

## Eine Tour durch die Theorie der Persönlichkeits-System-Interaktionen (PSI)

von Julius Kuhl und Nicola Baumann

*Sprecher:* In der PSI Theorie wird das Verhalten der Menschen ganz anders erklärt, als wir das im Alltag gewohnt sind. Im Alltag, aber auch in der Psychologie erklären wir das Verhalten der Menschen, indem wir auf ihre Überzeugungen, Wünsche oder Absichten, also auf psychische *Inhalte* verweisen: Wenn ein Schüler immer wieder seine Hausaufgaben aufschiebt, dann kann das z. B. daran liegen, dass der Schüler glaubt, Hausaufgaben seien langweilig oder zu schwierig für ihn. Wenn ein Manager mehr sein Bankkonto als das langfristige Wohlergehen seines Unternehmens und der ihm anvertrauten Leute im Auge hat, dann wäre eine typische Erklärung, dass er halt „egoistische“ Absichten hat.

Die PSI-Theorie zeigt, dass Verhalten auch ganz anders verursacht sein kann, nämlich durch das Wechselspiel psychischer Systeme: Der Schüler kann sogar gute Absichten haben (d. h. er hat die Absicht zu lernen; psychologisch ausgedrückt: sie ist in seinem „Intentionsgedächtnis“ aktiviert), aber irgendwie steuern die guten Absichten sein Verhalten nicht. Der Manager mag „egoistische“ Absichten haben, aber die sind nicht die eigentliche *Ursache*, sondern die *Folge* seines Problems: Er kann gar nicht anders als egoistische Absichten bilden, weil er irgendwie nicht den Teil seines Gehirns genügend aktivieren kann, der ihm ermöglichen würde, nicht nur seine eigenen Interessen, sondern auch die seiner sozialen Umgebung so zu sehen, dass er sowohl sich selbst als auch die anderen im Blickfeld hat.

Dieses System, das viele Dinge simultan ins Blickfeld rückt (z.B. die eigenen Interessen und die Bedürfnisse anderer) wird in der PSI-Theorie wegen seiner immensen Ausdehnung *Extensionsgedächtnis* genannt. Ob der Manager an sein Extensionsgedächtnis herankommt und ob das Intentionsgedächtnis des Schülers sein eigenes Verhalten auch wirklich steuern kann, hängt erstens davon ab, ob der Betreffende das entsprechende System aktivieren kann, also der Schüler sein Intentionsgedächtnis, der Manager sein Extensionsgedächtnis. Zweitens ist aber wichtig, dass das betreffende System seine Informationen an die notwendigen Partnersysteme weitergeben kann: Wenn ich eine noch so gute Absicht in meinem Intentionsgedächtnis habe, dann kann ich zwar exzellent darüber nachdenken, was ich will, und auch jedem von meiner guten Absicht erzählen: Wenn mein Intentionsgedächtnis aber diese Absicht nicht an verhaltenssteuernde Systeme weitergeben kann, dann kann ich sie nicht ausführen.

Die zentrale Aussage der PSI-Theorie ist nun, dass sowohl die Aktivierung psychischer Systeme als auch der Informationsaustausch zwischen ihnen von Stimmungen und Gefühlen (wissenschaftlich ausgedrückt: von Affekten) abhängig ist. Zum Beispiel verliert man den Überblick, man hat sozusagen nicht mehr alles Relevante auf dem Schirm (oder psychologisch ausgedrückt: man kommt nicht an sein Extensionsgedächtnis heran), wenn man unter Stress steht und eine ängstliche oder traurige Stimmung vorherrscht. Und man kann noch so gute Absichten nicht umsetzen, wenn man sich lustlos oder entmutigt fühlt und es nicht hinkriegt, sich in eine positive Stimmung zu versetzen (psychologisch ausgedrückt: in lustloser oder entmutigter Stimmung bleibt die Absicht im Intentionsgedächtnis und der Weg in die verhaltenssteuernden Systeme ist versperrt, weil die Verhaltenssteuerung durch positive Gefühle ausgelöst wird). Hier liegt der tiefere Grund, warum es sehr wichtig ist, dass Menschen möglichst schon in ihrer Kindheit lernen, mit ihren Gefühlen umzugehen: Wer seine Gefühle regulieren kann, wer seine Wut oder seine Angst beruhigen kann und seine Mutlosigkeit oder Lustlosigkeit überwinden kann, der fühlt sich nicht nur besser, sondern

kann immer das psychische System einschalten, das er gerade braucht. Das soll im Folgenden näher erklärt werden.

## Teil I Die vier psychischen Erkenntnisssysteme

Was macht eine „gestandene“ Persönlichkeit aus? Was sind die entscheidenden persönlichen Kompetenzen? Zwei Aspekte sind besonders wichtig: Erstens dass jemand seine Absichten und Ziele im Großen und Ganzen auch verwirklichen kann. Das meinen wir, wenn wir jemanden „willensstark“ nennen. Zweitens gehört zu einer gestandenen oder gereiften Persönlichkeit, dass sie Absichten und Ziele bildet, mit denen sie sich wirklich identifizieren kann und die mit ihren eigenen Bedürfnissen und Werten, aber auch mit den Bedürfnissen und Werten ihrer sozialen Umgebung abgeglichen sind. Das meinen wir im Alltag, wenn wir sagen, jemand wisse, was er wolle. In der Psychologie nennt man das Selbstkongruenz. Das Gegenteil von Selbstkongruenz ist Entfremdung, d. h. wenn jemand Ziele verfolgt, die gar nicht zu seinem Selbst, d. h. zu seinen Bedürfnissen, Werten und Lebenserfahrungen passen (z. B. wenn eine Studentin nur Medizin studiert, weil ihr Vater, der Arzt ist sie dazu drängt). Die PSI-Theorie geht nun von der Annahme aus, dass Willensstärke im Umsetzen der eigenen Absichten und Selbstkongruenz in der Bildung der eigenen Absichten von dem Wechselspiel zwischen vier psychischen Systemen abhängt. Im ersten Teil unserer Darstellung möchten wir uns diese vier psychischen Systeme etwas genauer anschauen.

### 1. Intentionsgedächtnis (IG)

*Szene: Terminabsprache*

*Mann:* Wir sind am Samstag übrigens bei meinem Chef eingeladen.  
*Frau:* Waaas? Da ist doch schon das Schloßkonzert.  
*Mann:* Oh nein, auch das noch.  
*Frau:* Immer diese Terminprobleme.  
*Mann:* Jetzt laß uns doch erst mal überlegen. Wann ist denn das Konzert?  
*Frau:* Um 17 Uhr. Das dauert bestimmt recht lange.  
*Mann:* Das Abendessen beginnt um 19:00 Uhr. Und zwar pünktlich!  
*Frau:* So früh? Wie lange brauchen wir denn vom Schloß zu Deinem Chef?  
*Mann:* Nun, bei dem Getümmel nach dem Konzert bestimmt ´ne halbe Stunde ...

*Sprecher:* Das Intentionsgedächtnis ist zuständig für die Repräsentation und Aufrechterhaltung von Absichten. Das ist besonders dann wichtig, wenn Absichten nicht sofort in Verhalten umgesetzt werden können, weil eine passende Gelegenheit fehlt oder erst ein Problem gelöst werden muss. Das Intentionsgedächtnis wird unterstützt durch sequentiell, d. h. Schritt für Schritt arbeitende analytische Prozesse wie das Denken und das Planen. Die Konfrontation mit Schwierigkeiten, Hindernissen oder Zielkonflikten führt zu einer Aktivierung des Intentionsgedächtnissen, weil man Schwierigkeiten schlecht überwinden kann, wenn man das Ziel oder die Absicht aus den Augen verliert, bevor man eine Lösung oder eine passende Gelegenheit gefunden hat.

*Szene: Reinzoomen in das Gehirn des Mannes*

*Sprecher:* Das Intentionsgedächtnis ist ein hochintelligentes (wir sagen: „hochinferentes“) System, dessen bewusste und sprachliche Anteile besonders durch den vorderen Teil der

linken Hemisphäre des Gehirns unterstützt werden (d. h. durch den sog. linken präfrontalen Cortex). Die rote Farbe signalisiert wie eine rote Ampel das „STOP“: Hier muß erst geplant und nachgedacht werden, bevor gehandelt werden kann. Deshalb gehört zum Intentionsgedächtnis die Hemmung der Verbindung zu dem Verhaltenssteuerungssystem dazu. Wenn diese Hemmung nicht funktioniert, wird das Verhalten zu impulsiv und unüberlegt (wie z. B. bei hyperaktiven Kindern).

*Szene: Wechsel zwischen IG und IVS*

*Sprecher:* Wissenschaftlich ausgedrückt spricht man wegen der vom Intentionsgedächtnis ausgelösten Hemmung der Ausführung von einem *Antagonismus* zwischen Intentionsgedächtnis und der Intuitiven Verhaltenssteuerung. Wenn das Intentionsgedächtnis aktiviert ist, weil Schwierigkeiten überwunden werden müssen, geht die Aktivierung der Intuitiven Verhaltenssteuerung zurück, damit man nicht vorschnell handelt, sondern erst überlegen und abwarten kann. Umgekehrt ist das Intentionsgedächtnis wenig aktiv, wenn man eine Handlung gar nicht planen oder aufschieben braucht, weil man fertige und automatisierte Verhaltensprogramme sofort anwenden kann: Wenn ich z. B. ein Fenster aufmachen will, brauche ich meist erst gar nicht meine Absicht ins Intentionsgedächtnis laden, weil ich das einfach sofort und intuitiv, ohne viel Überlegen machen kann.

## 2. Intuitive Verhaltenssteuerung (IVS)

Wenn man eine Absicht wirklich umsetzen will, muss das Intentionsgedächtnis irgendwie Zugang zur Verhaltenssteuerung bekommen, sonst bleibt man auf seinen guten Absichten sitzen. Menschen, die die Ausführung ihrer Absichten oft aufschieben, sagen dann z.B. „Ich kriege einfach den Dreh nicht“ oder „Ich hab’ nicht dran gedacht“. Solche Äußerungen liefern eigentlich keine Erklärung dafür, dass jemand nicht in die Gänge kommt. Sie beschreiben (oder rechtfertigen) das Problem. Aus der Psychologie und der Hirnforschung wissen wir: Um ins Handeln zu kommen, muss „Handlungsenergie“ fließen (z. B. der Botenstoff „Dopamin“). Wer diese Energie nach Belieben zur Verfügung hat, versteht womöglich gar nicht, dass es Menschen gibt, denen diese Selbstverständlichkeit nicht immer zur Verfügung steht. Wenn die handlungsbahnende Energie „fließt“, dann läuft die eigentliche Ausführung weitgehend intuitiv ab: Jemand der sich vornimmt, ein Fenster zu öffnen, denkt ja dann, wenn er mit der Ausführung beginnt, nicht über jede Muskelbewegung nach, die er dann ausführt. Die folgende Szene zeigt, dass wir besonders in der Interaktion mit anderen Menschen viele intuitive Verhaltensroutinen brauchen.

*Szene: Ein Mann und eine Frau gehen aufeinander zu und schütteln sich die Hand*

*Frau:* Oh hallo, wie schön Dich hier zu treffen.  
*Mann:* Ja, so ein Zufall. Ist das nicht herrliches Wetter heute.  
*Frau:* Dabei haben sie Regen vorausgesagt.  
*Mann:* Na, den hatten wir gestern schon genug.  
*Frau:* Die Pflanzen könnten sicherlich noch mehr gebrauchen.  
*Mann:* Stimmt. Doch ich hab’s lieber sonnig.  
*Frau:* Ich auch.

*Sprecher:* Die intuitive Verhaltenssteuerung ist aktiv bei der Ausführung automatisierter Handlungsabläufe und vorprogrammierter Verhaltensroutinen. Sie ist weitgehend unabhängig von der bewußten Planung: Das Absichtsgedächtnis wird während einfacher

zwischenmenschlicher Dialoge („small talk“) relativ wenig gebraucht, sonst würde der Gesprächspartner vielleicht auch das unguete Gefühl bekommen: „der führt was im Schilde“ oder „der ist irgendwie nicht spontan und echt“. Intuitive Verhaltensprogramme kommen häufig im sogenannten „Small Talk“ zum Einsatz. Papousek & Papousek haben sie im Rahmen intuitiver Elternprogramme untersucht, die man z. B. beobachten kann, wenn eine Mutter automatisch auf das Weinen ihres Babies mit einer hohen, beschwichtigenden Stimmlage reagiert, ohne dass sie das vorher geplant hat (intuitives Verhalten in der sozialen Interaktion läuft viel zu schnell ab, nämlich in Bruchteilen von Sekunden, als dass man hier mit Planen und bewussten Absichten viel erreichen könnte).

*Szene: Reinzoomen in das Gehirn des Mannes*

*Sprecher:* Die intuitive Verhaltenssteuerung wird in der PSI Theorie als elementares System bezeichnet, d. h. es entwickelt sich in der Kindheit viel früher als die komplexeren „intelligenten“ Systeme wie das ganzheitliche Extensionsgedächtnis und das Intentionsgedächtnis. Die Intuitive Verhaltenssteuerung wird mit Prozessen in Verbindung gebracht, die stark von der Aktivität der rechten Hemisphäre des Gehirns gesteuert werden (besonders: ihr hinterer, d. h. „posteriorer“ Teil). Die grüne Farbe signalisiert wie eine grüne Ampel die Hauptfunktion dieses System: „Go“: Vorhandene Verhaltensprogramme können sofort ausgeführt werden, und zwar weitgehend *intuitiv*, d. h. ohne dass bewusste Systeme (wie das Absichtsgedächtnis) die Ausführung kontrollieren müssen.

### 3. Extensionsgedächtnis (EG)

*Szene: Beziehungsklärung*

*Frau:* Ich finde es nicht gut, daß Du einfach bei Deinem Chef für mich zusagst, ohne mich vorher zu fragen.

*Mann:* Das kann ich verstehen. Ich mag es auch nicht, wenn Du über meinen Kopf hinweg für mich entscheidest.

*Frau:* So etwas können wir doch gemeinsam besprechen.

*Mann:* Ich habe mich wohl so über die Einladung gefreut, daß ich ganz spontan zugesagt habe.

*Frau:* Ja, Dir sitzt bestimmt noch im Nacken, wie distanziert das Arbeitsklima auf Deiner letzten Stelle war.

*Mann:* Ganz genau. Deswegen war ich jetzt so freudig überrascht.

*Frau:* Das kann ich gut nachvollziehen.

*Mann:* Das nächste mal finde ich bestimmt einen Weg, meinem Chef zu zeigen, wie sehr ich mich über seine Einladung freue, und Dich trotzdem in die Planung einzubeziehen.

*Sprecher:* Das Extensionsgedächtnis ist ein ganzheitliches Erfahrungssystem, das den Überblick über alle Lebenserfahrungen liefert, die in der momentanen Situation relevant sein könnten. Das ist z. B. wichtig, wenn man einen Menschen wirklich *verstehen* will. Dann reicht es nicht, sich nur auf ein Detail zu konzentrieren: Man weiß ja nicht im Voraus, was den anderen bewegt, und wenn man meint es zu wissen, dann kann es leicht zu Missverständnissen kommen. Das Extensionsgedächtnis basiert auf einem ausgedehnten Netzwerk von Handlungsoptionen, eigenen Gefühlen und selbst erlebten Episoden. Seine parallele und ganzheitliche Verarbeitungsform arbeitet auf der höchsten erreichbaren, also der „intelligentesten“ Integriationsebene und ermöglicht deshalb die gleichzeitige

Berücksichtigung und Integration vieler Einzelaspekte, die für komplexe Entscheidungen und für das gegenseitige Verstehen von Menschen relevant sein können. Wahrscheinlich hat sich dieses System in der menschlichen Entwicklung speziell für den Umgang mit Menschen (einschließlich sich selbst) entwickelt. Das verwundert auch nicht, denn für das vielleicht komplexeste System, das es im Universum gibt, braucht man wohl auch die höchste Stufe der menschlichen Intelligenz. Wenn ich auf einen Menschen eingehe, also in diesem Sinne ganz „persönlich“ werde, dann brauche ich das Extensionsgedächtnis. Sonst besteht die Gefahr, dass ich einen Menschen gar nicht in seiner ganzen Komplexität und Geschichte mit allen positiven und negativen Seiten sehe, sondern als „Objekt“ und ihn auf irgendeinen gerade nützlich oder sonst wie wichtig erscheinenden Aspekt reduziere. Dann sehe ich z. B. nur seine hässliche Zahnlücke oder nur seine kranke Leber (wenn ich als Arzt seine Zähne oder seine Leber behandeln will) oder nur sein Selbstmitleid oder seinen verdrängten Hass auf seine Mutter (wenn ich ihn als Psychotherapeutin behandeln will). Echte persönliche Begegnungen, die durch ein umfassendes gegenseitiges Verstehen geprägt sind, aktivieren also das Extensionsgedächtnis und das Selbst. Das Selbst ist der Anteil des Extensionsgedächtnisses, der sich auf die eigene Person bezieht mitsamt all ihren Bedürfnissen, Ängsten, Vorlieben, Werten und bisherigen Erfahrungen.

*Szene: Reinzoomen in das Gehirn des Mannes*

*Sprecher:* Das Extensionsgedächtnis ist ein hochintelligentes (d. h. „hochinferentes“) System, das besonders stark durch den vorderen Teil der rechten Hemisphäre des Gehirns unterstützt wird. Es kann die Aufmerksamkeit auf einen sehr ausgedehnten Bereich potentiell relevanter Erfahrungen in der Innen- und Außenwelt ausweiten. Diese ausgedehnte Form der frei schwebenden Aufmerksamkeit nennt man im Alltag auch „Wachsamkeit“ oder in der Psychologie *Vigilanz*. Das Extensionsgedächtnis wird deshalb durch einen orangenen Farbton dargestellt, der ja auch bei der Ampel eine erhöhte Wachsamkeit signalisieren soll. Man ist im Zustand der Wachsamkeit nicht auf ein einzelnes Objekt fixiert, sondern auf alles Mögliche gefasst, was irgendwie relevant sein könnte. Deshalb wird bei Aktivierung des Extensionsgedächtnisses so viel gleichzeitig verarbeitet, das man in diesem Zustand nicht alle diese Einzelheiten *bewusst* erleben kann: Der Scheinwerferkegel des Bewusstseins beleuchtet ja immer nur einen kleinen Teil dessen, was ein Mensch gerade fühlt. Das Wort *Fühlen* passt gut zum Extensionsgedächtnis, weil man die unzähligen Dinge, die es in eine Entscheidung oder eine Handlung einfließen lässt, wirklich nur *fühlen* und höchstens in kleinen Ausschnitten sprachlich mitteilen kann.

*Fühlen* passt auch deshalb gut zum Extensionsgedächtnis, weil in diesem großen Netzwerk nicht nur Wissen abgespeichert ist, sondern auch die vielen positiven und negativen Erfahrungen, aus denen dieses Wissen gewonnen wurde: Das EG ist das einzige Erkenntnisssystem, das Gefühle integrieren kann, das also Gedanken „fühlen“ kann: Erkenntnisse werden hier immer mit ihrer emotionalen Bedeutung erlebt. Das liegt daran, dass das EG die emotionsgenerierenden Systeme des Gehirns (einschließlich des autonomen Nervensystems) wahrnehmen und steuern kann. Das ist auch der Grund, warum der Zugang zur Selbstwahrnehmung, die ja zu den Aufgaben des Extensionsgedächtnisses gehört, so wichtig ist für die Regulation von Gefühlen. Letztlich wird man mit schlimmen Erfahrungen erst dann nachhaltig fertig, wenn man sie buchstäblich an „sich“ heranlässt, d. h. mit dem Selbstsystem konfrontiert. Das ist allerdings nicht allein durch Reden und Analysieren erreichbar: Probleme analysieren hilft selbst dann oft nicht, wenn man wirklich tröstliche und sinnstiftende Argumente gefunden hat. Das liegt daran, dass die sprechfähige und analytische LINKE Hemisphäre, weit weniger Einfluss auf die Gefühle und den Körper hat. Die rechte Hemisphäre mit dem Extensionsgedächtnis kann die sinnstiftenden und andere hilfreiche

Erkenntnisse direkt zur Emotionsregulation einsetzen. Deshalb werden in der Beratung bzw. in der Therapie auch Methoden eingesetzt, mit denen man das Extensionsgedächtnis und die Selbstwahrnehmung aktivieren kann. Das EG wird z. B. aktiviert, wenn man auf direkte Aufforderungen verzichtet und stattdessen mehrere Wahlmöglichkeiten anbietet, wenn man differenzierte Meinungsäußerungen erbittet (z. B. „wie stark ist ihr Ärger über den Chef gestern gewesen, wenn sie ihn auf einer Skala von 1 – 10 ausdrücken wollten“) statt Schwarz-Weiß- Reaktionen („ich bin total sauer“).

#### 4. Objekterkennungssystem (OES)

*Szene: Der Mann wird aufmerksam auf eine Zahnlücke der Frau.*

- Mann:* Sag mal, was ist denn das. Du hast ja eine Lücke im Zahn. Die war doch gestern noch nicht da.
- Frau:* Ja, der Zahn ist mir heute morgen abgebrochen.
- Mann:* Wie ist denn das passiert?
- Frau:* Als ich in mein Brötchen gebissen habe, hat es plötzlich „krttsch“ gemacht.
- Mann:* Uh, das sieht ja richtig böse aus. Tut das weh?
- Frau:* Nee, der Zahn war sowieso schon angeflickt.
- Mann:* So'ne Zahnlücke fällt ja ganz schön stark auf.
- Frau:* Ja, leider.

*Sprecher:* Das Objekterkennungssystem ermöglicht das bewusste Registrieren *einzelner* Sinneseindrücke. Es rückt also isolierte Aspekte der Innen- oder Außenwelt in den Vordergrund und lenkt die Aufmerksamkeit besonders auf Neuartiges, Unerwartetes oder auf Fehler. Von „Objekten“ spricht man ja auch im Alltag dann, wenn man nicht die ganze Komplexität einer Person oder Sache sieht, sondern nur Einzelheiten, die aus dem Zusammenhang herausgelöst sind (deshalb wehren sich Menschen auch dagegen, als „Objekte“ gesehen zu werden). Das Herauslösen eines Objekts (d. h. einer Einzelheit) aus dem Gesamtzusammenhang ist aber wichtig, wenn man gefährliche Dinge bemerken und auch später in ganz anderen Zusammenhängen wieder erkennen will. Deshalb verbindet sich die Objekterkennung dann, wenn eine ängstliche Stimmung vorherrscht, gern mit einer besonderen Beachtung von Einzelheiten, die Gefahren signalisieren oder irgendwie unerwartet oder unstimmig sind. Daher sprechen wir auch von der „unstimmigkeitsensiblen Objekterkennung“. Wenn dieses System bei einem Menschen besonders häufig aktiviert wird, dann kann er geradezu ein *Unstimmigkeitsexperte* werden: Er bemerkt jeden Fehler und findet jedes Haar in der Suppe.

*Szene: Reinzoomen in das Gehirn des Mannes*

*Sprecher:* Das Objekterkennungssystem wird in der PSI Theorie ebenfalls als ein elementares System bezeichnet, das stärker durch die (hintere) linke Hemisphäre, unterstützt wird. Die blaue Farbe symbolisiert den negativen affektiven Zustand: „Feeling blue“ heißt ja so etwas wie traurig sein. Negative Stimmungen aktivieren das Objekterkennungssystem in Verbindung mit einer besonderen Sensibilität für Unstimmigkeiten und potentielle Gefahrensignale. So wichtig es ist, Gefahrensignale erst einmal aus ihrem Kontext herauszulösen, d. h. als „Objekte“ zu sehen, so wichtig ist es auch die vielen Einzelerfahrungen (Objekte) immer wieder auch in größere Zusammenhänge einzugliedern (d. h. in das Extensionsgedächtnis). Das Objekterkennungssystem ist also ein wichtiger „Lieferant“ von immer neuen Lernerfahrungen für das System, das im Verlauf der

Lebenserfahrung immer umfassendere Zusammenhänge erkennt (Extensionsgedächtnis). Wir kommen auf diesen Austausch zwischen Objekterkennungssystem und Extensionsgedächtnis zurück. Er ist für das persönliche Wachstum, also das was man „Reife“ nennt, von entscheidender Bedeutung.

*Szene: Wechsel zwischen EG und OES*

*Sprecher:* Wie bereits erwähnt hängt das Wachstum der Persönlichkeit, d. h. des Extensionsgedächtnisses und des Selbst davon ab, wie gut es gelingt, die vielen Einzelerfahrungen, die das Objekterkennungssystem aus ihrem Zusammenhang löst, doch wieder in das Extensionsgedächtnis einzubinden, damit man das eigene Handeln nicht immer nur nach einem einzigen Gesichtspunkt ausrichten muss. Das würde z.B. dazu führen das ein Mann wegen irgendeiner Einzelheiten seine Frau nicht mehr leiden kann (z. B. weil ihr ein Zahn fehlt). Natürlich kann man nicht gleichzeitig Objekte aus ihrem Zusammenhang oder Kontext herauslösen und sie doch im Zusammenhang sehen. Es gibt also einen Antagonismus zwischen Extensionsgedächtnis und Objekterkennungssystem. Die Objekterkennung will wichtige Objekte aus dem Zusammenhang lösen, das Extensionsgedächtnis ist darauf spezialisiert, Objekte in größere Zusammenhänge einzufügen. Dieser Antagonismus ist durchaus nützlich: Wenn das Extensionsgedächtnis einen Überblick über Handlungsoptionen, eigene Wünsche, Bedürfnisse und alle möglichen Lebenserfahrungen vermitteln soll, dann ist es ja gut, dass alle irrelevanten und unerwünschten Einzelwahrnehmungen aus dem Objekterkennungssystem unterdrückt werden. Sonst könnte man sich nie auf das, was einem momentan wichtig ist, konzentrieren. Man würde immer wieder von unwichtigen Einzelheiten abgelenkt (wie die Frau, die ein Brot kaufen will, und die Absprache mit ihrem Mann vergisst, weil sie von allen möglichen Schaufensterauslagen abgelenkt wird). Bei einer starken Fokussierung der Aufmerksamkeit auf Einzelaspekte, d. h. wenn das Objekterkennungssystem stark aktiviert ist, führt der erwähnte Antagonismus dazu, dass der Überblick verloren geht.

Modulationsannahmen
---------------------

*Sprecher:* Eine Kernannahme der PSI Theorie besagt, daß positive und negative Affekte die Aktivierung der psychischen Systeme modulieren. Umgekehrt haben auch die psychischen Systeme eine modulatorische Wirkung auf Affekte. Wie sieht das im Einzelnen aus?

*Kurze Szene: Lächelndes Gesicht und IVS und der Inschrift „Ein ganz netter Typ“ steht einem anderen lächelnden Menschen gegenüber. Zusätzlich erscheint ein Satz als Überschrift „1. Modulationsannahme der PSI-Theorie: „Positiver Affekt erleichtert die Intuitive Verhaltenssteuerung“*

*Sprecher:* Die Intuitive Verhaltenssteuerung wird durch positiven Affekt aktiviert. Wenn man sich gut und sicher fühlt, dann handelt man einfach spontan und intuitiv, ohne viel nachzudenken und zu planen. Dann fließt die Unterhaltung, ohne dass man ständig überlegt, was man damit erreichen will oder was man als nächstes sagen soll.

*SZENE: Frustriertes Gesicht von dem Schüler und IG mit der Inschrift „Ich will lernen“. Dann wird der Satz eingeblendet: „1. Modulationsannahme: Die Hemmung von positivem Affekt hemmt die Intuitive Verhaltenssteuerung und aktiviert das Intentionsgedächtnis“*

*Sprecher:* Schwierige oder unangenehme Absichten behält man nur im Gedächtnis, wenn man den Verlust von positivem Affekt, den jede schwierige oder unangenehme Situation mit sich bringt, eine Weile aushalten kann. Das nennt man in der Psychologie *Frustrationstoleranz*. Wenn man aber nicht ständig nur über unerledigte Absichten oder unerreichbare Ideale nachgrübeln will, sondern auch etwas Geeignetes *tun* will, dann muss man im richtigen Moment positiven Affekt generieren, d. h. sich selbst motivieren, wie es bereits beschrieben wurde.

*SZENE: Ängstliches Gesicht und OES und der Inschrift „Oh, diese Zahnücke“ o.ä. schaut auf dieses „unstimmige Objekt“. Dann erscheint der Satz: „2. Modulationsannahme: Negativer Affekt aktiviert das Erkennen von Einzelheiten („Objekten“)*

*Sprecher:* Die Herauslösung einzelner Objekte aus ihrem Zusammenhang und die Beachtung von Unstimmigkeiten und Fehlern wird durch negativen Affekt verstärkt. Man sieht dann u. U. nur noch, das was nicht passt oder ungute Gefühle auslöst, aber gar nicht mehr die anderen vielen Einzelheiten und positiven Erfahrungen, die die gerade im Fokus der Aufmerksamkeit stehende negative Einzelheit *relativieren*.

*SZENE: Gesicht, das ganz ruhig und gelassen gegenüber einem negativen Reiz (Zahnücke oder bissiger Hund?) aussieht zusammen mit dem EG. Dann erscheint der Satz: „2. Modulationsannahme: Die Herabregulierung von negativem Affekt aktiviert das Extensionsgedächtnis und damit die Selbstwahrnehmung“*

*Sprecher:* Wenn es gelingt, negativen Affekt wieder unter eine kritische Schwelle zu regulieren, dann spürt man sich selbst wieder stärker, wird also ganz wörtlich „selbstbewusster“ und hat dann den ausgedehnten Überblick über die vielen Erfahrungen, Handlungsmöglichkeiten, kreativen Einfälle und sinnstiftende Einsichten, die das Extensionsgedächtnis anzubieten hat.

<p>Teil II Die Dynamischen Beziehungen zwischen Affekten und den psychischen Systemen</p>
---

*Sprecher:* Wenn jedes der vier psychischen Systeme durch andere Gefühle aktiviert wird, dann ist es natürlich enorm wichtig, dass Menschen möglichst früh in ihrer Entwicklung lernen, ihre Gefühle zu steuern. Wenn ich eine schwierige Absicht mit mir im Intensionsgedächtnis herumtrage, dann brauche ich positiven Affekt, um sie im geeigneten Moment in die Intuitive Verhaltenssteuerung zu schicken, damit ich die Absicht dann auch wirklich ausführe. Besonders praktisch ist es natürlich, wenn ich genau im richtigen Moment, mir den zur Ausführung notwendigen positiven Affekt *selber machen* kann. Das nennt man auch im Alltag „Selbstmotivierung“. Wenn ich ein schmerzhaftes Erlebnis zunächst nur als Einzelobjekt, d.h. losgelöst von allen anderen Lebenserfahrungen erlebe, dann kann ich ein lähmendes oder gar krankmachendes Grübeln über dieses schlimme Erlebnis dadurch vermeiden, dass ich es in Kontakt bringe mit meinem Extensionsgedächtnis. Da das Extensionsgedächtnis gemäß der 2. Modulationsannahme durch negativen Affekt gehemmt wird, brauche ich jetzt die Fähigkeit, negativen Affekt selbständig herunterzuregulieren. Sonst komme ich nicht ans Extensionsgedächtnis heran. Diese Fähigkeit nennt man Selbstberuhigung. Im zweiten Teil unserer Darstellung möchten wir nun solche dynamischen Beziehungen zwischen den Gefühlen und den vier psychischen Systemen veranschaulichen. Dazu haben wir zwei Szenen ausgewählt, die selbstregulatorische Fähigkeiten also

Selbstmotivierung bzw. Selbstberuhigung erfordern. Es geht um die Frage, wie lernt ein Mensch die Fähigkeit, seine Gefühle selbständig zu regulieren?

## Selbstmotivierung

*Sprecher:* Das ist Hans. Begleiten wir Hans dabei, wie er an einer Untersuchung teilnimmt und versucht, eine schwierige Aufgabe zu lösen. Eine solche Aufgabe erfordert Frustrationstoleranz und Selbstmotivierung: Wenn die positive Stimmung nachlässt, was bei schwierigen Aufgaben ja typisch ist, dann hängt es von der Selbstmotivierung ab, ob man überhaupt bei der Aufgabe bleiben kann, ohne vorschnell zu etwas Leichterem oder Unterhaltsamerem wechseln zu müssen, um nicht in Depressionen zu verfallen. Hier ist Hans in einer solchen Situation zu sehen.

*Szene: Bonbon wird in Kasten versteckt*

*Sprecher:* Hans freut sich als er plötzlich ein Bonbon entdeckt und möchte es ergreifen. Dazu muß er sich natürlich merken, in welchem Kasten das Bonbon versteckt wurde. Das aktiviert das Intentionsgedächtnis.

*Szene: Gitter fährt runter*

*Sprecher:* Das plötzlich auftauchende Hindernis frustriert Hans. Er kann seine Absicht, das Bonbon aus dem Kasten zu nehmen, nicht umsetzen. Die Schwierigkeit und der gehemmte positive Affekt aktivieren das Intentionsgedächtnis und die Suche nach einer Problemlösung. Das IG hat deshalb die Inschrift „Ich will das Bonbon in Kasten 3“ o.ä.

*Szene: Hans probiert mit der Hand durch die Stäbe zu fassen und an den Stäben zu rütteln*

*Sprecher:* Eine Idee zur Lösung des Problems kann Hans Stimmung kurzfristig aufhellen. Dadurch wird seine Verhaltenshemmung gelöst und Hans kann seine Idee ausprobieren.

*Szene: Hans wird immer frustrierter.*

*Sprecher:* Mit steigender Frustration, wird das Intentionsgedächtnis immer stärker aktiviert und die Intentionsausführung immer stärker gehemmt. In dieser Situation muß Hans sich selbst motivieren, um weiter nach anderen Lösungen zu suchen. Das ist eine Aufgabe für das Extensionsgedächtnis und sein breites Erfahrungswissen.

*Szene: Grüne Blase aus EG. Hans stellt sich leckeres Bonbon vor.*

*Sprecher:* Hans bisherige Erfahrungen mit Bonbons können als positive Zielvorstellung dienen, die ihn zum Weitermachen motivieren und ihn vielleicht auf neue Ideen bringen.

*Szene: Hans probiert einen Hebel aus. Gitter öffnet sich nicht.*

Jetzt ist noch mehr Selbstmotivierung gefragt. Aus dem Extensionsgedächtnis kann Hans Episoden darüber abrufen, was ihm früher einmal im Umgang mit Schwierigkeiten geholfen hat.

*Szene: Grüne Blase aus EG. Hans stellt sich Vater vor der sagt: „Gib nicht auf Hans. Probier‘ es doch noch mal anders“.*

Die Erinnerung an den motivierenden Vater ruft positiven Affekt hervor, der die Hemmung zwischen dem Intentionsgedächtnis und seinem Ausführungssystem aufhebt. Hans nimmt weitere Lösungsversuche in Angriff.

*Szene: Hans probiert anderen Hebel aus. Gitter öffnet sich. Hans freut sich, öffnet Kasten und ergreift Bonbon.*

Das Beispiel veranschaulicht, wie die Aktivierungsdynamik von Intentionsgedächtnis und intuitiver Verhaltenssteuerung durch positiven Affekt moduliert wird. Bei auftretenden Schwierigkeiten und Frustrationen wird positiver Affekt gehemmt (rote Farbe), die Stimmung ist entsprechend gedämpft und gedämpfte Stimmung aktiviert gemäß der 1. Modulationsannahme der PSI-Theorie des Intentionsgedächtnis. Das ist zunächst ganz praktisch, weil Hans dort im Intentionsgedächtnis den Gedanken an das Bonbon aufrechterhalten kann, bis er eine Lösung hat. Um eine Lösung zu finden, muss er zwischendurch doch die eine oder andere Handlung ausprobieren. Dazu braucht er das intuitive Verhaltenssteuerungssystem, das gemäß der 1. Modulationsannahme durch positiven Affekt aktiviert wird. Die Bewältigung schwieriger Aufgaben erfordert also die Fähigkeit, einen Mangel an positivem Affekt zu überwinden. Woher soll Hans diese positive Energie holen? In der PSI Theorie wird die Fähigkeit zur Selbstmotivierung dem Extensionsgedächtnis zugeschrieben. Dort ist ja alles abgespeichert, was man aus vielen Lebenserfahrungen gelernt hat, also auch Erlebnisse, die ihm jetzt Mut machen können.

Selbstberuhigung
------------------

*Sprecher:* Wenden wir uns nun einer anderen Szene zu. Begleiten wir Marie auf dem Weg nach Hause, wo sie eine neue Erfahrung macht.

*Szene: Marie sieht einen großen Hund auf sich zukommen. Sie fürchtet sich.*

*Sprecher:* Marie sieht das erste mal einen so großen Hund. Sie fürchtet sich. Ihre Aufmerksamkeit verengt sich und sie sieht nur noch den Hund. In diesem Moment denkt Marie nicht mehr daran, wie gern sie Hunde eigentlich hat und wie viele schöne Dinge sie mit Hunden erlebt hat, weil die Angst den Zugang zum Extensionsgedächtnis blockiert.

*Szene: Blaue OES Blase wird immer größer und zeigt nur noch die Zähne des Hundes. Hund knurrt/bellt.*

*Sprecher:* Stattdessen konzentriert sich Marie auf einige wenige Details, die ihr Gefahr signalisieren. Das Objekterkennungssystem vermittelt diese Aufmerksamkeitslenkung auf einzelne Merkmale oder Objekte. In dieser Situation ist es gut, sich selbst zu beruhigen, nicht nur um die Angst loszuwerden, sondern auch weil die Herabregulierung von negativem Affekt gemäß der 2. Modulationsannahme der PSI-Theorie den Zugang zum Extensionsgedächtnis bahnt. Erst dann können Marie wieder Handlungsmöglichkeiten einfallen. Diese Selbstberuhigung kann Marie schaffen, indem sie sich all die *guten* Erfahrungen ins Gedächtnis ruft, die sie im Umgang mit Hunden gemacht hat.

*Szene: EG ist gelb, besteht aber aus vielen bunten Blasen. Grüne Blase wird aus EG herausgehoben, in der ihm ein kleiner Hund das Gesicht schleckt. Blaue OES Blase wird kleiner.*

*Sprecher:* Die Aktivierung des Extensionsgedächtnisses kann den Einfluß der Einzelempfindungen aus dem Objekterkennungssystem dämpfen und die Angst reduzieren. Im Alltag spüren wir die Aktivierung des EG z. B. immer dann, wenn wir ein „Erlebnis an uns heranlassen“, uns „selbst“ damit konfrontieren, statt es zu beschönigen, herunterzuspielen oder ganz zu verdrängen. Da das Extensionsgedächtnis ein *paralleles* Verarbeitungssystem ist, sind bei seiner Aktivierung ALLE oder zumindest sehr viele Erfahrungen *simultan* aktiviert, auch negative Erfahrungen. Deshalb funktioniert die Selbstberuhigung durch Aktivierung des EG auch besonders gut, wenn positive Erfahrungen stärker oder häufiger im EG vertreten sind als negative Erfahrungen. Menschen, deren Selbst mit zu vielen oder zu starken negativen Erfahrungen aufgeladen ist (z. B. durch traumatische Erfahrungen in der Kindheit), können es sich nicht leisten, das EG zur Selbstberuhigung einzusetzen, weil dann zuviel Negatives mit hoch kommt. Sie müssen dann schmerzhaft Erfahrungen anders abwehren (z. B. durch Beschönigen, Leugnen, Herunterspielen oder durch Aktionismus und übersteigerte Leistungszwänge). Die Abwehrmechanismen haben dann eine wichtige Schutzfunktion. Sie sind für jeden Menschen ab und zu unverzichtbar. Aber wenn man das Selbstsystem gar nicht mehr zur Bewältigung von negativen Erfahrungen einsetzen kann, dann lernt man nicht aus Erfahrungen (d. h. man integriert sie nicht ins EG) und macht immer wieder dieselben Fehler (Freud nannte das bei seinen Patienten „Wiederholungszwang“: Sie fallen dann immer wieder auf dieselben Partner rein, die gar nicht zu ihnen passen; arbeiten sich krank, obwohl sie an den Folgen eigentlich „merken“ müssten, dass soviel Arbeit ihnen nicht gut tut usw). Bevor in einer Therapie Selbstberuhigung geübt werden kann, muss erst das Selbstsystem langsam aufgebaut und mit positiven Erfahrungen aufgefüllt werden, bis die Bilanz positiv wird. Bei gesunden Menschen kann man mit dem Selbstberuhigungstraining ohne solche Umwege beginnen. Wie sieht ein solches Training aus? Im Grunde muss es genauso ablaufen, wie bei einer gesunden Entwicklung die Selbstberuhigung in der Kindheit gelernt wird. Schauen wir uns an, wie die Selbstberuhigung bei Marie funktioniert:

*Szene: Gelbe Blase wird aus EG rausgehoben, in der ein bellender Hund beim darauf zugehen mit dem Schwanz wedelt und ihm die Hand schleckt. Blaue OES Blase wird noch kleiner.*

Wenn Marie es schafft, ihre positiven Erfahrungen mit Hunden (oder allgemein mit neuen Situationen) abzurufen, kann sie ihre Angst überwinden. Die aktive Auseinandersetzung mit der Situation, bietet ihr die Möglichkeit, dieses Erlebnis in ihr Erfahrungswissen zu integrieren.

*Szene: Blaue Blase wird kleiner und fließt ins EG. Hund wird wieder als Ganzes dargestellt. Marie geht daran vorbei.*

Das Beispiel veranschaulicht, wie das Wechselspiel von Extensionsgedächtnis und Objekterkennungssystem durch negativen Affekt moduliert wird. Ein schmerzhaftes oder Angst machendes Erlebnis aktiviert negativen Affekt und damit das Objekterkennungssystem: Nun sieht die Person Einzelheiten, die gefährlich sein könnten oder irgendwie unstimmig sind, ganz besonders deutlich. Würde sie diese Angstreaktion nie überwinden können, dann würde die Welt für sie aus einem Sammelsurium von einzelnen Angst machenden Erfahrungen bestehen, die überhaupt nicht miteinander verbunden sind. Den Extremfall nennt man in der Psychologie „Dissoziation“. Dann sind die einzelnen Erlebnisse ganz voneinander und auch vom Bewusstsein abgetrennt. Bewältigung kann man schlimme Erfahrungen nachhaltig, wenn man sie mit möglichst vielen hilfreichen Erfahrungen verknüpfen kann. Dazu muss jede einzelne negative Erfahrung ins Extensionsgedächtnis integriert werden. Das geht Hand in Hand einher mit einer Herabregulierung des negativen Affekts.

Als Fazit können wir festhalten: *Persönlichkeitsentwicklung* funktioniert umso besser, je besser gerade die psychischen Systeme zusammenarbeiten, die sich auf den ersten Blick zu bekämpfen scheinen. Die Zusammenarbeit zwischen zwei System funktioniert am besten, wenn man zwischen gegensätzlichen Gefühlen hin und her wechseln kann. Das nennen wir in der Psychologie *emotionale* Dialektik. Wenn jemand auf eine nüchterne Stimmung festgelegt ist, also Freude und andere positive Gefühle nicht stark zulässt, dann kann er zwar viele anspruchsvolle Absichten bilden und mag auch hehren Idealen verpflichtet sein, aber sein Intentionsgedächtnis kriegt das Ausführungssystem selten dazu, seine Absichten *auszuführen*. Dazu müsste er aus der nüchternen oder gedämpften Stimmung ab und zu in eine positive Stimmung *wechseln* können. Wer andererseits nur auf positive Stimmung festgelegt ist (wie das z. B. bei sehr extravertierten Menschen sein kann), muss allen Schwierigkeiten ausweichen und wird zum *Delegierungsexperten* (d. h. er gibt alle unangenehmen und anstrengenden Aufgaben an andere weiter), weil er sein eigenes Intentionsgedächtnis nicht dauerhaft aktivieren kann (dazu fehlt ihm die „Frustrationstoleranz“).

Analog ist die emotionale Dialektik bei der Bildung selbstkongruenter Absichten und Ziele: Wer auf negativen Affekt festgelegt ist, der kann zum *Unstimmigkeitsexperten* werden, d. h. er kann bei sich selbst und evtl. auch bei andern die Fehler sofort bemerken. Aber er kann aus Fehlern gar nicht wirklich lernen und er merkt oft auch nicht, dass er Ziele bildet, die nicht wirklich zu ihm selbst (d. h. zu den eigenen Bedürfnissen und Werten) passen. Das nennt man in der Psychologie Fremdbestimmung und Selbstinfiltration: Das Selbst wird von fremden Erwartungen und Zielen infiltriert, ohne dass das dem Betroffenen immer auch bewusst wird. Wirklich selbstkongruente Ziele könnte er nur bilden, wenn er den Zugang zum Extensionsgedächtnis hätte, der aber durch übermäßigen negativen Affekt versperrt ist. Wer andererseits auf eine gelassene Stimmung festgelegt ist (was heute schon fast ein Ideal westlicher Kulturen geworden ist: immer *cool* bleiben), der wird zwar selbstkongruente Ziele bilden und ziemlich selbstbewusst auftreten, aber sein Selbst bleibt ziemlich oberflächlich, es integriert zu wenig Lebenserfahrungen, besonders zu wenig schmerzhaft, aus denen man oft am meisten lernen kann. Wer dagegen die emotionale Dialektik zwischen Leidenschaft und Bewältigung beherrscht, der kann schmerzliche Erfahrungen wirklich aushalten, ohne ihnen immer nur ausweichen zu müssen, und bleibt andererseits nicht in ihnen stecken, weil er zum richtigen Zeitpunkt die negativen Gefühle herunterregulieren kann und die neuen Erfahrungen in das große Netzwerk seiner Lebenserfahrung integrieren kann.

Teil III Entwicklungsbedingungen
-------------------------------------

*Sprecher:* Im dritten Teil unserer Darstellung möchten wir uns anschauen, wie sich die selbstregulatorischen Fähigkeiten entwickeln. Wieso schaffen es manche Menschen sich selbst zu motivieren und andere nicht? Was passiert in einer guten Kindheit, in einer guten Freundschaft oder Liebesbeziehung oder in einer gelungenen Therapie, wenn Menschen lernen ihre Gefühle selbständig zu steuern? Schauen wir uns eine Schlüsselszene aus der Kindheit von Marie an.

*EG hat viele grüne und gelbe Blasen, wenig rote und blaue. Da kommt der besagte Hund und einige blauen Blasen wachsen an, das EG wird blasser und das OES stärker. Das Gesicht zeigt nun zunehmende Angst. In diesem Moment nimmt die Mutter das Kind auf den Arm, streichelt es und schaut ihm in die Augen. Sofort werden die blauen Blasen kleiner, die gelben und die grünen überwiegen wieder und das Kind lächelt. Parallel dazu wird das OES blasser und das EG wieder kräftiger in der Farbe/Größe/Strichdicke der Umrandung. Wenn die*

*beiden Systeme gleich stark sind (und die grünen/roten Blasen genauso viel wie die blauen und roten sind, dann fließt zwischen OES und EG die Information, z.B. das Wort „Hund“ fließt ins EG in einen Bereich, an dem „tut nichts“ steht. Gleichzeitig wird die Verbindung zwischen EG und OES stärker (z. B. der Kanal wird breiter und bekommt stärkere Begrenzungsstriche). Dann wird noch einmal die Szene aus Teil II wiederholt, wo die Selbstberuhigung selbständig funktionierte.*

*Sprecher:* Im Laufe der Entwicklung lernt das Selbstsystem, das ja der wichtigste Teil des Extensionsgedächtnisses ist, mit immer schwierigeren Situationen fertig zu werden. Manche Rückschläge oder gar Schicksalsschläge sind nicht so einfach mit der gelernten Selbstberuhigungsreaktion zu bewältigen. Das Selbst muss immer mehr und immer weiter vernetzte Sinnstrukturen bilden, die auch ganz schwierigen oder schmerzhaften Erlebnissen etwas Positives oder Sinnhaftes abgewinnen können. Das geht umso besser, je häufiger man Beziehungen erlebt hat, in denen ein Mensch solche positiven Deutungen, Trost und Sinn vermittelt hat.

Positiven Menschen zu begegnen reicht aber nicht. Wenn ich von den guten Gefühlen, die positive Menschen in mir auslösen können, nicht zeitlebens abhängig bleiben will, wenn ich das Positive, den Trost, die Beruhigung irgendwann *selbst* produzieren können will, dann muss noch etwas passieren: Dann muss mein Selbst (d. h. das Extensionsgedächtnis) mit dem Positiven und der Beruhigung verknüpft werden. Wie kann man erreichen, dass bei einem Kind, einem geliebten Partner, bei einem Ratsuchenden im Coaching oder bei einem Patienten in der Therapie das Selbst mit den beruhigenden oder motivierenden Impulsen der Bezugsperson dauerhaft verknüpft wird? Das Gehirn bildet Verknüpfungen, wenn die zu verknüpfenden Dinge kurz hintereinander oder gleichzeitig aktiviert sind. Ein Beispiel ist die Glocke, die Pawlow ein paar Mal kurz vor dem Zeigen des Futters erklingen ließ, dessen Anblick seinen Hunden das „Wasser im Mund zusammenlaufen“ ließ. Nach ein paar Kopplungen von Glocke und Futter, konnte er das Futter weglassen: Die Glocke löste die Speichelabsonderung allein aus. Genauso ist es beim Lernen von Selbstregulation: Das Selbst lernt nur dann, die Beruhigung der Gefühle „von selbst“ das heißt aus sich heraus auszulösen (d. h. ohne dass jemand da ist, der Trost spendet), wenn es ein paar Mal genau dann aktiviert war, wenn eine trostspendende oder beruhigende Person da war. Woran merkt aber die tröstende Person, dass das Selbst ihres Schützlings aktiviert ist, damit sie die Beruhigung auch wirklich genau dann auslösen kann, wenn das Selbst aktiv ist? Das Selbst einer Person ist solange aktiviert, wie ein Mensch sich als Person ernst genommen und verstanden fühlt (sonst wird das Selbst abgeschaltet und kann folglich auch nicht mit noch so beruhigenden, sinnstiftenden und positiven Gefühlen, die jemand bei mir auslöst, verknüpft werden).

Hier liegt der Grund, warum eine noch so positive Kindheit nicht immer zu der Fähigkeit verhilft, seine Gefühle zu regulieren und dadurch persönliche Kompetenzen wie Willensstärke und Selbstkongruenz zu entwickeln. Wenn die positiven Reaktionen der Eltern nicht gut abgestimmt waren auf die Selbstäußerungen des Kindes oder wenn sich das Kind in wichtigen Entwicklungsphasen nicht gut verstanden fühlte, dann sind die positiven Reaktionen zwar in dem Kind gespeichert (es ist vielleicht auch oft ganz fröhlich und beschreibt seine Kindheit auch so), aber die positiven Reaktionen sind nicht mit dem Selbst verknüpft, d. h. diese Person kann als Erwachsener durchaus ein ganz umgänglicher Typ sein, aber völlig hilflos werden, wenn ihn irgendein Erlebnis, das er nicht beschönigen oder in Arbeit ertränken kann, wirklich einmal fertig macht. Man kann so auch den Unterschied zwischen Verliebtheit und der tieferen, persönlichen Liebe erklären: Wenn eine wunderbare Verliebtheit nicht für eine dauerhafte Beziehung reicht, dann kann das daran liegen, dass die vielen positiven und bestätigenden Gefühle, die sich die Verliebten in der ersten Phase der Beziehung

entgegengebracht haben, doch nicht wirklich auf die *Person* des anderen abgestimmt waren. Auch wenn man das im „Rausch der ersten Gefühle“ gar nicht bemerkt, dann kann die Ernüchterung später kommen, nämlich genau dann, wenn man merkt, dass man sich als Person in der Beziehung gar nicht weiter entwickelt. Wenn andererseits die positiven Reaktionen der Partner mit einem echten gegenseitigen Verstehen einhergehen, dann werden sie eng mit den beiden Selbstsystemen verknüpft. Das nennen wir in der PSI-Theorie Systemkonditionierung.

Die Systemkonditionierung kann dazu führen, dass selbst Menschen, die in der Kindheit die Fähigkeit, Gefühle selbständig zu regulieren, nicht gelernt haben, und deshalb immer sehr stark andere Menschen zur Regulation ihrer Gefühle brauchen, in einer liebevollen Partnerschaft allmählich die emotionale Selbständigkeit entwickeln, die einen selbstbestimmten und beziehungsfähigen Erwachsenen ausmacht. Auf diese Weise erklärt die PSI-Theorie die Mechanismen, die einer alten Lebensweisheit zugrunde liegen: Für eine gesunde Entwicklung des einzelnen Menschen wie auch der menschlichen Gemeinschaft ist die Erfahrung *persönlicher* Liebe von ausschlaggebender Bedeutung. In vielen Märchen kommt diese Einsicht darin zum Ausdruck, dass der Märchenprinz oder die Märchenprinzessin erst dann die Erlösung bringt, wenn er seinen zukünftigen Partner durch alle Verkleidungen hindurch *erkennt*.

**Rainer Sachse**

## **Klärungsprozesse in der Psychotherapie**

### **1 Zur Notwendigkeit einer Schema-Klärung**

Bei Klärungsprozessen in der Psychotherapie geht es immer um die Klärung *problemrelevanter Schemata* (Young et al., 2005). Schemata sind kognitive oder affektive „Annahmen“, die eine Person in ihrer Biographie erworben hat, die durch Stimuli aktiviert werden und die, einmal aktiviert, die weitere Informationsverarbeitung steuern.

Es wird davon ausgegangen, dass Personen in ihrer Biographie Schemata lernen, die bei Aktivierung die Informationsverarbeitung, die Emotions- und Affektregulation sowie die Handlungsregulation der Person mitbestimmen (Sachse, 1992). Viele dieser Schemata sind funktional, doch einige sind dysfunktional: Sie determinieren problematisches Erleben und Handeln einer Person mit. Ihre Aktivierung führt zu Handlungen oder Handlungskonsequenzen, die sich für die Person kostenintensiv auswirken: Diese Schema-Aktivierungen führen zu negativen Stimmungen oder Emotionen, zu solchen Kognitionen oder Situationsinterpretationen, die mit angemessener Informationsverarbeitung interferieren oder (über Kognitionen, Affekte oder Emotionen) zu ungünstigem Verhalten. Diese dysfunktionalen Schemata, die derart ungünstiges Erleben und Verhalten determinieren, müssen zum Zielpunkt therapeutischer Bearbeitungs- und Veränderungsprozesse werden (Wilken, 1998). Bevor sie jedoch therapeutisch geprüft, hinterfragt, gehemmt und gezielt durch alternative Schemata „ersetzt“ werden können, müssen sie *geklärt* sein: Der Person selbst sowie dem Therapeuten muss deutlich sein, wie genau die relevanten Schemata heißen; die Person muss diese Schemata *kognitiv repräsentieren*, verstehen und kommunizieren können. Daher müssen diese Schemata *vor* einer therapeutischen Bearbeitung *Zielpunkt einer therapeutischen Klärung* werden (Sachse, 2003).

### **2 Schemata sind exekutive Gedächtnisstrukturen**

Theoretisch wird angenommen, dass sich Schemata in der Biographie durch (implizite) Schlussfolgerungen aus Erfahrungen bilden: Sie stellen somit „komprimierte“ Erfahrungen dar und kommen selbst auch durch Schlüsse zustande, die bereits durch Schemata beeinflusst

sein können; sie bilden daher nicht „die Erfahrung“ ab, sondern sind schon *Interpretationen* von Erfahrungen.

Schemata sind deshalb *exekutive Gedächtnisstrukturen*, deren Aktivierung Einfluss auf aktuell ablaufende Kognitionen, Emotionen, Affekte und Handlungen hat. Schemata werden durch relevante Situationen oder Situationsaspekte (bottom up) aktiviert und steuern dann (top down) die Exekutive durch aktuelle Kognitionen, Interpretationen, Affekte, Emotionen und Handlungsimpulse. Schemata sind *nicht* mit dem episodischen Gedächtnis (das Gedächtnissystem, das biographische Erinnerungen speichert) identisch, in dem biographische Episoden gespeichert sind. Das episodische Gedächtnis ist, anders als Schemata, nicht direkt relevant für aktuelle Verarbeitungsprozesse: Daher spielt die Bearbeitung dieses Gedächtnisses auch weder für die Klärung, noch für die Bearbeitung eine so zentrale Rolle (siehe dazu im Detail: Sachse, 1992).

### **3 Repräsentation von Schemata**

Schemata sind (zu einem großen Anteil) Teil des *impliziten* Gedächtnisses (vgl. Goschke, 1997), sie sind damit meist der Person *nicht kognitiv repräsentiert*: Die Person selbst kann diese Schemata meist nicht benennen, hat sie nicht bewusst zugänglich, kann sie deshalb (im sprachpsychologischen Sinne!) auch nicht verstehen: Dieser Zustand stellt sich dar als mangelnde kognitive Repräsentation. Diese ist besonders wahrscheinlich für sogenannte affektive Schemata, deren Aktivierung affektive Zustände auslöst sowie für motivationale Schemata, deren Aktivierung Handlungsimpulse erzeugt (Greenberg & Paivio, 1997). Aber auch rein kognitive Schemata sind der Person oft nicht valide repräsentiert (denn die „Theorie“, die die Person von den „Ursachen“ ihres Erlebens und Handelns hat, ist sehr oft *keine valide Repräsentation*, sondern lediglich eine Spekulation, eine sogenannte „Intellektualisierung“).

Will man Schemata durch verbale Therapieverfahren wie Kognitive Therapie verändern, dann müssen (psycho-)logischerweise die zu verändernden Schemata *kognitiv repräsentiert sein*: Die Person selbst sowie der Therapeut müssen wissen, welches die relevanten, die problematischen Erlebens- und Verhaltensweisen, die tatsächlich auslösenden Schemata sind, sie müssen diese Schemata benennen, sprachlich kommunizieren und verstehen können:

*Nur kognitiv repräsentierte Schemata können zum Zielpunkt therapeutischer Veränderungen werden!*

Daher ist *vor* einer Bearbeitung (Prüfung, Veränderung von Schemata, Entwicklung von Alternativschemata) relevanter Schemata eine Klärung dieser Schemata erforderlich!

Will man Schemata therapeutisch bearbeiten, dann ist es wichtig, die *wirklich* problemdeterminierenden Schemata in den Fokus zu nehmen und sich mit den wirklich *zentralen* Annahmen des Schemas auseinanderzusetzen (Sachse, 2003). Dies muss schon bei der Repräsentation berücksichtigt werden:

- Es müssen im Klärungsprozess die tatsächlich relevanten Schemata identifiziert und repräsentiert werden (nicht „irgendwelche“ Schemata der Person), d.h. es muss eine *valide Repräsentation* (d.h. es sollen diejenigen Gedächtnisinhalte repräsentiert werden, die auch tatsächlich im Schema gespeichert sind) erfolgen! Ist die Repräsentation nicht valide, dann arbeitet man an der Veränderung der tatsächlich problemdeterminierenden Schemata vorbei: Man verändert „irgendwelche“ Schemata, allerdings nicht die wirklich Relevanten!
- Es müssen von den relevanten Schemata die *zentralen* Schema-Aspekte repräsentiert werden, denn nur wenn die Therapie an den zentralen Aspekten ansetzt, kann sie maximale therapeutische Wirkungen entfalten: D.h., es muss eine *zentrale Repräsentation* erfolgen! Der Klärungsprozess muss deshalb *sehr gezielt* erfolgen, er muss in hohem Maße vom Therapeuten *gesteuert* werden.

Eine Repräsentation problematischer Schemata bedeutet somit, die tatsächlich relevanten Schemata valide zu repräsentieren und dabei die zentralen Schema-Aspekte zu erfassen.

#### **4 Schwierigkeiten der Schema-Klärung**

Die Klärung von Schemata, d.h. die Erarbeitung einer kognitiven Repräsentation von relevanten Schemata kann schwierig sein (Sachse, 1992; Sachse & Maus, 1991).

Relevante Schemata können kognitive Schemata sein: In diesem Fall liegen sie in einem kognitiven Repräsentationscode vor und sind kognitiv unmittelbar zugänglich: Ihre Aktivierung erzeugt „automatische Gedanken“, die eine Person unmittelbar verstehen kann. In vielen Fällen sind jedoch auch kognitive Schemata so implizit, dass ihre Repräsentierung über mehrere Schritte erfolgen muss. Der Person ist oft keineswegs klar, welches die Annahmen sind, deren Aktivierung die problematischen Verarbeitungen auslöst. Man muss auch annehmen, dass

„automatische Gedanken“ die tatsächlichen Annahmen nicht eins-zu-eins abbilden, denn automatische Gedanken sind bereits Verarbeitungen, die lediglich durch Schemata angestoßen, „getriggert“ sind: Klärung von Schemata ist daher *nicht* identisch mit einer Sammlung „automatischer Gedanken“.

Deutlich schwieriger ist die Situation noch bei affektiven oder motivationalen Schemata: Sie liegen nicht in einem kognitiven Repräsentationscode (Grawe, 2004; Perrig et al., 1993) vor und müssen erst in einen solchen „übersetzt“ werden: Hierzu sind besondere Klärungsprozesse notwendig, die als „Explizierungsprozesse“ bezeichnet werden. Ergibt sich die Repräsentation eines Schemas nicht „von selbst“ dadurch, dass der Person der Schema-Inhalt unmittelbar evident ist (z.B. über entsprechende „automatische Gedanken“), dann sollte ein Therapeut gezielt Techniken der Klärung einsetzen, um dem Patienten effektiv bei der Bildung valider kognitiver Repräsentationen zu helfen.

## **5 Prinzipielle Vorgehensweisen zur Klärung relevanter Schemata**

Empirische Forschungen zeigen, dass Klärungsprozesse für die Erzielung von Therapieerfolgen relevant sind (vgl. Sachse, 1990a, 1990b, 1990c, 1990d, 1991a, 1991b, 1991c, 1992, 1993; Sachse & Takens, 2003) und sie zeigen, welche Vorgehensweisen Therapeuten im Therapieprozess realisieren müssen, um Patienten eine valide Repräsentation relevanter Schemata und Motive zu ermöglichen:

1. Die Therapeuten müssen die therapeutische Beziehung zum Patienten zunächst gezielt so gestalten, dass Patienten dem Therapeuten vertrauen, dann öffnen sich die Patienten und lassen sich auf Klärungsprozesse ein. Eine aktive, effektive und zielgerichtete Beziehungsgestaltung durch den Therapeuten ist damit eine *unverzichtbare Voraussetzung* für effektive Klärungsprozesse (Sachse, 2006).

Der Therapeut gestaltet eine vertrauensvolle Arbeitsbeziehung zum Patienten dabei einmal durch Methoden der *allgemeinen Beziehungsgestaltung*, indem er hohe Empathie, Akzeptierung, Wertschätzung, Signalkongruenz und Kompetenz realisiert, zum anderen durch Methoden der komplementären Beziehungsgestaltung, indem er sich zu den Plänen oder zentralen Beziehungsmotiven (Sachse, 2006) des Patienten komplementär (d.h. „bedürfnisbefriedigend“) verhält: Dadurch baut der Therapeut ein hohes Maß von personalem und Kompetenzvertrauen beim Patienten auf, aufgrund dessen der Patient sich öffnen und sich selbst problematischen, z.T. hoch selbstwertbelastenden Schemata stellen kann.

2. Therapeuten müssen die Perspektive des Patienten *internalisieren*: Patienten müssen „internale Daten“ wahrnehmen, z.B. Gedanken, Affekte, Emotionen oder Handlungsimpulse in konkreten Problem-Situationen, um eigene Schemata valide rekonstruieren zu können. Bleiben Patienten dagegen in einer „externalen Perspektive“, beachten sie Situationen oder Verhalten und nicht ihre eigenen Gedanken, Interpretationen, Gefühle und Handlungsimpulse, dann kommen Klärungsprozesse relevanter Schemata und Motive auch nicht in Gang. Schildert ein Patient z.B. ein Ereignis, das ihm passiert ist, bedeutet eine Internalisierung der Perspektive, dass der Patient seine Aufmerksamkeit auf die Frage richtet, welche Gedanken, Gefühle, Handlungsimpulse u.ä. es *bei ihm* auslöst.

*Internalisierung der Perspektive ist eine Voraussetzung für Klärungsprozesse!*

Denn nur wenn ein Patient den Fokus seiner Aufmerksamkeit nach innen lenkt und eigene Gedanken, Gefühle und Handlungsimpulse wahrnimmt, kann er erkennen, was genau eine betreffende Situation in ihm auslöst: Und diese aktuellen Prozesse sind dann die *Daten*, aus denen man auf die zugrunde liegenden Schemata Schritt für Schritt schließen kann. Ohne eine sorgfältige Beachtung dieser Ausgangsdaten ist eine Rekonstruktion der relevanten Schemata nicht möglich.

Therapeuten müssen daher immer und immer wieder durch entsprechende Interventionen („Was löst die Situation in Ihnen aus?“, „Was fühlen Sie in der Situation?“, „Was geht Ihnen durch den Kopf?“ usw.) den Patienten dazu anleiten, seine Aufmerksamkeit auf *internal* ablaufende Prozesse zu richten und zunächst einmal diese Daten sorgfältig zur Kenntnis zu nehmen: Nicht die Situation selbst ist relevant (außer für eine Aktivierung der Schemata und aktuellen Verarbeitungsprozesse), sondern relevant ist das, was die Situation in der Person auslöst, welche Schemata sie aktiviert und welche aktuellen Prozesse durch diese Schema-Aktivierung ausgelöst werden.

3. Therapeuten müssen alle Verarbeitungsprozesse des Patienten, die zur Klärung relevant sind, gezielt *steuern*, also den Patienten gezielt *Bearbeitungsangebote* machen, da diese, wie empirische Analysen zeigen, die relevanten Prozesse *nicht von sich aus initiieren können*. Therapeuten müssen daher in hohem Maße *prozessdirektiv* sein.

Therapeuten sollten dabei mit ihrer Direktivität immer an „der Kante des Möglichen“ arbeiten: Sie sollten den Patienten immer an den Inhalten halten, die der Patient gerade

noch bereit ist zu bearbeiten (wo Annäherungs- und Vermeidungstendenz gleich stark sind) und die einen Schritt über das hinausführen, was der Patient im Augenblick schon repräsentieren und verstehen kann. Dadurch wird der Patient veranlasst, sich immer mit neuen Fragestellungen zu befassen und immer an den unangenehmen Schema-Inhalten zu bleiben, also nicht, wie sonst immer, die Konfrontation mit unangenehmen Inhalten zu vermeiden. Der Patient macht hier, ähnlich wie bei Reizkonfrontationen, die Erfahrung, dass er die unangenehmen Inhalte durchaus aushalten kann und wird damit veranlasst, sich langsam immer unangenehmeren Inhalten zu stellen: So schreitet der Klärungsprozess Schritt für Schritt voran.

4. Während der Klärungsprozesse sollten Therapeuten aber *so gut wie keine inhaltlichen Vorgaben* machen, um eine valide Repräsentation relevanter Schemata und Motive nicht zu stören.

Wichtig ist, wie ausgeführt, die *tatsächlichen Inhalte des Schemas zutreffend zu repräsentieren*: Was diese sind, kann aber letztlich nur der Patient beurteilen. Therapeuten können dem Patienten aktiv helfen, indem sie das, was dieser meint, aber noch nicht in Worte fassen kann, bereits zu formulieren: Dabei sagen sie aber immer nur das, was der Patient bereits meint und sie müssen immer prüfen, ob dieser eine solche sogenannte „Explizierung“ akzeptieren kann. Therapeuten sollten aber den Patienten keine Inhalte vorgeben, von denen noch nicht klar ist, dass dieser sie auch tatsächlich meint, denn dadurch können sie dem Patienten nahe legen, Annahmen über die Schemata zu machen, die gar nicht mit den tatsächlichen Schemata übereinstimmen: Bei der weiteren Bearbeitung ändert man dann *diese*, eigentlich völlig irrelevanten Annahmen und lässt damit logischerweise die wirklich relevanten Schemata unangetastet – ein kardinaler therapeutischer Fehler!

5. Therapeuten sollten jedoch den Patienten durch Explizierungen aktiv bei der Repräsentation relevanter Inhalte helfen, also den Patienten sehr gut und sehr tief verstehen und dem Patienten dieses Verstehen zur Verfügung stellen.

*Explizierungen* der Therapeuten sind hier extrem hilfreich: Wenn der Therapeut versteht, d.h. belegbar rekonstruieren kann, was ein Patient meint, aber noch nicht formulieren kann oder versteht, welche Annahmen der Patient hat, die er aber noch selbst nicht repräsentiert hat, dann kann er sein Verstehen nutzen, um das vom Patienten Gemeinte in Worte zu fassen und es dem Patienten als Hypothese vorzuschlagen. Akzeptiert der Patient dann den Vorschlag, hat der Patient den Eindruck, dass die Aussage des Therapeuten ge-

nau das trifft, was er selbst meint, dann macht der Klärungsprozess einen „qualitativen Sprung“: Dem Patienten werden schlagartig wichtige Aspekte bewusst und er kann Aspekte des Schemas repräsentieren, die er bisher nicht repräsentieren konnte. Der Patient muss deshalb im Therapieprozess nicht „auf alles selber kommen“, der Therapeut kann ihm (wenn und falls er den Patienten sehr gut versteht!) aktiv im Klärungsprozess helfen und er sollte das auch tun! Jedoch erfordert das eine sehr hohe *Expertise* vom Therapeuten: Therapeuten müssen in der Lage sein, Patienten sehr gut und „tief“ zu verstehen, um tatsächlich zutreffende Explizierungen machen zu können; meiner Erfahrung nach erfordert dies sehr viel spezielles Training.

6. Therapeuten müssen Schemata des Patienten gezielt *aktivieren*: Nur aktivierte Schemata können geklärt oder verändert werden. Werden die relevanten Schemata des Patienten nicht aktiviert, dann besteht die akute Gefahr, dass Patienten Informationen *über* die Schemata geben: Informationen aus dem episodischen Gedächtnis, subjektive Theorien usw. Dadurch können die tatsächlichen Schemata aber keineswegs geklärt werden.

Therapeuten machen, vor allem wenn sie unerfahren sind, immer wieder den Fehler, „Theorien des Patienten über seine Schemata“ für Schemata selbst zu halten, aber das ist ein schwerwiegender Fehler, denn die Theorien der Patienten sind, wie man in Klärungsprozessen immer wieder feststellt, zu einem extrem hohen Prozentsatz unzutreffend: Da ein tatsächlicher Klärungsprozess für Patienten sehr schwierig ist, behelfen sich Patienten meist mit Spekulationen über die „Ursachen“ ihrer Probleme und damit produzieren sie Theorien, die *nicht annähernd datengestützt sind!* Man kann aber relevante Schemata nur dann valide klären, wenn man sie aktiviert hat und den dabei ausgelösten aktuellen Prozessen (Kognitionen, Affekten, Handlungsimpulsen) als relevante Daten folgt! Im Grunde ist das eine gedächtnispsychologische Trivialität, die aber leider immer wieder im Therapieprozess hartnäckig ignoriert wird. Grawe (Grawe et al., 1994) nennt diese Aktivierung „Problemaktualisierung“ und hat deren Relevanz empirisch längst nachgewiesen.

7. Therapeuten müssen *an gezielten Fragestellungen arbeiten*: Erst das gezielte Verfolgen von Fragestellungen ermöglicht eine schrittweise Repräsentation relevanter Schemata. Klärungsprozesse (und auch Bearbeitungen als Arbeit an einer Veränderung von Schemata) sind, das zeigen empirische Analysen, langwierige und für Patienten schwierige Prozesse: Patienten müssen daher längere Zeit kontinuierlich gezielten Fragestellungen fol-

gen, an der Klärung arbeiten. Um Schemata damit Schritt für Schritt repräsentieren zu können.

8. Therapeuten müssen Patienten *am Thema halten*, den Bearbeitungsprozess von Patienten aktiv unterstützen und Schwierigkeiten im Prozess aktiv bearbeiten; Therapeuten müssen *prozessdirektiv* sein, da Patienten für sich allein ihre Schemata nicht klären können.

9. Der Klärungsprozess ist ein Prozess, bei dem der Therapeut ein *datengestütztes Modell* über das relevante Schema eines Patienten bildet; er generiert hypothesengeleitet Fragen oder Explikationen (er fasst das von ihm Rekonstruierte in Worte, damit der Patient es prüfen kann), die den Patienten anregen, weiter im Gedächtnis zu forschen, welches die relevanten Annahmen sind und wie man sie *so* in Kognitionen und Worte fassen kann, dass diese die tatsächlichen Inhalte der Schemata auch tatsächlich abbilden. Dabei ist der *Therapeut der Experte für das Prozessgeschehen*: Er leitet den Patienten gezielt an, seine Aufmerksamkeit zu steuern, Fragestellungen zu folgen, Inhalte in Begriffe zu fassen, zu prüfen, ob Begriffe die relevanten Inhalte präzise abbilden usw. *Der Therapeut steuert den Klärungsprozess, den der Patient durchführt.*

Dagegen ist der *Patient Experte für die Inhalte*: Nur der Patient kann in seinem Gedächtnis nachforschen, Inhalte explizit machen und prüfen, ob diese Explikationen die Inhalte auch tatsächlich valide abbilden.

Der Erfolg dieses Prozesses hängt von *beiden* Experten ab: Der Therapeut muss angemessen steuern und der Patient muss die Interventionen des Therapeuten ausführen (wollen und können).

10. Die Repräsentation eines Schemas kann als valide gelten, wenn der Patient

- den Eindruck hat, dass er für die Schema-Inhalte Begriffe gefunden hat, die für ihn die Inhalte stimmig abbilden,
- den Eindruck hat, dass alle relevanten Schema-Inhalte in Begriffen abgebildet sind *und* wenn der Therapeut
- in seinem Modell zu einem in sich stimmigen Modell über die Schemata gekommen ist, in dem keine Inhalte fehlen,
- aufgrund dieses Modells des problematischen Erlebens und Handelns des Patienten psychologisch sinnvoll erklären kann.

Das Vorgehen der Klärung impliziert damit, dass ein Therapeut

1. eine vertrauensvolle Beziehung gestaltet,
2. eine Internalisierung der Perspektive vornimmt,
3. eine Steuerung der Bearbeitung leistet,
4. keine inhaltlichen Vorgaben macht,
5. den Klärungsprozess aktiv unterstützt,
6. Schemata aktiviert,
7. Fragestellungen aufwirft,
8. den Patienten am Thema hält,
9. ein Modell über den Patienten bildet,
10. die Klärung fortsetzt, bis diese als valide gelten kann.

## **6 Mikro-Ebene von Psychotherapie**

Um Klärungsprozesse durchzuführen (auf Seiten des Patienten) und zu steuern (auf Seiten des Therapeuten) muss man sich auf die *Mikro-Ebene* der Psychotherapie konzentrieren: Man muss analysieren, welche konkreten Situationen sich ein Patient *hier und jetzt* vorstellt, um ein Schema zu aktivieren; man muss analysieren, welche aktuellen Kognitionen, Affekte usw. durch die Schema-Aktivierung aktuell erzeugt werden; man muss diese Daten nun aktuell nutzen, um weitergehende Fragestellungen zu entwickeln; diese weiterführenden Fragestellungen führen zu neuen, aktuellen Interventionen des Therapeuten und diese regen aktuell neue Prozesse beim Patienten an.

Klärung bedeutet, dass man therapeutisch mit dem arbeitet, was genau jetzt, aktuell im Therapieprozess passiert und dies zum Anlass nimmt, von diesem „Punkt des Verstehens“ ausgehend, neue Fragestellungen und Interventionen zu generieren.

Als Therapeut muss man deshalb immer aktuell ein Modell darüber bilden, was man bereits vom Patienten verstanden hat, was man noch nicht verstanden hat und welches die nun anstehenden Klärungsschritte sind: Man bildet übergreifende Modelle, muss sich jedoch immer an den aktuell einlaufenden „Daten“ orientieren. Man kann den Therapieprozess so auch nicht planen oder gar „manualisieren“; denn das, was man als Therapeut nun konkret tun kann, welche Prozesse man beim Patienten aktuell anregen kann und sollte, hängt immer davon ab, was der Patient zum jetzigen Zeitpunkt schon repräsentiert hat (denn davon muss man ausgehen), welche Schemata der Patient jetzt aktuell aktiviert hat (denn nur die kann man klären);

zu welchen Prozessen der Patient aktuell bereit ist (denn das zeigt die „Kante des Möglichen“ auf). Alle diese Aspekte muss ein Therapeut „in Echtzeit“ verarbeiten, berücksichtigen, um als Experte „das Richtige zur richtigen Zeit zu tun“: Er kann sich dabei nur an seinem Wissen und seiner Kompetenz orientieren, die, erkennbarerweise, recht hoch sein muss. Was als nächstes im Prozess passiert, ist zwar kurzfristig relativ gut abschätzbar aus dem unmittelbar gegebenen Zustand des Patienten, es ist jedoch *langfristig nicht vorhersehbar* und damit auch nicht planbar. Dennoch könnten Therapeuten aufgrund ihrer Expertise die Patienten-Prozesse sehr gut und konstruktiv steuern: Sie tun es, indem sie aktuell aufgrund ihres Wissens verstehen, was jeweils im Therapieprozess abläuft und indem sie aufgrund ihrer Kompetenz jeweils entscheiden können, welche Patienten-Prozesse sie durch gezielte Interventionen jeweils anregen. Am Ende dieser Prozesse stehen gute, präzise und valide rekonstruierte Schemata, die eine gute Grundlage für weitere kognitive Bearbeitungsprozesse liefern.

## **7 Zusammenfassung**

Klärungsprozesse in der Psychotherapie sind solche therapeutischen Prozesse, bei denen durch modellgesteuerte und hochgradig zielgerichtete Interventionen von Therapeuten solche dysfunktionalen Schemata von Patienten herausgearbeitet werden, sodass diese dann in einem weiteren Therapieschritt, z.B. mit kognitiven Therapiemethoden, effektiv bearbeitet werden können.

Klärungsprozesse werden sowohl auf theoretischer, als auch auf praktischer Ebene sehr stark in der Allgemeinen Psychologie verankert und sind durch viele Prozessstudien sehr gut empirisch belegt, sodass sie als ein Bestandteil der Verhaltenstherapie aufgefasst werden können. Eine weitere Integration in Vorgehensweisen der Kognitiven Therapie wird in den nächsten Jahren stattfinden.

## **8 Literatur**

- Goschke, T. (1997). Implicit learning and unconscious knowledge: Mental representation, computational mechanisms, and neural structures. In: K. Lamberts & D. Shanks (Eds.), *Knowledge, concept and categories*, 247-333. Hove, UK: Psychology Press.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel*. Göttingen: Hogrefe.

- Greenberg, L.S. & Paivio, S.C. (1997). *Working with Emotions in Psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Perrig, W.J., Wippich, W. & Perrig-Chicello, P. (1993). *Unbewusste Informationsverarbeitung*. Bern: Huber.
- Sachse, R. (1990a). Concrete interventions are crucial: The influence of therapist's processing-proposals on the client's intra-personal exploration. In: G. Lietaer, J. Rombaux & R. van Balen (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties*, 295-308. Leuven: University Press.
- Sachse, R. (1990b). The influence of therapists' processing proposals on the explication process of the client. *Person-Centered Review*, 5, 321-344.
- Sachse, R. (1990c). Acting purposefully in client-centered therapy. In: P.J.D. Drenth, J.A. Sergeant & R.-J. Takens (Eds.), *European perspectives in psychology*, 1, 65-80. New York: Wiley.
- Sachse, R. (1990d). Schwierigkeiten im Explizierungsprozeß psychosomatischer Klienten: Zur Bedeutung von Verstehen und Prozeßdirektivität. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 38, 191-205.
- Sachse, R. (1991a). Gesprächspsychotherapie als „affektive Psychotherapie“: Bericht über ein Forschungsprojekt. Teil 1 in *GwG-Zeitschrift* 83, 30-42. Teil 2 in *GwG-Zeitschrift* 84, 32-40.
- Sachse, R. (1991b). *Potentials and difficulties of the process of understanding in psychotherapy: The concept of „empathic understanding“ as viewed in psycholinguistics and cognitive psychology*. Berichte aus der Arbeitseinheit Klinische Psychologie, Fakultät für Psychologie, Ruhr-Universität Bochum, 73.
- Sachse, R. (1991c). Spezifische Wirkfaktoren in der Klientenzentrierten Psychotherapie: Zur Bedeutung von Bearbeitungsangeboten und Inhaltsbezügen. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 23, 157-171.
- Sachse, R. (1992). *Zielorientierte Gesprächspsychotherapie – Eine grundlegende Neukonzeption*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (1993). The effects of intervention phrasing of therapist-client communication. *Psychotherapy research*, 3, 4, 260-277.
- Sachse, R. (2003). *Klärungsorientierte Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2006). *Therapeutische Beziehungsgestaltung*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. & Maus, C. (1991). *Zielorientiertes Handeln in der Gesprächspsychotherapie*. Stuttgart: Kohlhammer.

Sachse, R. & Takens, R.J. (2003). *Klärungsprozesse in der Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.

Wilken, B. (1998). *Methoden der Kognitiven Umstrukturierung*. Stuttgart: Kohlhammer.

Young, J.E., Kloska, J.S. & Weishaar, M.E. (2005). *Schema-Therapie*. Paderborn: Janfermann.

**Weiterführende Literatur:**

Sachse, R. (2003). *Klärungsorientierte Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.

## **Kapitel 2:**

### **Rainer Sachse: Klärungsorientierte Psychotherapie**

#### **2.1 Entwicklung der Klärungsorientierten Psychotherapie**

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

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

#### **2.2 Ziele der Klärungsorientierten Psychotherapie**

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

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

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

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

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

### **2.3 Grundlagen der Klärungsorientierten Psychotherapie**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **2.4 Die Elemente der Klärungsorientierten Psychotherapie**

### 2.4.1 Beziehung als Grundlage der Klärung

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

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

#### 2.4.2 Das Konzept der drei therapeutischen Ebenen

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

- Inhaltsebene,
- Bearbeitungsebene,
- Beziehungsebene.

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

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

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

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

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

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

#### 2.4.2.1 Inhaltsebene

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

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

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

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

Die Inhaltsebene bezieht sich daher auf Fragen wie:

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

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

#### 2.4.2.2 Bearbeitungsebene

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

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

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

Die Bearbeitungsebene bezieht sich daher auf Fragen wie:

- Wie geht ein Klient selbst mit seinen Problemen um?

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

Die Bearbeitungsebene umfasst weiterhin Fragen wie:

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

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

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

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

#### 2.4.2.3 Beziehungsebene

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

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

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

#### 2.4.3 Klärungsprozesse

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

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

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

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

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

#### 2.4.4 Integration, Umstrukturierung

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

## 2.5 Charakteristika der Klärungsorientierten Psychotherapie

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

1. Klärungsorientierte Psychotherapie ist sehr stark in der Psychologie verankert: In der Emotions- und Motivationspsychologie (vgl. Kuhl, 1999), in der Kognitionspsychologie (vgl. Dalgleish & Power, 1999), in der Sprach- und Wissenspsychologie (vgl. Hörmann, 1976; Herrmann, 1982, 1984; Herrmann & Grabowski, 1994). Damit ist KOP auch keineswegs ausschließlich, ja nicht einmal überwiegend in der Lernpsychologie verankert, denn schematheoretische Überlegungen, Konzepte der Alienation, der affektiven Verarbeitungsprozesse, der Repräsentation, der Selbstregulation, sind von zentralerer Bedeutung als einfache Lernprozesse. Alle diese Prozesse sind jedoch heute in der wissenschaftlichen Psychologie sehr gut konzipiert und empirisch abgesichert, sodass KOP in sehr hohem Maße in der wissenschaftlichen Psychologie verankert ist.

2. Therapeuten bilden auf der Grundlage ihres Wissens mentale Modelle von Klienten, die ihnen als Grundlage für Indikationsentscheidungen dienen, für die Entwicklung therapeutischer Ziele, Strategien und Interventionen. Die Therapeuten sind daher Experten: für Beziehungsgestaltung, für Klärung, für Umstrukturierung von Schemata (vgl. Becker & Sachse, 1997; Sachse, 1992a, 1992b, 1992c).

Damit gilt in der KOP,

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

3. Der therapeutische Klärungsprozess wird nicht als ein linearer, planbarer oder vorausbestimmbarer Prozess betrachtet, sondern vielmehr als ein rekursiver, von heuristischen Regeln bestimmter Prozess, der immer wieder vom Therapeuten neu rekonstruiert und gesteuert werden muss (vgl. Grawe, 1988b, 1998). Welche Schemata beim Klienten wann und wodurch aktiviert werden, zugänglich und bearbeitbar werden, welche Informationen ein Klient wann bereit ist, dem Therapeuten zu geben, das alles kann zwar durch therapeutische Interventionen *beeinflusst, jedoch nicht sicher vorhergesagt werden*. Therapeuten müssen daher flexibel handeln können und können auch Therapien nie sicher langfristig planen (vgl. das Kapitel 13 in diesem Band). Folgt ein Therapeut dann jedoch einer „Klärungsspur“, dann sollte er diese auch (eine ganze Zeit lang) konsequent verfolgen.
4. Klärungsorientierte Psychotherapie ist hochgradig störungsspezifisch: Es wird davon ausgegangen, dass Klienten mit unterschiedlichen psychischen Störungen unterschiedliche psychologische „Funktionsweisen“ und unterschiedliche therapeutische Eingangsvoraussetzungen aufweisen, sodass der Klient sich in der Beziehungsgestaltung, in der Anregung von Klärungsprozessen und der Integration von Schemata hochgradig an die Klienten anpassen muss. Für eine Vielzahl psychischer Störungen sind in der Klärungsorientierten Psychotherapie bereits störungsspezifische Therapiekonzepte entwickelt worden, z.B. für psychosomatische Störungen, Persönlichkeitsstörungen, Ängste, Depressionen, Abhängigkeitserkrankungen (vgl. Sachse, 1995a, 2000a, 2004a, 2004b; Sachse et al., 2002; siehe auch das Kapitel 4 in diesem Band).
5. Das *Menschenbild* der KOP geht davon aus, dass Menschen selbstorganisierende, autonome Personen sind, die Entscheidungen treffen und treffen können sollten, die auf ihren Motiven basieren und die in der Lage sein sollten, ihre Ziele anzustreben, ohne dabei wesentlich von kostenintensiven, dysfunktionalen Schemata gestört zu werden. Werden sie durch dysfunktionale Schemata beeinträchtigt oder haben sie keinen Zugang zu ihren Motiven, dann ist ihre Selbstregulation entscheidend gestört. Ziel der KOP ist es damit, die Selbstregulation der Personen wiederherzustellen und damit Kosten zu reduzieren und „Symptome“ abzubauen.  
Das Ziel der Therapie ist damit *sekundär* schon, Symptome zum Verschwinden zu bringen, *primär* ist es jedoch, die Selbstregulation zu stärken, Klienten damit zu emanzipieren, sie aber auch in die Lage zu versetzen, sich anzupassen, soweit sie dies

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

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

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

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

## 2.6 Spezielle Expertise der Klärungsorientierten Psychotherapie

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

Diese besondere *Expertise* bezieht sich auf folgende Bereiche:

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

Therapeuten sowie elaborierte Rating-Verfahren des Therapieprozesses abgeleitet wurden.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Therapeutische Strategien zum Umgang mit schwierigen Interaktionssituationen.

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

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

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

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

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

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

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

## **2.7 Klärungsorientierte Psychotherapie als Teil einer Psychologischen Psychotherapie**

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

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

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

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

Tabelle 1: Therapeutische Ebenen und Wirkprinzipien

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*Bewältigung* auf der Beziehungsebene schließlich beinhaltet das Training alternativen Beziehungsverhalten.

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

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

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

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

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

## **Literatur**

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

Brunstein, J.C. (1993). Personal goals and subjective well-being: A longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 1061-1070.

Brunstein, J.C., Lautenschlager, U., Nawroth, B., Pöhlmann, K. & Schultheiß, O. (1995). Persönliches Anliegen, soziale Motive und emotionales Wohlbefinden. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 16, 1-10.

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

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

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

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

- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (1999). Wie kann Psychotherapie noch wirksamer werden? *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 2, 185-199.
- Grawe, K. & Caspar, F.M. (1984). Die Plananalyse als Konzept und Instrument für die Psychotherapieforschung. In Baumann, U. (Hrsg.), *Psychotherapieforschung. Makro- und Mikroperspektive*, 177-197. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K., Caspar, F.M. & Ambühl, H. (1990a). Differentielle Psychotherapieforschung: Vier Therapieformen im Vergleich: Prozessvergleich. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 19 (4), 316-337.
- Grawe, K., Caspar, F.M. & Ambühl, H. (1990b). Die Berner Therapievergleichsstudie: Wirkungsvergleich und differentielle Indikation. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 19 (4), 338-361.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K., Regli, D., Smith, E. & Dick, A. (1999). Wirkfaktorenanalyse – ein Spektroskop für die Psychotherapie. ? *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 2, 201-225.
- 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.
- Greenberg, L.S., Rice, L.N. & Elliott, R. (1993). *Facilitating emotional change: The moment-by-moment process*. New York: Guilford.
- Herrmann, T. (1969). *Lehrbuch der empirischen Persönlichkeitsforschung*. Göttingen: Hogrefe.
- Herrmann, T. (1982). *Sprechen und Situation*. Berlin: Springer.
- Herrmann, T. (1984). „Sprachverstehen“ und das Verstehen von Sprechern. In: J. Engelkamp (Hrsg.), *Psychologische Aspekte des Verstehens*, 15-30. Berlin: Springer.
- Herrmann, T. & Grabowski, J. (1994). *Sprechen – Psychologie der Sprachproduktion*. Berlin: Spektrum Akademischer Verlag.

- Hörmann, H. (1976). *Meinen und Verstehen: Grundzüge einer psychologischen Semantik*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Kuhl, J. (1999). *Motivation und Persönlichkeit*. Göttingen: Hogrefe.
- Kuhl, J. & Beckmann, J. (1994). Alienation: Ignoring one's preferences. In Kuhl, J. & Beckmann, J. (Eds.), *Volition and Personality: Action versus state orientation*, 375-390. Göttingen: Hogrefe.
- Orlinsky, D.E., Grawe, K., & Parks, B.K. (1994). Process and outcome in psychotherapy. In: A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behaviour change, 4<sup>th</sup> edition*, 270-276. New York: Wiley.
- Sachse, R. (1986). Gesprächspsychotherapie. *Kurseinheit zum Kurs „Formen der Psychotherapie“ im Projekt „Wege zum Menschen“ der Fern-Universität Hagen*.
- Sachse, R. (1988). Das Konzept des empathischen Verstehens: Versuch einer sprachpsychologischen Klärung und Konsequenzen für das therapeutische Handeln. In GwG (Hrsg.), *Orientierung an der Person: Diesseits und Jenseits von Psychotherapie, Bd. 2*, 162-174. Köln: GwG.
- Sachse, R. (1989). Zur allgemeinpsychologischen Fundierung von Klientenzentrierter Therapie: Die Theorien zur „Konzeptgesteuerten Informationsverarbeitung“ und ihre Bedeutung für den Verstehensprozeß. In: R. Sachse & J. Howe (Hrsg.), *Zur Zukunft der Klientenzentrierten Psychotherapie*, 76-101. Heidelberg: Asanger.
- Sachse, R. (1990a). Concrete interventions are crucial: The influence of therapist's processing-proposals on the client's intra-personal exploration. In: G. Lietaer, J. Rombauts & R. van Balen (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties*, 295-308. Leuven: University Press.
- Sachse, R. (1990b). The influence of therapists' processing proposals on the explication process of the client. *Person-Centered Review*, 5, 321-344.
- Sachse, R. (1990c). Acting purposefully in client-centered therapy. In: P.J.D. Drenth, J.A. Sergeant & R.-J. Takens (Eds.), *European perspectives in psychology, 1*, 65-80. New York: Wiley.
- Sachse, R. (1990d). Schwierigkeiten im Explizierungsprozeß psychosomatischer Klienten: Zur Bedeutung von Verstehen und Prozeßdirektivität. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 38, 191-205.
- Sachse, R. (1991a). Zielorientiertes Handeln in der Gesprächspsychotherapie: Steuerung des Explizierungsprozesses von Klienten durch zentrale Bearbeitungsangebote des

- Therapeuten. In: D. Schulte (Hrsg.), *Therapeutische Entscheidungen*, 89-106. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (1991b). Gesprächspsychotherapie als „affektive Psychotherapie“: Bericht über ein Forschungsprojekt. Teil 1 in *GwG-Zeitschrift* 83, 30-42. Teil 2 in *GwG-Zeitschrift* 84, 32-40.
- Sachse, R. (1991c). Spezifische Wirkfaktoren in der Klientenzentrierten Psychotherapie: Zur Bedeutung von Bearbeitungsangeboten und Inhaltsbezügen. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 23, 157-171.
- Sachse, R. (1992a). *Zielorientierte Gesprächspsychotherapie – Eine grundlegende Neukonzeption*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (1992b). Informationsverarbeitungs- und Handlungsplanungsprozesse bei Psychotherapeuten. In: L. Montada (Hrsg.), *Bericht über den 38. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Trier, 2*, 942-946. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (1992c). Psychotherapie als komplexe Aufgabe: Verarbeitungs-, Intentionsbildungs- und Handlungsplanungsprozesse bei Psychotherapeuten. In: R. Sachse, G. Lietaer & W.B. Stiles (Hrsg.), *Neue Handlungskonzepte der Klientenzentrierten Psychotherapie*, 109-112. Heidelberg: Asanger.
- Sachse, R. (1993a). The effects of intervention phrasing of therapist-client communication. *Psychotherapy research*, 3, 4, 260-277.
- Sachse, R. (1993b). Gesprächspsychotherapie mit psychosomatischen Klienten: Eine theoretische Begründung der Indikation. In: L. Teusch und J. Finke (Hrsg.), *Die Explizierung der Krankheitslehre der Gesprächspsychotherapie auf der Ebene eines sprachpsychologischen Modells*, 173-193. Heidelberg: Asanger.
- Sachse, R. (1993c). Empathie. In: A. Schorr (Hrsg.), *Handwörterbuch der Angewandten Psychologie*, 170-173. Bonn: Deutscher Psychologen-Verlag.
- Sachse, R. (1994). Veränderungsprozesse im Verlauf Klientenzentrierter Behandlung psychosomatischer Patienten. In: K. Pawlik (Hrsg.), *39. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie*, 601-602. Hamburg: Psychologisches Institut I der Universität Hamburg.
- Sachse, R. (1995a). *Der psychosomatische Klient in der Praxis: Grundlagen einer effektiven Therapie mit „schwierigen“ Klienten*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Sachse, R. (1995b). Zielorientierte Gesprächspsychotherapie: Effektive psychotherapeutische Strategien bei Klienten und Klientinnen mit psychosomatischen Magen-Darm-

- Erkrankungen. In: J. Eckert (Hrsg.), *Forschung zur Klientenzentrierten Psychotherapie: Aktuelle Ansätze und Ergebnisse*, 27-49. Köln: GwG.
- Sachse, R. (1995c). Psychosomatische Störungen als Beeinträchtigung der Selbstregulation. In: S. Schmidtchen, G.-W. Speierer, H. Linster (Hrsg.), *Die Entwicklung der Person und ihre Störung*, 2, 83-116. Köln: GwG.
- Sachse, R. (1996a). *Praxis der Zielorientierten Gesprächspsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (1996b). Empathisches Verstehen. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapie: Techniken, Einzelverfahren und Behandlungsanleitungen*, 24-30. Berlin: Springer.
- Sachse, R. (1999a). *Persönlichkeitsstörungen. Psychotherapie dysfunktionaler Interaktionsstile*. Göttingen: Hogrefe, 2. Auflage.
- Sachse, R. (1999b). *Lehrbuch der Gesprächspsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2000a). Klärungsorientierte Psychotherapie bei depressiven Störungen. In: Lasar, M. & Trenkmann, U. (Hrsg.), *Depressionen – Neue Befunde aus Klinik und Wissenschaft*, 21-36. Lengerich: Pabst.
- Sachse, R. (2000b). Diagnostik in der Gesprächspsychotherapie. In: A.-R. Laireiter (Hrsg.), *Diagnostik in der Psychotherapie*, 165-178. Wien: Springer.
- Sachse, R. (2001a). *Psychologische Psychotherapie der Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2001b). Persönlichkeitsstörung als Interaktionsstörung: Der Beitrag der Gesprächspsychotherapie zur Modellbildung und Intervention. *Psychotherapie*, 5, 2, 282-292.
- Sachse, R. (2002). *Histrionische und narzisstische Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2003a). *Klärungsorientierte Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2003b). *Von der Gesprächspsychotherapie zur Klärungsorientierten Psychotherapie*. Bochum: Institut für Psychologische Psychotherapie.
- Sachse, R. (2004a). *Persönlichkeitsstörungen. Leitfaden für eine Psychologische Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2004b). Histrionische und narzisstische Persönlichkeitsstörungen. In: R. Merod (Hrsg.), *Behandlung von Persönlichkeitsstörungen*, 357-404. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Sachse, R. (2004c). From client-centered to clarification-oriented Psychotherapy. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 3 (1): 19-34.

- Sachse, R. (2004d). Schwierige Interaktionssituationen im Psychotherapieprozess. In: W. Lutz, Kosfelder, J. & Joormann, J. (Hrsg.), *Misserfolge und Abbrüche in der Psychotherapie*, 123-144. Bern: Huber.
- Sachse, R. (2005a). Motivklärung durch Klärungsorientierte Psychotherapie. In: J. Kosfelder, J. Michalak, S. Vocks & U. Willutzki (Hrsg.), *Fortschritte der Psychotherapieforschung*, 217-231.
- Sachse, R. (2005b). Von der Gesprächspsychotherapie zur Klärungsorientierten Psychotherapie: Kritik und Weiterentwicklung eines Psychotherapiekonzeptes. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Sachse, R. (2005c). *Psychologische Psychotherapie bei Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2006). *Therapeutische Beziehungsgestaltung*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. & Atrops, A. (1991). Schwierigkeiten psychosomatischer Klienten bei der Klärung eigener Emotionen und Motive: Mögliche Konsequenzen für die therapeutische Arbeit. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 41, 155-198.
- Sachse, R., Atrops, A., Wilke, F. & Maus, C. (1992). *Focusing: Ein emotionszentriertes Psychotherapie-Verfahren*. Bern: Huber.
- Sachse, R. & Elliott, R. (2002). Process-Outcome Research on Humanistic Therapy Variables. In: D. Cain, & J. Seeman (Eds.), *Humanistic Psychotherapies. Handbook of Research and Practice*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Sachse, R. & Maus, C. (1991). *Zielorientiertes Handeln in der Gesprächspsychotherapie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Sachse, R., Schlebusch, P. & Leisch, M. (2002). *Psychologische Psychotherapie des Alkoholismus*. Aachen: Shaker Verlag.
- Sachse, R. & Takens, R.J. (2003). *Klärungsprozesse in der Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Smith, E., Regli, D. & Grawe, K. (1999). Wenn Therapie wehtut – Wie können Therapeuten zu fruchtbaren Problemaktualisierungen beitragen? *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 2, 227-251.
- Truax, C.B. & Mitchell, K.M. (1971). Research on certain therapist interpersonal skills in relation to process and outcome. In: A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Psychotherapy and behavior change*, 299-344. New York: Wiley.

**Rainer Sachse**

**Jana Fasbender**

**Meike Sachse**

**Therapeutische Regeln**

**in der Klärungsorientierten Psychotherapie**

## 2.1 Einleitung

Klärungsorientierte Psychotherapie (KOP) ist, das zeigen alle Ergebnisse, eine sehr effektive Psychotherapieform, die Therapeuten viele flexible Handlungsmöglichkeiten eröffnet und Therapeuten befähigt, Klienten-Prozesse sehr konstruktiv zu steuern (Sachse, 1992, 2003; Sachse, Fasbender, Breil & Püschel, 2009; Sachse & Sachse, 2009).

Klärungsorientierte Psychotherapie ist aber auch, das sagen alle Therapeuten, die sie gelernt haben und alle Supervisoren, die sie supervidieren, eine sehr komplexe Therapieform, die von Therapeuten eine sehr hohe Expertise verlangt: Therapeuten müssen ein breites psychologisches Hintergrundwissen aufweisen, müssen in der Lage sein, Informationen schnell und effektiv zu verarbeiten und müssen gezielte Interventionen realisieren, die Klärungs- und Bearbeitungsprozesse von Klienten konstruktiv fördern (Sachse, 2006a, 2009).

Therapeuten müssen dabei therapeutischen Regeln folgen; sie müssen diese Regeln aber nicht „manualhaft“ befolgen, sondern sie müssen Regeln wiederum *expertenhaft richtig umsetzen. Regeln müssen Therapeuten in die Lage versetzen, das Richtige zum richtigen Zeitpunkt zu tun*. Regeln stellen somit eine wichtige „Wissensbasis“ dar, über die Therapeuten schnell und zuverlässig verfügen müssen und die sie flexibel und situationsadäquat einsetzen müssen. Daher reicht es nicht, Regeln zu kennen; man muss vielmehr in ihrer Anwendung *trainiert* sein (Becker & Sachse, 1998).

Bevor man jedoch trainiert sein kann, muss man Regeln natürlich erst einmal kennen und verstehen; und dazu dient dieser Text: Er beschreibt die relevantesten Regeln für Therapeuten, die Klärungsorientierte Psychotherapie anwenden wollen.

Die hier dargestellten Regeln leiten sich einerseits aus den empirischen Ergebnissen zur KOP ab, andererseits auch aus unserer Therapie-, Supervisions- und Ausbildungserfahrung. Sie stellen daher aus unserer Sicht eine wertvolle Heuristik für die therapeutische Arbeit dar.

## 2.2 Spezifische Strategien in unterschiedlichen Therapiephasen

Sind relevante Schemata hinreichend rekonstruiert, dann geht es um eine *Bearbeitung der Schemata*: Die dysfunktionalen Schemata müssen hinterfragt, „angegriffen“, gehemmt und durch funktionale alternative Schemata ersetzt werden.

Die Phase 3 stellt insofern eine Besonderheit dar, als dass *störungsspezifisch* für jeden Klienten *individuell* definiert werden muss, welche Regeln und Strategien verfolgt werden sollten. Störungsspezifische Regeln und Strategien der KOP finden sich beispielsweise bei Sachse (2001, 2002) und Sachse (2004, 2006b).

Hinsichtlich der Phasen 1, 2 und 4 lassen sich jedoch allgemeine therapeutische Regeln ableiten, die für nahezu jede klärungsorientierte Therapie gültig sind. Daher soll im Folgenden auf die spezifischen Regeln für diese Phasen genauer eingegangen werden.

### **2.3 Regeln zur Beziehungsgestaltung**

Der grundlegendste Aspekt von Psychotherapie ist die Gestaltung der therapeutischen Beziehung durch den Therapeuten (vgl. Sachse, 2006c): Beziehungsgestaltung ist das erste, was ein Therapeut tut und der Therapeut muss es durchweg, das heißt über den gesamten Therapieverlauf hindurch tun. Beziehungsgestaltung dient der Herstellung einer vertrauensvollen Therapeut-Klient-Beziehung: Ohne eine solche wird auch der „Rest“ der Therapie nicht funktionieren.

#### **2.3.1 Gestalte aktiv eine therapeutische Beziehung zum Klienten, sodass der Klient Vertrauen zum Therapeuten und Vertrauen zu sich selbst entwickeln kann!**

Beziehungsgestaltung ist in der Therapie zentral: Ein Therapeut muss *aktiv*, geplant, überlegt und zielgerichtet eine Beziehung zum Klienten gestalten, damit der Klient der Person und der Kompetenz des Therapeuten vertraut; nur dann wird die Voraussetzung für eine konstruktive therapeutische Arbeit geschaffen. Der Therapeut sollte außerdem *dem Klienten Zutrauen in sich selbst vermitteln*, denn die benötigt der Klient, um sich unangenehmen Probleminhalten „stellen“ zu können.

Beziehungsgestaltung hat damit viele unterschiedliche Aspekte, von denen die Wichtigsten hier aufgeführt werden sollen.

#### **2.3.2 Tue nie etwas, was dem Klienten schaden könnte!**

Dies ist das *grundlegendste* Prinzip der therapeutischen Arbeit: Ein Therapeut sollte niemals im Therapieprozess etwas tun, das dem Klienten schaden könnte!

Dies klingt auf den ersten Blick trivial; es gibt jedoch Situationen, in denen dieses Prinzip hoch bedeutsam ist. Ein Beispiel ist die Situation, in der ein Therapeut sich entscheidet, dass er mit einem bestimmten Klienten nicht arbeiten kann. Er kann zu dem Schluss kommen, dass es den Klienten beeinträchtigen könnte, wenn er dem Klienten sagt, dass er ihn unsympathisch o.ä. findet, selbst dann, wenn er klarmacht, dass dies nur „sein Problem“ ist; der Klient kann es in jedem Fall als Abwertung auffassen. In diesem Fall ist keineswegs „Echtheit“ das höchste therapeutische Gut, sondern das Prinzip, dem Klienten nicht zu schaden. Daher findet der Therapeut eine andere Begründung für den Klienten: z.B. die, dass er für die Probleme des Klienten kein Experte ist und dem Klienten daher einen anderen Therapeuten empfiehlt. Das bedeutet *keineswegs*, dass ein Therapeut dem Klienten gegenüber unehrlich sein *sollte*: Wenn jedoch Ehrlichkeit schaden würde, dann ist sie *nicht* angebracht. Es ist *wichtiger*, *nichts* zu tun, was dem Klienten schaden könnte.

### **2.3.3 Vermittle dem Klienten andere und konstruktivere Erfahrungen als im Alltag!**

Therapie kann nicht die Fortsetzung des Alltags mit anderen Mitteln sein: dann wäre Therapie genauso effektiv wie der Alltag, nämlich gar nicht! Der Klient soll sowohl bezüglich der therapeutischen Beziehung, als auch der therapeutischen Bearbeitung andere und konstruktivere Erfahrungen machen als im Alltag. Aus diesem Grund muss Therapie auch durchdacht, zielorientiert, auf den Klienten abgestimmt und *von der Expertise des Therapeuten getragen sein!*

Ein Klient kommt in Therapie, weil sein normales Unterstützungssystem im Alltag zur Bewältigung seiner Probleme nicht mehr ausreicht. Es genügt offenbar nicht, das Problem mit Freunden und Bekannten zu besprechen, die „normalen“ sozialen Rückmeldungen und Bestätigungen reichen offenbar nicht aus. Der Klient benötigt daher ganz offensichtlich in der Therapie ein Angebot, das über Alltagskommunikation hinausgeht. Was der Klient im Einzelfall benötigt, kann nur über spezifische Diagnostik ermittelt werden.

Prinzipiell ist es jedoch notwendig, dass das therapeutische Angebot in zwei Bereichen über den Alltag hinausgeht:

- in der Gestaltung der Beziehung,
- in der Gestaltung der Interventionen.

Bezüglich der Interventionen müssen Therapeuten relevante Klientenprozesse gezielt fördern, *aber auch dysfunktionale Prozesse gezielt blockieren*, etwas, das in Alltagskommunikationen

unmöglich ist. Dies impliziert auch die Realisation von Interaktionsformen, die man sich im Alltag kaum erlauben darf: Den Klienten zu unterbrechen, ihn darauf aufmerksam zu machen, dass er eine Frage nicht beantwortet, ihn mit Widersprüchen zu konfrontieren usw. Die Realisation sinnvoller Interventionen erfordert es manchmal, *dass der Therapeut soziale Konventionen der Interaktion bewusst verletzt*.

Auf der Ebene der Beziehungsgestaltung kann der Therapeut durch Realisation von Akzeptierung, Kongruenz und empathischem Verstehen Grundvoraussetzungen schaffen für eine Selbstöffnung des Klienten, die weit über das Maß an Offenheit hinausgeht, das der Klient im Alltag mit Freunden oder Partnern erreichen kann.

Das Postulat impliziert auch, *dass ein Therapeut sich nicht auf der Verhaltensebene komplementär verhalten soll*, da er dadurch in der Regel *keine* anderen Erfahrungen als im Alltag machen kann: Das bedeutet z.B., dass der Therapeut nicht einfach „solidarisch“ mit dem Klienten ist, auch dann nicht, wenn der Klient dies erwartet, sondern dass der Therapeut in der Lage ist, Annahmen des Klienten zu hinterfragen, auch dann, wenn dies dem Klienten unangenehm ist.

Eine wesentliche Implikation dieses Prinzips ist auch, dass ein Therapeut nicht wie in Alltagssituationen „höflich“ sein kann: Therapeuten konfrontieren Klienten mit peinlichen Inhalten, sie stellen die gleiche Frage dreimal usw. D.h., sie tun viele Dinge, die Interaktionspartner im Alltag nie tun würden (und auch nie tun sollten!). Therapeuten sind auch loyal mit den Klienten: d.h., sie unterstützen ihre Klienten, stützen sie, bauen sie auf usw.; sie solidarisieren sich aber *nicht* mit ihren Klienten *gegen* Dritte; sie lassen sich nicht als „normale“ Interaktionspartner in das soziale Netz des Klienten „einbauen“.

#### **2.3.4 Gestalte in der ersten Phase der Therapie eine therapeutische Beziehung nach den Regeln der allgemeinen Beziehungsgestaltung!**

Realisiere im Therapieprozess so weit wie möglich Empathie, Akzeptierung, Wärme, Loyalität, Echtheit und Transparenz.

Die therapeutischen Basisvariablen bilden das *Fundament* der Klärungsorientierten Therapie. Ein Therapeut sollte dem Klienten immer akzeptierend und empathisch entgegenreten, um die therapeutische Beziehung immer zu „pflegen“. Das hilft dem Therapeuten auch, eine klientenzentrierte Grundhaltung zu wahren, die für eine Klärungsorientierung zentral ist.

Der Klient muss sich in der therapeutischen Beziehung angenommen, nicht bedroht, unterstützt und verstanden fühlen, nur dann ist es ihm möglich, sich unangenehmen Inhalten zu stellen und sie dem Therapeuten mitzuteilen: Ist diese Bedingung nicht gegeben, finden Klärungsprozesse gar nicht statt, da der Klient sich dem Therapeuten gegenüber gar nicht öffnet und sich selbst unangenehmen Inhalten gar nicht stellt.

### **2.3.5 Behandle den Klienten wie einen geschätzten Kunden!**

Der Klient ist ein Kunde, der den Therapeuten aufsucht, weil er Unterstützung bei der Klärung und Bewältigung seiner Probleme benötigt. Der Klient ist eine Person, der Respekt entgegengebracht werden sollte: Respekt als Person und Respekt als Kunde.

Auf keinen Fall darf sich ein Therapeut leisten, Klienten als „nicht zurechnungsfähig“, „unfähig“, „schwach“, „unreif“, „naiv“, o.ä. anzusehen und zu behandeln: Denn der Klient wird darauf mit Rückzug und Abwehr reagieren und der Therapeut wird mit einer solchen Einstellung niemals die nötigen Basisvariablen realisieren können! Somit kann eine tragfähige therapeutische Allianz niemals zustande kommen.

Aufgrund der respektvollen Haltung, die Therapeuten ihren Klienten gegenüber realisieren sollen, trete ich dafür ein, dass sie ihre Kunden auch *Klienten* und nicht „Patienten“ nennen. Ein „Klient“ ist jemand, der ein Anliegen hat und Rat sucht; ein „Patient“ ist jemand, der krank ist und Behandlung braucht. Personen mit psychischen Problemen sind aber nicht „krank“, sie haben eine psychologisch beschreibbare Problematik, die man „Störung“ nennen kann, aber sie haben keine „Krankheit“ oder „Erkrankung“; auch wenn die Krankenkassen eine solche Kategorisierung verlangen!

### **2.3.6 Gestalte die Beziehung nach den Regeln komplementärer Beziehungsgestaltung, wenn ein Klient ein (oder mehrere) Beziehungsmotiv(e) in stärkerer Ausprägung aufweist und wenn Du die Beziehungsmotive rekonstruiert hast!**

Zeigt ein Klient in hohem Ausmaß in seinem Interaktionsverhalten, dass er (dem Therapeuten gegenüber) starke Beziehungswünsche im Sinne zentraler Beziehungsmotive hat (z.B. nach Anerkennung, Wichtigkeit u.a.), dann sollte der Therapeut sich (in der ersten Phase der Therapie) komplementär zu diesen Wünschen verhalten und diese, so weit es die therapeutischen Regeln zulassen, befriedigen: Will ein Klient Anerkennung, dann erhält er

vom Therapeuten so viel Anerkennung wie möglich; will er ernst genommen werden, dann nimmt ihn der Therapeut in hohem Maße ernst usw.

Komplementäre Beziehungsgestaltung ist die wichtigste Handlungsmöglichkeit von Therapeuten, „Beziehungskredit“ aufzubauen und damit eine vertrauensvolle Therapeut-Klient-Beziehung zu etablieren, auf der alle weiteren (klärenden, konfrontierenden und bearbeitenden) Interventionen basieren.

### **2.3.7 Stärke das Zutrauen des Klienten in seine Kompetenzen und seine Fähigkeiten, mit dem Problem konstruktiv umgehen zu können**

Klienten müssen sich im Therapieprozess unangenehmen Schemata stellen; nur wenn sie dies tun, können sie die problemrelevanten Schemata klären, bearbeiten und verändern!

Klienten haben aber oft den Eindruck, ihren Problemen nicht gewachsen zu sein; haben Angst, von Problemen oder negativen Gefühlen „überschwemmt“, überwältigt werden zu können.

Daher ist es wichtig, dass Therapeuten den Klienten in der therapeutischen Beziehung stark das Gefühl vermitteln, dass sie davon überzeugt sind, dass der Klient (mit Hilfe des Therapeuten) in der Lage ist, sein Problem anzuschauen, sich ihm zu stellen, es zu bearbeiten und letztlich zu bewältigen. Diese Überzeugung sollten sie den Klienten stark vermitteln: Z.B. dadurch, dass sie den Klienten auffordern, Inhalte nicht zu vermeiden; dadurch vermitteln sie dem Klienten indirekt, dass sie ihn für stark genug halten, sich den Inhalten zu stellen.

Therapeuten sollten aber dem Klienten auch *explizit* vermitteln, dass sie ihm stark zutrauen, z.B. durch Aussagen wie: „Ich weiß, dass Sie es schaffen werden, das Problem in den Griff zu bekommen.“; „Sie sind nicht das Problem, sondern Sie haben ein Problem; Sie haben aber noch viele Stärken und Ressourcen und viele Aspekte in Ihrem Leben funktionieren gut. Das Problem existiert, aber es ist *nicht* übermächtig!“ Oder: „Sie haben in Ihrem Leben einiges erreicht. Also kann es überhaupt nicht stimmen, dass Sie völlig inkompetent sind. Wichtig ist es jetzt, dass Sie diese Kompetenzen, die Sie haben, erkennen und zur Bewältigung Ihres Problems einsetzen!“.

### **2.3.8 Wahre Neutralität und Arbeitsdistanz!**

Die therapeutische Beziehung ist eine besondere Art von Beziehung. Ein Aspekt, der sie besonders macht, ist, dass ein Therapeut bei aller therapeutischen Allianz eine *Arbeitsdistanz*

zum Klienten behält: Er will (persönlich) nichts für den Klienten, er will (persönlich) nichts von der Beziehung, er hat keine Ansprüche an den Klienten und er kann eine neutrale, betrachtende Haltung dem Klienten gegenüber einnehmen. (In seiner Rolle als Therapeut hat der Therapeut die Intention, die Prozesse des Klienten so konstruktiv wie möglich zu gestalten, damit der Klient so gute therapeutische Fortschritte macht wie möglich; als Person aber hat der Therapeut keinerlei Absichten und Anforderungen an den Klienten: Entscheidet sich der Klient dafür, sich *nicht* zu verändern, dann ist das für den Therapeuten völlig in Ordnung!) Der Therapeut hat damit keine Gründe, die vom Klienten kommende Information zu verzerren, z.B. bestimmte Schwächen des Klienten zu ignorieren oder den Klienten zu schonen.

Der Therapeut muss in der Lage sein, dem Klienten deutlich zu machen, wie dieser Klient seine Realität konstruiert, welche Konsequenzen diese Konstruktion hat und, gegebenenfalls, dass viele Probleme des Klienten, auch Partner-Probleme, auf diese Konstruktionen und die daraus resultierenden Handlungen zurückgehen. Oft muss ein Klient erkennen, dass er einen wesentlichen Beitrag zu einem interaktionellen Problem leistet. Der Therapeut muss damit prinzipiell in der Lage sein, den Klienten mit Alternativ-Interpretationen zu konfrontieren, die oft für den Klienten gar nicht angenehm sind. Der Therapeut muss in der Lage sein, Annahmen des Klienten zu hinterfragen, die der Klient gar nicht gern hinterfragt haben möchte. Dies kann der Therapeut aber nur, wenn er *neutral* bleibt; wenn er davon ausgeht, dass alles, was der Klient sagt, lediglich eine *Konstruktion der Realität* ist; wenn er nicht davon ausgeht, dass „sein“ Klient in Partner-Problemen grundsätzlich der „Held“, der Unschuldige oder das Opfer ist; sondern wenn er annimmt, dass „zu dem Spiel immer zwei gehören“, im Augenblick aber nur die höchst subjektive Meinung eines Einzelnen verfügbar ist. Der Therapeut ist kein Freund, der sich solidarisiert, der dem Klienten alles abnimmt, der ihn für toll, heldenhaft und integer hält usw. Der Therapeut sollte nicht zum *Teil des Klientensystems* werden, zu einem Teil des Systems, das den Klienten schützt, fördert usw. und das damit die Notwendigkeit einer Veränderung reduziert. Der Therapeut wird dann nämlich von einem Veränderer zu einem *Stabilisator eines pathologischen Systems*. Dies würde in der Tat die Ziele und Ansprüche der Therapie ad absurdum führen.

Neutralität ist aber ein wesentlicher Faktor, der Therapie von Beratung unterscheidet: als Berater, als jemand, der in eine Krise eingreift usw. habe ich andere Ziele. Hier kann ich parteilich sein, stützen, schützen usw. Als Therapeut aber liegt das Ziel deutlich höher: ich will den Klienten nicht stützen, ich will, dass der Klient sich selber stützt. Therapie ist keine Krisenintervention.

### 2.3.9 Realisiere bei allen Interventionen Aspekte der Beziehungsgestaltung

Interventionen des Therapeuten können ganz unterschiedliche therapeutische Ziele verfolgen: Der Therapeut kann die Intention haben, dass der Klient seine Perspektive internalisiert, dass er einer Fragestellung folgt, dass er bestimmte Informationen aus dem Gedächtnis abrufen usw. Ein Therapeut kann somit die Bearbeitung des Klienten steuern oder er kann Inhalte in den Fokus der therapeutischen Arbeit stellen.

In solchen Fällen hat der Therapeut die Therapeut-Klient-Beziehung *nicht* im Fokus der Arbeit: Seine Aufmerksamkeit ist primär auf die Steuerung der Klienten-Prozesse ausgerichtet.

Dennoch wäre es für den Therapieprozess vorteilhaft, *wenn es dem Therapeuten gelänge, immer auch den Beziehungsaspekt mit zu berücksichtigen*. Denn der Therapeut benötigt für alle Interventionen des Klienten *Compliance* und damit benötigt er immer ein hohes Maß an Beziehungskredit! Und diesen muss er nicht nur am Anfang der Therapie schaffen, er muss ihn auch über den gesamten Therapieprozess aufrechterhalten und ihn immer wieder „auffüllen“!

Aus diesem Grunde sollten Therapeuten darauf achten, dass sie mit jeder Intervention, die sie machen, gleichgültig, was damit primär beim Klienten erreicht werden soll, *immer positive Beziehungsbotschaften mit realisieren*. Sie können durch die Formulierung, die sie wählen, durch die Betonungen, durch die Stimmlage, dem Klienten immer implizit die Botschaften vermitteln:

- „Ich, Therapeut, bin auf Deiner Seite.“
- „Ich, Therapeut, bemühe mich, Dich zu unterstützen.“
- „Ich, Therapeut, respektiere und akzeptiere Dich.“
- „Ich, Therapeut, bin davon überzeugt, dass Du, Klient, Ressourcen aufweist, dass Du okay bist und dass ich Dir eine konstruktive Bearbeitung des Problems zutraue.“

Damit ist zwar die erste Phase jeder Therapie primär eine Phase des Beziehungsaufbaus und der aktiven Beziehungsgestaltung durch den Therapeuten; Beziehungsgestaltung ist damit aber keineswegs abgeschlossen! Beziehungsgestaltung erfolgt durch den Therapeuten *durch die gesamte Therapie hindurch* und, wenn möglich, durch alle Interventionen hindurch.

### 2.4 Experten-Rolle und Prozessverantwortung

Therapeuten müssen im Therapieprozess *ihren* Teil der Verantwortung für den Therapieprozess übernehmen; dazu gehört auch und zentral, die Rolle eines Prozessexperten mit allen dazugehörigen Aspekten anzunehmen.

#### **2.4.1 Bestimme Deine Experten-Rolle!**

*Therapeuten sind Experten für die Psychotherapie*; sie bringen ihre Experten-Kompetenz in die Psychotherapie ein und helfen Klienten dabei gezielt und professionell bei der Klärung und Bearbeitung ihrer Probleme. Therapeuten sollten daher ihre Expertenrolle mit allen Konsequenzen auch übernehmen!

Die Expertenrolle zu übernehmen bedeutet, den Prozess des Klienten gezielt, bewusst und konstruktiv zu steuern, also gezielt in Klienten-Prozesse einzugreifen, sich *prozessdirektiv* zu verhalten, denn die Steuerung des Klienten-Prozesses ist eine genuine Aufgabe des Therapeuten.

Als Therapeut sollte man diese Rolle und die damit verbundene Verantwortung *aktiv* übernehmen: Man geht davon aus, dass der Klient den Klärungs- und Bearbeitungsprozess nicht selbst steuern kann, dass man ihn also als Therapeut steuern muss: Man muss dem Klienten gezielte, konstruktive *Bearbeitungsangebote* machen, man muss dem Klienten deutlich machen, was er wann tun sollte, worauf er seine Aufmerksamkeit richten, welcher Fragestellung er folgen sollte usw.

*Die Experten-Rolle zu übernehmen bedeutet aber nicht, in gar keiner Weise, dem Klienten vorzuschreiben, was und wie er denken soll, wofür oder wogegen er sich entscheiden soll, wie er handeln soll usw.!* Der Klient ist und bleibt in der Therapie *Experte für seine Inhalte*: Nur er kann entscheiden, welche Probleme er ändern und angehen will und welche Lösungen er letztlich für sich akzeptieren will! Somit entscheidet auch immer der „Inhaltsexperte Klient“ darüber, ob er ein Problem bearbeiten will oder nicht; ob er einen Problemaspekt klären will oder nicht, welche Lösungen er in sein System integrieren kann und will und welche nicht!

Man sollte sich völlig klar machen: Psychotherapie bedeutet, dass sich *zwei Experten zu einem Team zusammenschließen*: Dabei ist der *Therapeut der Experte für den Prozess*, der Experte dafür, wie man Probleme auf konstruktive Weise klärt und bearbeitet: Dieses Expertenwissen bringt der Therapeut in den Prozess ein und er hilft dem Klienten gezielt bei diesen Aufgaben.

*Der Klient ist aber der Experte für die Inhalte:* Der Klient entscheidet, was er ändern und bearbeiten will; der Klient entscheidet, wofür er sich entscheiden will und wie er sein Leben gestalten will! Diese Entscheidungen sind eindeutig *nicht* Aufgabe des Therapeuten! Somit hat der Therapeut auch die Entscheidungen des Klienten immer zu akzeptieren, selbst wenn der Klient sich dafür entscheiden sollte, seine Probleme zu behalten. (Allerdings hat dann der Therapeut die Freiheit zu entscheiden, wie er dann damit als Prozessexperte umgehen will: Er hat dann nämlich dem Klienten nichts Therapeutisches mehr anzubieten!)

#### **2.4.2 Bestimme als Experte die Regeln der Therapie, mache die Regeln transparent, aber diskutiere sie nicht!**

Geht man davon aus, dass Klienten in der Regel wenig Wissen über konstruktive Bearbeitung haben, dass sie oft in wenig konstruktiven Bearbeitungsstrategien festsitzen, und dass eine Bearbeitung relevanter Motive usw. für sie hoch ambivalent, also mit z.T. starken Vermeidungstendenzen verbunden ist, dann folgt zwangsläufig, *dass der Therapeut die Regeln der Therapie bestimmen muss*. Der Therapeut ist der *Prozessexperte*, der dem Klienten Anregungen geben muss, wie der Klient besser als bisher mit seinen Problemen umgehen kann. Diese Rolle als Experte für den therapeutischen Verarbeitungs- und Veränderungsprozess muss der Therapeut auch *übernehmen*: Ein Therapeut muss sich als Experte sehen, als Experte, der Klienten konstruktiv bei der Klärung und Bearbeitung von Problemen hilft! *Und als Experte steuert der Therapeut den Bearbeitungsprozess des Klienten*: Der Therapeut leitet somit den Klärungsprozess des Klienten, da der Klient dies nicht selber kann.

Würde man dem Klienten erlauben, die Bearbeitung nach seinen Regeln zu betreiben, dann wäre diese Bearbeitung notwendigerweise *in* der Therapie genauso wie *außerhalb* der Therapie: nämlich völlig unkonstruktiv. Der Klient würde genauso den heißen Themen ausweichen, Realitätskonstruktionen unhinterfragt stehen lassen, immer die gleichen Fragen stellen und dieselben Antworten geben wie im Alltag. Die Therapie würde zur Fortsetzung des Alltags mit anderen Mitteln. Damit hätte sie ihre Rechtfertigung jedoch völlig verloren.

Damit ein Klient konstruktiv von der Therapie profitieren kann, damit er andere Erfahrungen machen kann als im Alltag, *darf der Klient nicht die Regeln der Therapie bestimmen*. Das bedeutet z.B., dass der Therapeut einen Themenwechsel, ein Ausweichen u.ä. nicht einfach

zulässt und mitmacht, sondern dass er den Klienten beim Thema hält oder den Klienten zumindest auf den Wechsel oder das Ausweichen aufmerksam macht. *Der Therapeut ist damit prozessdirektiv*: er gibt an, wohin sich der Bearbeitungsprozess bewegen sollte. Lehnt der Klient dies ab, dann kann der Therapeut ihn natürlich nicht dazu zwingen. Er macht den Klienten aber sehr wohl auf die Konsequenzen aufmerksam, z.B. darauf, dass der Klient nichts verändern kann, wenn er seine Bearbeitung nicht verändert.

Damit muss der Therapeut, wie schon deutlich geworden ist, auch *Verantwortung für den Prozess übernehmen*. Da der Therapeut, genau wie der Klient, nur für das Verantwortung übernehmen kann, was unter seiner Kontrolle ist, *kann der Therapeut nicht direkt Verantwortung übernehmen für die Veränderung des Klienten*; denn ob sich der Klient verändert oder nicht, hängt nicht allein vom Therapeuten ab. Die Qualität der therapeutischen Arbeit wird jedoch in sehr hohem Maße vom Therapeuten bestimmt, und damit muss der Therapeut dafür Verantwortung übernehmen.

Der Therapeut übernimmt mit dieser Regel *ganz eindeutig die Rolle des Prozessexperten in der Therapie*. Er ist Experte dafür, wie man mit Problemen umgeht, wie man Determinanten klärt und verändert. Und diese Rolle übernimmt er auch ganz klar und eindeutig dem Klienten gegenüber. Sagt der Klient z.B.: „Sie sind der Experte, sagen Sie mir, was ich tun soll!“, dann sagt der Therapeut: „Sie haben vollkommen recht: ich bin der Experte. Deshalb sage ich Ihnen jetzt, was Sie tun sollen.“ Und dann sagt der Therapeut dem Klienten, wie er das Problem *bearbeiten* soll (nicht, wie er das Problem lösen soll!): z.B. nach innen gucken, Gefühle ernst nehmen, Schemata rekonstruieren usw. *Der Therapeut bestimmt, wie gearbeitet werden soll*.

### **2.4.3 Übernimm Deine Verantwortung als Prozessexperte in der Therapie, aber übernimm nicht die Verantwortung des Klienten!**

Der Therapeut muss *seinen* Teil der Verantwortung für den Therapieprozess übernehmen: Er muss den Klienten verstehen, Modelle über das psychische Funktionieren des Klienten bilden, den Klienten-Prozess mit Interventionen gezielt steuern, dem Klienten bei der Bearbeitung von Schemata helfen usw.

Ein Therapeut kann aber nur für das Verantwortung übernehmen, was er unter Kontrolle hat. Macht ein Klient z.B. keine Hausaufgaben und setzt er kaum Interventionen des Therapeuten um, dann geht eine Stagnation der Therapie zum großen Teil auf die Handlung des Klienten

zurück. Beschwerft sich der Klient dann darüber, „dass es nicht läuft“, übernimmt der Therapeut dafür nicht die Verantwortung. *Therapeuten sollten sich deshalb auch genau überlegen, für welche Prozessaspekte sie die Verantwortung haben und für welche nicht.* Übernimmt ein Therapeut Verantwortung für Aspekte, die er gar nicht unter Kontrolle hat, kann das zu einem „burn-out“ beitragen.

Deshalb sollte sich ein Therapeut klarmachen, dass ein Klient *als Inhaltsexperte auch Verantwortung für die Inhalte hat*. Der Klient muss dem Therapeuten relevante Informationen liefern; er muss die Interventionen des Therapeuten umsetzen; er muss sich für Veränderungen entscheiden; er muss Lösungen akzeptieren und er muss neues Verhalten erproben usw. Tut er dies nicht, dann kann der Therapeut ihm noch anbieten, daran zu arbeiten, warum er dies nicht tut; lehnt der Klient aber dies auch ab, dann kann der Therapeut nichts mehr für den Klienten tun und das sollte er auch gar nicht versuchen, *denn diese Entscheidung verantwortet allein der Klient!*

#### **2.4.4 Mach dem Klienten deutlich, dass es in der Therapie um *Arbeit* geht, dass die Therapie Anforderungen an den Klienten stellt und dass der Klient Verantwortung übernehmen muss; mache deutlich, wozu Therapie dient und was Therapie bedeutet!**

Therapie ist in vieler Hinsicht ein Schutzraum: hier kann der Klient in einer akzeptierenden Atmosphäre Selbst-Aspekte bearbeiten, die er in anderen Kontexten nicht einmal eingestehen würde. Dass der Therapeut akzeptierend und empathisch ist, bedeutet aber nicht, dass er keine Anforderungen an den Klienten stellt: das Gegenteil ist der Fall. *Jede Intervention stellt Anforderungen an den Klienten*: der Klient wird aufgefordert, bestimmte Prozesse in Gang zu setzen, bestimmte Aktivitäten auszuführen; er soll seine Perspektive internalisieren, soll sich schmerzhaften Gefühlen stellen usw.

Das bedeutet, dass vom Klienten erwartet wird, *ebenfalls eine bestimmte Art von Verantwortung für den Therapieprozess zu übernehmen*. Da nur der Klient Zugang zu seinem Gedächtnis hat, wird auch vom Klienten erwartet, dass er relevante Informationen liefert, falls er etwas ändern will. Der Therapeut ist weder Telepath, noch Hexenmeister: ohne Kooperation des Klienten sind bestimmte Ziele einfach nicht erreichbar. Und dies muss ein Therapeut dem Klienten manchmal ganz deutlich machen: „Wenn Sie X erreichen wollen, dann müssen Sie Y tun. Wenn Sie Y nicht tun wollen, dann können wir daran arbeiten, was das für Sie schwierig macht. Wenn Sie das auch nicht wollen, dann müssen Sie die Verantwortung dafür übernehmen, dass Sie X nicht erreichen“.

Die Therapie dient *nicht* der Stabilisierung des problematischen Klienten-Systems: kommen Klienten in die Therapie mit der Intention, ihr System mit Hilfe des Therapeuten zu stabilisieren, dann macht der Therapeut dies transparent und bearbeitet genau diese Intention, er *folgt* dieser Intention aber nicht.

Der Therapeut macht immer ein „*Bearbeitungsangebot*“: er erwartet letztlich, dass ein Klient sich mit sich und seinen Problemen *auseinandersetzt*, wenn der Klient dies will.

Damit hat *der Klient aber auch immer Mitverantwortung für den therapeutischen Prozess*: der Klient bestimmt, welche Inhalte bearbeitet werden, ob er Interventionen des Therapeuten umsetzt, ob und welche Entscheidungen er trifft, und, ob er sein Handeln letztlich verändert. Damit hängt das Therapieergebnis auch nie allein vom Therapeuten ab, sondern immer auch vom Klienten! Therapeuten sollten *ihren* Teil der Verantwortung übernehmen und dem Klienten ihre Rolle auch deutlich machen; sie sollten dem Klienten aber auch deutlich machen, dass die Qualität der therapeutischen Arbeit auch von seiner Mitarbeit abhängt!

#### **2.4.5 Schau dem Drachen ins Auge!**

Der Klient beschäftigt sich mit seinen Problemaspekten und ihrer Klärung nur ambivalent. Umso wichtiger ist es, dass der Therapeut eindeutig die Tendenz zeigt, den unangenehmen, peinlichen, erschreckenden Inhalten „ins Auge zu sehen“. Er vermittelt dann auch dem Klienten, dass es wesentlich ist, wirklich hinzugucken und nicht zu vermeiden: Dass der Klient das Problem nur dann lösen kann, wenn er die Determinanten des Problems zur Kenntnis nimmt, anstatt sie zu ignorieren. Dieses Prinzip, *dem Drachen ins Auge zu schauen*, sich also dem Unangenehmen, dem Peinlichen, den (vermeintlich) schrecklichen Inhaltsaspekten zu stellen, kann der Therapeut auf sehr verschiedene Weise vermitteln:

- Der Therapeut greift Themen, die dem Klienten unangenehm sind, akzeptierend und selbstverständlich auf: Natürlich kann über Sexualität, über ungewöhnliche Wünsche, über furchtbare Erfahrungen gesprochen werden, ohne dass der Hörer erblasst, erzittert oder den Klienten verurteilt!
- Der Therapeut fragt „in den unangenehmen Bereich hinein“, stellt also Fragen, die den Klienten veranlassen, sich den Inhalten zu stellen;
- der Therapeut formuliert Inhalte, die der Klient nur vage, ansatzweise, vorsichtig zu formulieren wagt, sehr deutlich, präzise, „auf den Punkt gebracht“;

- der Therapeut realisiert auch im eigenen Handeln dieses Prinzip, indem er z.B. einer Kritik durch den Klienten nicht ausweicht, sondern im Gegenteil diese Kritik wichtig nimmt.

Das Prinzip impliziert auch, dass der Therapeut das Gegenteil dringend unterlassen sollte: Wenn der Therapeut dem Klienten, der noch nicht entschlossen ist, sich einem Inhalt zu stellen, signalisiert, dass er, der Therapeut, das Thema sehr heiß, sehr brisant findet, dann wird der Klient indirekt aufgefordert, eine Konfrontation lieber sein zu lassen.

Signalisiert der Therapeut (vielleicht aufgrund eigener Probleme oder weil er befürchtet, beim Klienten könnten Prozesse ausgelöst werden, die der Therapeut nicht mehr kontrollieren kann), es sei besser, das Thema nicht oder „noch nicht“ zu behandeln, wird das den Klienten, der selbst ambivalent ist, sehr wahrscheinlich blockieren. Manchmal „trifft“ die Aussage des Therapeuten geradezu von Skepsis, Befürchtung und Verzagtheit: „Wir können das Thema behandeln, wenn sie unbedingt wollen...“.

#### **2.4.6 Beschäftige Dich in der Psychotherapie nur mit psychischen Problemaspekten!**

Psychotherapie beschäftigt sich grundsätzlich *nur mit den psychischen Aspekten eines Problems*: mit dem Erleben und Verhalten der Person, mit den Bewertungen, Zielen, Motiven, Schemata usw., die für die Problemkonstruktion wesentlich sind. Wenn ein Klient arbeitslos ist, ist die Beschaffung von Arbeit als solches kein Therapiethema, ebenso wenig die konjunkturelle Lage; Thema sind dagegen Selbstzweifel, mangelndes Kompetenzerleben, depressive Verstimmung u.ä. Der Therapeut kann weder Arbeit vermitteln, noch besorgen; er kann nur den Klienten befähigen, dies selbst zu tun. Bei finanziellen Schwierigkeiten kann der Therapeut auch nicht als Finanzberater fungieren: Themen sind daher z.B. Impulskontrolle, Gefühle von Wertlosigkeit, Kontrollverlust usw. Wenn ein Partnerkonflikt behandelt wird, dann sind die juristischen Fragen kein Therapiethema, wohl aber die Schuldgefühle, die mit bestimmten juristischen Entscheidungen einhergehen.

Klienten schildern Probleme manchmal als reine Sachprobleme; dann sollte man als Therapeut analysieren, ob mit dem „Sachproblem“ psychische Aspekte verbunden sind, deren Bearbeitung relevant ist: Welche emotionalen Folgen haben bestimmte Sachentscheidungen? Wie bewertet der Klient die augenblickliche Lage? Macht sie ihn hilflos und wenn ja, warum? Es ist daher manchmal nötig, in einem ersten Schritt *ein „Sachproblem“ in ein psychisches*

*Problem umzudefinieren*, denn ansonsten besteht gar kein Arbeitsauftrag für eine Psychotherapie.

#### **2.4.7 Steuere den Therapieprozess, aber steuere ihn konstruktiv!**

Der Therapeut muss den Klärungs- und Bearbeitungsprozess des Klienten gezielt *steuern*: Der Therapeut muss z.B. bearbeiten, auf welcher Stufe des Explizierungsprozesses ein Klient jetzt gerade arbeitet (z.B.: Berichtsebene mit externaler Perspektive des Klienten). Dann muss ihm aufgrund seines Expertenwissens klar sein, dass der Klient als nächstes seine Perspektive internalisieren und analysieren muss, was eine Situation psychisch in ihm auslöst. Der Therapeut sollte aber nicht warten, bis der Klient von selbst diese Stufe der Bearbeitung einnimmt; denn alle empirischen Studien zeigen eindeutig, dass Klienten von sich aus nur sehr selten konstruktive Bearbeitungen einleiten! Also muss der Therapeut die interne Perspektive des Klienten gezielt ansteuern; er muss eine Intervention realisieren, die den Klienten *veranlasst*, seine Perspektive zu internalisieren!

Das Gleiche gilt für alle Stufen des Explizierungs- und Bearbeitungsprozesses: Wenn der Therapeut es für sinnvoll hält, dass der Klient einer Fragestellung folgt, dann sollte er den Klienten explizit *auffordern*, dieser Fragestellung zu folgen. Wenn der Therapeut es für angemessen hält, die Perspektive zu wechseln, dann sollte er den Klienten explizit anregen, die Perspektive zu wechseln; wenn der Klient nicht wahrnimmt, welche Konsequenzen sein Handeln hat, dann sollte der Therapeut ihn explizit damit konfrontieren!

Der Therapeut macht somit auf der Grundlage seines Expertenwissens und auf der Grundlage seines Klienten-Modells dem Klienten *Bearbeitungsangebote*: Er schlägt dem Klienten explizit vor, was dieser als nächstes beachten, auf was er seine Aufmerksamkeit lenken, welcher Fragestellung er folgen soll usw. Und diese Bearbeitungsangebote, das zeigen wiederum empirische Studien sehr deutlich, *steuern* in hohem Maße die Bearbeitungsprozesse der Klienten!

Der Therapeut sollte somit *durch Intervention den Prozess des Klienten bewusst und explizit steuern*; und er muss ihn *konstruktiv* steuern, also solche Interventionen realisieren, die die Bearbeitung des Klienten verbessern! Deutlich ist, dass dazu eine sehr hohe Expertise (d.h.

gute Ausbildung!) des Therapeuten erforderlich ist, sodass der Therapeut lernt, gut und schnell zutreffende Modelle über den Klienten zu bilden!

#### **2.4.8 Beachte als Experte immer die Makro- und die Mikro-Perspektive**

Als Makro-Perspektive des Therapieprozesses soll hier die längerfristige, übergreifende Perspektive des Therapeuten angesehen werden: Der Therapeut bildet ein Klienten-Modell als Basis für sein Verstehen und Intervenieren und der Therapeut bildet kurz-, länger- und langfristige Ziele für den Therapieprozess, an denen er sich orientiert und auf die hin er interveniert.

Mit Mikro-Perspektive ist die unmittelbare „Interventionsumgebung“ gemeint; in der Regel ist es ein „Tripel“, eine Dreiersequenz:

- Der Klient ist gerade in einem bestimmten Prozesszustand, fokalisiert einen Inhalt, folgt einer Fragestellung (1).
- Der Therapeut realisiert eine Intervention, damit der Klient einen anderen Inhalt fokalisiert (2).
- Der Klient verändert daraufhin seinen Prozesszustand (oder auch nicht (3)).

Mit diesem Klienten-Zustand beginnt eine neue Dreiersequenz, in der der Therapeut wieder eine neue Intervention realisiert usw.

*Eine Steuerung des Klienten-Prozesses durch den Therapeuten findet immer auf der Mikro-Ebene statt:* Ein Therapeut realisiert immer auf der Basis eines bestimmten Klienten-Prozess-Zustandes (den er mit Hilfe seines Klienten-Modells versteht) eine Intervention, die das Ziel hat, einen anderen Klienten-Prozess-Zustand herzustellen (der aufgrund der Zielangaben als erstrebenswert angesehen wird). Steuerung ist somit in die Makro-Ebene eingebettet, findet real aber immer auf der Mikro-Ebene statt! Damit spielt sich auch das jeweils reale Therapiegeschehen immer auf der Mikro-Ebene ab!

Und Mikro-Ebene ist die Ebene des Hier und Jetzt: Der Klient tut *jetzt* etwas Bestimmtes und der Therapeut will *jetzt*, dass der Klient seinen Fokus verändert, und er interveniert *jetzt*, damit der Klient *unmittelbar danach* etwas Anderes tut. Zwar sind die Interventionen des Therapeuten immer in übergreifende Ziele eingebettet (z.B. „ein bestimmtes Schema klären“), aber der Therapeut muss, um dieses Ziel zu erreichen, immer Interventionen im Hier und Jetzt machen und unmittelbar prüfen, ob der Prozess-Zustand des Klienten sich jetzt in Richtung auf den angestrebten Zielzustand verändert.

Deshalb muss ein Therapeut seine Aufmerksamkeit in hohem Maße auf die Mikro-Ebene der Therapie lenken: Er muss beachten, dass Interventionen immer genau auf den aktuellen Zustand des Klienten *passen* müssen und dass Interventionen nie mit Sicherheit die gewünschten Ergebnisse haben. *Klienten können etwas völlig Unerwartetes tun und damit einen Prozess-Zustand herstellen, auf den der Therapeut flexibel und schnell reagieren muss. Beachtet der Therapeut die Mikro-Ebene nicht und stellt er sich nicht flexibel auf sie ein, dann kann er die Klienten-Prozesse niemals konstruktiv steuern!*

Jedoch darf der Therapeut dabei die Makro-Ebene nicht außer Acht lassen: Beim Verstehen des jeweils aktuellen Klienten-Zustandes muss der Therapeut immer sein Klienten-Modell und sein Wissen einbeziehen. Und bei der Realisation von Interventionen muss der Therapeut immer übergreifende Ziele im Blick haben, *denn sonst steuert er die Klienten-Prozesse nie auf konstruktive Ziele hin!*

Als Therapeut muss man damit immer *gleichzeitig zwei Perspektiven realisieren:*

- Die Makro-Perspektive: Man muss das Klienten-Modell im Blick haben und die längerfristigen Ziele.

*Und:*

- Die Mikro-Perspektive: Man muss immer im Blick haben, was gerade jetzt, im Hier und Jetzt passiert.

#### **2.4.9 Arbeite immer an der „Kante des Möglichen“!**

Wesentlich ist es, dass die Klienten möglichst effektiv und schnell an die zentralen Aspekte ihrer Probleme herankommen, diese klären und verändern. „Möglichst schnell“ bedeutet, dass der Therapeut an der Kante des Möglichen arbeitet, also mit seinen Interventionen den Klienten weder über- noch unterfordert. Kennt der Therapeut den Klienten, d.h., hat er bereits ein Modell über den Klienten, dann kann er grob abschätzen, was dem Klienten zuzutrauen ist. Dennoch wird man im Therapieprozess die Grenze des Machbaren oft durch Interventionen *austesten* müssen: man muss eine vertiefende Frage tatsächlich stellen, um zu sehen, ob der Klient sie noch umsetzen kann, oder ob sie den Klienten überfordert; man muss ein „heißes“ Thema ansprechen, um zu sehen, wie der Klient damit umgeht. Wichtig ist es hier natürlich, dass der Therapeut die Signale des Klienten erkennen kann, also sieht, wann es für den Klienten schwierig, unangenehm, unerträglich wird, wann der Klient beginnt, deutlich

zu vermeiden. Stellt er dies fest, kann er das Tempo seiner Interventionen reduzieren, kann die Schwierigkeit des Klienten thematisieren usw., also sicherstellen, dass der Klient nicht überfordert wird. Um aber sicherzustellen, dass der Klient auch nicht unterfordert wird, muss der Therapeut sich auch *trauen*, mit seinen Interventionen an die Kante des Möglichen heranzugehen.

Aus therapeutischer Erfahrung, aus Erfahrung als Supervisor und Ausbilder, weiß ich inzwischen, dass Klienten in aller Regel viel weniger sensibel sind als z.B. Anfänger-Therapeuten glauben: wenn die Beziehung zum Therapeuten gut ist, trauen sich Klienten viel und der Therapeut kann sie fordern und dadurch sehr stark fördern.

Wesentlich dabei ist aber

- die *richtige Indikation*: man muss wissen, mit welcher Art von Klienten man dies nicht tun darf (z.B. schizophrene Klienten, Borderline-Klienten);
- die Beziehung: Austesten der Grenzen setzt eine tragfähige Beziehung voraus;
- die Verarbeitung: der Therapeut muss sensibel sein für die Signale des Klienten, die gute Arbeit, Langeweile oder emotionale Überlastung anzeigen.

#### **2.4.10 Stelle dem Klienten gegebenenfalls Dein Experten-Wissen zur Verfügung**

Manchmal kann es im Therapieprozess notwendig sein, dass ein Therapeut dem Klienten sein psychologisches Expertenwissen zur Verfügung stellt.

Dies kann z.B. notwendig werden, wenn ein Klient falsche Vorstellungen davon hat, was Therapie bedeutet und was ein Klient in der Therapie tun muss: Dann sollte der Therapeut den Klienten darüber informieren, womit der Klient in der Therapie zu rechnen hat.

Die Situation kann sich auch dann ergeben, wenn ein Klient deutlich falsche Vorstellungen hat von Störungen, von „normalem“ psychischen Funktionieren u.a.: Auch dann kann der Therapeut dem Klienten sein Expertenwissen als Korrektur anbieten.

Wichtig ist eine entsprechende Intervention des Therapeuten auch dann, wenn der Klient sein Problem völlig external attribuiert und nicht erkennt, dass eigene Schemata maßgeblich an seinem Problem beteiligt sind: In diesem Fall kann der Klient das Problem nicht dadurch lösen, dass er externale Faktoren verändert, an den zentralen, eigenen (!), problemdeterminierenden Faktoren jedoch nicht ansetzt. Hier ist es sinnvoll, den Klienten damit zu konfrontieren, dass aus der Sicht des Therapeuten als Experten es sinnvoll ist, weitere Faktoren zu analysieren und anzugehen, wenn man das Problem effektiv lösen will.

Bringt der Therapeut sich als Experte ein, dann sollte er Folgendes beachten:

- Er sollte dem Klienten nur solche Informationen geben, die eindeutig *aus seinem gesicherten Expertenwissen stammen* und nicht durch eigene Vorlieben, Schemata, Motive usw. generiert sind: Der Therapeut gibt hier *keine persönlichen Ratschläge*, sondern seine Aussagen basieren allein auf belegbarem psychologischen Wissen!
- Der Therapeut bietet dem Klienten diese Information immer nur an, und er gibt dem Klienten diese Information auch nur dann, wenn der Klient diese hören will und dafür aufnahmebereit ist: Er drängt dem Klienten die Information niemals auf und „belehrt“ den Klienten auch nicht!
- Der Therapeut gibt die Information in solcher Weise, dass der Klient sie auch verstehen kann: Kurz, knapp, präzise und in einer klientengerechten Terminologie!

#### 2.4.11 Greife so oft wie nötig in den Prozess ein!

Ein Therapeut sollte aktiv sein und den Klienten-Prozess steuern. *Wie* aktiv er sein muss, hängt aber wesentlich davon ab, wie der Klient arbeitet. *Befindet sich ein Klient z.B. in einem Explizierungsprozess und arbeitet er weitgehend selbständig, dann tut der Therapeut nur wenig*; viel Aktivität würde den Klienten stören! Arbeitet der Klient von sich aus wenig, dann muss der Therapeut stärker eingreifen und den Prozess stärker steuern; zeigt ein Klient massives Vermeidungsverhalten, dann muss ein Therapeut viel der therapeutischen Arbeit übernehmen.

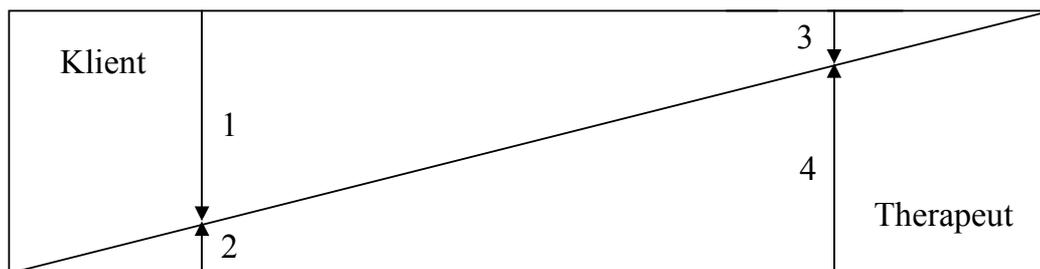


Abbildung 2.1: Kompensationsmodell

Man kann sich dies als ein „Kompensationsmodell“ vorstellen (vgl. Abbildung 2.1): die Aktivität von Therapeut und Klient addiert sich jeweils zu einer Konstanten: macht der Klient von sich aus viel (1), tut der Therapeut wenig (2); tut der Klient von sich aus wenig (3), muss der Therapeut stark in den Prozess eingreifen (4).

Manchmal ist es für einen Therapeuten auch wichtig, schnell und früh in den Therapieprozess einzugreifen. Dies gilt dann, wenn Klienten z.B. Inhalte völlig ausufernd und detailreich erzählen und sich dabei völlig in Assoziationen verlieren.

Therapeuten, die diesen Prozess erst einmal laufen lassen, stehen hochgradig in der Gefahr, vom Klienten paralytisch zu werden: sie erleben es mit fortschreitender Zeit als immer schwieriger, sich aufzuraffen und den Prozess konstruktiv zu kontrollieren. Stattdessen sinken sie immer tiefer in den Sessel, ihre Interventionen werden immer schlapper, ihre Anspannung und Unzufriedenheit steigt.

Dieser Prozess ist ähnlich dem Entfremdungs-Prozess, der in einem Experiment von Kuhl (Kuhl & Beckmann, 1994) beschrieben wird: setzt man (insbesondere lageorientierte) Personen vor einen Computer und gibt ihnen die Aufgabe, 15 Minuten lang die Taste „M“ zu drücken, dann ist anschließend ihr volitionales System vollständig paralytisch. Setzt man sie vor einen Fernseher, in dem alte Folgen der „Ziehung der Lottozahlen“ laufen, sie aber die Möglichkeit haben, durch einen einzigen Knopfdruck der Fernbedienung auf einen ihnen ausschnittsweise bekannten, hoch interessanten Film über die Kanadischen Rocky Mountains umzuschalten, dann sind sie nach der Monotoniebedingung des „M“-Drückens (in hohem Prozentsatz) nicht mehr in der Lage, umzuschalten. Sie sehen sich die völlig langweiligen Lottozahlen an, obwohl sie wissen, dass sie ihren Zustand mit einem einzigen Fingerdruck erheblich verbessern können. Ähnlich ergeht es aber auch den Therapeuten, die Klienten längere Zeit zuhören, die langweiligen Inhalte erzählen oder intellektualisieren oder auf andere Weise wenig konstruktiv arbeiten: entweder die Therapeuten übernehmen schnell Kontrolle über den Prozess und ändern die Bearbeitung oder ihre Handlungsmöglichkeiten werden ausgeknockt.

#### **2.4.12 Argumentiere nicht mit dem Klienten!**

Klienten versuchen oft, einen Zustand als "die Realität" zu definieren oder als "zwangsläufig so entstanden". Dass sie dies tun, dient meist dazu, sich selbst vor notwendiger Veränderung zu schützen, zu verhindern, dass eine Konstruktion hinterfragt wird. Dies ist oft eine eklatante Falle für die Therapeuten: hält der Therapeut die Ausführungen des Klienten für rationale Argumente, fängt er an, mit dem Klienten rational zu argumentieren. Er argumentiert und argumentiert und argumentiert: mit dem Effekt, dass der Klient immer mehr, immer bessere und immer schwerer zu widerlegende Gegenargumente aufbietet. Anstatt den Klienten zu überzeugen, kommt der Therapeut in immer größere Schwierigkeiten.

Diese Schwierigkeiten resultieren aus einem grundsätzlichen Missverständnis des Therapeuten: der Klient argumentiert nicht deshalb so, weil er von den Argumenten überzeugt wäre (und sich somit auch vom Gegenteil überzeugen lassen könnte), sondern seine Argumentation hat, unabhängig von den jeweiligen Inhalten, eine *Funktion*:

- er behauptet, ein Problem sei die „Realität“, weil er es nicht ändern will;
- er behauptet, sein Problem sei zwangsläufig, weil er die Verantwortung dafür nicht übernehmen will;
- er behauptet, sein Problem sei unlösbar, damit der Therapeut sich mehr anstrengt usw.

Immer dann, wenn Inhalte etwas *bewirken* sollen, wenn sie eine *Funktionalität* haben, dann sind *die Inhalte als solche irrelevant*: findet der Klient einen anderen Inhalt, der den gleichen Zweck erfüllt, dann nimmt er diesen. Damit ist es aber völlig unsinnig, rational gegen einen Inhalt zu argumentieren; denn dies würde voraussetzen, dass es dem Klienten um den Inhalt als solchen geht.

Auch wenn ein Inhalt nicht funktionalisiert ist, aber ein Problem auf motivationale Determinanten zurückgeht, ist Argumentieren zwecklos (Versuchen Sie einmal, einem Workaholic auszureden, dass es wichtig ist, erfolgreich zu sein; versuchen Sie mal einem Verliebten einzureden, dass es besser sei, nicht verliebt zu sein. Alle werden Ihnen Recht geben und das gleiche weiter tun). Könnte man persönliche Probleme durch Argumentieren lösen, *gäbe* es gar keine persönlichen Probleme.

#### **2.4.13 Gehe davon aus: Alles ist eine Konstruktion, alles ist hinterfragbar und nichts ist zwingend!**

Psychologisch muss man davon ausgehen, dass Klienten nie eine uneingeschränkte, valide Wahrnehmung der Realität aufweisen. Was sie wahrnehmen und interpretieren, hängt immer wesentlich von ihren Schemata mit ab. Damit sind ihre Sichtweisen aber zu einem großen Teil immer eine *Konstruktion*, und Konstruktionen sind grundsätzlich

- nicht zwangsläufig;
- hinterfragbar;
- veränderbar.

Ein Therapeut sollte sich das immer wieder klarmachen: *Nichts ist a priori plausibel, nichts ist zwangsläufig und alles ist hinterfragbar!*

Klienten haben eine sehr starke Tendenz, dem Therapeuten Konstruktionen anzubieten, die sie selber plausibel finden oder von denen sie möchten, dass der Therapeut sie bestätigt. *Der Sinn der KOP besteht aber gerade nicht darin, Konstruktionen zu bestätigen, sondern darin, Konstruktionen aufzudecken, transparent zu machen, zu hinterfragen und zu verändern.* Dies kann ein Therapeut aber nur, wenn er nicht auf *Plausibilitätsfallen* hereinfällt: hält der Therapeut (aufgrund eigener Annahmen, Werte, Probleme usw.) die Konstruktionen und Images eines Klienten für plausibel, dann kann er diese nicht mehr hinterfragen. Therapeut und Klient bilden dann einen impliziten Konsens, einen „Konsensus des Unstreitigen“.

Um dies zu vermeiden, ist es wesentlich, dass der Therapeut von zwei Regeln ausgeht:

1. Es ist alles nur eine Konstruktion!
2. Nichts ist plausibel, was nicht ausführlich überprüft und hinterfragt ist!

Dass es schwierig für Therapeuten ist, diese Regeln konkret anzuwenden, werden wir noch sehen; es soll vor allem auf die mögliche Schwierigkeiten eingegangen werden, die Therapeuten in Plausibilitätsfallen führen können, damit diese in der Lage sind, diese Probleme rechtzeitig zu erkennen.

#### **2.4.14 Gehe davon aus: Der Klient kann das therapeutische Angebot annehmen oder auch nicht; ein Neues kann nicht erfunden werden!**

Ein Therapeut kann in der Klärungsorientierten Therapie eine Fülle von Angeboten machen und sich dabei in sehr hohem Maße auf die Probleme und Eingangsvoraussetzungen des Klienten einstellen. Dies alles garantiert jedoch nicht, dass der Therapeut den Klienten damit erreicht: der Klient kann z.B. erwarten, dass seine Probleme verschwinden, ohne dass er sich selbst mit unangenehmen Selbstaspekten konfrontieren muss o.ä. D.h., der Klient kann vom Therapeuten ein therapeutisches Vorgehen erwarten, das dieser nicht leisten kann. In einem solchen Fall soll der Therapeut *nicht* versuchen, eine neue Therapieform für den Klienten zu erfinden; denn die Therapieform stellt Anforderungen an den Klienten und es muss vom Klienten erwartet werden, dass er Mitarbeit und Mitverantwortung zeigt. Ein Patient kann zu einem Arzt gehen und erwarten, dass ein Magenkrebs ohne Operation, ohne Schmerzen usw. entfernt wird; leider wird der Arzt dafür keine Methode erfinden können. Der Therapeut ist Experte für eine Therapieform: diese kann der Klient annehmen, er muss sie aber nicht annehmen. Nimmt er sie nicht an, liegt das ausschließlich in der Verantwortung des Klienten.

Für den Therapeuten bedeutet dies auch, dass er bereit sein muss, einen Klienten „gehen zu lassen“, der nicht bereit ist, die Regeln und Anforderungen der Therapie zu akzeptieren. Zu glauben, eine Therapie könne alle Klienten erreichen, ist eine erkennbare irrationale Annahme.

## **2.5 Spezifische Strategien in unterschiedlichen Therapiephasen**

Der Therapieprozess lässt sich in unterschiedliche Therapiephasen unterteilen; in diesen verfolgt ein Therapeut ganz unterschiedliche Ziele und er verfolgt diese mit unterschiedlichen Strategien.

### **2.5.1 Therapiephasen**

Der gesamte Therapieprozess lässt sich in unterschiedliche Phasen einteilen:

#### *1. Phase: Beziehungsaufbau*

In dieser Phase geht es *primär* um die Herstellung einer tragfähigen Therapeut-Klient-Beziehung. Natürlich finden hier auch schon Modellbildung des Therapeuten und Klärung statt, aber im Vordergrund steht die aktive Beziehungsgestaltung

#### *2. Phase: Spezielle Strategien*

Bei Klienten mit spezifischen Störungen sind in der zweiten Phase spezielle therapeutische Vorgehensweisen nötig.

So ist es z.B. bei psychosomatischen Klienten erforderlich, in dieser Phase eine „Bearbeitung der Bearbeitung“ zu realisieren: Da Klienten mit psychosomatischen Störungen eine extrem hohe Vermeidung aller Problemaspekte zeigen, muss diese Vermeidung reduziert werden, bevor an der Klärung von Schemata inhaltlich gearbeitet werden kann.

Klienten mit Persönlichkeitsstörungen zeigen in der Regel kein Problembewusstsein im Hinblick auf eigene Schemata, Interaktionsziele und Interaktionsspiele. Dieses Problembewusstsein muss in dieser Phase erst aufgebaut werden, sodass die Klienten einen Arbeitsauftrag im Hinblick auf die Therapie entwickeln.

#### *3. Phase: Klärung*

In dieser Phase geht es um die Klärung und Rekonstruktion der problemdeterminierenden dysfunktionalen Schemata: Ziel ist eine *valide* Rekonstruktion der zentralen, relevanten Schemata.

#### *4. Phase: Bearbeitung und Veränderung*

Sind relevante Schemata hinreichend rekonstruiert, dann geht es um eine *Bearbeitung der Schemata*: Die dysfunktionalen Schemata müssen hinterfragt, „angegriffen“, gehemmt und durch funktionale alternative Schemata ersetzt werden.

### **2.5.2 Klärungsphase**

Die Klärungsphase der Therapie ist in der Regel die wichtigste und oft auch die schwierigste Phase der Therapie: In dieser muss ein Therapeut identifizieren, welche Schemata problemrelevant sind und muss den Klienten gezielt anleiten, diese Schemata zu klären.

#### **2.5.2.1 Unterstütze den Klienten gezielt im Explizierungsprozess**

Ein Therapeut sollte den Explizierungsprozess des Klienten bewusst und gezielt anregen, z.B. durch vertiefende Fragen; er sollte den Klienten „am Prozess halten“, z.B. durch „saying back“. Oft müssen Therapeuten den Klienten auch erst an einen Explizierungsprozess heranbringen, z.B. „durch Verfolgung heißer Spuren“. In jedem Fall sollte der Therapeut diese Prozesse *aktiv* anregen und nicht darauf warten, dass Klienten „den Prozess von selbst beginnen“.

Therapeuten sollten den Klienten auch sehr aktiv bei der „Übersetzung des Gemeinten in Sprache“ helfen, d.h. *sie sollten Explizierungen machen*. Therapeuten sollten Inhalte, die sie verstehen, die der Klient aber noch nicht in Worte fassen kann, explizit formulieren; sie sollten dem Klienten helfen für das, was er meint, passende, präzise Formulierungen zu finden; sie sollten Begriffe zur Verfügung stellen. Therapeuten sollten somit das, was sie vom Gemeinten und von den Schemata verstanden haben (also belegbar (!!)) rekonstruiert haben) stellvertretend für den Klienten in Worte fassen und dem Klienten dadurch aktiv beim Klärungsprozess helfen.

Deutlich muss aber sein: Explizierungen des Therapeuten sind immer Hypothesen: Der Therapeut muss *immer* mit dem Klienten prüfen, ob der Klient diese Explizierungen auch als stimmig akzeptieren kann, ob er den Eindruck hat, dass der Therapeut *treffend* wiedergibt,

was er gemeint hat: Jeder Explizierung des Therapeuten muss damit eine *Konsens-Validierung* mit dem Klienten folgen!

### **2.5.2.2 Sei in der Klärungsphase der Psychotherapie so „inhaltsabstinent“ wie möglich!**

Inhaltsabstinenz bedeutet zweierlei:

- Der Therapeut überlässt dem Klienten die Entscheidung für sein Handeln.
- Der Therapeut gibt möglichst wenige Inhalte vor.

Wesentlich ist, dass ein Therapeut dem Klienten niemals *vorschreibt*, was er denken und fühlen oder wie er handeln oder sich entscheiden soll. Ein Therapeut steuert zwar den Bearbeitungs- und Klärungsprozess des Klienten, er steuert ihn aber so, dass *der Klient* eine Entscheidung trifft. Aber nur der Klient selbst kann entscheiden,

- was er tun will und was nicht;
- welche Handlungen zu seinem Motivsystem passen;
- welche Entscheidungen er tragen kann und welche nicht.

Und um dem Klienten den größtmöglichen Freiraum für eigene Entscheidungen zu lassen, sollten Therapeuten den Klienten möglichst wenige Inhalte vorgeben.

Therapeuten können natürlich *nie völlig inhaltsabstinent sein*: sie wählen Formulierungen, sie explizieren Inhalte, sie verarbeiten Informationen aufgrund ihrer Wissensbestände und sie handeln nach ihren Überzeugungen. Natürlich vermitteln sie dem Klienten damit bestimmte Vorstellungen und Sichtweisen; das ist unvermeidbar: die therapeutische Situation ist und bleibt eine *soziale Lernsituation*. Diese „Vorgabe“ von Inhalten ist jedoch unter drei Bedingungen nicht problematisch:

1. Der Therapeut ist so zurückhaltend wie möglich in der Vorgabe von Inhalten.
2. Er betrachtet die vorgegebenen Inhalte immer nur als Vorschläge, als Denkmöglichkeiten.
3. Er akzeptiert in jedem Fall die Entscheidungen, die der Klient trifft, unabhängig davon, wie diese aussehen!

Der letzte Punkt ist besonders wichtig: *Der Therapeut „will inhaltlich nichts für den Klienten“; er will nicht, dass der Klient etwas Bestimmtes tut oder erreicht, sondern er ist bereit, das zu akzeptieren, wofür der Klient sich letztlich entscheidet!* (Das Einzige, was der Therapeut will, ist dass der Klient Klarheit erarbeitet über seine Schemata, das *will* der

Therapeut allerdings! Er will das aber auch nur deshalb, damit der Klient dann unter Kenntnis seiner Schemata seine Probleme sehr gut versteht *und dann auf der Basis dieser Kenntnis selbstverantwortlich entscheiden kann!* Der Therapeut steuert und determiniert den Klärungsprozess, er steuert aber *nicht*, was der Klient denken, fühlen oder wie er handeln soll! Auf der Prozessebene ist der Therapeut damit keineswegs „abstinente“ und er will den Klienten gezielt fördern; auf der Inhaltsebene ist der Therapeut dagegen offen; damit entscheidet allein der Klient.)

Der Klient muss *selbst verantworten*, was er tun will und diese Verantwortung kann und sollte der Therapeut ihm nicht abnehmen! Dafür ist es jedoch wichtig, so wenige Inhalte vorzugeben, wie möglich: Klärungsprozesse funktionieren nur dann, wenn *der Therapeut die vom Klienten gemeinten Inhalte herausarbeitet* und nicht, wenn der Therapeut dem Klienten Inhalte vorgibt. Der Klient „muss nicht auf alles selbst kommen“, er muss die Inhalte jedoch in sein System integrieren können und *das* kann nur er bestimmen.

In der Phase der *Veränderung von Schemata* kann ein Therapeut dann auch inhaltliche Lösungsvorschläge machen: Aber auch hier sind es immer nur *Vorschläge, Anregungen, Hinweise* und auch hier entscheidet letztlich der Klient, ob er sie annehmen, berücksichtigen und umsetzen will.

### **2.5.2.3 Beachte die Regel: Klären vor Lösen!**

In der Klärungsorientierten Therapie wird davon ausgegangen, dass Klienten häufig internale Determinanten ihres Problems (dysfunktionale Schemata) nicht oder nicht ausreichend verstehen. Eine Konsequenz davon ist, dass sie Lösungen erarbeiten und ausprobieren, die ihre motivationalen Gegebenheiten ignorieren, und die deshalb ständig scheitern. Die Klienten erarbeiten so Lösungen, ohne das Problem verstanden zu haben; ihre Lösungen sind damit auf dem Niveau von Versuch und Irrtum.

Dieser Lösungsweg soll in der Therapie nicht fortgesetzt werden: der Sinn der klärenden Arbeit besteht darin, die Problem (-mit-)determinierenden internalen Determinanten der Person zu klären, um sie bei der Definition des Problems systematisch berücksichtigen zu können. Das Ziel ist, eine möglichst „vollständige und valide“ Problemdefinition zu erarbeiten, so dass eine Lösung auch die relevanten Aspekte des Problems mitberücksichtigt: erarbeitet werden soll eine tragfähige Lösung, mit der die Person auch tatsächlich leben kann. Man muss aber in der Therapie damit rechnen, dass die Klienten weiterhin versuchen,

Lösungen ohne Klärung zu finden oder Lösungen vom Therapeuten verlangen, bevor sie das Problem verstanden haben. Genau dies darf der Therapeut aber nicht mitmachen, denn dann würde er dysfunktionalen Strategien des Klienten folgen. Der Therapeut muss also dem Prinzip folgen und dies auch dem Klienten klarmachen, dass erst eine *Problemklärung* erarbeitet werden muss, bevor man eine Lösung finden kann: *Klären vor Lösen!*

#### **2.5.2.4 Arbeite in der Klärungsphase nicht für den Klienten!**

Der Unterschied zwischen dem „Steuern des Prozesses“ und einem „Arbeiten für den Klienten“ ist manchmal schwer zu erkennen. Therapeuten sollen ja in den Prozess eingreifen, sollen steuern, sollen auch Inhalte explizit machen, sollen den Klienten unterstützen. Wichtig dabei ist allerdings, dass *alle Interventionen Aufträge an Klienten enthalten, die der Klient umsetzen muss*: der Klient

- soll Inhalte prüfen;
- soll Gedächtnisbestände aktivieren;
- soll Fragestellungen nachgehen;
- soll Inhalte miteinander verbinden usw.

D.h., Interventionen „katalysieren“ den Klienten-Prozess, d.h., sie regen etwas beim Klienten an, führen dazu, dass der Klient etwas *aktiv tut* (der *Klient* muss arbeiten!). Interventionen, bei denen der Therapeut für den Klienten arbeitet, sind solche, bei denen der Klient passiv bleiben kann, bei denen der Klient nur „ja“ sagen muss (oder „nein“), bei denen der Klient nichts aktiv tun muss. Dabei geben die Therapeuten den Klienten Antworten vor, schlagen Inhalte vor oder machen Vorschläge in Form von multiple-choice-Fragen:

„Fühlen Sie in der Situation eher x oder z oder vielleicht y?“ Der Klient antwortet dann, zur Frustration des Therapeuten oft „weder-noch“ oder „alles“, und alles ist, wie es vorher war: unklar.

Therapeuten, die für die Klienten arbeiten, weisen meist nur sehr vage Hypothesen darüber auf, was das Problem des Klienten sein könnte oder sie „drängen“ dem Klienten Inhalte auf, für die er noch gar nicht bereit ist. Ein „Arbeiten für den Klienten“ beginnt beim Therapeuten häufig dann,

- wenn sie den Eindruck haben, sie wissen besser, was mit dem Klienten los ist als der Klient selbst (was aber nicht der Fall ist); *und*
- wenn sie ungeduldig sind und *wollen, dass der Klient es jetzt einsieht; und*
- den Eindruck haben, dass der Klient es einfach nicht schnallt.

Therapeuten neigen dann auch manchmal dazu, auf Klienten einzureden, wie auf ein totes Pferd: sie sitzen mit dem Hintern vorn auf der Stuhlkante, sind vornüber gebeugt und gestikulieren auf den Klienten ein, aber man kann mit Charles Laughton (in „Zeugin der Anklage“) sagen: wenn der Therapeut fortfährt, die Fragen an den Klienten selbst zu beantworten, dann wird die Anwesenheit des Klienten überflüssig!

Fängt ein Therapeut an, für den Klienten zu arbeiten, dann leitet er den Klienten nicht mehr an, seine Inhalte selbst zu sichten, zu klären und zu verändern. Damit kann der Klient aber genau das, was er zentral in der Therapie lernen soll, nicht mehr lernen: anders als bisher, konstruktiver, kreativer mit seinen eigenen Problemen umzugehen. Kurzfristig kann ein Therapeut dem Klienten damit vielleicht helfen; langfristig jedoch sabotiert der Therapeut die Veränderungsprozesse des Klienten.

### **2.5.3 Phase der Schema-Bearbeitung**

#### **2.5.3.1 Klärung und Bearbeitung**

In der Phase der Schema-Bearbeitung geht es zentral darum, ein geklärtes, repräsentiertes Schema des Klienten *aktiv zu verändern*: Das Schema soll in seiner Relevanz gesenkt werden, es soll hinterfragt werden, der Klient soll sich dafür entscheiden, aktiv gegen dieses Schema anzugehen, er soll Alternativen zu diesem Schema entwickeln, mit denen er besser leben kann als mit dem dysfunktionalen Schema (vgl. Sachse, Püschel, Fasbender & Breil, 2008).

In dieser Phase kann es immer wieder nötig sein, auch noch weiter zu klären: Denn durch die Bearbeitung eines Schemas kann deutlich werden, dass die zentralen Schema-Aspekte doch noch nicht hinreichend klar sind, dass neue Schema-Inhalte auftauchen, die noch nicht genügend repräsentiert sind. Daher können sich in dieser Phase Klärungs- und Bearbeitungsstrategien des Therapeuten abwechseln: Aus der Bearbeitung kann deutlich werden, dass noch Klärungsbedarf besteht und nach der erfolgten Klärung wird wieder bearbeitet.

Der Schwerpunkt der therapeutischen Arbeit in dieser Phase liegt aber nicht mehr auf Klärung, sondern auf *Bearbeitung der Schemata*: Die dysfunktionalen Schemata sollen aktiv gehemmt und durch funktionale Schemata ersetzt werden, die der Klient in sein System integrieren kann.

#### **2.5.3.2 Mache in der Bearbeitungsphase als Therapeut inhaltliche Vorschläge**

Therapeuten sollten sich klarmachen, dass dysfunktionale Schemata geklärt werden müssen, bevor diese verändert werden können: Denn bevor man etwas verändern kann, muss man logischerweise wissen, *was genau man verändern will*: Daher geht eine Phase der Klärung von Schemata schon rein logisch einer Phase der Veränderung (wir nennen dies die *Phase der Bearbeitung von Schemata*) voraus.

Als Therapeut muss man sich aber klar machen, dass diese Phasen völlig unterschiedliche Ziele haben: In der Phase der Klärung geht es darum, *die tatsächlich problemdeterminierenden Schemata valide zu identifizieren und zu rekonstruieren*: Hier sollten Therapeuten somit keine inhaltlichen Vorgaben machen, keine Ratschläge geben, sondern nur dem Klienten aktiv dabei helfen zu klären, was tatsächlich „in den Schemata steht“.

In der Phase der Bearbeitung geht es jedoch darum, die Schemata zu hinterfragen, zu „demontieren“, dazu Alternativen zu finden: Auch hier muss der Klient natürlich letztlich immer entscheiden, was er verändern und welche neuen Annahmen er akzeptieren will. *Hier bestehen aber viele Freiheitsgrade*: Während es bei der Klärung darum geht, das eine, tatsächlich existierende Schema valide „zu treffen“, geht es hier darum, ein neues Schema zu finden, das der Klient in sein System integrieren kann. Und hier gibt es prinzipiell extrem viele Möglichkeiten, wie dieses Schema aussehen könnte: Also kann und sollte man in dieser Phase offen mit Möglichkeiten experimentieren, viele Alternativen entwickeln, die man dann, im nächsten Schritt, sorgfältig prüft, wobei man diejenige auswählt, die man letztlich akzeptieren will.

Daher kann der Therapeut in der Phase der Bearbeitung völlig anders als in der Phase der Klärung dem Klienten *inhaltliche Anregungen geben*, Vorschläge machen, Lösungen entwickeln (natürlich in Zusammenarbeit mit dem Klienten!), denn der Klient kann und muss alle diese Vorschläge kritisch prüfen und kann alle verwerfen! *Damit muss ein Therapeut in der Phase der Bearbeitung der Schemata nicht mehr inhaltsabstinent sein!*

In dieser Phase kann ein Therapeut die Schemata des Klienten aktiv in Frage stellen; er kann aktiv Vorschläge zur Verbesserung von Annahmen machen usw.

## **2.6 Klienten-Modell**

Therapeuten müssen im Prozess ein Modell über den Klienten bilden: Eine gezielte, gut organisierte Wissensstruktur, in der relevante Informationen und Schlussfolgerungen über den Klienten gespeichert sind. Dieses Modell muss ein Therapeut zur weiteren Informationsverarbeitung verwenden und als Grundlage für Interventionen und Strategien nutzen.

### **2.6.1 Verstehe den Klienten und verarbeite die Klienten-Information gezielt; bilde ein Klientenmodell!**

Verarbeitungsprozesse des Therapeuten sind das „A und O“ der Klärungsorientierten Psychotherapie: Ein Therapeut kann *dann und nur dann* gute, gezielte, wirksame Interventionen realisieren, die den Klienten-Prozess konstruktiv fördern, *wenn er genau versteht, wie das Problem des Klienten psychologisch funktioniert*; wenn er aufgrund dessen weiß, welche psychologischen Aspekte wie genau beeinflusst werden müssen und welche psychologischen Prozesse beim Klienten in welche Reihenfolge ablaufen müssen, damit der Klient seine Probleme effektiv klären und bearbeiten kann: *Ohne Verstehen gibt es kein konstruktives Intervenieren!!*

Daher ist es von absolut zentraler Bedeutung für eine effektive Therapie, dass der Therapeut den Klienten, seine Schemata, seine Themen, seine Anliegen usw. genau versteht, *also aufgrund seines Wissens zutreffend rekonstruiert!* Und es ist wichtig, dass der Therapeut möglichst *schnell* versteht, dass er die *zentralen* Aspekte rekonstruiert, die, an denen therapeutisch sinnvoll angesetzt werden kann und muss; dass er sich nicht durch irrelevante Information ablenken lässt; dass er ein gutes strukturiertes *Modell* über das psychologische Funktionieren des Klienten-Problems bildet, aus dem sich schlüssig Strategien und Interventionen ableiten lassen! Um dies zu können, muss der Therapeut über einen hohen Experten-Status verfügen!

Der Therapeut versteht den Klienten, er verarbeitet die vom Klienten „einlaufende“ Information immer auf der Basis seines Expertenwissens: *Ohne Wissen gibt es kein Verstehen!* Daher benötigt ein Therapeut, *insbesondere* für effektive Verstehensprozesse, gut strukturiertes, gut organisiertes und gut verfügbares Wissen, also eine hohe Expertise.

### **2.6.2 Bilde von Anfang an ein Klientenmodell; elaboriere dies ständig und prüfe dies ständig!**

Therapeuten müssen sich ein hoch strukturiertes Bild von ihrem Klienten machen; d.h., sie müssen im Therapieprozess eine *Wissensstruktur vom Klienten* aufbauen, ein *Klienten-Modell*, das z.B. Angaben darüber enthält,

- was die zentralen Probleme des Klienten sind,
- was die zentralen, zu bearbeitenden Themen des Klienten sind,
- welches die Anliegen des Klienten sind;
- ob der Klient einen Arbeitsauftrag aufweist (also eine Änderungsmotivation erkennen lässt)
- welche Schemata geklärt werden sollen,
- welches die zentralen Schemata des Klienten sind,
- wie die Probleme des Klienten „psychologisch funktionieren“,
- wie der Klient im Therapieprozess arbeitet,
- ob der Klient von sich aus Fragestellungen verfolgt,
- ob der Klient vermeidet und wenn ja, welche Strategien er benutzt,
- wie der Klient die Beziehung zum Therapeuten gestaltet,
- ob der Klient intransparente Interaktionen dem Therapeuten gegenüber realisiert.

Dieses Klientenmodell ist dann wiederum die Grundlage dafür, den Klienten zu verstehen und es ist die Grundlage für die Ableitung therapeutischer Strategien.

Der Therapeut sollte mit dem Aufbau des Klienten-Modells sofort beginnen, also sofort versuchen, alle vom Klienten „einlaufenden“, relevanten(!) Daten zu verarbeiten, um erste Hypothesen zu bilden.

Der Therapeut muss aber das Modell, das er gebildet hat, immer wieder an neuen „Daten“ prüfen und er muss es u.U. revidieren. Er muss es im Laufe des Therapieprozesses elaborieren und erweitern können, sodass es immer valider wird und zunehmend die zentralen Problemaspekte des Klienten abbildet.

### **2.6.3 Benutze beim Verstehen des Klienten immer den synthetischen *und* den analytischen Modus!**

Beim synthetischen Verstehensmodus versucht der Therapeut „zu verstehen, was zu verstehen ist“; der Therapeut zieht Schlussfolgerungen aus den Klienten-Daten auf der Grundlage seines psychologischen Wissens und bildet so eine geordnete Wissensstruktur über den Klienten.

Beim analytischen Verstehensmodus prüft der Therapeut sein Modell daraufhin, was er noch nicht verstanden hat: Er prüft, welche Informationen zum Verstehen fehlen, ob das Modell Widersprüche enthält, welche Informationen unklar sind usw. und plant Interventionen, wie er Informationen bekommen kann, die „die Lücken füllen“ (vgl. Kapitel 6 in diesem Band).

Wichtig ist, dass Therapeuten *beide* Modi verwenden: Sie sollten gelegentlich vom synthetischen in den analytischen Modus „umschalten“, um ihr Modell immer wieder zu prüfen: Vor allem die Prüfung der Information auf Stimmigkeit ist wichtig, denn sie zeigt, ob eine Hypothese korrekt sein kann oder weiter geprüft werden muss. Bleibt ein Therapeut im synthetischen Modus, dann kann er zwar rekonstruieren, was ein Klient meint und er versteht etwas von den Annahmen des Klienten, aber dann kann es passieren, dass er „festsitzt“, weil er nicht weiß, wie es von dem jetzigen Erkenntnisstand aus weitergehen soll: Erst der analytische Modus erlaubt es dem Therapeuten, Fragestellungen zu entwickeln, aufgrund derer er den Klärungsprozess weiterführen kann; *denn Fragestellungen sind der Motor des Klärungsprozesses!* Sobald ein Therapeut eine Fragestellung hat, weiß er, wo und wie der Klärungsprozess fortgesetzt werden kann: Der Therapeut hat damit einen „Klärungsvektor“: Er weiß, wo er ansetzen muss und er weiß, wo die Klärung herlaufen sollte! Und Fragestellungen ergeben sich meist „automatisch“ aus dem, was ein Therapeut *nicht* weiß, *nicht* versteht, was er aber erkennbar wissen und verstehen sollte!

#### **2.6.4 Nutze zum Verstehen Verstehensheuristiken!**

In der Klärungsorientierten Psychotherapie gibt es klare theoretische Vorstellungen davon, wie relevante Schemata *in der Regel* beschaffen sind: Z.B. ist klar, dass ein Schema in der Regel aus drei Ebenen besteht: Den Annahmen, den Kontingenzen und den Bewertungen. Damit ist aber klar, *dass ein Therapeut alle drei Ebenen verstanden haben muss, wenn er das Schema geklärt haben will.*

Das Wissen über die drei Ebenen ist somit eine Heuristik, es dient als ein *Suchmodell*: Der Therapeut weiß, über welche Aspekte er Informationen benötigt, damit er das Problem des Klienten überhaupt psychologisch verstehen kann. Also dient das Modell über Schemata als ein Modell, als eine Vorlage zur Informationssuche: Eben als eine Heuristik.

In der Klärungsorientierten Psychotherapie gibt es auch Annahmen darüber, welche prinzipiellen Arten von Schemata in der Regel bei Klienten eine Rolle bei der Erzeugung von Problemen spielen: Auch dieses Wissen kann Therapeuten sehr gut als Heuristik dienen, um relevante Schemata aufzuspüren.

Darüber hinaus sind weitere Heuristiken entwickelt worden, z.B. die „Konfliktheuristik“, bei der es um die Klärung von Konflikten geht (vgl. Becker & Sachse, 1998).

Es muss Therapeuten jedoch klar sein, dass Heuristiken allgemeine Modelle sind und dass man als Therapeut bei ihrer Anwendung zwei Aspekte sehr streng berücksichtigen sollte:

1. Dass die Heuristik „häufig“ zutrifft, heißt nicht, dass sie in jedem Einzelfall zutrifft; daher muss ein Therapeut genau prüfen, ob bei einem konkreten Klienten tatsächlich die Annahmen der jeweiligen Heuristik zutreffen: Der Therapeut darf damit nicht nur bestätigende Informationen suchen, sondern er muss sorgfältig *eine Hypothese prüfen* und somit auch hoch sensibel sein für Informationen, die der Hypothese widersprechen! Ob eine Heuristik auf einen Klienten zutrifft oder nicht und ob sie deshalb ein gutes, geeignetes Suchmodell für die Bildung von Klienten-Modellen ist, *muss in jedem Einzelfall erst sorgfältig geprüft werden!*
2. Heuristiken sind allgemeine Modelle: Sie spezifizieren z.B. welche *Arten* von Informationen in einem Schema *prinzipiell stehen können*: *Sie spezifizieren jedoch nicht, welche Informationen bei diesem konkreten Klienten tatsächlich in dem Schema stehen!*  
Das bedeutet, dass ein Therapeut immer eine Heuristik als eine Art „Platzhalter“ betrachten muss, dessen konkrete Plätze nun durch tatsächliche Informationen des Klienten „gefüllt“ werden müssen! Heuristiken definieren, welche Informationen man im Prinzip benötigt: Der konkrete Klärungsprozess aber definiert, welche Information man tatsächlich findet und nun in die „Matrix der Heuristik“ eintragen muss.  
Damit wird aber auch deutlich: Der Klärungsprozess der Klärungsorientierten Psychotherapie folgt allgemeinen Regeln und wissenschaftlich fundierten, allgemeinen Heuristiken und ist somit nomothetisch: Der konkrete, auf diesen Prinzipien basierende Klärungsprozess muss aber immer zu einem hochgradig Klienten-spezifischen, idiosynkratischen Klientenmodell führen! Denn nur dann, wenn der Therapeut die Schemata dieses konkreten Klienten genau rekonstruieren kann, dann kann er auch ganz gezielt verändernd an diesen Schemata ansetzen!

### **2.6.5 Bilde beim Verstehen *belegte Hypothesen*, die immer wieder geprüft werden und modifizierbar bleiben müssen!**

Der Therapeut sollte im Verstehensprozess immer versuchen, *belegbare Hypothesen* zu bilden, also sich immer fragen, ob er Schlussfolgerungen an Daten (und welchen!) belegen, validieren kann: Kann er dies, dann weisen diese Hypothesen ein Fundament auf (was

natürlich immer weiter verbessert werden muss); kann er dies nicht, dann bewegt er sich auf der Ebene von Spekulationen.

Natürlich darf ein Therapeut auch mal spekulieren, aber er sollte immer wissen, dass es eine Spekulation ist und er sollte Spekulationen niemals für belegte Hypothesen halten!

### **2.6.6 Versuche, bestimmte Aspekte des Klienten von Anfang an zu verstehen**

Der Therapeut sollte von Anfang an seine Aufmerksamkeit auf bestimmte, besonders zentrale Klienten-Aspekte lenken und versuchen, diese möglichst schnell zu verstehen, also von diesen Aspekten möglichst schnell ein Modell zu bilden. Diese Aspekte sind:

- Verstehen, was das Problem des Klienten ist;
- was das Problem für den Klienten zum Problem macht;
- was die zentralen Themen des Klienten sind;
- welche Intentionen der Klient in der Therapie hat;
- ob der Klient einen Arbeitsauftrag definiert;
- falls ja, wie der heißt;
- ob der Klient Vermeidung zeigt;
- wenn ja, in welchem Umfang;
- wie der Klient die Beziehung gestaltet;
- ob der Klient die Klienten-Rolle annimmt;
- ob der Klient versucht, die Therapie zu kontrollieren;
- ob der Klient in höherem Umfang Images und Appelle sendet.

### **2.6.7 Versuche von Anfang an, zentrale Schemata des Klienten zu rekonstruieren und nutze das Verstehen der Schemata zum Verstehen der Probleme!**

Therapeuten sollten von Anfang an versuchen, *Hypothesen über zentrale Schemata* des Klienten zu bilden: Denn Schemata zu verstehen, bedeutet immer, zentrale Problem determinanten des Klienten zu verstehen; versteht der Therapeut diese, braucht er sich mit peripheren Aspekten, Situationen, Erklärungen usw. überhaupt nicht mehr zu befassen!

Möglichst schnell zentrale Schemata zu verstehen, bedeutet auch, in der Therapie möglichst schnell *Ansatzpunkte zur therapeutischen Bearbeitung zu identifizieren*: Je schneller zentrale

Schemata klar sind, desto schneller kann (bei entsprechender therapeutischer Beziehung) an einer *Veränderung* der Schemata gearbeitet werden.

### **2.6.8 Konzentriere Dich im Verstehen auf zentrale Kerninformationen, bilde belegbare Hypothesen und sammle niemals irrelevante Daten!**

Therapeuten sollen immer versuchen zu verstehen, wie ein Problem „psychologisch funktioniert“: Das ist möglich, wenn man die *zentralen* Problemaspekte, die „zentralen Schaltstellen des Systems“ versteht; und dies sind meist Schemata. Daher müssen Therapeuten versuchen, aus den vorhandenen Daten möglichst schnell Schlüsse auf solche „zentralen Problemeterminanten“ zu ziehen *und* sie müssen versuchen, vor allem vom Klienten *solche Informationen* möglichst schnell und gezielt zu erhalten, die solche Schlüsse erlauben. Daher müssen Therapeuten *gezielt Informationen verarbeiten*; sie müssen (aufgrund ihrer Expertise) in der Lage sein, schnell zwischen relevanten und irrelevanten Informationen zu unterscheiden und deshalb schnell „relevanten Spuren folgen können“. Und wiederum wird (wie in Kapitel 4 noch genau zu zeigen sein wird) deutlich, dass Therapeuten für diese Aufgaben auch eine sehr hohe Expertise *benötigen!*

Unter dieser Sichtweise macht es *überhaupt keinen Sinn* erst einmal alle verfügbaren Informationen zu *sammeln*; vielmehr selektiert der Therapeut schnell *relevante Spuren* heraus und ist deshalb in der Lage, schnell relevante Schemata zu finden. Und: *Jede Information, die nicht relevant ist, verarbeitet der Therapeut auch nicht.* Informationen, die nicht relevant sind, sollten im Therapieprozess auch möglichst nicht weiter verfolgt werden! (Es sei denn, der Therapeut nimmt sie zur Kenntnis, weil es dem *Klienten* wichtig ist und der Therapeut *dem Klienten* zur Beziehungsgestaltung Aufmerksamkeit schenkt). Gerade diese Fähigkeit, schnell relevante von irrelevanter Information durch Bezug der einlaufenden Information zu gut verfügbarem Wissen zu unterscheiden, ist eine Fähigkeit, die Experten von Novizen unterscheidet: Nur Personen mit hohem Expertise-Status sind in der Regel dazu in der Lage. Novizen neigen dazu, in irrelevanten Details „zu ertrinken“.

## **2.7 Interventionen**

Interventionen sind sprachliche Aussagen von Therapeuten, deren Ziel es ist, die Bearbeitung von Problemen beim Klienten gezielt zu steuern: Jede Intervention hat damit eine *Intention*,

d.h. der Therapeut möchte, dass der Klient etwas Bestimmtes tut (oder nicht tut). Durch Interventionen steuern Therapeuten somit den Bearbeitungsprozess des Klienten konstruktiv.

### **2.7.1 Interveniere gezielt und immer so, dass der Klient die Bearbeitungsangebote darin möglichst mühelos umsetzen kann**

Therapeuten müssen *Interventionen* realisieren: Interventionen sind sprachliche Aussagen des Therapeuten, deren Sinn es ist, *Einfluss auf den Klienten-Prozess zu nehmen*. Deshalb enthalten Interventionen *Bearbeitungsangebote*: Dies sind Vorschläge des Therapeuten an den Klienten, was der Klient nun als nächstes tun sollte (falls er das Angebot des Therapeuten annehmen will). *Bearbeitungsangebote steuern damit den Klientenprozess*. Sie steuern die Aufmerksamkeit des Klienten, sie steuern, welches Thema der Klient verfolgt, welcher Fragestellung der Klient folgt. usw.

### **2.7.2 Mache Interventionen immer so, dass der Klient sie mit minimaler Kapazität verarbeiten kann!**

Jede Intervention, die ein Klient realisiert, muss vom Klienten verstanden werden; *nur dann*, wenn der Klient versteht, was der Therapeut meint *und* was er will, ist der Klient in der Lage, die Intervention auch umzusetzen; und *nur dann* steuern die Interventionen des Therapeuten auch den Klienten-Prozess!

Zum Verstehen benötigt ein Klient jedoch kognitive Ressourcen. Und je komplexer und schwerer eine therapeutische Intervention zu verstehen ist, desto mehr kognitive Ressourcen muss ein Klient für ihre Verarbeitung zur Verfügung stellen.

Damit muss er aber viele *Ressourcen von der Klärungsarbeit abziehen*: Anstatt sich auf seine eigenen Inhalte und deren Bearbeitung konzentrieren zu können, muss sich der Klient mit der Verarbeitung der Therapeuten-Interventionen beschäftigen!

Daher gilt: Je komplexer die Interventionen des Therapeuten sind, desto mehr Ressourcen muss der Klient zu ihrer Verarbeitung bereitstellen.

Und: Desto mehr Ressourcen muss der Klient von Klärungsprozessen abziehen.

*Also: Je schwieriger eine Intervention zu verstehen ist, desto stärker beeinträchtigt sie den Klärungsprozess des Klienten.*

Dieser Effekt konnte empirisch nachgewiesen werden.

Daraus resultiert: *Die Interventionen des Therapeuten müssen vom Klienten möglichst einfach zu verstehen sein!* Daraus resultieren einige Einzel-Regeln.

### **2.7.3 Die Interventionen des Therapeuten sollen so kurz wie möglich sein!**

Gute Interventionen sind kurz: *Sie bestehen aus 4-6 Wörtern!*

Der Therapeut gibt in Verbalisationen nur die zentralen Aspekte an den Klienten zurück, manchmal nur das zentrale Wort.

Oder der Therapeut stellt eine kurze Frage. Das *genügt völlig*, um den Prozess des Klienten konstruktiv zu steuern.

### **2.7.4 Ist die Intervention länger, dann sollte die Anweisung an den Klienten immer am Ende der Intervention stehen!**

Manchmal ist es nötig, dass Interventionen des Therapeuten länger sind: Der Therapeut muss etwas erläutern, Transparenz herstellen, Bezüge schaffen usw. Ist die Intervention länger, dann sollte die Anweisung des Therapeuten an den Klienten, also die Information darüber, was der Klient nun als nächstes tun sollte (das Bearbeitungsangebot!), immer am Ende der Intervention stehen! Denn wenn sie vorne steht und der Therapeut danach noch andere Informationen gibt, hat der Klient die Anweisung wieder vergessen! Damit *verliert* die Intervention jedoch ihre steuernde Wirkung! Macht der Therapeut die Intervention am Anfang und gibt er dann weitere Informationen, dann muss der Therapeut diese Anweisung am Schluss *noch mal wiederholen!* *Interventionen müssen immer mit einer Anweisung (einem Bearbeitungsangebot) an den Klienten enden!*

### **2.7.5 Eine Intervention sollte immer nur eine Anweisung enthalten**

Da der Klient eine Anweisung umsetzen muss, dies aber Zeit erfordert, muss er die Anweisung eine Zeit lang im Arbeitsgedächtnis speichern; erhält er mehrere Anweisungen, dann besteht die Gefahr, dass entweder eine vergessen wird oder aber, dass die beiden Anweisungen interferieren und der Klient *keine* der beiden Anweisungen vernünftig ausführt. Daher gilt: *Jede Intervention sollte immer nur eine Anweisung an den Klienten enthalten!* Will der Therapeut, dass der Klient mehrere Dinge tut, dann gibt er die Anweisungen sukzessiv, nicht simultan.

### **2.7.6 Eine Intervention sollte sprachlich einfach sein und die Anweisung an den Klienten explizit enthalten!**

Eine Intervention sollte in einer einfachen, klaren Sprache, ohne Schnörkel, Nebensätze oder komplizierte Strukturen abgefasst sein, damit der Klient sie schnell und leicht dekodieren kann! (Psychotherapie ist *keine* Deutschstunde, der Therapeut muss sich nicht bemühen, druckreif zu reden, sondern er sollte sich bemühen, *verständlich* zu reden!)

Ein Therapeut sollte auch explizit deutlich machen, was er will, dass der Klient als nächstes tut: Keine Euphemismen (!!!), keine Umschreibungen, nichts „durch die Blume sagen“: *Offen, klar, präzise und direkt formulieren!*

### **2.7.7 Benutze synthetische Interventionen (Paraphrasieren, Verbalisieren und Explizierungen) als auch analytische Interventionen (Fragen, Prozessdirektiven)!**

Therapeuten sollten niemals ihre Interventionen nur auf „Verbalisierungen“ beschränken; sie sollen Interventionen niedriger Prozessdirektivität verwenden, um den Klienten viel Raum zu lassen wie paraphrasieren, verbalisieren und explizieren; sie sollten aber auch Interventionen hoher Prozessdirektivität verwenden wie konkretisierende oder vertiefende Fragen (also analytische Interventionen), die den Klientenprozess stark steuern.

*Und beachte:* Synthetische und analytische Interventionen sollten sich *abwechseln*, also sollte man als Therapeut: V – V – F – V – F – F – V – E – F – V – E – F

(V = verbalisieren; E = explizieren; F = fragen)

Aber nicht: V – V – V – V – V – V – V – V – V

*Und vor allem nicht:* F – F – F – F – F – F – F

Fragen stellen hohe Anforderungen an Klienten und vor allem führen vertiefende Fragen schnell an Stellen, an denen der Klient seine Strukturen selbst nicht mehr versteht: *Und dann kann er die Fragen gar nicht mehr beantworten!* Fragt ein Therapeut dann jedoch weiter, *stagniert der Klärungsprozess notwendigerweise!*

Daher sollten auf Fragen immer Verbalisierungen oder Explizierungen folgen, die dem Klienten *Zeit* geben, neue Aspekte zu verstehen, zu integrieren und damit die *Basis* zu schaffen, weiterfragen zu können!

Außerdem sollte ein Therapeut, wie oben ausgeführt, mit jeder Intervention eine (implizite) Beziehungsgestaltung realisieren: Dies ist jedoch durch Verbalisierungen und Explizierungen sehr viel leichter möglich als mit Fragen: In Verbalisierungen kann ein Therapeut leichter Akzeptierung, Verstehen, Wärme usw. „unterbringen“ als in Fragen. Schon deshalb sollten sich Fragen immer mit Verbalisierungen abwechseln.

### **2.7.8 Stelle nur Fragen, wenn Du annehmen kannst, dass der Klient die Fragen beantworten kann!**

Wenn man als Therapeut Fragen stellt, dann sollte man sich klar machen, dass jede Frage eine *Implikation* hat: Nämlich die Annahme, dass der Klient aufgrund der Frage „in seinem Gedächtnis nachsuchen kann“ und eine Chance hat, dadurch eine sinnvolle Antwort zu finden.

Das bedeutet aber: Man kann eine Frage nur dann sinnvollerweise stellen, wenn man annehmen kann, dass genau diese Möglichkeit existiert.

Im Therapieprozess liegt jedoch manchmal die Situation vor (besonders bei Psychosomatikern!), dass man annehmen muss, dass ein Klient zur Zeit *keinen* Zugang zu Schemata, Verarbeitungen, Gefühlen u.a. hat (z.B. weil der Klient ein hohes Ausmaß an Alienation aufweist). Damit liegt aber die Situation vor, dass ein Klient eine entsprechende Frage *gar nicht beantworten kann!*

In einem solchen Fall ist es nicht sinnvoll, eine Frage mit der Intention zu stellen, dass der Klient sie beantworten kann. Man kann die Frage stellen, um dem Klienten deutlich zu machen, *dass* er sie nicht beantworten kann und dass man deshalb an der Klärung arbeiten sollte; dann aber muss man dem Klienten – Stück für Stück – durch Verbalisierungen und Explizierungen bei der Rekonstruktion helfen.

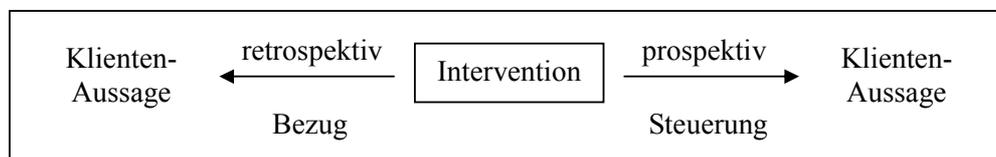
Gerade Explizierungen des Therapeuten, also Interventionen, bei denen Therapeuten das vom Klienten Gemeinte und Aspekte relevanter Schemata aufgrund anderer Informationen *belegbar (!) erschließen* können und damit durch ihre Interventionen implizite Information *explizit machen*, sind in solchen Fällen von extremer Bedeutung: Sie helfen den Klienten enorm bei der Rekonstruktion und Klärung unklarer Aspekte, denn Klienten können in aller Regel gut erkennen, wenn eine Explikation das aussagt, was sie schon kognitiv oder affektiv gegeben haben, aber noch nicht in Worte fassen konnten; sie haben ein unmittelbares Evidenzerleben und können so die Explizierung des Therapeuten validieren!

### 2.7.9 Interventionen des Therapeuten müssen immer im Material des Klienten verankert werden.

Klärungs- und Bearbeitungsprozesse sind *kontinuierliche Prozesse*: Es wird kontinuierlich und „straight“ an *einem* Thema gearbeitet, es wird kontinuierlich *eine* Fragestellung verfolgt: Das Thema entwickelt sich weiter und das heißt: Aus einem gegebenen Aspekt werden neue abgeleitet.

Daher muss sich jede Intervention des Therapeuten logischerweise auf etwas inhaltlich beziehen, was der Klient vorher geäußert hat; der Therapeut muss etwas aufgreifen (und weiterführen), was der Klient vorher gemeint hat; der Therapeut stellt eine Frage zu etwas, was der Klient vorher thematisiert hat.

Kurz: Jede Intervention des Therapeuten muss sich sinnvoll auf etwas beziehen, was der Klient vorher gesagt hat und was deshalb noch *im Fokus der Aufmerksamkeit des Klienten* ist (oder vom Klienten in den Fokus der Aufmerksamkeit genommen werden kann!). Interventionen haben damit eine retrospektive Seite: Sie beziehen sich immer auf etwas, was ein Klient geäußert hat; und sie haben eine prospektive Seite: Sie steuern das, was der Klient als nächstes bearbeiten soll:



## 2.8 Therapeutische Strategien

Strategien sind Folgen von aufeinander bezogenen Interventionen, die alle ein bestimmtes Prozessziel verfolgen: Der Therapeut will, dass der Klient dadurch einen bestimmten Prozesszustand erreicht.

### 2.8.1 Realisiere therapeutische Strategien im Therapieprozess!

Interventionen realisiert der Therapeut mit dem Ziel, einen bestimmten Einfluss auf den Klientenprozess auszuüben: Der Therapeut will, dass der Klient etwas Bestimmtes tut und damit einen bestimmten Zustand herstellt: Damit zielen Interventionen immer auf die

Erreichung bestimmter Prozesszustände ab: *Interventionen dienen damit der Erreichung von Prozesszielen.*

In sehr vielen Fällen genügt aber eine einzelne Intervention nicht, um beim Klienten ein bestimmtes Prozessziel zu erreichen: Oft macht der Therapeut eine Intervention und der Klient wird aufmerksam; er macht eine weitere Intervention und der Klient versteht; er macht eine weitere Intervention und der Klient versucht, das Bearbeitungsangebot umzusetzen; er macht weitere Interventionen, die dem Klienten helfen, das Bearbeitungsangebot umzusetzen; und schließlich erreicht der Klient das Prozessziel (z.B. seine Perspektive zu internalisieren o.ä.).

Eine *Serie von Interventionen*, die alle das gleiche Prozessziel anstreben, dem Klienten aber schrittweise dabei helfen, dieses zu erreichen, wird als *therapeutische Strategie* bezeichnet: Die Interventionen dienen dazu, Teilschritte des Prozesses beim Klienten einzuleiten (Teilziele zu erreichen); sie bauen somit aufeinander auf und sind aufeinander bezogen.

Definiert werden kann eine Strategie dadurch, was sie erreichen soll, also durch das Prozessziel, das mit ihrer Hilfe angestrebt werden soll.

Therapeuten sollten im Therapieprozess derartige Strategien systematisch verwenden.

### **2.8.2 Internalisiere die Perspektive des Klienten!**

Für Klärungsprozesse benötigt ein Klient eine interne Perspektive: er muss seine Aufmerksamkeit auf intern ablaufende Prozesse richten, er muss die aktuellen Verarbeitungsprozesse beachten, analysieren und verstehen, die durch eine Aktualisierung eines relevanten Schemas (durch einen situationalen „Trigger“) ausgelöst worden sind: Denn nur „von diesen Verarbeitungen aus“ kann der Klient das relevante Schema rekonstruieren!

Das bedeutet: wenn Therapeuten eine klärungsorientierte, therapeutische Arbeit anregen wollen, dann sollten sie die Perspektive des Klienten internalisieren!

Die Interventionen des Therapeuten sollten vorrangig darauf gerichtet sein, den Klienten dazu anzuregen, „vom Ich aus auf interne Aspekte zu schauen“. Wendet der Klient die Aufmerksamkeit nach außen (z.B.: „Der X ist bescheuert!“), dann soll der Therapeut die Aufmerksamkeit nach innen lenken (z.B.: „*Sie* finden, der X sei bescheuert? Was missfällt Ihnen an X?“).

Hält ein Klient die Perspektive konsistent external, dann muss der Therapeut den Klienten auf der Meta-Ebene darauf aufmerksam machen, was er tut: er wirft dann auch die Frage auf, was es für den Klienten so wichtig macht, immer nach außen zu gucken oder, was es dem Klienten so schwer macht, nach innen, auf sich selbst zu schauen.

Klienten begreifen in der Regel erst im Verlauf der Therapie, dass eine Internalisierung, eine interne Perspektive auch Autonomie zurückbringt: machen die Klienten andere Personen für ihre Probleme verantwortlich, gucken sie nach außen und beschweren sich, dann können sie sich einerseits entlasten; sie haben ja keine Schuld. Diese Perspektive impliziert leider aber auch, dass sie keine Kontrolle haben: sie können nichts ändern, sie sind davon abhängig, dass *andere* sich ändern. Blicken sie aber auf eigene Determinanten, dann müssen sie zwar für das Problem (zumindest zum Teil) auch Verantwortung übernehmen: sie haben jedoch prinzipiell Kontrolle über ihre eigenen Determinanten. Nun *können* sie etwas tun, etwas ändern, sie haben wieder ein Stück Autonomie.

### **2.8.3 Aktiviere die relevanten Schemata des Klienten!**

Schemata (sowohl kognitive als auch affektive) lassen sich nur dann rekonstruieren und verändern, wenn sie aktiviert sind. Nicht-aktivierte Gedächtnisbestände sind nicht rekonstruierbar und nicht veränderbar. Daher ist es im Therapieprozess wesentlich, relevante Schemata zu aktivieren. Das zentrale Handlungsprinzip lautet daher: *Aktiviere die relevanten Schemata!*

Der resultierende Klärungsprozess bei aktivierten Schemata kann dann (bei der Aktivierung kognitiver Schema-Anteile) auch überwiegend kognitiv sein: Kognitive Elemente eines Schemas werden dann auch durch kognitive Klärungsstrategien herausgearbeitet. Werden affektive (oder emotionale) Elemente von Schemata aktiviert, dann ist der Klient auch affektiv beteiligt und der Klärungsprozess bezieht sich dann auf affektive Schema-Elemente.

Ein solcher affektiver Klärungsprozess bedeutet, dass die Person Motive, Ziele, Werte, Schemata aktiviert und aufgrund dieser eine Situation, Person usw. bewertet: sie produziert Bewertungen, gefühlte Bedeutungen, Stimmungen, Gefühle usw. Das Vorliegen dieser Gefühle, Bewertungen usw. ist dann ein valider Indikator dafür, dass affektive Schemata u.ä. aktiviert sind: bei der Person finden nicht nur kognitive, sondern affektive Verarbeitungen statt. Diese Prozesse müssen vom Therapeuten angeregt werden: der Therapeut muss explizit

auffordern, Gefühle zu einer Situation zuzulassen („Bitte bleiben Sie dabei und schauen Sie, was das in Ihnen auslöst!“), er muss nach Gefühlen fragen („Welches Gefühl hat das in Ihnen ausgelöst?“), er kann Klienten damit konfrontieren, dass sie keine Gefühle zeigen, obwohl ein Inhalt dies nahe legt. Der Therapeut kann auch Sachverhalte, die Emotionen auslösen können, sehr klar, sehr konkret, sehr pointiert formulieren, so dass der Klient sich nicht mehr emotional distanzieren kann, sondern der affektive Verarbeitungsprozess angeregt wird.

Das heißt: der Therapeut soll nicht warten, bis der Klient ein Gefühl äußert, sondern er soll durch seine Interventionen Gefühlsprozesse gezielt anregen.

Diese Emotionalisierung, das sollte völlig klar sein, dient aber nicht einfach dazu, den Klienten zu emotionalisieren. *Emotionalisierung als solche ist überhaupt nicht das Ziel der Intervention. Das Ziel ist die Aktivierung der relevanten Strukturen und dann, wenn diese aktiviert sind, ihre weitere therapeutische Bearbeitung.* „Emotionalisierung“ ist damit nur eine Zwischenstufe; eine notwendige Voraussetzung weiterer therapeutischer Arbeit, kein Ziel an sich. Bleibt im Therapieprozess eine weitere Bearbeitung der Schemata aus, dann ist der therapeutische Effekt der Emotionalisierung häufig minimal.

#### **2.8.4 Entwickle und verfolge Fragestellungen im Therapieprozess!**

Die Richtungen, in die die therapeutische Arbeit gehen soll, sind keineswegs leicht zu bestimmen. Um sie bestimmen zu können, muss ein Therapeut aus dem vorhandenen Material *Leitfragen* entwickeln.

Die Entwicklung von (heuristischen) Leitfragen hilft dabei, den Verarbeitungsprozess zu strukturieren, zu zentralisieren, bei einem Thema zu bleiben und ein Modell über den Klienten systematisch zu elaborieren. Leitfragen sind daher für ein zielgerichtetes therapeutisches Vorgehen von großer Bedeutung.

Ein Therapeut muss sich z.B. bezüglich der Inhalte nicht nur fragen: was habe ich verstanden?

Er muss sich (im analytischen Modus) immer wieder fragen:

- Was habe ich noch nicht verstanden?
- Was ist mir unklar, unplausibel, nicht nachvollziehbar?
- Was finde ich erstaunlich, verwunderlich, merkwürdig?
- Was passt nicht zusammen, ist widersprüchlich?

Solche Fragen machen in der Regel auf wesentliche Aspekte aufmerksam, denen man Aufmerksamkeit schenken muss.

Um zu zentralen Aspekten zu gelangen, muss ein Therapeut auch *nach der Implikationsstruktur des Gemeinten fragen*:

- Welche Überzeugungen, Annahmen, Vorstellungen muss ein Klient haben, damit er eine solche Sichtweise haben kann?
- Welche Motive, Werte, Ziele liegen dieser Bewertung, diesem Handeln zugrunde?
- Auf welche zentralen Determinanten weisen die Beispiele hin?
- Was sind die übergreifenden gemeinsamen Aspekte, die an den Beispielen deutlich werden?
- Worum geht es eigentlich?

Um zu zentralisieren, ist es oft hilfreich, Details wegzulassen und sich zu fragen: *Was ist das Wesentliche in dem, was der Klient mitteilt?*

### **2.8.5 Stärke immer die Annäherungstendenz bei Ambivalenz!**

Klärungsprozesse sind meist ambivalent: Klienten spüren eine Annäherungstendenz: sie sind neugierig, sie wollen das Problem endlich verstehen und angehen. Sie spüren aber auch eine Vermeidungstendenz: sie haben Angst, sich mit bestimmten Inhalten zu konfrontieren.

Therapeuten sollten grundsätzlich die Annäherungstendenz stärken:

- „Im Grunde möchten Sie verstehen, was in Ihnen vorgeht“.
- „Sie wissen schon, dass Sie sich diesen Aspekten stellen müssen“.
- „Ich möchte Sie bitten, so lange wie möglich dabei zu bleiben“, u.a.

Zeigt der Klient schon eine deutliche *Vermeidungstendenz*, dann ist es allerdings wesentlich, diese transparent zu machen *und* sie sofort zu bearbeiten: hier kann die Annäherungstendenz am ehesten dadurch gefördert werden, dass die Vermeidungstendenz reduziert wird. In diesem Fall sollte ein Therapeut aber eben nicht nur die Vermeidung oder Vermeidungstendenz als solche aufzeigen. Damit lenkt er die Aufmerksamkeit des Klienten ja auf die Hindernisse. Regt er keine weitere Bearbeitung der Vermeidung an, dann kann die Fokalisierung der Vermeidungstendenz diese durchaus steigern: der Klient traut sich nicht, der Therapeut traut sich auch nicht und die Gründe des Zögerns werden nicht klarer: eine desolante Situation.

Daher sollte man beachten: wenn der Therapeut eine Vermeidung transparent macht, den Klienten auf sein Zögern, auf Schwierigkeiten aufmerksam macht, dann sollte er immer ein Bearbeitungsangebot, einen Auftrag damit verbinden: den Auftrag, zu klären, warum es für den Klienten so schwierig ist, in der Klärung weiterzugehen, was den Klienten hindert, ängstigt usw. Der Therapeut sollte also bei einer Vermeidung nicht sagen: „Es ist jetzt ganz

schwer für Sie, da weiterzugehen.“ und dann seine Intervention beenden. Sondern er sollte zweistufig intervenieren, z.B.:

- „Es ist ganz schwierig für Sie, jetzt weiterzugucken“
- Pause
- „Was macht das im Augenblick so schwierig?“ oder
- „Ist es möglich, es dennoch zu versuchen?“

Grundsätzlich sollte der Therapeut auch seine Interventionen so gestalten, dass der Klient *aufgefordert* wird, weiterzugehen; der Therapeut muss deutlich machen, dass er, der Therapeut, das auch vom Klienten erwartet und dem Klienten dies auch zutraut. Dagegen sollte die Intervention nicht zögerlich sein oder den Klienten geradezu dazu einladen, ihr nicht zu folgen, z.B.: „Sie können jetzt mal gucken, was Sie in dieser Situation empfinden, aber nur, wenn es Ihnen nichts ausmacht“. Betont ein Therapeut die Schwierigkeiten, Hindernisse, Vermeidungsmöglichkeiten, Gefahren usw., dann macht der Therapeut dem Klienten die Vermeidungstendenz salient und dann wird der Klient sich auf eine Klärung kaum einlassen.

### **2.8.6 Kläre den Arbeitsauftrag!**

Eine Internalisierung der Perspektive und eine Aktivierung affektiver Schemata und affektiver Verarbeitungsprozesse erscheinen als notwendige Voraussetzungen für eine klärende Arbeit: ohne Internalisierung und Aktivierung kann eine Rekonstruktion und Veränderung affektiver Schemata nicht stattfinden.

Diese Aspekte reichen jedoch, so muss man annehmen, für eine effektive Psychotherapie noch nicht aus: es gibt ungezählte affektive Schemata, die man aktivieren kann, es gibt ungeheuer viele Situationsaspekte, zu denen man Bewertungen und Gefühle entwickeln kann usw. Würde man unspezifisch die Perspektive nach innen lenken und *irgendwelche* affektiven Verarbeitungsprozesse aktivieren, dann käme man wohl nie zu einem Ende; und zu einer Problemlösung auch nicht. Schon die Tatsache, dass Therapiezeit begrenzt ist, bedeutet, dass man nur eine geringe Anzahl von Problemen bearbeiten kann und sie impliziert, dass man diese Probleme möglichst effektiv bearbeiten muss.

*Es ist daher notwendig, die zu bearbeitenden Probleme oder Problemaspekte zu bestimmen, festzulegen, woran genau in der Psychotherapie gearbeitet werden soll.*

Es ist damit ein *Arbeitsauftrag zu definieren: An welchen Problemaspekten, die aus welchen Gründen problematisch sind, soll im Hinblick auf welches Ziel gearbeitet werden?*

Ohne eine solche Definition, ohne einen solchen Arbeitsauftrag, ohne eine solche Einschränkung der zu bearbeitenden Probleme und ohne ihre Bestimmung droht die Therapie in Details zu „versacken“, ohne roten Faden zu verlieren, zu chaotisieren.

Hat man ein Problem bestimmt, einen Arbeitsauftrag definiert, dann ist es notwendig, möglichst schnell die *zentralen Aspekte des Problems* zu bestimmen. Es ist notwendig herauszuarbeiten, *welche* Motive, Ziele, Schemata usw. hier von zentraler Bedeutung sind. Ist dies klar oder gibt es zumindest eine Hypothese, dann ist bestimmbar, auf *welches* Schema sich die Aufmerksamkeit des Klienten richten soll, *welches* Schema aktiviert werden muss.

Die Therapie soll damit *zielorientiert* verlaufen: es soll möglichst schnell klar werden, worauf sich die Therapie bezieht, welche Aspekte zu bearbeiten sind.

### **2.8.7 Arbeite an der „Kante des Möglichen“!**

Klärungsprozesse sind für Klienten *immer ambivalent*: Klienten zeigen eine Annäherungstendenz: Sie möchten verstehen, warum sie so handeln, wie sie handeln, sie möchten die Schemata kennenlernen und sie bearbeiten.

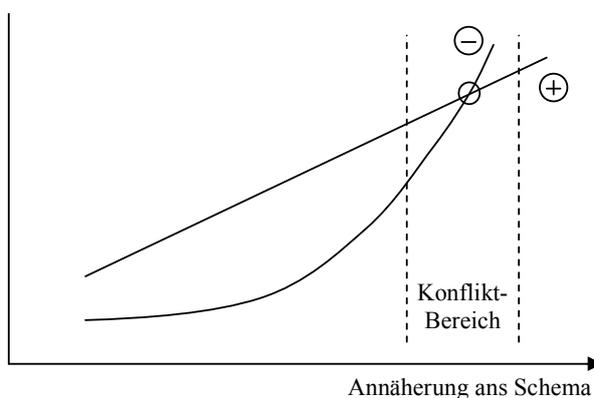
Sie zeigen aber auch immer (in allerdings sehr unterschiedlichem Ausmaß!) eine *Vermeidungstendenz*: Sie haben Angst, sich peinlichen und unangenehmen Inhalten „zu stellen“, sie fürchten, Probleme, die sie aufdecken, nicht bewältigen zu können usw. Vermutlich steigen beide Tendenzen in unterschiedlichem Maße an. Während die Annäherungstendenz wahrscheinlich linear ansteigt, steigt die Vermeidungstendenz dagegen exponentiell an. Diese beiden Tendenzen treffen sich am *Konfliktpunkt*, also an dem Punkt, an dem Annäherungs- und Vermeidungstendenz gleich groß sind: Und um diesen Konfliktpunkt herum erstreckt sich der Konfliktbereich (vgl. Abbildung 2.2).

Sobald Klienten in diesen Konfliktbereich vorstoßen, *beginnt in nennenswerter Weise die Vermeidung*: Die Klienten „verlieren den Faden“, wechseln die Themen, sagen „ich weiß nicht“, beantworten Fragen, die der Therapeut gar nicht gestellt hat, kurz: Es zeigen sich gehäuft die unterschiedlichsten *Vermeidungsindikatoren*. An diesen kann der Therapeut erkennen, dass er im Konfliktbereich und damit an der „Kante des Möglichen“ angekommen ist: Genau in diesem Bereich sollte der Therapeut von nun an arbeiten, bis der Konfliktpunkt sich langsam weiter in Richtung auf eine Schemaklärung verschiebt.

Abbildung 2.2: Annäherungs-Vermeidungs-Konflikt bei der Klärung von Schemata

Dieser Bereich ist damit der *zentrale Arbeitsbereich der Psychotherapie*: Genau hier sollte der Therapeut arbeiten; der Therapeut sollte den Klienten *an genau den Inhalten halten*, die konfliktreich für den Klienten sind. Denn hier wird der Klient bezüglich der Klärung maximal gefordert; er wird aber weder unterfordert noch wird er überfordert! Dies ist damit die *Arbeit an der Kante des Möglichen*.

Therapeuten sollten der vom Klienten Vermeidung Therapeuten sollten dem halten: Weicht der aus, führt der (nach kurzer Zeit)



Möglichen. nun auch aktiv mit realisierten umgehen: den Klienten in Konfliktbereich Klient einer Frage Therapeut ihn mit einer neuen

Frage wieder an den „heißen Bereich“ heran; oder der Therapeut macht dem Klienten deutlich, dass er vermeidet und bietet ihm an, die Gründe der Vermeidung zu reflektieren.

Der Therapeut führt den Klienten immer wieder genau an die „Kante“, an der der Klient vermeidet: Dadurch bemerkt der Klient allmählich, dass „nichts passiert“: Der Klient wird nicht von Gefühlen überschwemmt, er kann die Inhalte durchaus aushalten, es passiert nichts Schlimmes, auch der Therapeut lehnt ihn nicht ab usw. Dadurch, dass der Therapeut den Klienten an dem „heißen Bereich“ hält, treten Desensibilisierungs- oder Reizkonfrontations-

Effekte ein und die Vermeidungstendenz des Klienten sinkt allmählich ab: Der Klärungsprozess kann sich so langsam dem „brisanten“ Schema immer weiter annähern.

Dieser Effekt, so muss man aber theoretisch annehmen, tritt *aber nur dann ein*, wenn der Therapeut den Klienten durch Interventionen *am Konfliktbereich hält* bzw. ihn durch entsprechende Interventionen immer wieder und wieder in den Konfliktbereich zurückführt: Dann und nur dann kann der Klient die Erfahrung machen, dass die Konfrontation mit den aversiven Inhalten harmlos ist und der Klient sich somit auch „der nächsten Stufe“ stellen kann. Erlaubt der Therapeut jedoch, dass der Klient vermeidet und *vor dem Konfliktbereich bleibt*, *dann stagniert der Klärungsprozess*.

*Auch hier ist es damit elementar wichtig, dass ein Therapeut prozessdirektiv ist und hart an der Kante des Möglichen arbeitet!*

Andererseits sollte der Therapeut den Klienten aber auch nicht veranlassen, *zu weit* in den vermiedenen Bereich zu gehen (also *über den Konfliktbereich hinaus*), denn dadurch werden beim Klienten massive Ängste ausgelöst, der Prozess wird für den Klienten aversiv *und* sein Vertrauen zum Therapeuten wird beeinträchtigt! Außerdem können dadurch *massive* Vermeidungstendenzen ausgelöst werden, die dazu führen, dass der Therapeut gar nicht mehr an diesen Bereich herankommt! Daher darf der Therapeut nicht zu direktiv sein, er darf den Klienten *nicht* überfordern: *An die Kante des Möglichen gehen, heißt deshalb, den Klienten immer wieder an die Stelle zurückzuführen, wo die Vermeidung des Klienten beginnt!* Vermeidet der Klient dann, geht er „aus dem Konfliktbereich heraus“, dann folgt der Therapeut dem Klienten immer zunächst und führt den Klienten dann durch Interventionen wieder in den „heißen“ Bereich zurück. Der Therapeut zwingt den Klienten aber nie gegen dessen Intention, im vermiedenen Bereich zu bleiben oder sogar, weit über den Konfliktbereich hinauszugehen!

Vermeidung des Klienten ist damit aber auch ein wichtiger Indikator im Therapieprozess: *Da, wo die Vermeidung beginnt, beginnt der Klärungsprozess wirklich relevant zu werden!* Das heißt nicht, dass er ohne Vermeidung nicht relevant ist, aber bei Vermeidung beginnt „die heiße Phase“; damit ist Vermeidung (ich möchte es *nicht* „Widerstand“ nennen, da damit zu viele nicht-akzeptable Konnotationen verbunden sind!) aber auch ein Zeichen, dass die Therapie an relevante Aspekte herangekommen ist: Vermeidung ist aber *kein* schlechtes Zeichen für die Therapie! Therapeuten müssen nur angemessen mit Vermeidung umgehen.

## Literatur

- Becker, K. & Sachse, R. (1998). *Therapeutisches Verstehen*. Göttingen: Hogrefe.
- Kuhl, J. & Beckmann, J. (1994). Alienation: Ignoring one's preferences. In: J. Kuhl & J. Beckmann (Eds.), *Volition and Personality*, 375-390. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (1992). *Zielorientierte Gesprächspsychotherapie – Eine grundlegende Neukonzeption*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2001). *Psychologische Psychotherapie der Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2002). *Histrionische und narzisstische Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2003). *Klärungsorientierte Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2004). *Persönlichkeitsstörungen. Leitfaden für eine Psychologische Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2006a). Psychotherapie-Ausbildung aus der Sicht der Expertise-Forschung. In: R. Sachse & P. Schlebusch (Hrsg.), *Perspektiven Klärungsorientierter Psychotherapie*, 306-324. Lengerich: Pabst.
- Sachse, R. (2006b). *Psychologische Psychotherapie bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2006c). *Therapeutische Beziehungsgestaltung*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2009). Psychotherapeuten als Experten. In: R. Sachse, J. Fasbender, J. Breil & O. Püschel (Hrsg.), *Grundlagen und Konzepte Klärungsorientierter Psychotherapie*, 269-298. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R., Fasbender, J., Breil, J. & Püschel, O. (2009). *Grundlagen und Konzepte Klärungsorientierter Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- 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*, 232-247. Göttingen: Hogrefe.