KLAUS-GRAWE-INSTITUT
FÜR PSYCHOLOGISCHE THERAPIE

Klärungsorientierte Psychotherapie V

23. und 24. Mai 2025, PSY 23

Lic. phil. Barbara Heiniger Haldimann
Klaus-Grawe-Institut für Psychologische Therapie
Grossmünsterplatz 1, CH-8001 Zürich
Tel. +41 44 251 24 40, E-mail: bheiniger@ifpt.ch

Klärung V (Wiederholung)

- **Konzepte**:
  - Konsistenztheorie und Schematheorie
  - Klärung und Wirkfaktoren
  - Basisvariablen
- **Übung**: Bewusstsein von **eigenen Schemata**

- **3-Ebenen-Modell**:
  - Ebenenfehler und zentrale Handlungsprinzipien
  - **Übung**: Rollenspiele mit schwierigen Patient*innen
- **Explizierungsprozess** und 3-Ebenen-Modell: **Übung** zu einem Beispiel
- **Modell der doppelten Handlungsregulation**: **Übung**

- **Emotionen**:
  - Modell der primären und sekundären Emotionen
  - ‚Stuhl-Dialoge'

Übung

Alle **Kursunterlagen ordnen**:

- Theorie
- Praktische Anleitungen / Interventionsformen

Vorbereitung auf die Plenumsdiskussion:

- Was ist das Ziel von Klärung?
- Voraussetzungen bei Therapeut*innen, damit sie klärungsorientiert arbeiten können?
- Ist etwas schwierig bei Klärungsarbeit? Wenn ja, was? Wenn nein, was kann ich gut?

Plenumsdiskussion zu Übung

Was ist das Ziel von Klärung?

- Bewusstsein über eigene wichtige **Ziele**:
  - **Annäherung** und **Vermeidung**
  - Überlegungen dazu, inwieweit die Ziele im aktuellen Leben noch sinnvoll sind (insbesondere bei Vermeidungszielen).

- Bewusstsein über eigene **Strategien**, um Ziele zu erreichen:
  - Überlegungen dazu, inwieweit die Strategien wirklich dazu führen, (heute) wichtige Ziele zu erreichen
  - Kognitionen (Regeln, Leitsätze, Überzeugungen) und Verhaltensweisen.

Plenumsdiskussion Übung

- Bewusstsein über eigene **Emotionen**: differenzierte Wahrnehmung und Reflexion.

- Sich selber besser **verstehen**:
  - Wie ist es gekommen, dass ich diese Ziele und diese Strategien entwickelt habe?
  - Kann ich verstehen, weshalb ich in welchen Situationen welche Gefühle erlebe?

- Welches sind die **Konsequenzen** aus dieser Klärung?
  - In welchen Bereichen möchte ich etwas verändern?
  - Wie kann ich diese Veränderung umsetzen? **-> Bewältigung**

Voraussetzungen bei **Therapeut*innen**, damit sie klärungsorientiert arbeiten können:

- **Fallkonzeption**:
  - **Hypothesen** über die **Schemata der Patient*innen**: wichtige Ziele, Kognitionen, Emotionen, Verhaltensweisen, Entstehungsbedingungen
  - Ist Voraussetzung für Klärungsarbeit, weil Therapeut*innen **den Prozess der Klärungsarbeit steuern** sollen.

- **Bewusstsein der Therapeut*innen** über **eigene** Schemata / Schemaaktivierung

Indikation für Klärungsarbeit

- Unklare Ziele, unklare Veränderungsmotivation.
- Wenig Bewusstsein in Bezug auf eigene Bedürfnisse.
- Patient*innen können eigenes Verhalten nicht verstehen.
- Patient*innen können eigene Gefühle nicht verstehen.
- Patient*innen erleben immer wieder unbefriedigende Situationen, wissen aber nicht warum.
- Patient*innen bekommen über ihr Verhalten von aussen Rückmeldungen, die sie nicht verstehen.
- Diffuse Gefühle, diffuses Erleben von Unzufriedenheit, Energielosigkeit u.ä.

Allgemein: **wenig Bewusstsein** für eigenes psychisches Funktionieren bei **hoher Inkongruenz** in Bezug auf Grundbedürfnisse.

Klärung I (NS 12./13.01.2024)

- Wirkfaktor **Motivationale Klärung**:
  - Definition und Ziele von Klärungsprozessen
  - Voraussetzungen bei Th. und Pat.,
  - Indikation und Kontraindiaktion
- Einbettung in **Konsistenztheorie**
- **Historischer Hintergrund** und **Entwicklung** der **humanistischen** Perspektive und der klärungsorientierten Psychotherapie: Von Rogers (**GT**) *nicht-direktiv, personenzentriert* zu Greenberg (**EFT** *emotionsbezogene* Psychotherapie) und Sachse (**KOP**) *direktiv, prozessorientiert*

- **GT** (C. Rogers) *nicht-direktiv, personenzentriert*, Basisvariablen:
  - Kongruenz / Echtheit
  - Akzeptierung / Wertschätzung: ‚unconditional positive regard'
  - Empathisches Verstehen

Klärung I (NS 12./13.01.2024)

- **EFT** (L. Greenberg) *direktiv, prozessorientiert*
  - Emotionen im Zentrum
  - Emotionale Aktivierung als Voraussetzung für Veränderung
  - Empathische Einstimmung, Folgen und Führen

- **KOP** (R. Sachse) *direktiv, prozessorientiert*
  - **Prozessdirektivität**: Th. steuert Prozess: ... Hin zu (affektiv) bedeutsamen Inhalten und zu relevanten Schemata, **vom Gesagten zum Gemeinten**
    - **Top down**: Konzept-, theoriegeleitet, Hypothesenbildung (Fallkonzeption).
    - **Bottom up**: das ‚Gemeinte erfassen', ‚(heisse) Spuren verfolgen'
  - **Ziel**: Zugang zum eigenen Motivsystem, bewusste Repräsentation, explizit Machen der handlungssteuernden Schemata:
    - Aktivierung von Schemata **in der Therapie**: Problem- und Ressourcenaktivierung.
    - Akkommodation: Problembewältigung, Nutzen von Ressourcen

Klärung I (NS 12./13.01.2024)

KOP (R. Sachse) *direktiv, prozessorientiert*

- **Verantwortung**
  - Therapeut*in: für **Prozess / -** Patient*in: für **Inhalt**

- **3-Ebenen-Modell**
  - **Inhalt** (*was*): Probleme, Anliegen, Ziele
  - **Bearbeitung** (*wie*): Umgang mit sich und Problemen
  - **Beziehung**: Therapeut*in – Patient*in, Images, Appelle
  - **Ebenenfehler** und Timing

- **Interventionen** und Techniken auf der **Inhaltsebene** z.B.
  - fragen, spiegeln, konkretisieren
  - Konfrontation,
  - Focusing, Imagination

Klärung II und **III** (PSch 12./13.04.2024 und 01./02.11.2024)

- **Rubikon-Modell:**
  - Motivation (Intentionsbildung, präaktionale Phase)
  - Volition (Intentionsinitiierung und –realisierung, Handeln)
  - Motivation (Intentionsdeaktivierung, Bewertung)

- **Schemata** (kognitiv und affektiv)
  - **Aktivierung**: top down und bottom up
  - **Funktion**: Schemata determinieren Informationsverarbeitung und bestimmen die Handlungsregulation
  - **Klinisch relevante Schemata:** ‚dysfunktional': nicht adaptiv, verhindern Verarbeitung und Integration von (negativen) Erfahrungen

Klärung II und III (PSch 12./13.04.2024 und 01./02.11.2024)

- **Therapeutische Interventionen:**
  - **Klärung** und Repräsentationsbildung **vor** Bearbeitung zwingend
    - Schemata müssen nicht repräsentiert sein, solange sie adaptiv sind!
  - Therapeutische **Strategien:**
    - relevante Fragestellungen entwickeln, Steuerung der Aufmerksamkeit,, Aktivierung relevanter Schemata, Erarbeitung kognitiver Repräsentationen
    - Bearbeitung der Bearbeitung
    - differenzielle und komplementäre Beziehungsgestaltung
  - **Ziel**: Prozessteuerung durch Th.: aktiv und konstruktiv.
    - Therapeutische Interventionen = **Angebote**

Klärung II und III (PSch 12./13.04.2024 und 01./02.11.2024)

- **Alienation** (Entfremdung): Schlechter Zugang zum eigenem Motivsystem:
  - Keine *internalen* Orientierungsstandards
  - Unterscheidung zwischen eigenen Motiven und externen Orientierungsstandards nicht möglich
  - Orientierung an *externen* Erwartungen und Normen
  - Eigene Wünsche, Bedürfnisse unbefriedigt

- **3-Ebenen-Modell:**
  - **Inhalt** / **Bearbeitung** / **Beziehung**
  - **Ebenen-Fehler** (Interventionen auf der 'falschen' Ebene)
  - **Tempo-Fehler**: immer zuerst Aufbau einer therapeutischen Beziehung, dann Inhaltsebene und/oder Arbeit an Bearbeitungs- / Beziehungsproblemen (Konfrontationen)

Klärung II und III (PSch 12./13.04.2024 und 01./02.11.2024)

- Interventionen auf **Inhaltsebene**: **Explizierung** (bewusste Repräsentation der wichtigen Schemata) = wichtigstes Konzept, Ziel:
  - **‚synthetisch‘**: verstehen, was zu verstehen ist: paraphrasieren / verbalisieren / das Gemeinte explizit machen
  - **‚analytisch‘**: verstehen, was noch nicht zu verstehen ist (‘Lücken‘, Widersprüche, nicht nachvollziehbare Schlussfolgerungen):
    - **‚Was-Fragen‘** (anstelle ‚Warum-Fragen‘): konkretisierende und vertiefende Fragen
    - **Verfolgen ‚heisser Spuren‘** v.a. bzgl. Annahmen über Selbst und Beziehungen (core-beliefs, Beziehungsmotive, Normen)
    - **Validieren** (‚habe ich richtig verstanden...?‘) und **Konkretisieren** (‚was meinen Sie mit...?‘)
    - Umgang mit **Meta-Bewertungen**
    - **Ent-Euphemisierung**
    - **Konfrontieren** mit Widersprüchen (abhängig vom Beziehungskredit!).

Klärung II und III (PSch 12./13.04.2024 und 01./02.11.2024)

- **Beziehungsebene**: **Persönlichkeitsstörungen** = Interaktionsstörungen.
- Annahmen: Verhalten macht **Sinn**, ist eine **Lösung**
- Stichworte: **Ichsyntonie**, ‚**Interaktionsspiele**' und **Manipulation**:
  - **Image-Spiele** (bei anderen ein bestimmtes Bild erzeugen)
  - **Appell-Spiele** (andere veranlassen, etwas zu tun oder nicht zu tun)
  - Relevante Dimension: Nähe-Distanz.
- **Modell der doppelten Handlungsregulation**
  - **Motivebene**: Beziehungsmotive, Traumatisierung von Beziehungsmotiven (direkte und indirekte Bestrafung, konditionale Belohnung)
  - **Ebene der Annahmen** über das **Selbst** und über **Beziehungen** -> PS: vorwiegend negative Annahmen
  - **Spielebene** (Ebene der intransparenten Handlungen)

Klärung II und III (PSch 12./13.04.2024 und 01./02.11.2024)

- **Spielebene** (Ebene der intransparenten Handlungen):
  - **Positive Kontrolle** (aktiv kontrollierend, Reaktion auf **‚zu wenig'** Liebe, Wichtig-Sein)
  - **Negative Kontrolle** (abschotten, abgrenzen, Reaktion auf **‚zu viel'** Kritik, Einmischung
  - Handeln: **Intransparenz** (für sich und andere) und hohe **‚Kosten'**
  - **Manipulation** (jemanden veranlassen, etwas zu tun, was nicht dessen Intention entspricht)
  - **Beziehungstests**
- **Hypothesen** und **therapeutisches Vorgehen**: Histrionische, narzisstische, selbstunsichere, dependente, passiv-aggressive, schizoide, paranoide, zwanghafte PS.
- **Therapeutische Strategien** (-> Th: komplementär zur Motivebene):
  - Transparent-Machen und Bearbeiten der Kosten, der ‚Spielstrukturen' und der Beziehungsmotive
  - Erarbeiten von Alternativverhalten

Klärung IV (DA 07./08.02.2025)

- **Emotionen**:
  - Definition und Funktion
  - Basis-Emotionen
  - primäre und sekundäre Emotionen
- **Schemata** und Emotionen (Annäherung-> pos. E., Vermeidung -> neg. E.)

- Kompetenz: **Empathie**
  - Empathische Einstimmung = Haltung (offen, neugierig, wertfrei)
  - Empathische Kommunikation = Methode
- **Emotionsbezogene Interventionen/Methoden**:
  - **Empathische Kommunikation**: z.B. verstehen, bestätigen, explorieren, evozieren, vermuten, zurückfokussieren)
  - **Focusing** (Indikation: unklarer oder fehlender ‚felt sense')

- **Emotionstagebuch**

Klärung IV (DA 07./08.02.2025)

- **Zweistuhldialog I**: selbstbewertende Spaltung:
  Innerer Konflikt zweier Selbstanteile (Selbstkritik oder hin und her gerissen sein): Innerer Kritiker – erlebendes Selbst -> Ziel: Integration.

- **Zweistuhldialog II**: selbstunterbrechende Spaltung:
  Emotionale Vermeidung, blockierte Gefühle, plötzliches Versiegen der Emotion -> Ziel: Ausdruck von Emotionen und Bedürfnissen, Umsetzung.

- **Leerer Stuhl**, ‚Unfinished Business‘:
  Anhaltendes bzw. wiederkehrendes starkes negatives Gefühl gegenüber wichtigen Bezugspersonen (aufgrund verletzender Erfahrungen) -> Ziel: ‚Selbstbejahung und Loslassen‘ (verstehen, vergeben oder den anderen zur Verantwortung ziehen) .

Klärung V

Prinzip:

1) Theorien kennen und präsent haben

2) Analysen, Hypothesenbildung aufgrund von Theorien

3) Konsequenzen für das therapeutische Handeln ableiten

4) Handeln

...übenübenübenübenübenübenübenübenübenübenüben...

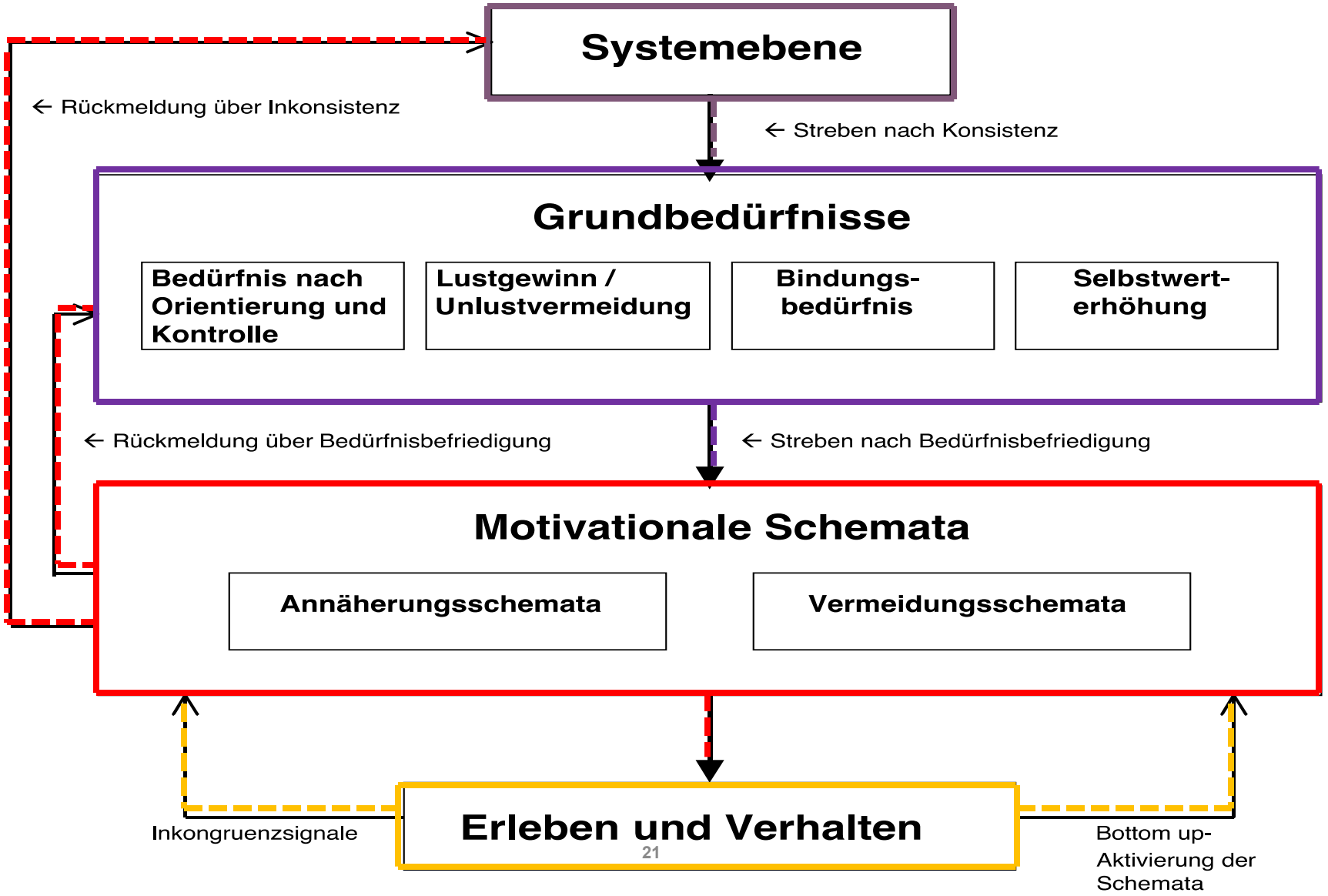
Klärung V

- **Konzepte**:
  - Konsistenztheorie und Schematheorie
  - Klärung und Wirkfaktoren
  - Basisvariablen
- **Übung**: Bewusstsein von **eigenen Schemata**

- **3-Ebenen-Modell**:
  - Ebenenfehler und zentrale Handlungsprinzipien
  - **Übung**: Rollenspiele mit schwierigen Patient*innen
- **Explizierungsprozess** und 3-Ebenen-Modell: **Übung** zu einem Beispiel
- **Modell der doppelten Handlungsregulation**: **Übung**

- **Emotionen**:
  - Modell der primären und sekundären Emotionen
  - ‚Stuhl-Dialoge'

Konsistenztheorie



Konsistenztheorie

Inkongruenz
=
Motor der psychischen Aktivität

Bei aktueller Inkongruenz
Ist die psychische Aktivität
darauf ausgerichtet, die
Inkongruenz zu beheben
bzw. zu verringern.

INDIVIDUELLE SCHEMATA

Es bilden sich neue Ordnungsmuster heraus:

Adaptive Ordnungsmuster

Neue Ressourcen,
neue Möglichkeiten
der Bedürfnisbefreidigung

Maladaptive Ordnungsmuster reduzieren die aktuelle Inkongruenz, führen aber nicht zu positiver Bedürfnis-befriedigung, sondern erhöhen langfristig das Inkonsistenzniveau, tragen also zu fortbestehender Inkongruenz bei

	Fehlendes Bewusstsein für Determinanten des eigenen Verhaltens	**Fehlende Ressourcen, Defizite**	**Brachliegende Ressourcen**
Ungünstige Lebensbedingungen, Krankheiten, körperliche Beeinträchtigungen			
Ungünstige Beziehungen	**INKONGRUENZANALYSE** Inkongruenzniveau bezüglich 1. Orientierung und Kontrolle 2. Bindung 3. Selbstwerterhöhung/-schutz 4. Lustgewinn/Unlustvermeidung		**Allgemeinbefinden, Leidensdruck**
Ungünstiges Beziehungsverhalten / Beziehungsmuster			**Psychopathologische Symptomatik, Störungsmuster**
Problematische Kognitionen und Überzeugungen	**Zu schwache Annäherungs-schemata**	**Motivationale Konflikte**	**Zu starke Vermeidungs-schemata**

Schematheorie - Grundbegriffe

Schemata	Grundlegende Organisationseinheit psychischer Prozesse
Assimiliation	Umgebungsinformation wird in bestehende Schemata eingefügt
Akkommodation	Schemata werden durch Umgebungsinformation verändert
Aktivierung	Die psychische Aktivität ist darauf ausgerichtet, Wahrnehmungen im Sinne des Schemas herbeizuführen

Übung (‘implizit - explizit’ / Schemaaktivierung)

Jede/r soll sich für sich folgende Situation vorstellen:

Die Kursleiterin bittet jemanden, vor der Gruppe kurz und kompetent zusammenzufassen, was sie/er bisher in den Kursen zu Klärungsorientierter Therapie gelernt hat. Die Kursleiterin schaut sich in der Gruppe herum und wählt ***DICH*** *aus:*

- Wie fühlst Du Dich?
- Wie reagiert Dein Körper?
- Welche Gedanken gehen Dir durch den Kopf?
- Wie verhältst Du Dich in dieser Situation? Was machst Du konkret?
- An welche ähnlichen Situationen fühlst Du Dich erinnert?

Versuche, nach der Beschreibung Deines Erlebens mithilfe der bisher dargestellten und diskutierten theoretischen Konzepte zu beschreiben, was bei Dir in dieser Situation passiert.

Expliziter und impliziter Funktionsmodus

Explizit:

- Beteiligung des Bewusstseins
- Willentliche Kontrolle
- Wenige Wiederholungen notwendig
- Nicht automatisiert
- Leichter veränderbar

Top-down-Aktivierung

Implizit:

- Ausserhalb des Bewusstseins
- Entzieht sich Kontrolle, Wille
- Meist viele Wiederholungen notwendig
- Automatisierte Prozesse
- Schwer veränderbar

Bottom-up-Aktivierung

26

Klärung und Wirkfaktoren

- **Klärung:** Zugang der Person zum eigenen Motivsystem; Verständnis der emotionalen Verarbeitungen: ‚Bewusstseins-Erarbeitung' relevanter internaler Determinanten. **-> Schemata**

- **Problemaktivierung:** Klärung, Repräsentation nur möglich, wenn relevante Motive/Schemata **in der Therapie aktiviert** werden.

- **Umstrukturierung:** Motive/Schemata sollen reflektiert werden; mit anderen Schemata verglichen, in Verbindung gebracht werden; im Handeln erprobt und geprüft werden; neue Schlussfolgerungen gezogen werden. **-> Akkommodation, Problembewältigung**.

- **Ressourcenaktivierung:** Wichtig für die Umstrukturierung: Aufmerksamkeit auch auf positive Selbstaspekte lenken!

Klärung und Wirkfaktoren

- **Beziehungsgestaltung:**

  - **‚Klassisches Beziehungsangebot‘***:* Basisvariablen: Akzeptierung, Kongruenz/Echtheit, Empathie.

  - **Motivorientierte (komplementäre)** ‚massgeschneiderte‘ **Beziehungsgestaltung**

  - **Therapeutische Allianz***:*
    - Rollenübernahme durch Patient*in
    - Strukturierung der therapeutischen Situation durch Therapeut*in
    - Übereinstimmung von Pat. und Th. bezüglich der Ziele.

  - **Beziehungsbearbeitung:** Therapeutische Bearbeitung der Th.-Pat.-Beziehung.

Basisvariablen (‚Therapeutic Conditions ‘)

- **Kongruenz** und **Echtheit:**
  - Th. hat Zugang zu eigenen Gefühlen und Gedanken Pat. und der therapeutischen Situation gegenüber (Kongruenz).
  - Th. macht Pat. nichts vor (Echtheit) und ist im Vorgehen **transparent.**

- **Akzeptierung** und **Wertschätzung**:
  - Th. akzeptiert Pat. und stellt eigene Bewertungen, Ansichten, Werte zurück (Akzeptierung und Wertschätzung).

- **Empathisches Verstehen**:.
  - Th. versucht, den **inneren Bezugsrahmen** von Pat. zu verstehen, die Welt ‚mit den Augen von Pat. ‘ zu sehen.
  - Th. ist in der Lage, **unterschiedliche Perspektiven** einnehmen zu können und versteht, was Pat. ***meint***, nicht nur, was Pat. sagt (empathisches Verstehen).

Basisvariablen (‚Therapeutic Conditions')

- **Funktion:**
  - Aufmerksamkeit steuern, lenken
  - Hilfe bei der Strukturierung von Informationen
  - Aktivierung von Gedächtnisbeständen.

- Therapeut*in bestimmt, **wie** gearbeitet wird, ist **prozessverantwortlich** und **prozessdirektiv** und so inhaltsabstinent wie möglich.

  ➢ **Um die Basisvariablen zu verwirklichen, müssen Therapeut*innen ein Bewusstsein für die eigenen Schemata haben!**

Klärung V

- **Konzepte**:
  - Konsistenztheorie und Schematheorie
  - Klärung und Wirkfaktoren
  - Basisvariablen
- **Übung**: Bewusstsein von **eigenen Schemata**

- **3-Ebenen-Modell**:
  - Ebenenfehler und zentrale Handlungsprinzipien
  - **Übung**: Rollenspiele mit schwierigen Patient*innen
- **Explizierungsprozess** und 3-Ebenen-Modell: **Übung** zu einem Beispiel
- **Modell der doppelten Handlungsregulation**: **Übung**

- **Emotionen**:
  - Modell der primären und sekundären Emotionen
  - ‚Stuhl-Dialoge'

Übung

‚Eigene Bedürfnisse und Befürchtungen‘

Denke zusammen mit Kolleg*innen über Dich selber nach und tausche Dich aus, und zwar vor allem über Dich **in der Therapiesituation** in der **Rolle als Therapeut*in**.

Beschreibe möglichst viele Verhaltens- und Handlungsaspekte und leite daraus die wichtigen Ziele (Annäherungs- und Vermeidungsziele) ab, welche bei Dir in der Therapiesituation **aktiviert** sind.

Benutze dazu die ‚Leitfragen zur Übung’ und die Arbeitsblätter ‚Ressourcen- und Kompetenzanalyse‘ und ‚Schwierigkeiten und Veränderungsbereiche‘.

Leitfragen zur Übung

- Welches könnten für mich **als Therapeut*in** wichtige Bedürfnisse, Ziele und Wünsche sein **in der Therapie** und **in der Supervision**?

- Selbstdarstellung: als was für ein Mensch möchte ich wahrgenommen werden **von den Patient*innen** und **in der Supervision** und wie versuche ich, dies zu verwirklichen, zu bewirken?

- Was suche ich in **Beziehungen** zu anderen Menschen - speziell in der Therapie- und in der Supervisionssituation - besonders?

- In welchen **Therapiesituationen** und in welchen **Supervisionssituationen** fühle ich mich besonders wohl und zufrieden?

- Wie verwirkliche ich Bedürfnisse nach Orientierung & Kontrolle, Lustgewinn & Unlustvermeidung, Bindungsbedürfnis und Selbstwerterhöhung **in der Therapie- und in der Supervisionssituation**?

- Wovor möchte ich **mich als Therapeut*in** besonders schützen in der Therapiesituation und in der Supervision, was versuche ich zu vermeiden, was macht Angst? Was könnten 'heikle Punkte' sein?

- Selbstdarstellung: als was für ein Mensch möchte ich **keinesfalls** wahrgenommen werden **von Patient*innen** und **in der Supervision** und wie versuche ich, dies zu verwirklichen, zu bewirken?

- Welchen Therapie- und welchen Supervisionssituationen gehe ich besonders **aus dem Weg**?

- Wovor habe ich in **Beziehungen** zu anderen Menschen (speziell zu Patient*innen und in der Supervision) besonders Angst?

- Gibt es bestimmte **Bereiche, Themen, Situationen**, die ich in der Therapie und in der Supervision auszuklammern versuche?

- **Fremdeinschätzung**:
  - Gibt es Auffälligkeiten im Verhalten von mir als Therapeut*in und von mir als Supervisand*in? (z.B. Rückmeldungen Körperhaltung, Mimik, Ausdrucksweise, Kleidung, etc.)
  - Welche Gefühle löse ich als Therapeut*in und ich als Supervisand*in aus? u.a.m

Wo sehe ich meine **Stärken, Ressourcen als Therapeut*in**?

- Welche Ressourcen, Stärken können für die therapeutische Tätigkeit genutzt werden oder förderlich bei der therapeutischen Arbeit sein?

*Benutze dazu dazu das **Arbeitsblatt ‚Ressourcen-Kompetenzanalyse‘** (konzentriere Dich v.a. auf die fettgedruckten Bereiche),Individuelle und interpersonelle Ressourcen ‘und ‚Ressourcenaktivierung in der Supervision ‘.*

- Wie könnten meine Supervisor*innen die Ressourcen, Stärken aktivieren, fördern?

Selbstreflexion und Bewusstsein für Determinanten des eigenen Verhaltens

Vorhandene Ressourcen / Kompetenzen

Herausragende Kompetenzen

Vorteilhafte Lebensbedingungen

Hilfreiche Beziehungen

Förderliches Beziehungsverhalten

RESSOURCEN-/KOMPETENZANALYSE

erlebte Kongruenz bezüglich
1. Sicherheit/Kontrolle im Vorgehen
2. Therapeutische Beziehung
3. Kompetenzerleben
4. Freude/Lust an der Arbeit

Bereiche mit Wohlbefinden

Gut behandelbare Patient*innen / Störungsbilder

Gesunde und hilfreiche Kognitionen und Überzeugungen

Gut entwickelte Annäherungsschemata

Motivationale Bereitschaften

Schwach ausgeprägte Vermeidung

Wo sehe ich meine **Hauptschwierigkeiten als Therapeut*in**?

- Welche (problematische) Schemata / Verhaltensweisen sind bei mir als Therapeutin aktiviert?

- In welchen Bereichen müsste ich mich verbessern / verändern?

*Benutze zur Hypothesenbildung das **Arbeitsblatt ‚Zielbereiche für mich als Therapeutin‘** (konzentriere Dich v.a. auf die fettgedruckten Bereiche).*

- Welche (problematische) Schemata / Verhaltensweisen sind bei mir in der Supervisionssituation aktiviert? Wie könnten mich meine Supervisor*innen unterstützen?

	Fehlendes Bewusstsein für Determinanten des eigenen Verhaltens	**Fehlende Kompetenzen**	**Brachliegende Kompetenzen** Kompetenzen die vorhanden wären, aber nicht genutzt werden
Berufs- und Lebensbedingungen			
Ungünstige Beziehungen			
Ungünstiges Beziehungsverhalten			
Problematische Kognitionen und Überzeugungen	Zu schwache Annäherungsschemata	Motivationale Konflikte	**Zu starke Vermeidungs-tendenzen**

Schwierigkeiten und **Veränderungsbereiche** für mich als Therapeut*in

Probleme/Inkongruenz bezüglich
1. Sicherheit und Kontrolle im Vorgehen
2. Therapeutische Beziehung
3. Kompetenzerleben
4. Freude/Lust an der Arbeit

Allgemeinbefinden

Konkrete Probleme

Klärung V

- **Konzepte**:
  - Konsistenztheorie und Schematheorie
  - Klärung und Wirkfaktoren
  - Basisvariablen
- **Übung**: Bewusstsein von **eigenen Schemata**

- **3-Ebenen-Modell**:
  - Ebenenfehler und zentrale Handlungsprinzipien
  - **Übung**: Rollenspiele mit schwierigen Patient*innen
- **Explizierungsprozess** und 3-Ebenen-Modell: **Übung** zu einem Beispiel
- **Modell der doppelten Handlungsregulation**: **Übung**

- **Emotionen**:
  - Modell der primären und sekundären Emotionen
  - ‚Stuhl-Dialoge'

Ebenen im Therapieprozess

Verschiedene Perspektiven:

- **Inhalt**: worüber wird geredet, was ist das Thema?
- **Bearbeitung**: Wie gehen Patient*innen mit sich und ihren Problemen um? (Hilfreiche Strategien? Problematische Strategien?)
- **Beziehung**: Was passiert zwischen Patient*innen und Therapeut*innen? Zeigt der*die Patient*in ein problematisches Beziehungsverhalten?

➢ Unterscheidung zwischen **Inhalt** und **Prozess**

Beispiele für ungünstige **Bearbeitung**

- Bagatellisierung und Relativierung
- Normalisierung und Generalisierung
- Thematische Sperren
- Nebenschauplatz
- ‚ich weiss nicht'
- Antworten auf nicht gestellte Fragen
- Zwangsläufigkeit und Unlösbarkeitskonstruktionen

Beispiele für schwieriges **Beziehungsverhalten**

- „Ich bin schwach und hilflos“
- „Ich bin kompetent und habe keine Probleme“
- Aggressives Verhalten
- Kritik an der Therapeutin
- Patientenrolle nicht einnehmen / ablehnen
- Verliebt-Sein

3-Ebenen-Modell

- Ziel im Prinzip immer: Arbeit auf **Inhaltsebene.**
- Aber ACHTUNG: ‚Ebenen-Fehler'!
- Liegt ein **Bearbeitungsproblem** vor: Klärung der problematischen Bearbeitungsstrategie.
- Liegt ein **Beziehungsproblem** vor: Klärung der Beziehung, Klärung von wichtigen Beziehungsschemata und Beziehungsverhalten.

Ungünstige Strategien der Inhaltsbearbeitung

(gescheiterte Lösungsstrategien)

- **Problem-Distanzierung**: Pat. betrachtet Probleme aus einer Aussenperspektive.

- **Wechsel von Themen**: Pat. wechselt Thema, sobald es um ‚bedrohliche' Inhalte geht.

- **Bleiben in der Vergangenheit**: Pat. erzählt Wichtiges aus der Vergangenheit, bleibt jedoch auf Berichtebene

- **Lösen vor Klären**: Pat. versucht (wie im Alltag) das Problem zu lösen, bevor er/sie überhaupt verstanden hat, was das Problem ist.

KOP: Zentrale therapeutische Handlungsprinzipien Therapeutische Regeln

- **Internalisiere die Perspektive:** Patient*in anregen, auf internale Aspekte zu schauen *(‚Mein Chef ist bescheuert' ->* Sie *finden, er sei bescheuert? Was missfällt Ihnen an ihm?).*
  - **Ziel**: Mehr Autonomie und Kontrolle durch Übernahme von (Teil-) Verantwortung für die Problematik

- **Aktiviere die affektive Verarbeitung:** Auffordern, Gefühle zuzulassen *(‚schauen Sie, was das in Ihnen auslöst'*); konfrontieren, wenn er/sie keine Gefühle zeigt, obwohl der Inhalt dies nahelegt; Sachverhalte, die Emotionen auslösen können, pointiert, konkret formulieren, damit emotionale Distanzierung nicht mehr möglich ist.
  - **Ziel**: Aktivierung zur weiteren therapeutischen Verarbeitung (nicht Emotionalisierung als solche

Zentrale therapeutische Handlungsprinzipien
Therapeutische Regeln

- **Entwickle Leitfragen für den Prozess:** Was habe ich verstanden? Was habe ich *nicht* verstanden? Was finde ich merkwürdig, widersprüchlich, nicht nachvollziehbar? Welche Überzeugungen, Annahmen muss Patient*in haben, damit er/sie eine solche Sichtweise haben kann? Welche Motive, Werte liegen eine bestimmten Bewertung von Handlungen zugrunde? Was sind übergreifende, gemeinsame Aspekte, die an Beispielen deutlich werden? Worum geht es eigentlich?

- **Definiere und zentralisiere:** An welchen Problemaspekten soll im Hinblick auf welches Ziel gearbeitet werden? (Arbeitsauftrag); Auf welches Schema, Ziel soll Patient*in die Aufmerksamkeit richten?

Zentrale therapeutische Handlungsprinzipien
Therapeutische Regeln

- **Kläre, bevor Du an der Lösung arbeitest:** Problem ist oft, dass Patient*innen ihre motivationalen Gegebenheiten ignorieren, keinen Zugang dazu haben und immer wieder Lösungen suchen, die deshalb ständig scheitern.
  - **Ziel**: Möglichst ‚vollständige' Problemdefinition erarbeiten, so dass die Lösung die relevanten Aspekte des Problems mitberücksichtigt.

- **Greife aktiv in den Prozess ein:** Therapeut*in ist Prozessexpert*in. Eingreifen, wenn der Prozess nicht konstruktiv verläuft, konstruktive Alternativen aufzeigen: in der Regel ‚'schnell und früh', sich nicht paralysieren lassen, nicht Patient*innen ‚hinterher rennen müssen'.

Zentrale therapeutische Handlungsprinzipien
Therapeutische Regeln

- **Arbeite an der Kante des Möglichen:** Möglichst effektiv und schnell an die zentralen Aspekte herankommen; Interventionen ‚austesten' (z.B. ‚heisse' Themen ansprechen); weder über- noch unterfordern. Wichtig zu wissen: welche Art von Patient*in (z.B. schizophrene Pat., Borderline-Pat.)?
  - **Voraussetzung: tragfähige Beziehung**. Sensibel sein für die Signale der Patient*innen -> in der Regel sind Patient*innen weniger empfindlich, als (Anfänger-)Therapeuten dies befürchten.

- **Schau dem Drachen ins Auge:** Therapeut*in muss Tendenz zeigen, den unangenehmen, peinlichen, erschreckenden Inhalten ‚ins Auge zu sehen': Unangenehme Themen aufgreifen; vage angedeutete Inhalte auf den Punkt bringen; im eigenen Handeln diese Prinzipien verwirklichen (z.B. Kritik, Konflikte in der Therapie). ‚Botschaft': es ist wichtig, sich damit zu beschäftigen; es ist selbstverständlich, darüber zu reden; Therapeut*in braucht keine Schonung.

Zentrale therapeutische Handlungsprinzipien
Therapeutische Regeln

- **Arbeite stringent auf ein Prozessziel hin:** Konsequent bleiben, sich nicht durch Vermeidungsstrategien der Patient*innen abbringen lassen (Bsp.: *‚Was fühlen Sie in dieser Situation?‘ ,*Ich weiss nicht*‘. ‚Es ist klar, dass Sie noch keine perfekte Antwort haben. Aber da Sie es nicht wissen, ist es wichtig, es jetzt zu klären. Versuchen Sie nochmals herauszufinden, was Sie spüren*‘.)

- **Stärke die Annäherungstendenz:** Bei **ambivalenten** Inhalten (z.B. wenn Patient*in zögert: *‚Sie zögern, sich dem zu stellen, Sie wissen aber auch, dass es wichtig ist*‘.) Bei **Vermeidungstendenz**: diese transparent machen und sie bearbeiten (reduzieren), und mit einem ‚Arbeitsauftrag‘ verbinden (z.B. *‚Es ist ganz schwierig für Sie, jetzt weiterzumachen - ist es möglich, es dennoch zu versuchen*‘?)

Zentrale therapeutische Handlungsprinzipien
Therapeutische Regeln

- **Argumentiere niemals mit Patient*innen:** Patient*innen versuchen oft, einen Zustand als ‚die Realität' oder als ‚zwangsläufig' zu definieren:
  - weil sie nichts verändern wollen,
  - weil sie keine Verantwortung übernehmen wollen,
  - weil sie möchten, dass der Therapeut sich mehr anstrengt u.ä
    - ➢ **Es geht nicht um den Inhalt, sondern um die Funktionalität, daher bringen inhaltliche Argumentationen keine Veränderungen.**

- **Arbeite nicht für Patient*innen:** Therapeut*in macht mit seinen Interventionen ‚Angebote', die Patientin **selbst** umsetzen muss. Keine ‚multiple-choice-Fragen'! *‚In der Therapie muss Patient*in schwitzen, nicht der Therapeut*in'!*
  - ➢ **Ziel**: Förderung von Selbstregulation / Autonomie (vs. Abhängigkeit)

Zentrale therapeutische Handlungsprinzipien
Therapeutische Regeln

- **Akzeptiere Grenzen, aber mache sie transparent:** Grenzen sind akzeptabel wenn:
  - Patient*in dies als Grenze und nicht als vorübergehende Schwierigkeit deutlich macht;
  - wenn die Grenze transparent ist: Patient*in weiss, was er/sie tut und weiss, dass Therapeut*in weiss, was er/sie tut;
  - wenn klar ist, dass Patient*in die Verantwortung für diese Grenzziehung übernimmt.
    - Akzeptieren heisst, nicht ‚Weiterbohren', möglich ist aber, eine Bearbeitung der Schwierigkeiten anzubieten; später die Grenzen wieder auszutesten.

- **Tröste nicht, kläre:** Verständnis für Traurigkeit, aber nicht ‚wegmachen', weiter bearbeiten.

Zentrale therapeutische Handlungsprinzipien
Therapeutische Regeln

- **Lass Dich nicht bluffen:** Z.B. ‚ich-weiss-nicht-Antworten', ‚so kann die Therapie nicht weiter gehen', ‚seit der letzten Sitzung geht es mir schlecht' -> nicht Patient*innen den Prozess bestimmen lassen!

- **Lass Dich nicht kontrollieren:** Z.B. zu Beginn der Sitzung ‚ich habe heute starke Kopfschmerzen', -> Schonung. Kontrollversuche erkennen und konstruktiv damit umgehen.

- **Nimm Patient*innen ernst, aber auch in die Pflicht:** Z.B. Kritik ernst nehmen, aber Therapeut*in hat auch Recht, Gründe und Hintergründe der Kritik zu erfahren.

Zentrale therapeutische Handlungsprinzipien
Therapeutische Regeln

- **Halte Arbeitsdistanz:** Nicht die gleichen Verarbeitungen vornehmen, nicht gleiche Perspektive, nicht das Gleiche plausibel finden (z.B.‘ alle Männer sind doof‘).

- **Bewahre Neutralität:** Annahme: alles was Patient*in sagt ist eine *Konstruktion der Realität‘.* Nicht Patient*innen stützen, sondern erreichen, dass Patient*in sich selber stützt.

- **Halte nichts für plausibel:** Konstruktionen nicht bestätigen, sondern aufdecken (‚Plausibilitätsfallen‘): *Nichts ist plausibel, was nicht ausführlich überprüft und hinterfragt ist!*

  - Therapeut*in und Patient*in sind ein Team, das aber keinesfalls zu allen Zeitpunkten der Therapie übereinstimmende Intentionen aufweist. **Therapeut*in muss ‚Sand ins Getriebe‘ der normalen Denk-, Gefühls- und Handlungsabläufe streuen.**

Plenumsrollenspiel

Beobachtung und Diskussion

- 3-Ebenen:
  - **Inhalt** Thema? Problematik? Sichtweise von Patient*in? Ziele?
  - **Bearbeitung** Umgang mit Inhalten, Problemen? Konstruktiv - dysfunktional? Schwierig oder förderlich für Therapie?
  - **Beziehung** Gestaltung durch Therapeut*in? Gestaltung durch Patient*in? Vertrauen? Problematisches Interaktionsverhalten? Interaktionsmuster zwischen Therapeut*in und Patient*in?
- Aktivierung von Schemata (Annäherung? Vermeidung?), Hypothesen?
- Klärungsprozesse?

Übung Rollenspiele

- Jemand aus der Kleingruppe wählt eines der Beispiele (oder ein eigenes Beispiel) von schwierigem Patient*innen-Verhalten und probiert im Rollenspiel klärungsorientierte Interventionen aus.

- **Variante:** Jemand wählt ein Beispiel von Patient*innen-Verhalten und spielt dabei im Rollenspiel den/die Patient*in. Andere Gruppenteilnehmer*innen spielen den/die Therapeut*in. *(Manchmal ist es hilfreich, sich einmal in der Rolle von ‚schwierigen' Patient*innen zu erfahren, um herauszufinden, welches Therapeut*innenverhalten hilfreich ist.)*

- **Diskussion:** Die Gruppe bespricht das Rollenspiel: siehe Leitfragen zur Übung
- **Weiterführung des Rollenspiels:** Wichtig: Ausprobieren, Unterstützung der Gruppe, Veränderungsvorschläge sollen ‚VORGEMACHT' werden im Rollenspiel (keine ‚Ich-würde-man sollte-Diskussionen').

  ➢ *Rollenspiele sollen ca. 5 - 10 Minuten dauern*

Leitfragen zur Übung

- Auf welcher Ebene liegt der Fokus?
  Inhalt: Was sagt Patient*in? Was sagt die Therapeut*in? Worum geht es inhaltlich?
  Bearbeitung: Wie bearbeitet er/sie Probleme, wie geht er/sie mit Inhalten, Problemen um? Gibt es Interventionen des/der Therapeut*in zur Bearbeitung (wenn ja, welche?)
  Beziehung: Wie gestaltet Patient*in die Beziehung zur Therapeut*in? Wie gestaltet die Therapeut*in die Beziehung zu Patient*in?

- Hypothesen: Welche (intentionalen oder Konflikt-)**Schemata** sind bei Patient*in **aktiviert**? Welche Verhaltensweisen, Strategien sind beobachtbar?
- Welche **Interventionen** hat Therapeut*in eingesetzt? Ist ein **Klärungsprozess** in Bezug auf wichtige Schemata (Ziele, Kognitionen, Emotionen, Verhalten, Entstehung) des Patienten in Gang gekommen (Vertiefung)?

- Welche mögliche(n) Euch bekannte(n) **therapeutische Strategie(en)** könnten in dieser Situation sinnvoll / erfolgversprechend sein? Und **warum**?

Klärung V

- **Konzepte**:
  - Konsistenztheorie und Schematheorie
  - Klärung und Wirkfaktoren
  - Basisvariablen
- **Übung**: Bewusstsein von **eigenen Schemata**

- **3-Ebenen-Modell**:
  - Ebenenfehler und zentrale Handlungsprinzipien
  - **Übung**: Rollenspiele mit schwierigen Patient*innen
- **Explizierungsprozess** und 3-Ebenen-Modell: **Übung** zu einem Beispiel
- **Modell der doppelten Handlungsregulation**: **Übung**

- **Emotionen**:
  - Modell der primären und sekundären Emotionen
  - ‚Stuhl-Dialoge'

Der Explizierungsprozess

Bearbeitungsweisen Pat. / Bearbeitungsangebote Th.

- **Keine Bearbeitung persönlicher Inhalte erkennbar:** Pat. wirft keine relevanten Fragestellungen auf.
- **Intellektualisierung:** Pat. versucht, persönliche Theorien zu finden zur Erklärung der Probleme, zieht ‚Wissen' heran, ohne Bezug auf eigene Gefühle oder ‚persönliche Daten'.
- **Bericht:** Beschreibung, ‚was hat sich konkret ereignet'? Keine explizite Bezugnahme auf Bewertungen, Gefühle.
- **Zuschreibende Bewertung:** Wert wird als Eigenschaft der Inhalts gesehen (‚Herr X ist blöd')

- **Th. regt keine Bearbeitung persönlich relevanter Inhalte an.**
- **Th. regt Intellektualisierung an:** regt an, Vermutungen / Hypothesen über Inhalte zu äussern.
- **Th. regt Bericht an:** regt an, über Inhalte zu berichten.
- **Th. regt Bewertung an:** regt an, dass Pat. in zuschreibender Weise eine Bewertung abgibt.

Der Explizierungsprozess

Bearbeitungsweisen Pat. / Bearbeitungsangebote Th.

- **Persönliche Bewertung:** Pat. gibt Bewertungen ab, die er/sie als die eigenen erkennt (‚Herr X ärgert mich')
- **Persönliche Bedeutung:** ‚Gefühlte Bedeutungen', welche Stimmungen, Empfindungen werden in best. Situationen, von bestimmten Inhalten ausgelöst? Pat. spürt dies im Moment.
- **Explizierung / Repräsentationsbildung:** Aufmerksamkeit auf relevante Schemata/Motive, arbeitet daran, diese bewusst zu machen.
- **Integration:** Zusammenhänge, neue Erkenntnisse werden klar.

- **Th. regt persönliche Bewertung an.**
- **Th. regt persönliche Bedeutung an:** regt an, zu einem Inhalt ein Gefühl, eine ‚gefühlte Bedeutung' anzugeben.
- **Th. regt Explizierung des inneren Bezugssystems, der emotionalen Konzepte an.**
- **Th. regt Integration an:** regt Pat. an, verschiedene Konzepte zu verbinden, zu integrieren.

Übung

Ein Beispiel

- **Inhaltsebene**: über welchen Inhalt wird geredet und wann und wie wird auf der Inhaltsebene therapeutische gearbeitet? Welche Hypothesen verfolgt die Therapeutin mit welchen Strategien?
- **Bearbeitungsebene**: Wie geht der Patient mit seinen Problemen um und wann und wie wird an der Bearbeitung gearbeitet?
- **Beziehungsebene**: Wie gestaltet der Patient und wie die Therapeutin die Beziehung? Wann und wie wird an der Therapiebeziehung gearbeitet?
- Gibt es einen **Vertiefungsprozess**? Auf welcher Explizierungsstufe befindet sich der Patient? Auf welcher Stufe die Therapeutin?

Übung

Fallbeispiel

Patient 238.03, 41 Jahre alt

Ursprünglich Architekt, Arbeit in grosser Firma im Bereich Immobilien (Facility Manager), lebt allein, hatte noch nie eine längerdauernde Beziehung.

- Therapie nach stationärem Aufenthalt bei einem Therapeuten am Klaus-Grawe-Institut: 32 Sitzungen.
- Symptomatik damals: Achse I:
  - Depressive Symptomatik, nicht ganz klar ob MDE oder dysthyme Störung,
  - Alkoholmissbrauch, Kokainmissbrauch (nach Klinik z.T. remittiert).
    - *Kommentar zur Prämessung:*
      - *Der Pat,. hat einen* BDI *von 27, der* BSI *hingegen zeigt absolut ‚keine Symptomatik',*
      - *der RES weist auf wenig Selbstwerterleben, wenig Stärken, ausgesprochen wenig Unterstützung im Alltag, wenig Leistungserleben und sehr wenig Verbundenheit mit nahen Bezugspersonen hin.*

Übung

Fallbeispiel

Achse II:

- Hinweise auf eine Persönlichkeitsstörung *(in der Prämessung zeigt sich der Pat aber im IIP und MAQ unauffällig, allerdings EMOREG: wenig Autokontrolle, viel Vermeiden, etwas Verzerren, eher wenig Kompetenzerwartung; U-Bogen: schlecht Nein-Sagen-Können.* Hinweise auf Borderline- und narzisst P.*, allerdings bei Therapiebeginn nur Verdacht.*
- *Der Patient schickt die Bogen der Fremdmessung zurück mit dem Hinweis, dass er z.Zt. keine Bezugsperson kennt, die diese Bogen adäquat ausfüllen könnte: keine Fremdmessungen.*

Achse IV:

- Eltern-Kind-Problem‘ (V61.20) *im Sinn einer Ablösungsproblematik* und
- ‚Berufsproblem‘ (V62.2)

Übung

Fallbeispiel

Therapiewiederaufnahme, Ziele:

- Probleme mit Beziehungen zu Frauen (unbefriedigende Beziehung zu einer verheirateten Frau (E.)
- Unabhängiger werden von den Eltern
- Unzufriedenheit mit beruflicher Situation, möchte sich aktiver damit auseinandersetzen.

➢ **Zusammenfassung / Transkript -> siehe Arbeitsblatt ‚Transkript 238.03‘**

Klärung V

- **Konzepte**:
  - Konsistenztheorie und Schematheorie
  - Klärung und Wirkfaktoren
  - Basisvariablen
- **Übung**: Bewusstsein von **eigenen Schemata**

- **3-Ebenen-Modell**:
  - Ebenenfehler und zentrale Handlungsprinzipien
  - **Übung**: Rollenspiele mit schwierigen Patient*innen
- **Explizierungsprozess** und 3-Ebenen-Modell: **Übung** zu einem Beispiel
- **Modell der doppelten Handlungsregulation**: **Übung**

- **Emotionen**:
  - Modell der primären und sekundären Emotionen
  - ‚Stuhl-Dialoge'

Übung

Modell der doppelten Handlungsregulation

Auf den nächsten Folien findet Ihr eine Wiederholung des Modells der doppelten Handlungsregulation

- Diskutiert miteinander dieses Modell:
  - Was beschreibt dieses Modell?
  - Zusammenhang zu Konsistenztheorie?
  - **Schlussfolgerungen für das therapeutische – klärungsorientierte – Vorgehen**: *was* sollte Patient*innen klar werden? *Wie* kann Therapeut*in damit arbeiten?

- Jemand aus der Gruppe referiert im Plenum **anhand eines konkreten Fallbeispiels** über die wichtigsten Punkte und die Konsequenzen für das klärungsorientierte therapeutische Vorgehen.

Klärungsorientierte Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen
Das Modell der Doppelten Handlungsregulation als theoretisches Modell von Persönlichkeitsstörungen

Literatur v.a.: Sachse, R., Sachse M., Fasbender J. (2011)
Klärungsorientierte Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen

Modell der doppelten Handlungsregulation

- Ein allgemeines Modell, das prinzipielle Funktionszusammenhänge darstellt.
- Zentrale Annahme: PD sind **Beziehungsstörungen**, die sich v.a. durch problematisches Beziehungsverhalten auszeichnen.
- Personen mit PD realisieren **Interaktionsverhalten**, das dazu dienen soll, **Beziehungsziele zu erreichen**, welches jedoch langfristig dazu führt, dass das Erreichen dieser zentralen Beziehungsziele verfehlt wird -> hohe ‚Kosten.

Muss für jede einzelne Störung spezifiziert werden.

Modell der doppelten Handlungsregulation

- **Verschiedene Ebenen:**
  - **Motiv-Ebene**
  - **Ebene der Annahmen**
  - **Spielebene** (Ebene der intransparenten Handlungen)

Motiv-Ebene

- **Interaktionelle Motive**, **Grundbedürfnisse** -> Ziel: Befriedigung.
  - Motive bilden **Hierarchie der Wichtigkeit**: „interaktionelle Ziele“ (z.B. 1. Aufmerksamkeit, 2. Respekt, 3. Zugehörigkeit).
  - Interaktionelle Ziele können nur durch **andere Personen** befriedigt werden.

➢ **Annahme**: Handeln in Situationen lässt prinzipiell auf Motive schliessen, da die Person nicht die Intention hat, die Ziele zu verbergen, daher Handlungsregulation auf Motivebene: „**authentische Handlungsregulation“**

Modell der doppelten Handlungsregulation: **Motivebene**

- Werden Beziehungsmotive durch **komplementäres** Handeln der Interaktionspartner **befriedigt:**
  - **Gefühl der Zufriedenheit.**
  - Werden Motive über längere Zeit **befriedigt -> Abnahme der Relevanz.**

- Werden zentrale Motive über längere Zeit **frustriert:**
  - **Aufstieg** in der Motivhierarchie: Je massiver sie frustriert werden, desto wichtiger werden sie!
  - **Aktivierung** bleibt bestehen, mangels Befriedigung.
  - Wenn Motive zentral wichtig bleiben, in der Hierarchie hoch bleiben oder sogar aufsteigen, **dominieren sie ‚die Exekutive'** sehr lange: andere Motive können nicht mehr ausreichend befriedigt werden, Folge: **Unzufriedenheit**

Modell der doppelten Handlungsregulation:

Ebene der Annahmen: ‚Dysfunktionale Schemata‘

- Annahmen über das **Selbst** („Selbst-Schemata“)
- Annahmen über **Beziehungen** („Beziehungsschemata“)

Personen mit Persönlichkeitsstörungen weisen überwiegend **negative Annahmen** auf, z.B.

- Ich bin nicht liebenswert
- Ich bin für andere nicht wertvoll
- Beziehungen sind nicht verlässlich
- Beziehungen sind gefährlich
- In Beziehungen wird man ausgebeutet

Modell der doppelten Handlungsregulation:

Ebene der Annahmen: ‚Dysfunktionale Schemata‘

Dysfunktional weil sie:

- zu negativen Erwartungen führen,
- zu negativen Interpretationen von Situationen führen,
- zu negativen Affekten führen.

- Folge: Schnelle hochautomatisierte Informationsverarbeitung (gute Bahnung!)

- ‚Hyperallergische Reaktionen‘: Minimale situative Auslöser rufen schnell heftige (affektive) Reaktionen hervor.

Ebene der Annahmen: ‚Dysfunktionale Schemata‘

Beispiel Motiv „Wichtigkeit“

Positive Erfahrungen

- Von Eltern ernst genommen
- Aufmerksamkeit bekommen
- ‚Wir sind gern mit Dir zusammen‘
- Du bist eine Bereicherung für unser Leben

Positives ‚Selbstschema‘:

- Ich bin wichtig
- Ich habe anderen etwas zu bieten

Positives ‚Beziehungsschema‘:

- In Beziehungen wird man ernst genommen
- In Beziehungen erhält man Aufmerksamkeit.

Negative Erfahrungen

- Wir haben keine Zeit für Dich
- Wir kümmern uns nicht um Dich
- Wir hören Dir nicht zu
- Du störst uns, wäre besser, wenn Du nicht da wärst

Negatives ‚Selbstschema‘:

- Ich bin nicht wichtig
- Ich habe anderen nichts zu bieten, bin eine Last für andere

Negatives ‚Beziehungsschema‘:

- In Beziehungen wird man nicht ernst genommen
- In Beziehungen erhält man keine Aufmerksamkeit, keiner hört zu.

72

Ziel: Lösung für (frühe) **interaktionelle Probleme**

Wenn zentrales Beziehungsmotiv durchwegs frustriert wird

entweder

- Resignation, Passivität, Anpassung oder depressive Entwicklung

oder:

- **Handlungen** (Strategien) **entwickeln, die Interaktionspartner dazu bringen, wichtige** Motive (oder zumindest Aspekte davon) **zu befriedigen.**
  - Wahrscheinlich, weil Menschen (Kinder) in der Regel aktive, problemlösende Organismen sind.
  - Entwicklung von PD oder Persönlichkeitsstilen

Strategien entwickeln sich nur, wenn sie erfolgreich sind -> Eindruck, ‚gute Lösungen' zu haben -> ich-synton.

Implikationen von Strategien auf der „Spielebene“:

- Interaktionspartner (meist Eltern), die Motive nicht befriedigen, haben meist auch **keine Intention**, dies zu tun, oder sogar die Intention, dies **nicht** zu tun.
- Deshalb müssen sie vom Kind **dazu gebracht, veranlasst werden**, dies zu tun, ohne dass sie Intention haben, oder sogar gegen Intention, es nicht zu tun.
- ‚Sie veranlassen‘ heisst aber, dass es sich **nicht ‚authentisch‘** verhalten kann, denn das hat bisher nicht funktioniert.
- ‚Sie veranlassen‘ kann somit nur heissen, sich **strategisch** zu verhalten: sie zu veranlassen etwas zu tun, was sie nicht wollen **-> Manipulation**

Modell der doppelten Handlungsregulation:

Spielebene (Ebene der intransparenten Handlungen)

‚Positive' Strategien:

Nutzen von **Intentionen** und **Motiven** der Interaktionspartner:

- Person erhält Aufmerksamkeit nicht ‚ad personam', entdeckt jedoch, dass bestimmte Verhaltensweisen zu Beachtung führen.
- **Beispiel**: Lustig und unterhaltsam sein, andere erheitern, weil dem Vater dieses Handeln gefällt (weil es zu *seinen* Zielen passt), d.h.
- Aufmerksamkeit für dieses Handeln.
- Interaktionspartner reagieren darauf meist positiv, weil das Verhalten ja ihren Intentionen entspricht.
- **‚Vorteil':** Diese Strategien können lange angewandt werden, ohne dass Interaktionspartner ärgerlich werden.
- **‚Nachteil':** Strategien können von Interaktionspartnern leicht ignoriert werden, sind nicht ‚zwingend'.

‚Negative' Strategien:

Nutzen von **Normen/Vermeidungszielen** der Interaktionspartner:

- Person erhält Aufmerksamkeit als Folge von wichtigen Normen, Vermeidungszielen, und nicht weil der Interaktionspartner das gerne tut.
- **Beispiel:** Simulieren von Kopfschmerzen. Norm: ‚um kranke Kinder kümmert sich ein guter Vater'; Vermeidung: schlechtes Gewissen, Kritik von Familienangehörigen
- Aufmerksamkeit für dieses Handeln.
- **‚Vorteil':** Hoher ‚Impact', zwingend, weil Interaktionspartner Normen nicht verletzen will und sich zum Handeln gezwungen fühlt.
- **‚Nachteil':** Relativ schnelle Verärgerung des Interaktionspartners (zusätzlich, weil er - wenn er Strategie durchschaut - sich getäuscht fühlt).

Spielebene (Ebene der intransparenten Handlungen)

Positive Kontrolle:

- Entwickelt sich als Antwort auf eine ‚pathogene' Umgebung, auf ein **‚zu wenig'** (an z.B. Liebe, Zuwendung, Wichtig-Sein)
- Person erhält Aufmerksamkeit nicht ‚ad personam', entdeckt jedoch, dass bestimmte Verhaltensweisen doch zu Beachtung führen: Leistung, Attraktivität, lustig sein, lieb sein, krank sein, hilflos sein

  -> **‚Wunsch nach'**...

Negative Kontrolle:

- Entwickelt sich als Antwort auf eine ‚pathogene' Umgebung, auf ein **‚zu viel'** (an z.B. Kritik, Reglementierung, Einmischung, Übergriff,)
- Person entdeckt, dass sie sich schützen kann, indem sie anderen bestimmte Informationen vorenthält:

  -> **‚Angst vor'**... -> Vermeidung

Zusammenfassung: Modell der doppelten Handlungsregulation

1. Motivebene: Wünsche, Bedürfnisse, wichtige Ziele (z.B. Wunsch nach Zugehörigkeit)

-> aktiviert ‚Erinnerungen' an negative Erfahrungen

-> aktiviert

2. Negative Annahmen über das Selbst (z.B. ‚ich bin nicht liebenswert') und **Beziehungen** (z.B. ‚in Beziehungen wird man verletzt, Beziehungen sind nicht verlässlich') = Ebene der Annahmen

Folge:

3. Spielebene (intransparente Handlungen): ‚Doppelt' reguliert:

- einerseits Versuch, etwas im Sinn der Bedürfnisse ‚zu bekommen' (Motivebene)
- andererseits sind die negativen Annahmen (Befürchtungen) aktiv.

Zusammenfassung: Modell der doppelten Handlungsregulation

Intransparente Handlungen sind problematisch weil:

- Für das Gegenüber (und für die handelnde Person) oft unklar ist, worum es wirklich geht (intransparent)

- Intransparente Handlungen oft dazu führen, dass die negativen Annahmen bestätigt werden

- Intransparente Handlungen *nicht* dazu führen, dass die eigentlichen Wünsche, Bedürfnisse befriedigt werden
  - ➢ **Inkongruenz**

Beispiel I: Modell der doppelten Handlungsregulation

Motivebene: Wunsch Zuwendung, Aufmerksamkeit, wichtig sein für Andere

-> aktiviert

‚Erinnerungen' an negative Erfahrungen: liebloses Klima in der Herkunftsfamilie, im Vordergrund standen die Bedürfnisse des Vaters, Zuwendung nur, wenn es um Bedürfnisbefriedigung des Vaters ging (Patientin musste sich z.B. stundenlang seine Sorgen, Nöte und Eheprobleme anhören)

-> aktiviert

Negative Annahmen über das **Selbst:** z.B. ich bin uninteressant und langweilig' und **Beziehungen:** z.B. ‚in Beziehungen geht es nur darum, die Bedürfnisse der anderen zu befriedigen', ‚man muss sich immer anpassen'

Folge: Intransparenten Handlungen: z.B. in der Therapie: bei Terminabsprachen immer nachfragen, ob es für die Therapeutin wirklich ok ist (nicht zur Last fallen). Gleichzeitig: betonen, dass sie ohne Therapeutin nicht Entscheidungen treffen kann, nicht weiss, wie sie sich in bestimmten Situationen verhalten soll u.ä. und: nicht reagieren darauf, dass die Therapiestunde zu Ende ist, weiterreden auch wenn die Therapeutin bereits aufgestanden ist, das Fenster geöffnet hat, an der Tür steht.

Beispiel II: Modell der doppelten Handlungsregulation

Motivebene: Wunsch nach Trost, Aufgehoben-Sein: konkret: in den Arm genommen werden nach einem harten Arbeitstag

-> aktiviert

‚Erinnerungen' an negative Erfahrungen: zweimal sexueller Missbrauch durch Männer, von denen Patientin dachte, dass sich mit ihnen eine Liebesbeziehung ergibt

-> aktiviert

Negative Annahmen über das **Selbst:** z.B. ‚ich bin nicht wertvoll, nicht wert, dass man mir Liebe schenkt' und **Beziehungen:** z.B. ‚wenn man sich schwach zeigt, nicht aufpasst, wird man missbraucht', ‚Männer wollen nur Sex' = **Ebene der Annahmen**

Folge: **Intransparenten Handlungen:** wenn sie müde nach Hause kommt, der Partner sich ihr zuwendet, schreit sie ihn zuerst an: ‚Hau ab, Du Arschloch', unsere Beziehung ist zu Ende', bricht danach weinend zusammen und sieht sich in ihren negativen Annahmen bestätigt, wenn sich der Partner zurückzieht.

Therapeutische Prinzipien: Modell der doppelten Handlungsregulation

Beziehungsgestaltung **komplementär zur ‚Motivebene'** (und NICHT zur ‚Ebene der intransparenten Handlungen')

➢ Ziel: **korrektive Erfahrungen** ermöglichen.

Daher:

Klären, transparent, bewusst machen von **Beziehungsmotiven**:

- Welche **Wünsche** und Sehnsüchte?
- dass Wünsche unerfüllt sind,
- dass Wünsche eine grosse Rolle spielen,
- dass die Person grosse Anstrengungen unternimmt, sie zu befriedigen.
- Welche Erfahrungen führten zur **Genese der negativen Annahmen** und der **ungünstigen Handlungsstrategien**?
- Erarbeiten von **neuem und günstigerem Interaktionsverhalten**, um die wichtigen Bedürfnisse (Motive) zu befriedigen (-> Anknüpfen an Ressourcen)

Klärung V

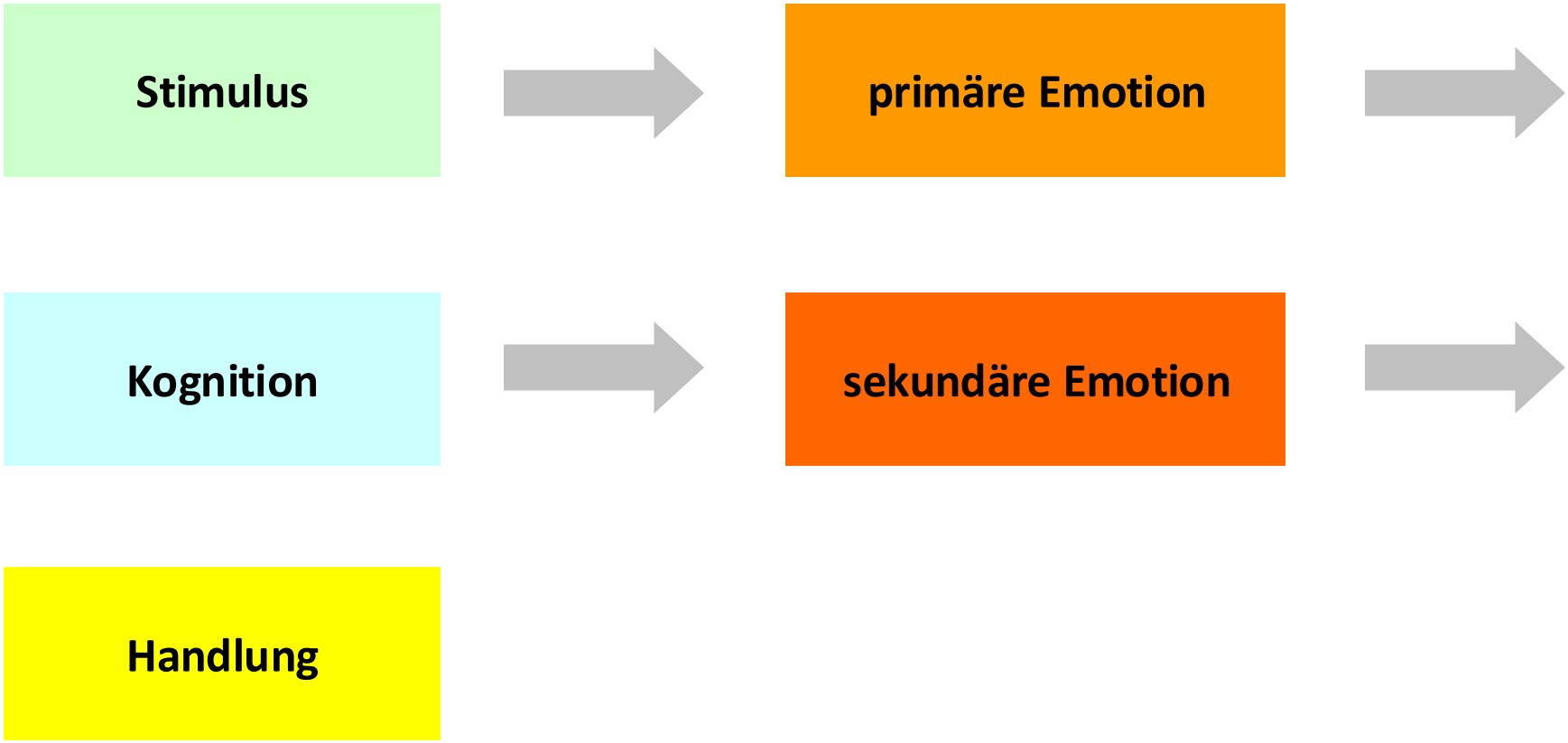
- **Konzepte**:
  - Konsistenztheorie und Schematheorie
  - Klärung und Wirkfaktoren
  - Basisvariablen
- **Übung**: Bewusstsein von **eigenen Schemata**

- **3-Ebenen-Modell**:
  - Ebenenfehler und zentrale Handlungsprinzipien
  - **Übung**: Rollenspiele mit schwierigen Patient*innen
- **Explizierungsprozess** und 3-Ebenen-Modell: **Übung** zu einem Beispiel
- **Modell der doppelten Handlungsregulation**: **Übung**

- **Emotionen**:
  - Modell der primären und sekundären Emotionen
  - ‚Stuhl-Dialoge‘

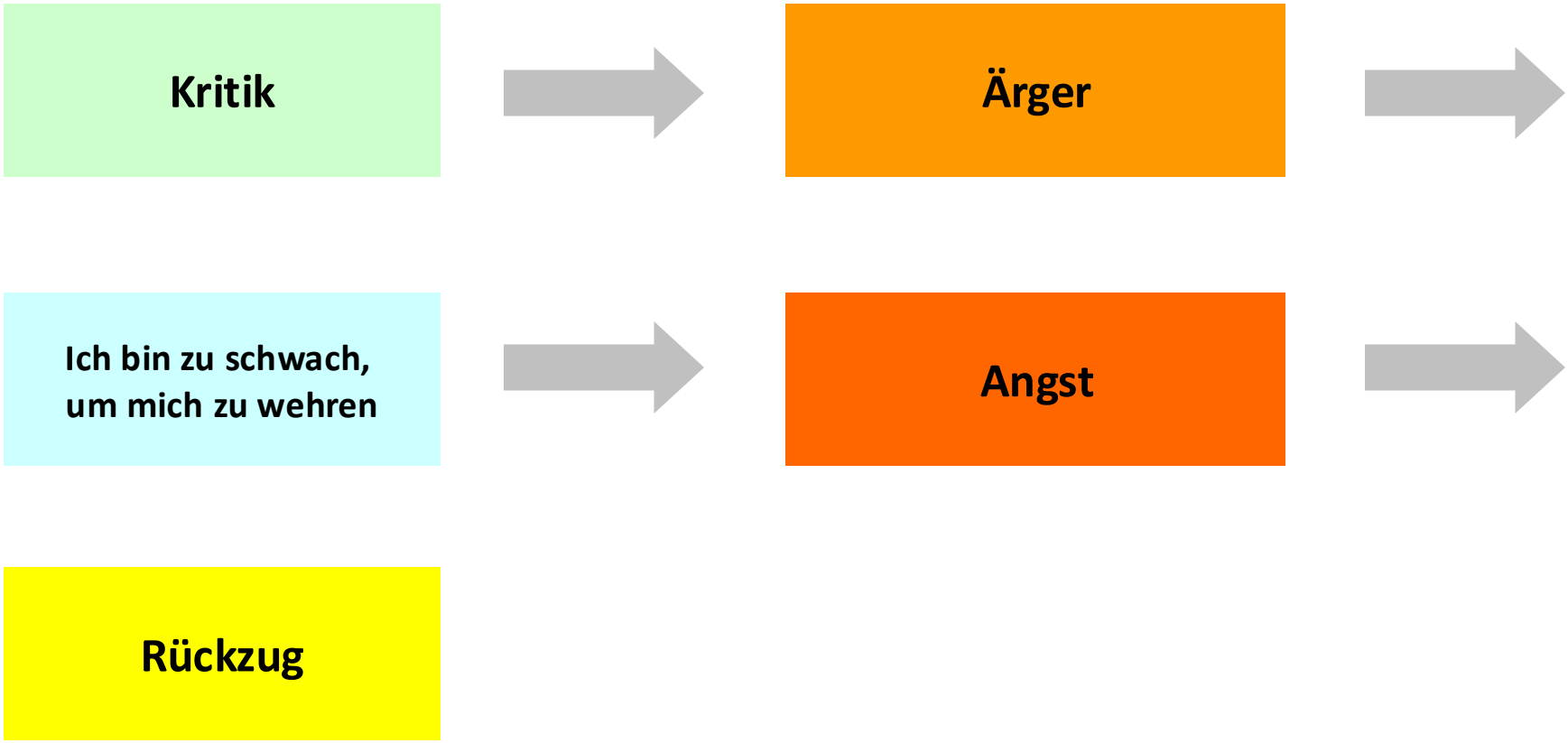
Emotionen: Modell

nach Lammers (2007), S. 48



Emotionen: Beispiel

nach Lammers (2007), S. 48



Primäre und sekundäre Emotionen

- **Sekundäre Emotion:** meist im Vordergrund des Erlebens, belastend, Folge von:
- **‚Dysfunktionaler' Bewältigung** (aufgrund von aversiven Erfahrungen) der **primären Emotion** mit dem Ziel, Erleben der primären Emotion zu überdecken bzw. vermeiden, meistens
  - **Bekämpfen** (entgegen der primären E. handeln, unterdrücken)
  - **Vermeiden** (Rückzug, Ablenkung, Vermeiden des Auslösers)
  - **Ertragen (**ruminieren, Hadern ohne Handlung)

  ➢ Therapeutisch relevant, **wenn sekundäre Emotion selbst problematisch geworden ist** (am Anfang der Entwicklung zunächst hilfreich).

- **Therapeutische Ansatzpunkte**:
  - **Identifikation und ‚Korrektur'**: Klärung und Veränderung der Schemata
  - **Emotionsmanagement** bei unterregulierten und intensiven Emotionen (Bewältigung)

Wichtige Emotionen

(siehe auch Informationsblatt Emotionen)

- **Freude:** signalisiert unmittelbares oder baldiges Eintreten eines Ereignisses, das eine positive Wirkung auf die Grundbedürfnisse hat: Befriedigung. Wichtig auch für positive Gestaltung sozialer Kontakte.

- **Zuneigung und Liebe:** Ausdruck des Bedürfnisses nach Bindung und Zugehörigkeit, ausdrücken und wahrnehmen können ist zentral für stabile Beziehungen, sicheres Bindungsverhalten und grundlegend für psychisches Wohlbefinden.

- **Stolz und (Selbst-) Zufriedenheit:** Befriedigung des Selbstwertbedürfnisses, Resultat einer selbstwertrelevanten Handlung, generalisierender Charakter: Selbstwert der Person.

Wichtige Emotionen

- **Angst:** Anzeichen von Bedrohung, Gefahr, physische Auswirkungen, bereitet auf überlebenswichtige Handlungen vor. Patienten: unangemessene Angst im Vergleich zur auslösenden Situation, Vermeidungshaltung in Bezug auf angstauslösende Stimuli.

- **Unsicherheit:** Frustration des Bedürfnisses nach Orientierung und Kontrolle, in sozialen Situationen: Angst vor nicht-vermeidbaren, unkontrollierbaren negativen Konsequenzen.

- **Ärger, Wut und Zorn:** Reaktion auf Angriff, Grenzüberschreitung. Wut und Zorn: Aggressive Handlungskomponente: Einschüchterung und Macht, Überlegenheit. Oft sekundäre Emotion im Zusammenhang mit selbstwertreduzierenden primären Emotionen.

Wichtige Emotionen

- **Scham, Minderwertigkeit und Schuld: Scham**: Nicht-Erfüllen von Gruppennormen, Gefühl, als ganze Person minderwertig zu sein. Demutsgesten und Rückzug. **Schuld**: in Bezug auf eine Handlung etwas ‚falsch' gemacht zu haben. Wiedergutmachung, Entschuldigung.

- **Traurigkeit und Verzweiflung:** signalisiert erlittenen oder bevorstehenden Verlust, Signale an die Umgebung führen zu verstärkter Zuwendung. **Traurigkeit**: eher Resignation, passiv. **Verzweiflung** eher Auflehnung, aktiv.

- **Einsamkeit:** Unbefriedigtes Bindungsbedürfnis, quantitative und/oder qualitative Bindungslosigkeit.

Kurzzusammenfassung ‚Stuhlarbeit'

(siehe auch Handout Klärung IV von David Altenstein)

Arbeit mit dem leeren Stuhl:

Patient*in sitzt einem leeren Stuhl gegenüber und tritt in Dialog mit einer imaginierten Person.

- **Ziel**: Differenzierung von Gefühlen und Bedürfnissen in Beziehungen.

2-Stuhl-Dialog:

...ich möchte zwar...aber traue es mir nicht zu...

...ich kann mich nicht entscheiden, ...einerseits ...andererseits

Patient*in tritt in Dialog mit einem personifizierten Selbstanteil: Wechsel zwischen den Stühlen.

- **Ziel**: Innere Konflikte, Selbstanteile verdeutlichen, in Dialog bringen.

...always remember...

- **Ziel** im Prinzip immer: **Arbeit auf Inhaltsebene**:
  - Schemata in einen bewussten kognitiven und sprachlichen Code zu ‚übersetzen' = **Explizieren**
  - Verbindung der bewusst gemachten internalen Determinanten mit **Ressourcen** (‚adaptive' Strategien zur Bedürfnisbefriedigung).
- Liegt ein **Bearbeitungsproblem** vor: Klärung der problematischen Bearbeitungsstrategie und damit verbundenen Traumatisierungen (schmerzhafte Erfahrungen).
- Liegt ein **Beziehungsproblem** vor: Klärung von wichtigen Beziehungsschemata und damit verbundenen Traumatisierungen (schmerzhafte Erfahrungen).

- Therapeut*in und Patient*in sind **ein Team**, das aber **keinesfalls zu allen Zeitpunkten der Therapie übereinstimmende Intentionen** aufweist. Therapeut *in muss ‚Sand ins Getriebe' der normalen Denk-, Gefühls- und Handlungsabläufe streuen.
- **Patient*in** ist verantwortlich für den **Inhalt** (*was,* Anliegen, Themen).
- **Therapeut*in** ist verantwortlich für den **Prozess** (*wie* ein Thema bearbeitet wird).

Literatur I (siehe auch Klärung I, II, III, IV)

- **Auszra, L., Herrmann, I.R., Greenberg, L.S**. (2017). Emotionsfokussierte Therapie. Ein Praxismanual. Göttingen: Hogrefe.

- **Dick, A.** (2022). Therapeutisches Arbeiten mit Gefühlen. Theorie und Praxis der Emotionsarbeit. Zürich: Parnassus.

- **Glasenapp, J.** (2. Aufl. 2021). Emotionen als Ressource. Manual für Psychotherapie, Coaching und Beratung. Weinheim, Basel: BeltzPVU.

- **Kowarowsky, G.** (3. Aufl. 2019) Der Schwierige Patient. Kommunikation und Patienteninteraktion im Praxisalltag. Stuttgart: Kohlhammer.

- **Hoffmann, N., Hofmann, B.** (3. Aufl. 2020). Selbstfürsorge für Therapeuten und Berater. Weinheim, Basel: Beltz.

- **Lammers, C-H.** (2018, 2. Aufl.). Emotionsbezogene Psychotherapie. Grundlagen, Strategien und Techniken. Stuttgart: Schattauer.

- **Lammers, C-H.** (2015). Emotionsfokussierte Methoden. Techniken der Verhaltenstherapie. Weinheim, Basel: Beltz.

Literatur II

- **Lammers, C-H.** (2015). Psychotherapie narzisstisch gestörter Patienten. Ein verhaltenstherapeutisch orientierter Ansatz. Stuttgart: Schattauer.

- **Lammers, M.** (2020). Scham und Schuld – Behandlungsmodule für den Therapiealltag.

- **Noyon, A., Heidenreich, Th.** (4. Aufl. 2025). Schwierige Situationen in Therapie und Beratung. 40 Probleme und Lösungsvorschläge. Weinheim, Basel: Beltz.

- Sachse R., Sachse, M., Fasbender, J. (2016) Grundlagen Klärungsorientierter Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2016) Klärungsprozesse in der Klärungsorientierten Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe.

- **Sutter, M., Greenberg, L**. (2021). Praxis der Emotionsfokussierten Therapie. Ein transdiagnostischer Leitfaden. München: Reinhardt.

Literatur III

Aus der Buchreihe: **Praxis der Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen** (Hrsg.: R. Sachse, Ph. Hammelstein, Th. Langens), Göttingen: Hogrefe)

- Sachse, R., Sachse M., Fasbender J. (2011). Klärungsorientierte Psychotherapie von **Persönlichkeitsstörungen**. Grundlagen und Konzepte. Göttingen: Hogrefe. (Bd. 1)
- Sachse R., Sachse, M., Fasbender, J. (2011). Klärungsorientierte Psychotherapie der **narzisstischen Persönlichkeitsstörung**. Göttingen: Hogrefe (Bd. 2)
- Sachse, R., Fasbender, J., Breil, J., Sachse, M. (2. Auflage, 2021) Klärungsorientierte Psychotherapie der **histrionischen Persönlichkeitsstörung**. Göttingen: Hogrefe (Bd. 3)
- Sachse, R., Breil, J., Sachse, M., Fasbender, J. (2013) Klärungsorientierte Psychotherapie der **dependenten Persönlichkeitsstörung**. (Bd. 4)
- Steiner, T., Steib, M.-L., Uhlmann, C., Tschöke, S. (2014) Stationäre **Krisenintervention** bei **Borderline-Persönlichkeitsstörungen**. Göttingen: Hogrefe (Bd. 5)
- Sachse, R., Fasbender, J., Sachse, M. (2014). Klärungsorientierte Psychotherapie der **selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung**. Göttingen: Hogrefe (Bd. 6)

Literatur IV

- Sachse, R., Kiszkenow-Bäker, S., Schirm, S. (2015). Klärungsorientierte Psychotherapie der **zwanghaften Persönlichkeitsstörung**. Göttingen: Hogrefe (Bd. 7)
- Sachse, R., Sachse, M. (2017). Klärungsorientierte Psychotherapie der schizoiden und **passiv-aggressiven Persönlichkeitsstörung**. Göttingen: Hogrefe (Bd. 8)
- Breil, J., Sachse, R. (2017). Klärungsorientierte Psychotherapie der **Borderline-Persönlichkeitsstörung**. Göttingen: Hogrefe (Bd. 9)
- Sachse, R. (2020). Das **Persönlichkeits-Störungs-Rating-System**. Narzisstische, histrionische, dependente und sozial-unsichere Persönlichkeitsstörungen diagnostizieren. Göttingen: Hogrefe (Bd. 10)
- Sachse, R., Kiszkenow-Bäker, S. (2020). **Komorbiditäten** bei Persönlichkeitsstörungen. Göttingen: Hogrefe (Bd. 11)
- Sachse, R. (2022). **Ressourcen erkennen und fördern bei Persönlichkeitsstörungen**. Hogrefe (Bd. 12)
- Sachse, R. (2019, 3. Aufl.). **Persönlichkeitsstörungen**. Leitfaden für die Psychologische Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2018) Klärungsorientierte Psychotherapie **psychosomatischer Störungen**. Göttingen: Hogrefe
- Sachse, R. (2006) Psychologische Therapie bei **chronisch entzündlichen Darmerkrankungen**. Göttingen: Hogrefe

Literatur V

Selbsthilfebücher (Achtung: sehr konfrontativ!)

- Sachse, R. (10. Aufl. 2020). Schwarz ärgern - aber richtig. Paradoxe Ratschläge für Psychosomatiker. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Sachse, R. und C. (9. Aufl. 2020). Wie ruiniere ich meine Beziehung - aber endgültig. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Sachse R. (5. Aufl. 2020). Wie manipuliere ich meinen Partner aber richtig. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Sachse R. (5. Aufl. 2020). Wie ruiniere ich mein Leben – und zwar systematisch. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Sachse, R. (3. Aufl. 2020). Histrioniker. Mit Dramatik, Manipulation und Egozentrik zum Erfolg. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Sachse, R. (11. Aufl. 2019). Selbstverliebt - aber richtig. Paradoxe Ratschläge für das Leben mit Narzissten. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Sachse, R., Collatz, A. (2012). Wie ruiniere ich meine Karriere – und zwar systematisch. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Sachse R., Fasbender, J. (2016). Kinder falsch erziehen – aber richtig. Stuttgart: Klett-Cotta.

Klärung V Evaluation