handelt sich hierbei also weniger um einen „Beobachtungs-“ als um einen „Verarbeitungs-Prozess“ und ist damit keineswegs einfach oder gar trivial. Deshalb gelingt dies – nach meiner 30-jährigen Erfahrung als Therapie-Ausbilder (R.S.) – Anfängern in der Regel nicht. Es ist hierfür ausführliches Training erforderlich.

Es bleibt festzuhalten, dass sowohl Oberflächen- als auch Tiefenmerkmale erschlossen werden müssen und dass für solche Verarbeitungsprozesse Expertise erforderlich ist. Entsprechend wird auch zur Anwendung von DSM und ICD eine hohe *Expertise* benötigt. Auch wenn ein Erschließen von Tiefenmerkmalen eine *höhere* Expertise erfordert, als das Erschließen von Oberflächenmerkmalen, ist der Unterschied allerdings nur graduell und nicht qualitativ.

5. Stil und Störung

Ein weiterer wesentlicher Nachteil von DSM- und ICD-Diagnosen für Persönlichkeitsstörungen liegt darin, dass die Systeme eine dichotome Klassifikation erfordern: Erfüllt man die Kriterien, hat man die Störung, erfüllt man die Kriterien nicht, hat man die Störung nicht.

Aus Fragebogen-Untersuchungen (vgl. Kuhl & Kazen, 1997) wird aber deutlich, dass man „Eigenschaften von Persönlichkeitsstörungen“ in kontinuierlichen Abstufungen haben kann. Man kann diese aufweisen von einem „leichten Stil“ bis zu einer „schweren Störung“. Und es gibt gar keine empirischen Kriterien dafür, wann ein „Stil“ in eine „Störung“ übergeht.

Auch aus therapeutischer Erfahrung wissen wir, dass die Ausprägung bestimmter Oberflächenmerkmale therapeutisch hoch relevant sein kann, selbst wenn sie die DSM- oder ICD-Kriterien nicht erfüllt. Dies ist dann der Fall,

- wenn die vorhandene Ausprägung den Klienten hohe interaktionelle Kosten verursacht, den Klienten also stört,
- wenn der Klient im Therapieprozess manipulatives Handeln realisiert und sich der Therapeut entsprechend den Regeln der PD-Therapie verhalten muss,
- wenn es zum Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung notwendig ist, dass sich ein Therapeut komplementär verhält.

Daher kann es von großer therapeutischer Bedeutung sein, dass Therapeuten PD-Merkmale diagnostizieren und damit auch therapeutisch berücksichtigen, selbst wenn diese die Schwelle einer DSM- oder ICD-Diagnose nicht überschreiten. Ein einseitiges Richten nach dem DSM hätte das Übersehen therapeutisch relevanter PD-Merkmale zur Folge.

4.2.3.2 Probleme mit Fragebögen und Interviews

Strukturierte Interviews wie das SKID-II oder PD-Fragebögen, gehen von bestimmten Voraussetzungen aus, die gerade im Bereich der Persönlichkeitsstörungen nicht gegeben sind:

1. Die Verfahren gehen davon aus, dass die Klienten Fragen valide beantworten *können* (nur dann machen Fragen Sinn). Dazu müssen die Klienten eine valide Repräsentation von ihrem Verhalten haben. Die Verfahren gehen somit implizit davon aus, dass Klienten ihr Verhalten aufmerksam beobachten und valide verarbeiten.

Dies kann man wohl schon aus allgemeinen, psychologischen Gründen bezweifeln, insbesondere wenn es sich, wie hier, um hoch automatisiertes Handeln handelt. Auch unter Berücksichtigung des Modells der Doppelten Handlungsregulation muss man diese Annahme in Frage stellen: Denn Klienten, die Images und Appelle verwenden, *täuschen*,

nicht nur andere, *sondern auch in hohem Maße sich selbst* (vgl. Mummendey, 1995). Man muss daher annehmen, *dass Klienten keine valide Repräsentation* von Oberflächenmerkmalen aufweisen. Wenn sie auf Fragen antworten, dann antworten sie so, wie sie *glauben*, dass sie handeln oder wie sie *glauben möchten*, dass sie handeln!

Dabei kann man annehmen, dass nicht alle Aspekte verzerrt sind, einige könnten schon valide sein. Nur leider weiß man nicht a priori, welche dies sind und welche nicht.

2. Die Instrumente gehen auch davon aus, dass Klienten die Fragen *valide beantworten wollen*.

Es gibt tatsächlich „harmlose“ Fragen, die wahrscheinlich eine „Tendenz zur sozialen Erwünschtheit“ oder eine Tendenz zum Selbstwertschutz nur geringfügig triggern. Die Beantwortung dieser Fragen könnte damit durchaus valide sein.

Es gibt jedoch sehr viele Fragen, von denen man annehmen muss, dass sie diese Tendenzen stark erzeugen. Diese Fragen können der Person selbst unangenehm sein, sodass sie sich selbst gegenüber gar nicht zugeben will, dass sie zutreffen; die Frage kann aber auch sozial unangenehm sein, sodass der Klient dem Diagnostiker gegenüber nicht angeben will, dass sie zutrifft.

Hinzu kommt, dass Klienten mit PD eine extrem hohe Tendenz haben, Fragen nach ihren Images zu beantworten. Und Images *sollen* über die tatsächlichen Verhältnisse täuschen. Also muss man gerade bei Klienten mit PD mit systematischen Verzerrungen rechnen.

Das Ausmaß an Images und auch an Appellen hängt stark von der Qualität der Beziehung zum Diagnostiker ab. Wenn ein strukturiertes Interview früh im Therapieprozess durchgeführt wird, fehlt meist der Aufbau einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung. In diesem Fall wird die Tendenz zu Images und Appellen extrem groß sein und die Validität der Informationen ist gering. Dies gilt besonders dann, wenn der Diagnostiker nur das verbale, explizite Antwortverhalten des Klienten berücksichtigt (und damit Images für bare Münze nimmt!) und nicht das implizite Interaktionsverhalten des Klienten mit berücksichtigt.

Aus diesen Gründen misstrauen wir der Validität reiner SKID-II-Diagnosen.

Am ehesten zur Erfassung der Persönlichkeitsstörungsdimensionen geeignet scheint der PSSI (Kuhl & Kazén, 1997), da es Kuhl gelungen ist, die Fragen so zu formulieren, dass defensive Tendenzen minimiert werden. Allerdings hat man auch hier das Problem der überlappenden Oberflächenmerkmale.

4.2.4 Erfassungsmethoden der störungstheoretischen Konzepte

Es gibt bislang kein standardisiertes Instrument zur Erfassung der störungstheoretischen Konzepte der KOP. Da es sich um die Erfassung von zu erschließenden Variablen handelt, sehen wir den Diagnostiker als Teil des Erfassungsinstruments. Dieser muss die relevanten theoretischen Konzepte kennen und wissen, wie sich diese in der Realität zeigen. Dieses Wissen muss er dann mit dem Klientenmaterial in Verbindung bringen und so Hypothesen über die beim Klienten vorliegenden Funktionsmerkmale bilden. Auf der Grundlage dieser Hypothesen werden Interventionsstrategien abgeleitet, die zu neuen Informationen und damit zum Verwerfen oder Beibehalten der Hypothesen führen. An dieser Stelle sehen wir diagnostische und therapeutische Schritte – wie andere Autoren auch (Fliegel, 2000; Kanfer et al., 2000) – als eng miteinander verwoben.

Zur Absicherung der Diagnostik empfehlen wir einen Supervisor hinzu zu ziehen, der überprüft, ob er zu den gleichen Schlussfolgerungen kommt wie der Therapeut / Diagnostiker. Des Weiteren kann hierdurch sicher gestellt werden, dass der Therapeut / Diagnostiker nichts übersehen hat. Da auch der Supervisor auf die Prozessinformationen, also auf die Informationen aus der Interaktion zwischen Therapeut / Diagnostiker und Klient angewiesen ist, um Funktionsmerkmale zu erschließen, findet die Supervision am besten mit Video- oder Audioaufnahmen statt.

4.3 Diagnostik der therapietheoretischen Konzepte

4.3.1 Die relevanten therapietheoretischen Konzepte in der KOP

Das zentrale Konstrukt der therapietheoretischen Konzepte der KOP ist der *Explizierungsprozess des Klienten*; also der Prozess, durch den ein Klient gehen muss, um eine valide Schemarekonstruktion zu erreichen.

Wichtige Konzepte sind:

- Steuerung des Klärungsprozesses durch den Therapeuten
- Beziehungsgestaltung durch den Therapeuten
- Vermeidung durch den Klienten
- Bearbeitung der Vermeidung durch den Therapeuten

4.3.2 Erfassungsmethoden der therapietheoretischen Konzepte

In der KOP wurden zwei Rating-Systeme entwickelt, mit deren Hilfe Klienten- und Therapeuten-Prozessaspekte erfasst werden können.

4.3.2.1 Bearbeitungsweise- und Bearbeitungsangebots-Skala

Zur Erfassung des Explizierungsprozesses von Klienten wurde die sogenannte „Bearbeitungsweise-Skala“ für Klienten entwickelt (Sachse, 1992; Sachse & Maus, 1987, 1991). Sie erfasst, auf welcher Explizierungsstufe sich ein Klient mit jeder Aussage befindet und sie kann Verläufe der Explizierung aufzeigen.

Zur Erfassung der explizierungssteuernden Interventionen wurde die Bearbeitungsangebots-Skala entwickelt, die erfasst, welche Bearbeitungsangebote ein Therapeut jeweils macht. Damit kann erfasst werden, ob ein Therapeut den Explizierungsprozess von Klienten konstruktiv steuert.

Beide Skalen werden Reliabilitäts- und Validitätsprüfungen unterzogen (Sachse, 1992; Sachse & Takens, 2003; Takens, 2001). Viele Prozessstudien mit unterschiedlichen Fragestellungen sind mit diesen Skalen durchgeführt worden (siehe dazu Sachse & Sachse, 2009).

4.3.2.2 Bochumer Bearbeitungs- und Beziehungsskalen

Die Bochumer Bearbeitungs- und Beziehungsskalen (BBBS) entstanden aus dem Bemühen, komplexe Prozessmerkmale zu erfassen, also Fragen zu beantworten wie:

- Wie gut gestaltet ein Therapeut die Beziehung?
- Wie konstruktiv steuert der Therapeut den Explizierungsprozess des Klienten?
- Geht ein Therapeut konstruktiv mit Vermeidung des Klienten um?
- Wie konstruktiv ist der Klientenprozess?
- Wie stark vermeidet ein Klient?
- Weist ein Klient eine vertrauensvolle Beziehung zum Therapeuten auf?

Erste Entwürfe wurden von Sachse (1999) entwickelt, die dann in eine Langfassung der Skala eingingen, die von Sachse und Mitarbeitern (Sachse, Schülken & Leisch, 2006) einer ersten Analyse unterzogen wurde. Durch eine ausführliche Erprobung dieser Skala wurde eine verkürzte Form entwickelt, deren Analyse in Kapitel 10 dieses Bandes vorgestellt wird.

Die BBBS hat in der nun vorliegenden Endform folgende Skalen:

1. Konstruktive Bearbeitung durch den Klienten: Der Klient zeigt einen Arbeitsauftrag, nimmt eine internale Perspektive ein, arbeitet an Schemaaspekten u.a.
2. Vermeidung: Der Klient vermeidet die Konfrontation mit Schemaaspekten.
3. Beziehung: Der Klient zeigt eine vertrauensvolle Beziehung zum Therapeuten.
4. Beziehungsgestaltung durch den Therapeuten: Der Therapeut zeigt eine konstruktive Beziehungsgestaltung.
5. Verstehen: Der Therapeut versteht den Klienten in angemessener Weise.
6. Steuerung: Der Therapeut steuert den Explizierungsprozess des Klienten konstruktiv.
7. Bearbeitung der Vermeidung: Der Therapeut geht mit der Vermeidung des Klienten angemessen um.
8. Umgang mit Spielen: Der Therapeut geht mit interaktionellen Aspekten von Persönlichkeitsstörungen angemessen um.
9. Bearbeiten von Schemata: Der Therapeut bearbeitet Schemata in konstruktiver Weise.

4.3.2.3 Klienten- und Therapeuten-Nachbefragungsbögen

Von Sachse, Breil und Fasbender wurden auch für die Klärungsorientierte Psychotherapie Klienten- und Therapeuten-Stunden-Nachbefragungsbögen entwickelt, deren Analyse in Kapitel 11 vorgestellt wird.

4.3.2.4 Ratings von Persönlichkeitsstörungen, Beziehungsmotiven und Schemata

Zur Zeit werden Rating-Systeme entwickelt, mit deren Hilfe Therapeuten, Supervisoren und Rater anhand von Therapien bzw. Therapie-Aufzeichnungen in der Lage sind,

- zentrale Beziehungsmotive von Klienten zu erfassen,
- relevante dysfunktionale und kompensatorische Schemata von Klienten zu erfassen,
- Persönlichkeitsstörungen von Klienten nach Kriterien des Modells der Doppelten Handlungsregulation zu erfassen.

Gelingen diese Erfassungen in reliabler und valider Weise, dann stehen Diagnose-Instrumente zur Verfügung, die solche Tiefen-Strukturen erfassen, die für Prozesse in der Klärungsorientierten Psychotherapie relevant sind.

Literatur

- Amelang, M. & Schmidt-Atzert, L. (2006). *Psychologische Diagnostik und Intervention*. Berlin: Springer.
- Beckmann, J. (2006). Konsequenzen der Entfremdung vom Selbst. In: R. Sachse & P. Schlebusch (Hrsg.), *Perspektiven Klärungsorientierter Psychotherapie*, 46-59. Lengerich: Pabst.
- Fliegel, S. (2000). Verhaltenstherapeutische Diagnostik. In W. Senf & M. Broda (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch: Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Systemische Therapie*. Stuttgart: Thieme.
- Jäger, R.S. & Petermann, F. (1999). *Psychologische Diagnostik – ein Lehrbuch*. Weinheim: Beltz.
- Kanfer, F.H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2000). *Selbstmanagementtherapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis*. Berlin: Springer.
- Kuhl, J. & Kazén, M. (1997). *Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventar (PSSI)*. Göttingen: Hogrefe.
- Mummendey, H.D. (1995). *Psychologie der Selbstdarstellung*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (1992). *Zielorientierte Gesprächspsychotherapie – Eine grundlegende Neukonzeption*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (1999). *Persönlichkeitsstörungen. Psychotherapie dysfunktionaler Interaktionsstile*. Göttingen: Hogrefe, 2. Auflage.
- Sachse, R. (2001). *Psychologische Psychotherapie der Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2002). *Histrionische und narzisstische Persönlichkeitsstörungen*. 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. (2006). Narzisstische Persönlichkeitsstörungen. *Psychotherapie*, 11 (2), 241-246.
- Sachse, R., Breil, J. & Fasbender, J. (2009). Beziehungsmotive und Schemata: Eine Heuristik. In: R. Sachse, J. Fasbender, J. Breil & O. Püschel (Hrsg.), *Grundlagen und Konzepte Klärungsorientierter Psychotherapie*, 66-88. Göttingen: Hogrefe.

- 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., Püschel, O., Fasbender, J. & Breil, J. (2008). *Klärungsorientierte Schema-Bearbeitung – Dysfunktionale Schemata effektiv verändern*. Göttingen: Hogrefe.
- 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., Schülken, T. & Leisch, M. (2006). Die Bochumer Beziehungs- und Bearbeitungsskalen BBBS: Skalen-Prüfung und erste Validierung. In: R. Sachse & P. Schlebusch (Hrsg.), *Perspektiven Klärungsorientierter Psychotherapie*, 228-254. Lengerich: Pabst.
- Sachse, R. & Takens, R.J. (2003). *Klärungsprozesse in der Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Stieglitz, R.-D., Baumann, U. & Freyberger, J. (2001). *Psychodiagnostik in Klinischer Psychologie, Psychiatrie, Psychotherapie*. Stuttgart: Thieme.
- Takens, R.J. (2001). *Een vreemde nabij*. Amsterdam: Vrije Universiteit.