



KLAUS-GRAWE-INSTITUT
FÜR PSYCHOLOGISCHE THERAPIE

Klärungsorientierte Psychotherapie I

12./13. Januar 2024, PSY 23

Lic. phil. Nuša Sager-Sokolic

Klaus-Grawe-Institut für Psychologische Therapie

Grossmünsterplatz 1, CH-8001 Zürich

Tel. +41 44 251 24 40, E-mail: nsager@ifpt.ch

Übersicht aller Klärungskurse

Übersicht Klärungskurse

- Klärung I: Theoretische Grundlagen, Einbettung in die Konsistenztheorie, Verständnis für Klärung entwickeln
- Klärung II: Konkrete Konzepte wie Rubikon, Schemata, Therapeutische Strategien, 3-Ebenen-Modell (Peter Schlebusch)
- Klärung III: Fokus auf Persönlichkeitsstörungen (Peter Schlebusch)
- Klärung IV: Emotionsfokussierte Strategien (David Altenstein)
- Klärung V: Zusammenfassung, Integration (Barbara Heiniger)

- Motivationale Klärung
 - Definition und Ziele
- Rolle der Klärung in der Konsistenztheorie
- Wurzeln der KOP: die humanistische Perspektive
 - Carl Rogers • Leslie Greenberg • Rainer Sachse
- 3-Ebenen-Modell der KOP (nach Sachse)
 - Inhaltsebene: Interventionen und Regeln
 - Ebenen unterscheiden können
- Indikation und Kontraindikation für Klärung
- Häufige Fehler im Klärungsprozess
- Zusammenfassung

2



DIE THERAPIE
BEGINNT DORT,
WO DIE KLARHEIT
FÜR DEN KLIENTEN
AUFHÖRT!

3

Definition von Klärungsprozessen

Klärungsprozesse sind therapeutische Prozesse, in welchen relevante, problemmit-determinierende interne Determinaten* des Erlebens und Handelns aktiviert, vokalisiert, repräsentiert und umstrukturiert werden.

*Internale Determinanten sind kognitive und affektive Schemata, Motive, Werte, Ziele, Überzeugungs- und Glaubenssysteme; Konfliktschemata, Einschätzung der eigenen Kompetenz, Ressourcen etc.

4

Definition von Klärungsprozessen

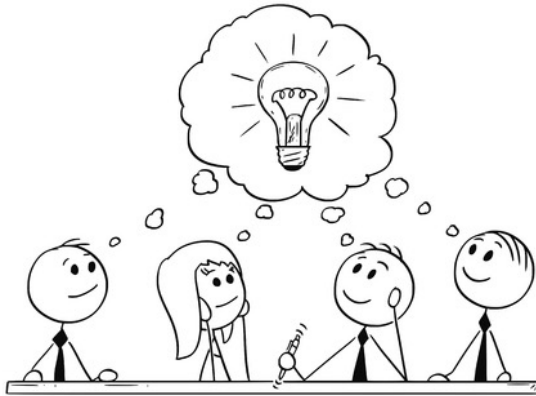
Klärungsprozesse sind therapeutische Prozesse, in welchen relevante, problemmit-determinierende interne Determinaten* des Erlebens und Handelns aktiviert, vokalisiert, repräsentiert und umstrukturiert werden.

*Internale Determinanten sind kognitive und affektive Schemata, Motive, Werte, Ziele, Überzeugungs- und Glaubenssysteme; Konfliktschemata, Einschätzung der eigenen Kompetenz, Ressourcen etc.

- Bewusst oder unbewusste Schemaaktivierung
- In Worte fassen
- Aufschreiben, darstellen
- Veränderungsprozess, Bewältigung

5

Kleingruppenübung (20min)



- Was stellt ihr euch unter Klärung vor?
- Was ist das Ziel von Klärung?
- Klärt ihr bereits in der Therapie?
- Wenn ja wie?
- Was glaubt ihr sind wichtige Aspekte?

6

Ziele von Klärungsprozessen

1. Sinn des Klärungsprozesses ist es, die **Schema-Inhalte sprachlich genau angeben** zu können (explizieren),
2. um sie **mit anderen Wissensbeständen zu verknüpfen**,
3. damit der/die Pat. und Th. wissen, welche dysfunktionalen Annahmen der/die Pat. genau aufweist, damit klar ist,
4. welche Annahmen nun **weiter bearbeitet und verändert** werden müssen.
5. Nur wenn klar ist, was die **dysfunktionalen Annahmen** des/der Pat. genau sind, kann an diesen Annahmen therapeutisch angesetzt werden, nur dann können die tatsächlich relevanten Annahmen **gezielt bearbeitet** werden!

(Sachse, 2008)

7

Was ist das Ziel von Klärung?

- Bewusstsein über eigene wichtige Ziele: Annäherung und Vermeidung. Überlegungen dazu, inwieweit die Ziele im aktuellen Leben noch sinnvoll sind (insbesondere bei Vermeidungszielen).
- Bewusstsein über eigene Strategien, um Ziele zu erreichen: Überlegungen dazu, inwieweit die Strategien wirklich dazu führen, wichtige Ziele zu erreichen: Kognitionen (Regeln, Leitsätze, Überzeugungen) und Verhaltensweisen.

8

- Bewusstsein über eigene Emotionen: differenzierte Wahrnehmung und Reflexion.
- Sich selber besser verstehen: Wie ist es gekommen, dass ich diese Ziele und diese Strategien entwickelt habe? Kann ich verstehen, weshalb ich in welchen Situationen welche Gefühle erlebe?
- Welches sind die Konsequenzen aus dieser Klärung? In welchen Bereichen möchte ich etwas verändern? Wie kann ich diese Veränderung umsetzen? -> Bewältigung

9

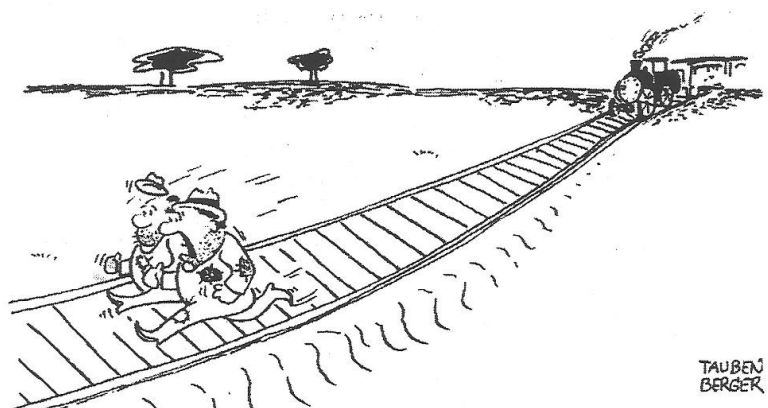
Voraussetzungen beim Therapeuten / der Therapeutin:

- Therapieverständnis
 - heisst Fallkonzeption: Hypothesen über die Schemata des/der Pat: Wichtige Ziele, Kognitionen, Emotionen, Verhaltensweisen, Entstehungsbedingungen
 - ist Voraussetzung für Klärungsarbeit, weil der/die Th. den Prozess der Klärungsarbeit steuern soll.
- Bewusstsein des/der Th. über eigene Schemata / Schemaaktivierung
- Vertrauen in eigene Fähigkeiten bzw. sich zutrauen, sich mit (seinen) Problemen auseinandersetzen zu können

10

Voraussetzung für Klärungsprozesse / gute Gesprächsführung

- Beziehungskredit, vertrauensvolle Beziehung
- Ressourcenaktivierung: Wir helfen die Ressourcen wahrzunehmen, damit sie überhaupt genutzt werden können!!



Ein paar Beispiele für klärungsorientierte Fragen

- Ich habe viele Ups & Downs und weiss nicht, was mit mir los ist.
- Alle paar Wochen trinke ich bis zum Filmriss, obwohl ich mir und meiner Partnerin geschworen habe, dass das nicht mehr vorkommt.
- Ich weiss, dass es doof ist, so zu reagieren (schreien, wegrennen), aber trotzdem passiert mir das immer wieder!
- Ich habe mir ein Kind gewünscht, aber als ich schwanger war, wollte ich es nicht mehr.
- Bitte helfen Sie mir, meinen Mann zu ändern. Er hat null Empathie.
- Immer wenn ich Klaviermusik höre, könnte ich losheulen.

12

Wurzeln der KOP

Ein Klärungsprozess bedeutet einerseits als Th den/die Pat *wirklich* zu verstehen, aber noch wichtiger:

Pat. soll sich und seine/ihre Funktionsweise verstehen lernen.



Bevor wir an Veränderungen arbeiten können, müssen wir verstehen und wissen, was wir **warum**, **wozu** und **wie** verändern wollen.

Ziel des Kurses:

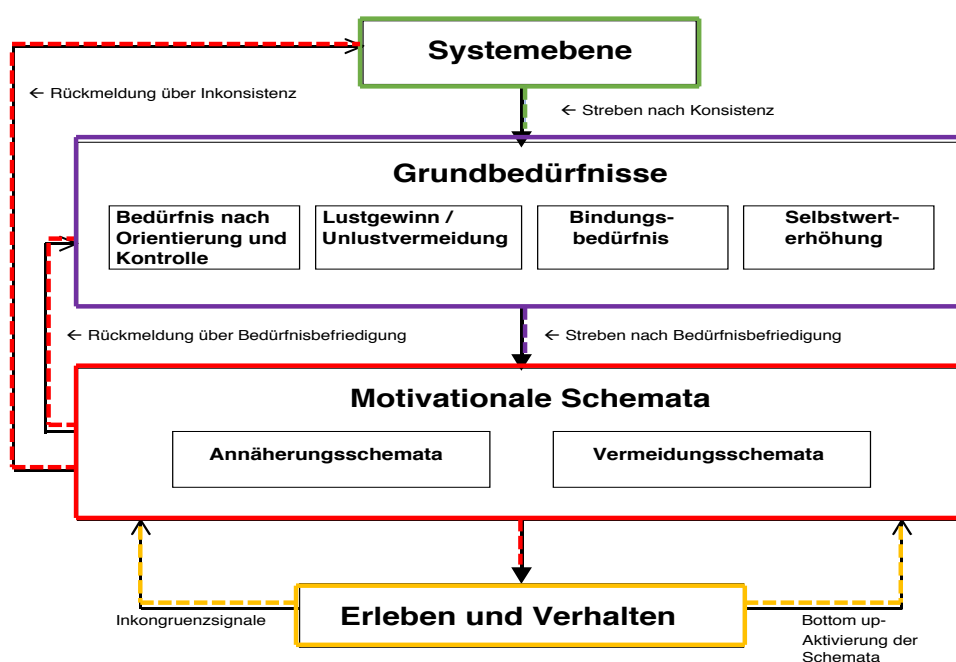
- Pat. verstehen! Vom Gesagten zum Gemeinten.
- Klärung vor Bewältigung

13

- Motivationale Klärung
 - Definition und Ziele
- Rolle der Klärung in der Konsistenztheorie
- Wurzeln der KOP: die humanistische Perspektive
 - Carl Rogers • Leslie Greenberg • Rainer Sachse
- 3-Ebenen-Modell der KOP (nach Sachse)
 - Inhaltsebene: Interventionen und Regeln
 - Ebenen unterscheiden können
- Indikation und Kontraindikation für Klärung
- Häufige Fehler im Klärungsprozess
- Zusammenfassung

14

Bezug zur Konsistenztheorie



15

**DER MENSCH STREBT NACH BEFRIEDIGUNG UND
SCHUTZ SEINER GRUNDBEDÜRFNISSE**

Unter dem Einfluss seiner konkreten
Lebensbedingungen entwickelt er der
Befriedigung dienende Annäherungsziele
und dem Schutz dienende Vermeidungsziele
sowie Mittel zur Realisierung dieser Ziele

Ziele + Mittel zu ihrer Realisierung

=

Motivationale Schemata

16

**Inkongruenz
=
Motor der psychischen Aktivität**

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

Es bilden sich neue Ordnungsmuster heraus:

**INDIVIDUELLE
SCHEMATA**

Adaptive Ordnungsmuster

Neue Ressourcen,
neue Möglichkeiten
der Bedürfnisbefriedigung

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

17

Annäherungs- (intentionale) Schemata

- Sind auf die Herbeiführung oder Erhaltung von Wahrnehmungen im Sinne der wichtigsten bewussten und unbewussten Wünsche und Bedürfnisse des Patienten/der Patientin ausgerichtet.

Vermeidungs-/Konfliktschema

- Die Aktivität von Vermeidungs- und Konfliktschemata ist darauf ausgerichtet, den Patienten/die Patientin vor dem Erleben bestimmter aversiver Emotionen zu schützen.
- Das ursprünglich verletzte Grundbedürfnis ist aber im Hintergrund immer noch aktiv.

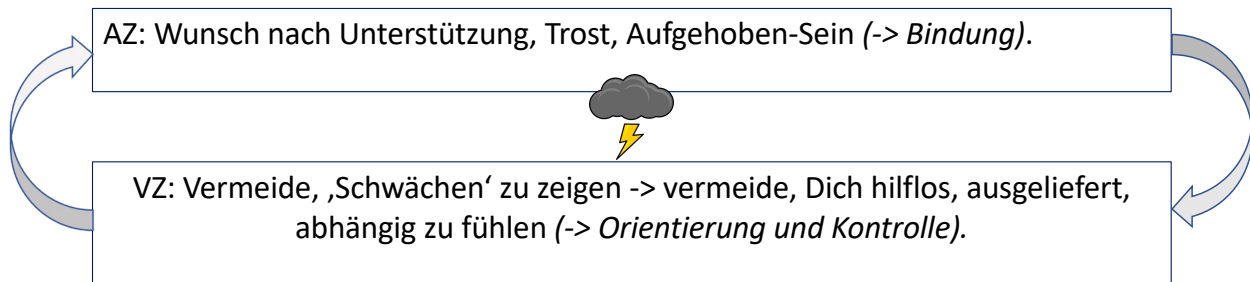
18

Individuelle Schemata: Beispiel Annäherungsschema

- Annäherungsziel: Eine Bedeutung haben, wichtig sein: anderen helfen; sich interessieren für andere; Bedürfnisse von anderen ernst nehmen; ‚ich will ein guter Mensch (Freund/Kollege, Partner, Vater) sein‘. (-> *Selbstwertbedürfnis*)
- Aktiviert in der Familie, bei der Arbeit, allgemein in ‚sozialen Situationen‘, Folgen:
 - Der Patient ist beliebt in der Firma, unterstützt seine Kinder, ist aktiv in einem Verein.
 - In der Therapie: ist sympathisch, angenehm im Umgang, zugewandt, interessiert sich für die:den Therapeutin:en.
 - Er erlebt Gefühle von Befriedigung, etwas ‚wert‘ sein.
- Hintergrund: Modell der Mutter, die sich um alle gekümmert hat, die herzlich, der ‚Ruhepool‘ der Familie gewesen sei.
- Erfahrung: Zufriedenheit der anderen, wenn er hilfsbereit ist.

19

Individuelle Schemata: Beispiel Konfliktschema



Folgen:

- Nie jemanden um Hilfe, Unterstützung bitten; Probleme selber/allein lösen; immer ‚der Starke‘ sein -> Erschöpfung, depressive Symptome, Rückzug -> Angst, zusammenzubrechen, in die Klinik eingeliefert zu werden.
- In der Therapie: Patient kommt pünktlich und regelmässig, bagatellisiert aber seine Probleme; versucht, sachlich zu bleiben, vermeidet Emotionsvertiefung

20

- Aktiviert bei der Arbeit, in der Beziehung zu seiner Frau, in der Therapie.
- Hintergrund:
 - Dominanter, über alle und alles bestimmender Vater (ein ‚Arbeitstier‘); Pat. wurde vom Vater als ‚faul‘, ‚schwach‘ bezeichnet.
 - Vater bevorzugte Bruder des Pat. (der eine ‚bessere‘ Ausbildung hat als der Patient), was zählt ist gute Ausbildung, Stärke und Durchsetzungsfähigkeit.
 - ‚Ausraster‘ des Sohnes des Pat. (hat Kontrolle über sich verloren, geschrien, auf andere losgegangen) → Hilflosigkeit des Patienten.

21

ANNÄHERUNGSSYSTEM  	VERMEIDUNGSSYSTEM  
Gute Befriedigung der Grundbedürfnisse > Entwicklung von intentionalen Zielen (Heranführen der Befriedigung von Grundbedürfnissen)	Grundbedürfnisse wurden regelmässig verletzt > Entwicklung von Vermeidungszielen (Vermeidung von Verletzung der Grundbedürfnisse)
Positive Erwartungshaltung > Ausweitung des Verhaltensrepertoires > Bedürfnisbefriedigende Erfahrungen	Negative Erwartungshaltung > keine Herausbildung von neuen Verhaltensweisen > Wenig Bedürfnisbefriedigende Erfahrungen
Assoziierte Emotionen: Freude, Stolz	Assoziierte Emotionen: Angst, Scham
Behavioral Activation System (BAS): - Aktivierung des Dopaminsystems - Pos. Emotionen bahnen Assoziationen, Repräsentationen und Verhaltensprogramme im Belohnungssystem - 'liking' (z.B. Schokolade, Drogen, Sex) und 'wanting' (Aktivierung wichtiger Ziele)	Behavioral Inhibition System (BIS): - Amygdala-Aktivierung - Neg. Emotionen bahnen Assoziationen, Repräsentationen und Verhaltensprogramme im Vermeidungssystem - Ängstlichkeit, Angst (Emotionen können, müssen aber nicht bewusst wahrgenommen werden)
Implikationen Therapie: Aktivierung, Stärkung & Ausdifferenzierung intentionaler Schemata	Implikationen Therapie: Abschwächung motivationaler Vermeidungsschemata
AZ sind meist bewusst und können klar erreicht werden.	VZ sind häufig unbewusst. Die Zielerreichung ist weniger eindeutig.

22

Bezug zur Konsistenztheorie

DAS DILEMMA

Aktivierung während Klärungsprozessen

Annäherung oder Vermeidung?



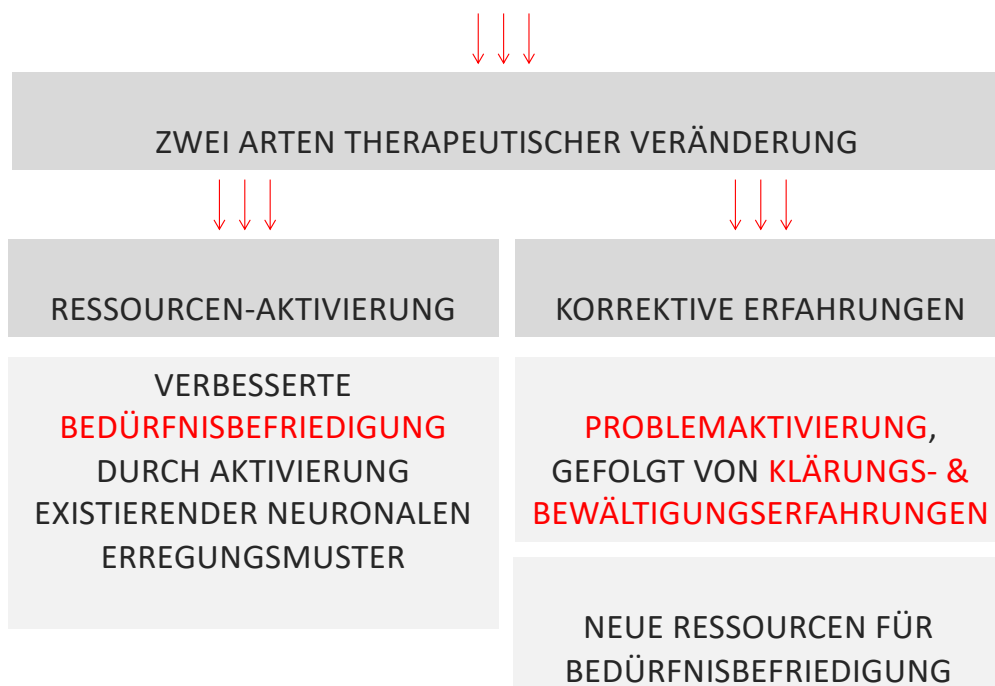
23

Unverzichtbares Interventionsrepertoire: **Wirkfaktoren**

- Beziehungsgestaltung
- Ressourcenaktivierung
- Problemaktivierung
- Problembewältigung
- Motivationale Klärung

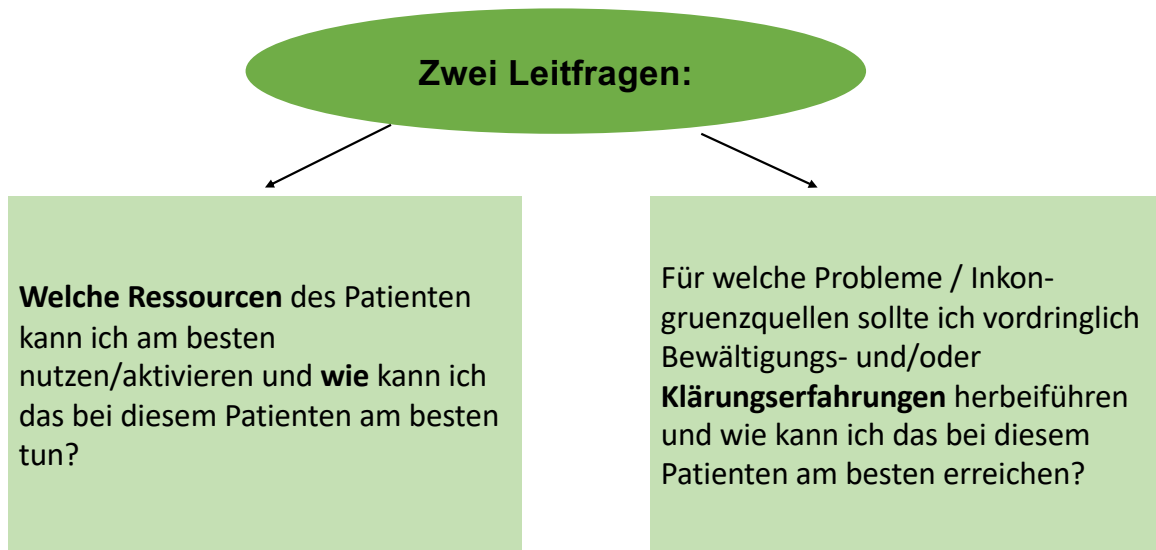
24

Wirkfaktoren- Grundbedürfnisse



25

Konsistenztheoretische Therapieplanung



26

Klärung und Wirkfaktoren

- **Klärung:** Zugang der Person zum eigenen Motivsystem; Verständnis der emotionalen Verarbeitungen: ‚Bewusstseins-Erarbeitung‘ relevanter internaler Determinanten → Schemata
- **Problemaktivierung:** Klärung, Repräsentation nur möglich, wenn relevante Motive/Schemata in der Therapie aktiviert werden.
- **Umstrukturierung:** Motive/Schemata sollen reflektiert werden; mit anderen Schemata verglichen, in Verbindung gebracht werden; im Handeln erprobt und geprüft werden; neue Schlussfolgerungen gezogen werden → Akkommodation, Problembewältigung.
- **Ressourcenaktivierung:** Wichtig für die Umstrukturierung: Aufmerksamkeit auch auf positive Selbstaspekte lenken!

27

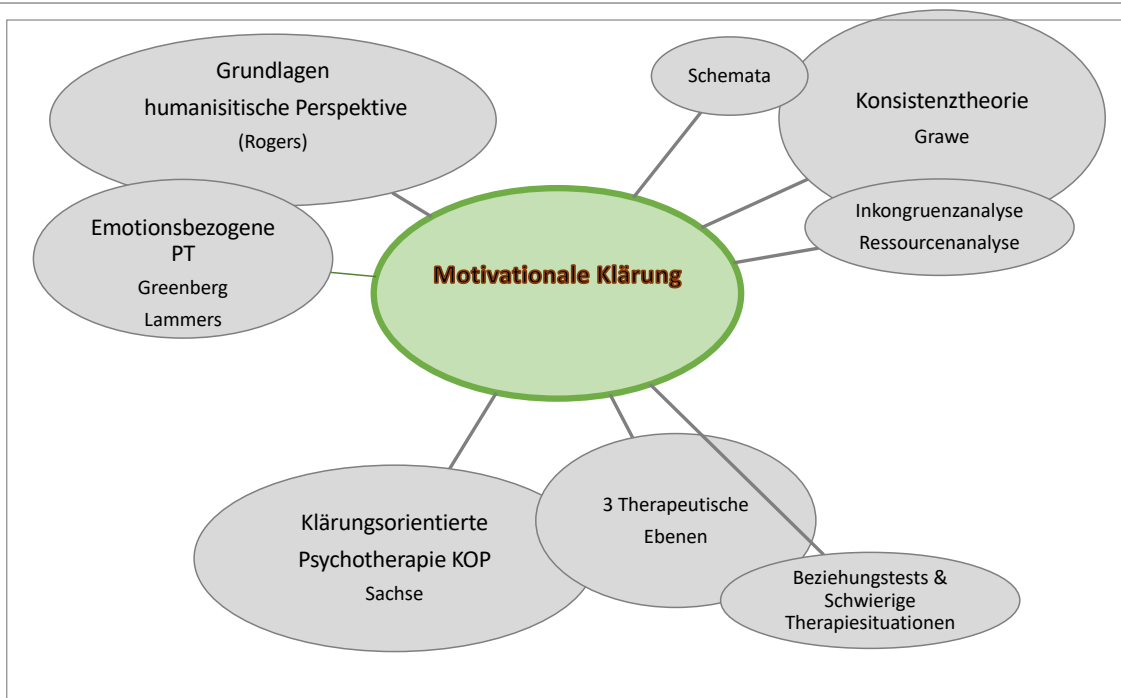
Aber wie machen wir das genau?

28

Bezug zur Konsistenztheorie



29



30

Übersicht Klärung I

Übersicht

- Motivationale Klärung
 - Definition und Ziele
- Rolle der Klärung in der Konsistenztheorie
- Wurzeln der KOP: die humanistische Perspektive
 - Carl Rogers • Leslie Greenberg • Rainer Sachse
- 3-Ebenen-Modell der KOP (nach Sachse)
 - Inhaltsebene: Interventionen und Regeln
 - Ebenen unterscheiden können
- Indikation und Kontraindikation für Klärung
- Häufige Fehler im Klärungsprozess
- Zusammenfassung

31

Die Humanistische Perspektive, zwei Ansätze:

Nicht-direktiv, personenzentriert

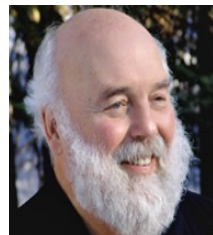
Klassische Gesprächspsychotherapie
(GT, Rogers)



The curious paradox is that when I accept
myself just as I am, then I can change.
Carl Rogers

Direktiv, prozessorientiert

- A) Emotionsfokussierte Psychotherapie
(EFT) nach Leslie Greenberg
- B) Klärungsorientierte Psychotherapie
(KOP) nach Rainer Sachse



32

Humanistische Perspektive

Bedingungslose Wertschätzung der Person:

Person ≠ Verhalten

33

Humanistische Perspektive

- Im Fokus des Humanistischen Psychotherapieprozesses steht das unmittelbare Erleben des Patienten im Hier und Jetzt vor dem Hintergrund seiner biografischen und sozialen Bezüge
- Erkundung von Fühlen, Denken, Handeln, von Beziehungsmustern und Einstellungen
- Biografische Arbeit, Zukunftsorientierung und Achtsamkeit für Schichten, die ausserhalb des Bewusstseins liegen
- Relevanz der Eigenmotivation, Eigenarbeit
- Freiheit und Raum geben
- Aber auch Rahmen und Struktur (Sicherheit)

34

Humanistische Perspektive

- Beziehung zwischen Th und Pt sehr wichtig
- Aktualisierung von Beziehungsmustern im Therapieraum
- Humanistische Th bemüht sich, zu verstehen, was und wie der Pt erlebt und das empathisch Erfasste dem Patient gegenüber angemessen zu kommunizieren.
- Hilfe sich selbst besser zu verstehen, die zunächst noch unklaren Anteile und Zustände zu verstehen, sowie sich mit seinen Erfahrungen, Wünschen, Bedürfnissen, Lebenseinstellungen und Werten auseinanderzusetzen.
- Die Empathie des Psychotherapeuten im Sinne einer stellvertretenden Introspektion
- Humanistische Th bemüht sich um eine akzeptierende und wertschätzende Haltung, was Pt u.a. die Erfahrung vermittelt, als Person gewürdigt und unterstützt zu werden.

35

Drei therapeutische Basisbedingungen seitens des Patienten/der Patientin

1. Der/die Pat. ist mindestens in minimalem **Ausmass kontakt- bzw. beziehungsfähig**.
2. Der/die Pat. weist **Inkongruenz** auf und spürt sie: minimaler **„Leidensdruck“**, minimale **Veränderungsmotivation**.
3. Der/die Pat. **nimmt das Handeln des Therapeuten/der Therapeutin wahr** (therapeutische Handlungen und Interventionen).

36

Grundannahmen der Störungstheorie

- **Aktualisierungstendenz**: Tendenz des Organismus, alle seine Fähigkeiten zur Aufrechterhaltung, Förderung und Weiterentwicklung einzusetzen = höchstes Motiv in einer Motivhierarchie. Ein Entwicklungsprinzip.
- **Erfahrung**: die im Organismus ablaufenden Prozesse: Denk-, Verarbeitungs-, und Emotionsprozesse.
 - „Erfahrung“ = subjektive Verarbeitungs- und Konstruktionsprozesse → individuell erzeugte Welt („phänomenologisches Feld“)
 - Erfahrungen werden auf dem Hintergrund des „inneren Bezugsrahmens“ interpretiert und bewertet.

37

- Die **Symbolisierung** von Erfahrungen (Bewusstsein) kann akkurat geschehen oder verzerrt werden.
- **Akkurate Symbolisierung** ist wesentlich für:
 - Entwicklung eines realistischen Selbstkonzeptes
 - Wissen über eigene Ziele und Motive
 - Entwicklung eines realistischen „Weltwissens“
 - Erstellung konstruktiver Problemlösungen
- Wichtig: **Gefühle („felt senses“)** informieren die Person über eigene Bewertungen, Ziele und Motive (Motivsystem)
- **Selbstkonzept**: Erfahrungen, Annahmen über sich selber.
- Erleben von „**unconditional positive regard**“ → positiver Selbstwert.

38

- **Annahme der Selbstaktualisierungstendenz**: Tendenz der Person, das eigene Selbst und den eigenen Selbstwert zu entwickeln und zu erhöhen.
- Falls Erfahrungen das Selbst und den Selbstwert bedrohen, entwickelt sich die **Selbstbehauptungstendenz**: Tendenz, das Selbst und den Selbstwert aufrechtzuerhalten, nicht auf Entwicklung ausgerichtet, sondern auf Beibehaltung des Status quo → **Konflikt der Tendenzen** → **Inkongruenz** → **Störung der Selbstregulation**.
- Bewusste Wahrnehmung von Inkongruenz: **Leidensdruck**. Unbegreifliche emotionale Reaktionen, unbegreifliche Handlungen, widersprüchliche Überzeugungen.

39

Die Humanistische Perspektive, zwei Ansätze:

Nicht-direktiv, personenzentriert

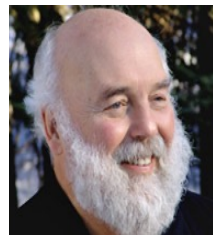
Klassische Gesprächspsychotherapie (GT, Rogers)



The curious paradox is that when I accept myself just as I am, then I can change.
Carl Rogers

Direktiv, prozessorientiert

- A) Emotionsfokussierte Psychotherapie (EFT) nach Leslie Greenberg
- B) Klärungsorientierte Psychotherapie (KOP) nach Rainer Sachse



40

Gesprächstherapie nach Carl Rogers

- Empathie
- Akzeptierung
- Kongruenz (=Haltung)



The curious paradox is that when I accept myself just as I am, then I can change.
Carl Rogers

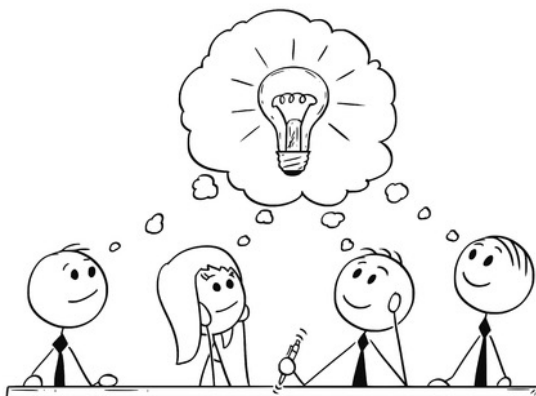
41

Empathisches Verstehen

- Verstehen des inneren Bezugsrahmens des/der Pt, die Welt mit den Augen des/der Pt sehen und erleben‘.
- Fähigkeit des/der Th., unterschiedliche Perspektiven einnehmen zu können.
 - Selbstbehauptungsanteile, Selbstaktualisierungsanteile
- Verstehen, was ein/eine Pt meint. Nicht nur was er/sie sagt.
- Funktion: Aufmerksamkeit steuern, lenken / Hilfe bei der Strukturierung von Informationen / Aktivierung von Gedächtnisbeständen.

42

Kleingruppenübung: Empathie



1. Durchgang: Nur ,antiempathische‘ Äusserungen
2. Durchgang: Nur empathische Äusserungen

Was fällt euch auf?

43

Akzeptierung / Wertschätzung : ,unconditional positive regard‘

- Die Person des/der Pt annehmen, akzeptieren, sich für sie/ihn und die geäußerten Inhalte interessieren (,nonpossessiv warmth‘).
- Th soll seine/ihre Bewertungen, Ansichten, Werte zurückstellen.
- Genau wahrnehmen, Widersprüche deutlich machen, aber akzeptieren, was ist und keine Vorschriften machen.
- Wichtig sind auch nonverbale und paraverbale Kommunikationskanäle!

44

Kongruenz / Echtheit: Das therapeutische Angebot (,Therapeutic Conditions‘)

- **Kongruenz:** Th hat Zugang zu seinen/ihren eigenen Gefühlen und Gedanken, dem/der Pt und der therapeutischen Situation gegenüber.
- **Echtheit:** Th macht dem/der Pt nichts vor, soll nicht ,unecht‘ sein, nicht ,hinter einer Fassade verschwinden‘.
- **Signalkongruenz:** Pt soll den/die Th als einheitlich, ,stimmig‘ wahrnehmen können, in dem was er/sie sagt/tut und wie er/sie es sagt/tut.
- **Transparenz:** Pt kann in die therapeutischen Strategien und Prinzipien Einblick erhalten. Th verfolgt keine geheimen Pläne und versucht nicht, den/die Pt zu manipulieren.

45

Verstehen was Pat. meint (Bedeutung), nicht was er/sie sagt...



46

Die Humanistische Perspektive, zwei Ansätze:

Nicht-direktiv, personenzentriert

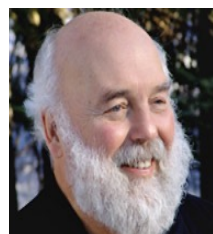
Klassische Gesprächspsychotherapie (GT, Rogers)



The curious paradox is that when I accept myself just as I am, then I can change.
Carl Rogers

Direktiv, prozessorientiert

- A) Emotionsfokussierte Psychotherapie (EFT) nach Leslie Greenberg
- B) Klärungsorientierte Psychotherapie (KOP) nach Rainer Sachse



47



DIE THERAPIE
BEGINNT DORT,
WO DIE KLARHEIT
FÜR DEN KLIEN-
TEN
AUFHÖRT!

48

Wurzeln der KOP

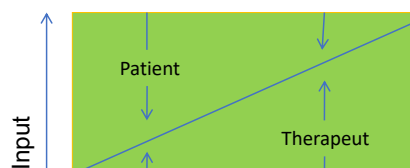
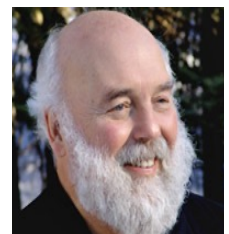
Emotionsfokussierte Therapie nach Leslie Greenberg

▪ Direktiv-prozessorientiert:

- Emotion im Zentrum der therapeutischen Arbeit anstatt Inhalt
- Emotionale Aktivierung notwendig für Veränderung!!

• Beziehungsprinzipien der EFT nach Greenberg

- Gegenwart
- Empathische Einstimmung
- Arbeitsbündnis
- Folgen und Führen



Basisvariablen („Therapeutic Conditions“)

- **Funktion:** Aufmerksamkeit steuern, lenken / Hilfe bei der Strukturierung von Informationen / Aktivierung von Gedächtnisbeständen.
 - Der/Die Th bestimmt, **wie** gearbeitet wird, er/sie ist **prozessverantwortlich** und **prozessdirektiv** und so inhaltsabstinent wie möglich.
- > Um die Basisvariablen zu verwirklichen, muss **der/die Th ein Bewusstsein für die eigenen Schemata** haben!

50

„Klientenprozesse“

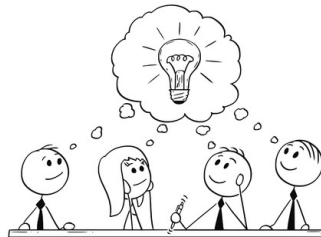
- **Selbstexploration:** Pat. spricht über sich, seine persönlichen inneren Erlebnisse und wird sich klarer, bemüht sich um Klärung.
- **Selbstkommunikation:** Lautes oder leises Denken über sich selbst, Gedanken, die im Wesentlichen die eigene Person betreffen oder über Ereignisse, die zur eigenen Person in Beziehung stehen.
- **Experiencing:** Betonung der affektiven Verarbeitung; die „gefühlte Bedeutung“ (felt sense).
- **Selbstbezug und Offenheit:** Gefühle zulassen können, sich intensiv mit sich und seinen Problemen auseinandersetzen.

51

Kleingruppenübung: Empathie nach Greenberg

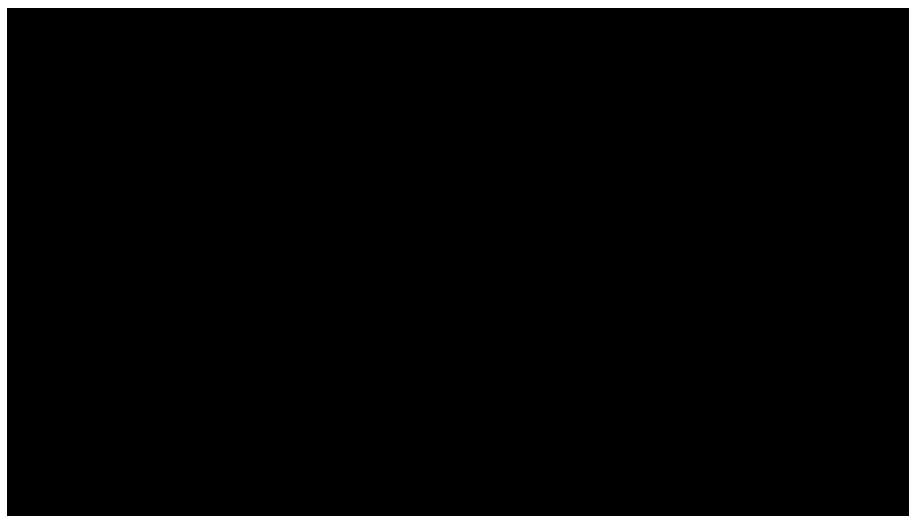
Bitte lest das Paper zum Thema Empathie und tauscht euch anschliessend darüber aus:

- Habt ihr das Paper verstanden?
- Versteht ihr den Unterschied?
- Gibt es offene Fragen?



52

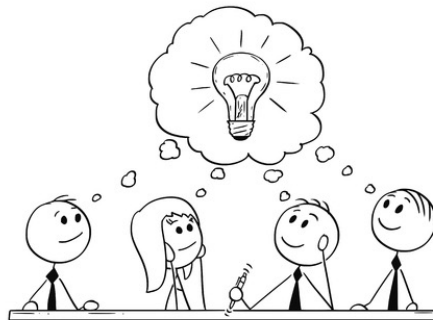
Videobeispiel



53

Kleingruppenübung: Empathie nach Greenberg

Versucht in einem Rollenspiel die Strategien zu verwirklichen, während dem euer/eure Patient:in etwas über sich oder über ein Erlebnis erzählt.



54

Die Humanistische Perspektive, zwei Ansätze:

Nicht-direktiv, personenzentriert

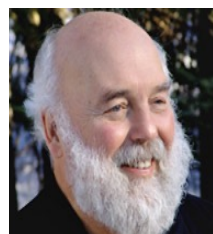
Klassische Gesprächspsychotherapie (GT, Rogers)



The curious paradox is that when I accept myself just as I am, then I can change.
Carl Rogers

Direktiv, prozessorientiert

- A) Emotionsfokussierte Psychotherapie (EFT) nach Leslie Greenberg
- B) Klärungsorientierte Psychotherapie (KOP) nach Rainer Sachse



55

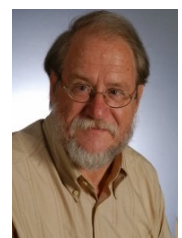
- Motivationale Klärung
 - Definition und Ziele
- Rolle der Klärung in der Konsistenztheorie
- Wurzeln der KOP: die humanistische Perspektive
 - Carl Rogers • Leslie Greenberg • Rainer Sachse
- 3-Ebenen-Modell der KOP (nach Sachse)
 - Inhaltsebene: Interventionen und Regeln
 - Ebenen unterscheiden können
- Indikation und Kontraindikation für Klärung
- Häufige Fehler im Klärungsprozess
- Zusammenfassung

56

3 – Ebenen-Modell der KOP

Klärungsorientierte Psychotherapie KOP nach Rainer Sachse ,Zielorientierte Gesprächspsychotherapie'

- Betont die Prozessdirektivität → Unterscheidung Inhalt und Prozess!
- Orientiert sich an der Grundlagenpsychologie (z.B. Emotionspsychologie, Informationsverarbeitungs- und Handlungsplanungsprozesse, Motivations-, Kognitions- und Sprachpsychologie)
- Basisvariablen der Therapie: Empathie, Akzeptierung und Echtheit; Bedeutung von Selbstexplorationsprozessen, Wichtigkeit des ,inneren Bezugsrahmens'.
- erweitert den klassischen GT-Ansatz v.a. mit motivations- und kognitionstheoretischen Konzepten.



57

Grundlegende Therapiekonzepte

- Klärung: Zugang der Person zum eigenen Motivsystem; Verständnis der emotionalen Verarbeitungen: ‚Bewusstseins-Erarbeitung‘ relevanter internaler Determinaten → **Schemata**
- Problemaktualisierung: Klärung, Repräsentation nur möglich, wenn relevante Motive/Schemata **in der Therapie** aktiviert werden.
- Umstrukturierung: Motive/Schemata sollen reflektiert werden; mit anderen Schemata verglichen, in Verbindung gebracht werden; im Handeln erprobt und geprüft werden; neue Schlussfolgerungen gezogen werden → **Akkommodation, Problembewältigung**
- **Ressourcenaktivierung**: Wichtig für die Umstrukturierung: Aufmerksamkeit auch auf positive Selbstaspekte lenken!

58

- **Bearbeitung der Bearbeitung**: Spezifische Schwierigkeiten gehen auf die Art zurück, wie die Person mit sich, ihren Gefühlen und Problemen umgeht (‚schlechte‘, ungünstige Strategien der Bearbeitung). Ziel: Veränderung der Bearbeitung.
- Beziehungsgestaltung:
 - **‚Klassisches Beziehungsangebot‘**: Basisvariablen: Akzeptierung, Kongruenz/Echtheit, Empathie.
 - **Therapeutische Allianz**: Rollenübernahme durch Pat., Strukturierung der therapeutischen Situation durch Th.; Übereinstimmung von Pat. und Th. bezüglich der Ziele → Zusammenarbeiten
 - **Komplementäre, motivorientierte Beziehungsgestaltung und Beziehungstests**
 - **Beziehungsbearbeitung**: Therapeutische Bearbeitung der Th.-Pat.-Beziehung.

59

3-Ebenen Modell der KOP

60

3 Ebenen Modell

- | | |
|-------------------|--|
| Inhaltsebene | Worüber wird geredet, was ist das Thema? |
| Bearbeitungsebene | Wie geht der/die Patient:in mit sich und seinen/ihren Problemen um?
(Hilfreiche Strategien? Problematische Strategien?) |
| Beziehungsebene | Was passiert zwischen Pat. und Th?
Zeigt Pat. ein problematisches Beziehungsverhalten? |

Unterscheidung zwischen Inhalt und Prozess!

Patientenbeispiel: 3-Ebenen-Modell

- Pt: „Also mein letzter Therapeut.... der hat irgendwie nicht verstanden, um was es geht“ (*Inhalt*)
- Th: „Sie haben sich bei ihrem letzten Therapeuten nicht verstanden gefühlt. Wollen wir mal gemeinsam schauen, was für Sie schwierig war?“
- Pt: „Nein, was vorbei ist, ist vorbei. Ich denke nicht, dass es Sinn macht hier nochmals darüber zu reden.“ (*Bearbeitung*)
- Th: „Es ist schwierig da nochmals genau hin zu sehen“
- Pt: „Nein, wieso schwierig. Ich glaube Sie verstehen es nicht“ (*Beziehungsebene*)

62

3 – Ebenen-Modell der KOP

3-Ebenen Modell der KOP

Die Inhaltsebene

63

Therapeutische Ebenen: **Inhaltsebene**

- Worüber wird geredet?
- Welche Probleme, Anliegen hat Pat.?
- Wie sieht (konstruiert) der/die Pat. Seine/ihre Sichtweise der Realität?
- Was möchte er/sie in welcher Richtung verändern (Ziele)?

Kommunikation über:

Probleme, Ziele, Ressourcen, Selbstkonzepte, Motive u.ä.

→ Viele Therapieprogramme und Strategien beziehen sich auf die Inhaltsebene (z.B. Reizkonfrontation, Training sozialer Kompetenz, Focusing, sokratischer Dialog).

64

Arbeit auf der Inhaltsebene: **Explizierung**

Explizierung = wichtigstes Konzept bei der Arbeit auf der Inhaltsebene.

Annahmen:

- Probleme gehen auf ‚internale Determinanten‘ zurück: Ziele, Werte, Selbstkonzepte, Überzeugungen -> Schemata
- Schemata steuern Informationsverarbeitung: Emotionale Verarbeitung und Handlungsregulation.
- Probleme gehen auf ‚dysfunktionale‘ Schemata zurück.
- Schemata, die bei Problemen eine Rolle spielen, sind nicht repräsentiert (bewusst) und können daher zu diesem Zeitpunkt nicht verändert werden.

Ziel der Therapie:

Schemata in einen bewussten kognitiven und sprachlichen Code zu ‚übersetzen‘ = Explizieren.

Verbindung der bewusst gemachten internalen Determinanten mit Ressourcen (adaptive Strategien zur Bedürfnisbefriedigung)

65

Inhaltsebene: Interventionen - Synthetische Interventionen

„Verstehen, was zu verstehen ist“

- **Paraphrasieren** („empathisches Spiegeln“): Wörtliche oder leicht veränderte Wiedergabe (Kl: „ich möchte nicht hingehen, weil ich denke, ich scheitere“. Th: „Sie denken, dass sie scheitern könnten“)
- **Verbalisieren** („erforschendes Spiegeln“): Th. macht das vom Pat. Gemeinte explizit, steuert die Aufmerksamkeit, die Perspektive wird internalisiert (Th: „Sie haben Angst, dass sie scheitern könnten“ oder „da spüren sie eine grosse Angst...“)
- **Explizieren**: Hypothesengeleitet (in Richtung wichtige Determinanten bewusst machen) Th: „Wenn ich sie richtig verstehe, haben Sie Angst, sich zu *blamieren*“ oder „...haben Sie Angst, sich zu blamieren und andere könnten denken, sie seien *inkompetent*.“

66

„Verstehen, was noch nicht zu verstehen ist“ - analytische Intervention

(Widersprüche, nicht nachvollziehbare Schlussfolgerungen des Pat. u.ä)

- **Informations-Fragen**: Fragen zu zentralen Aspekten! Nie zu viele Details erfragen, keine Neugier-Fragen!
- **Verständnis-Fragen**: Keine Spekulationen! Verständnis absichern, was Pat. sagt und meint.
- **Konkretisierende Fragen**: Informationen konkretisieren („was genau meinen Sie mit X“) Die Aufmerksamkeit auf bestimmte Aspekte lenken, Förderung der Aufmerksamkeit
- **Vertiefende Fragen**: Fragen, welche die Patientin anregen, ihre Bearbeitungsweise zu vertiefen („Was würde scheitern für Sie bedeuten“? Oder „was wäre so schlimm am Scheitern“?)

67

Aspekte von Inhalten

- **Konkretheit** von Text und Worten (vs. ‚Etiketten‘)
- **Relevanz** und Zentralität („was ist der Punkt?“) der Informationen
- **Stringenz** der Darstellung („roter Faden?“)
- **Nachvollziehbarkeit**
- **Konstruktionen:**
 - Realitätskonstruktion
 - Zwangsläufigkeit
 - Unlösbarkeit

68

„Regeln“

- Was-Fragen anstelle von Warum-Fragen: Warum-Fragen externalisieren die Perspektive
 - Th: „Warum haben Sie Angst zu scheitern?“
 - Pat.: „Vielleicht liegt es an meiner Erziehung“
- Abwechseln zwischen **synthetischen** (verlangsamen das Tempo, lassen Raum) und **analytischen** (beschleunigen das Tempo, erhöhen den „Druck“) Interventionen:
 - NICHT: Frage-Frage-Frage (‘Verhör’) oder Paraphrasieren-Paraphrasieren-Paraphrasieren
 - SONDERN: Abwechseln: z.B. Fragen – Verbalisieren – Paraphrasieren – Fragen – Explizieren
 - Explizierungsprozess = Verfolgen ‚heisser Spuren‘, ‚Vertiefung‘.

69

Interventionen

- **Bedeutungsexplikation und Konkretisierung:** Herausarbeiten, welche Bedeutung eine Situation, ein Begriff, eine Konstruktion hat: ‚Was genau meinen Sie mit Angst? Was bedeutet Angst für Sie? Welche Vorstellungen verbinden Sie mit Angst?‘ (‚Etiketten‘, z.B. ‚Angst‘, ‚Traurigkeit‘, ‚Streit‘ sind der Anfang der Klärung, nicht das Ende)
- **Validierung,** bevor weitere Fragen gestellt werden: Fragen haben Implikationen, die zutreffend sein können oder auch nicht. Es ist wichtig zu prüfen beim Pat., ob der Ausgangspunkt einer Frage zutreffend ist. (‚Habe ich Sie richtig verstanden, dass...‘ oder ‚ich möchte gerne einmal zusammen fassen, bitte korrigieren Sie mich, wenn ich daneben liege‘)

70

Interventionen

- **Meta-Bewertungen:** NICHT an den Meta-Bewertungen arbeiten (=eine andere oder ‚falsche‘ Spur): Pat. ‚Ich ärgere mich darüber, dass ich denke, ich könnte scheitern‘. (‚Heisse Spur jetzt: Scheitern, nicht ‚Ärger‘.)
- **Ent-Euphemisierung:** Auf verharmlosende Äusserungen hinweisen, aufgreifen. Th: ‚Ich habe den Eindruck, dass das, was Sie sagen, nicht wirklich ausdrückt, was Sie gefühlt haben‘
 - Pt: ‚Ich fühlte mich nicht so gut‘ (Pat. lief verzweifelt durch die Stadt, da erfahren, dass Partner sie betrügt)
 - Pt.: ‚Ich musste korrigierend eingreifen‘ (Pat. brüllt Mitarbeiter an und entlässt ihn fristlos).

71

Interventionen

- **Konfrontation:** Th. legt den Fokus fest, macht Pat. auf den Inhalt aufmerksam, so dass Pat. nicht mehr ausweichen kann und sich damit auseinandersetzen muss, d.h. kurzfristig gegen aktuelle Intentionen des Pat. Handeln (Aktivierung VZ!).

Wichtige Intervention, wenn Pat. wesentlichen Inhalten konsequent ausweicht oder etwas immer wieder tut, das er ohne externe Rückmeldung nicht bemerken kann (z.B. Umgang mit anderen), bei Widersprüchen u.ä.

- Voraussetzung: tragfähige Beziehung und wertfreie Intervention
- Achtung hier Wechsel auf Bearbeitungsebene

72

„Technik der fiktiven Welten“

Wichtige Technik, wenn der Klärungsprozess blockiert ist (durch Befürchtungen, Konstruktionen) → zu starke Aktivierung VZ

Ziel: Pat. nimmt eine andere Perspektive ein, welche eine weitere Klärung ermöglicht.

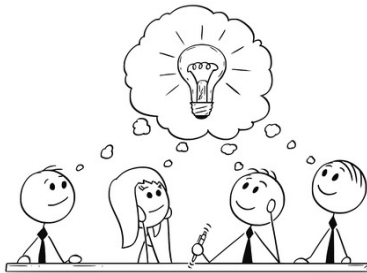
Th. macht damit deutlich, dass eine Reaktion nicht zwangsläufig ist.

Technik:

1. Voraussetzung / Szenario („Stellen Sie sich mal vor, Situation X wäre Y“)
2. Aufgabe an die Pat. („wie wäre das für Sie?“); oder: „es mag sein, dass X nicht eintrifft, ich möchte Sie trotzdem bitten sich vorzustellen, X trifft jetzt ein. Was löst das in Ihnen aus?“

73

Kleingruppenübung: Klären auf der Inhaltsebene



- Übt das Klären auf der Inhaltebene anhand eines Beispiels (echter Fall oder fiktiv)
- Nutzt hierfür die Folien, um unterschiedliche Strategien auszuprobieren
- Wichtig: Nicht nur einfach über etwas reden, sondern was ist wirklich wichtig und zielführend?

74

3 – Ebenen-Modell der KOP

Ungünstige Strategien der Inhaltsbearbeitung (gescheiterte Lösungsstrategien)

- **Problem-Distanzierung:** Pat. betrachtet Probleme aus einer Aussenperspektive.
- **Wechsel von Themen:** Pat. wechselt Thema, sobald es um ‚bedrohliche‘ Inhalte geht.
- **Bleiben in der Vergangenheit:** Pat. erzählt Wichtiges aus der Vergangenheit, bleibt jedoch auf Berichtsebene
- **Lösen vor Klären:** Pat. versucht (wie im Alltag) das Problem zu lösen, bevor er/sie überhaupt verstanden hat, was das Problem ist.

75

Klärung ist keine rein kognitive / gesprächsorientierte Arbeit!

Klärung kann auf ganz unterschiedliche Weise geschehen, z.B. über

- die Imagination
- die Darstellung: z.B. Situationen, Beziehungen mit Figuren aufstellen, Aufstellungsarbeit mit Personen, malen / zeichnen
- das Gespräch
- Körperorientierte Übungen

Seid kreativ! Klären soll Spass machen ;-)

Klärung über Imagination– eine Möglichkeit

1. WAS ist da?

Wenn Pat. von einer relevanten Situation/Konflikt spricht, kann hierauf fokussiert werden (= PROBLEMAKTUALISIERUNG)

→ Die Situation imaginieren, Konzentration auf Körperempfindungen

«Wie ist es Ihnen in dem Moment gegangen? «

«Was nehmen Sie wahr im Körper? Wie fühlt es sich genau an?»

Beschreiben lassen, wenn möglich intensivieren lassen, auch wenn unangenehm (felt sense)

2. WOHER kommt es?

”Kennen Sie diesen Gefühl irgendwoher?” Erinnerungen? Situation / Bild / Person welche spontan einfällt resp. auftaucht vor dem inneren Auge? “Lassen Sie sich Zeit..”
(Affektbrücke)

→ Situation beschreiben lassen

»Wie ist es Ihnen in der Situation gegangen? Wie haben Sie sich gefühlt? Was wäre ihr Bedürfnis gewesen?

Oft kommt dann eine Schlüsselsituation, Gefühle werden noch intensiver →
Konsistenztheoretische Einbettung von KS und Verständnis für entwickelte
Bewältigungsstrategien

3. Kognitive Einordnung (= KLÄRUNG)

Kognitive Einordnung: Damals war Patient:In hilflos / ausgeliefert etc.,

Was hat er/sie für Bewältigungsstrategien entwickelt?

Sind diese Strategien heute noch hilfreich? Was sind Vorteile / Nachteile?

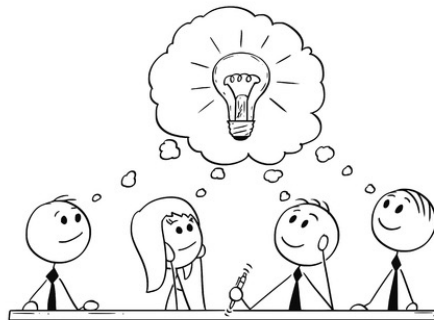
Allenfalls schon Ableitung von Konfliktschemata → aufzeichnen

Heute ist Patient:In erwachsen. Heute stehen Bewältigungsstrategien zur Verfügung, die damals nicht zugänglich waren

→ Erarbeitung funktionaler Bewältigung (= BEWÄLTIGUNG)

Kleingruppenübung: Klärung über Imagination üben

Versucht in einem Rollenspiel den Ablauf durchzumachen



80

Klärung über Stuhlarbeit– eine Möglichkeit

Indikation: Pt hat keine Klarheit darüber welche Emotionen aktiviert sind. Allenfalls auch problematischer Umgang mit Emotionen (→ Bearbeitungsebene)

1. Gefühle sammeln
2. Gefühle im Raum darstellen
3. Perspektive wechseln (innen, aussen)
4. Gefühle «verändern» (Bewältigung)
5. Gefühle ergänzen, Fazit ziehen

3-Ebenen Modell der KOP

Die Bearbeitungsebene

82

Therapeutische Ebenen: **Bearbeitungsebene**

Fokus: Nicht was der/die Patient:In sagt, sondern **wie** er/sie es bearbeitet.

- Wie geht Pat. mit seinen/ihren Inhalten, Problemen um? (z.B. nimmt er/sie internale oder externale Perspektive ein? Nimmt er/sie eigene Gefühle als Informationsquelle ernst?)
- Ist der Problemumgang des/der Pat. konstruktiv? Kann man ihn als Ressource nutzen?
- Ist der Problemumgang dysfunktional? Trägt sein Umgang zur Problemstabilisierung bei? (z.B. vermeidet er Konfrontation mit bestimmten Inhalten?) Verschlimmert der Umgang das Problem sogar?

Ist das Hauptproblem des/der Pat. ein Bearbeitungsproblem, wird die Bearbeitungsebene zur vorrangigen therapeutischen Ebene: Bearbeitung der Bearbeitung.

83



Patientenbeispiel: 3-Ebenen-Modell

- Pt: „Also mein letzter Therapeut.... der hat irgendwie nicht verstanden, um was es geht“ (*Inhalt*)
- Th: „Sie haben sich bei ihrem letzten Therapeuten nicht verstanden gefühlt. Wollen wir mal gemeinsam schauen, was für Sie schwierig war?“
- Pt: „Nein, was vorbei ist, ist vorbei. Ich denke nicht, dass es Sinn macht hier nochmals darüber zu reden.“ (*Bearbeitung*)
- Th: „Es ist schwierig da nochmals genau hin zu sehen“
- Pt: „Nein, wieso schwierig. Ich glaube Sie verstehen es nicht“ (*Beziehungsebene*)

Beispiele für ungünstige Bearbeitung

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

86

Intervention auf der Bearbeitungsebene:

Kommt es öfters/regelmässig vor: Pt sein/ihr Verhalten spiegeln

„Herr B. mir fällt auf, dass Sie oft das Thema wechseln, sobald es hier thematisch etwas schwieriger wird“.

„Frau K. in unseren letzten Sitzungen war es öfters so, dass Sie mir etwas sehr emotionales erzählt haben, dann aber gleich äusserten „das ist nicht so schlimm“. Haben Sie eine Idee weshalb Sie das machen?

(Später: „Ich könnte mir vorstellen, dass dies ein Versuch ist die sehr unangenehmen Emotionen, die dann hochkommen zu vermeiden?“)



88

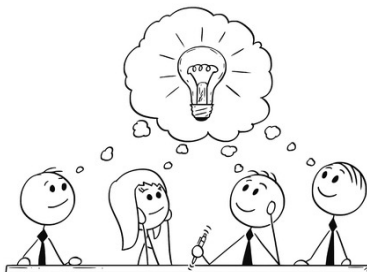
ACHTUNG:

Handelt es sich um ein motivationales oder ein Kompetenzproblem?

Motivational → Intervention auf Bearbeitungsebene

Kompetenz → Klärung auf Inhaltsebene, erarbeiten von Kompetenzen

Kleingruppenübung: Klären auf der Bearbeitungsebene



- Übt das Klären auf der Bearbeitungsebene anhand eines Beispiels (echter Fall oder fiktiv)
- Im Fokus steht es dem/der Patienten: In eine empathische Rückmeldung auf der Bearbeitungsebene zu geben.

3-Ebenen Modell der KOP

Die Beziehungsebene

90

Patientenbeispiel: 3-Ebenen-Modell

- Pt: „Also mein letzter Therapeut.... der hat irgendwie nicht verstanden, um was es geht“ (*Inhalt*)
- Th: „Sie haben sich bei ihrem letzten Therapeuten nicht verstanden gefühlt. Wollen wir mal gemeinsam schauen, was für Sie schwierig war?“
- Pt: „Nein, was vorbei ist, ist vorbei. Ich denke nicht, dass es Sinn macht hier nochmals darüber zu reden.“ (*Bearbeitung*)
- Th: „Es ist schwierig da nochmals genau hin zu sehen“
- Pt: „Nein, wieso schwierig. Ich glaube Sie verstehen es nicht“ (*Beziehungsebene*)

91

Therapeutische Ebenen: **Beziehungsebene**

- Wie gestaltet der/die Therapeut:In und Patient:In die therapeutische Beziehung?
- Besteht eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Pat. und Th?
- Therapeutische Allianz:
 - Th: Empathie, Akzeptierung und Echtheit? Kompetenz? Vermittlung von Hoffnung und Erfolgserwartung?
 - Pat: Weist der/die Pat. Dem/dere Th. gegenüber Vertrauen auf? Schätzt Pat. den/die Th. als kompetent ein? Nimmt Pat. die Patienten-Rolle ein?
- Zeigt Pat. problematisches Interaktionsverhalten?
- Entstehen zwischen Th. und Pat. problematische Interaktionsmuster?

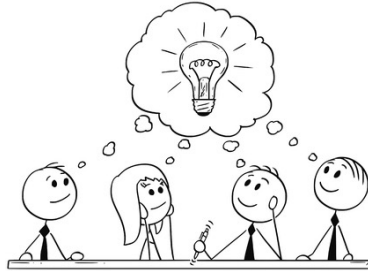
Ist das Hauptproblem des/der Pat. ein Beziehungsproblem, wird die Beziehungsebene zur vorrangigen Ebene: Bearbeitung, Klärung der Beziehung.

92

Beispiele für schwieriges Beziehungsverhalten

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

Plenumsaustausch Beziehungsebene und Patientenbeispiele



94

3 – Ebenen-Modell der KOP

Technik: Empathic Confrontation (Schematherapie)

1. Verhaltensweise benennen
2. Wirkung auf sich selbst beschreiben
3. Beziehung herstellen, betonen dass Patient:in mir wichtig ist
4. Evtl. fragen, ob Pat. ähnliche Reaktionen kennt
5. Biographisch validieren, frühere Funktionalität erarbeiten und diskutieren
6. Aktuelle Dysfunktionalität erarbeiten
7. Darauf hinweisen, dass ich mit dem Verletzten Anteil/den schwierigen Gefühlen kooperieren möchte

Limit Setting (Schematherapie)

- Verhalten klar und ruhig unterbrechen („Darf ich auch mal was sagen ...“)
- Wirkung auf mich beschreiben
- Beziehung! Pat ist mir wichtig
- Biographische Funktionalität hervorheben
- Aktuelle Dysfunktionalität hervorheben
- Betonen, dass Pat. lernen muss, diesen Anteil unter Kontrolle zu haben

96

Inhalt	Bearbeitung	Beziehung
• Arbeitsauftrag • Fragestellung • Perspektive • Explizierung (wie viel Bewusstsein?) • Konkretheit • Stringenz („roter Faden“?) • Zentralität („was ist der Punkt“?) • Attribution (external? internal?)	• Bagatellisierung und Relativierung • Normalisierung und Generalisierung • Thematische Sperren • Nebenschauplatz • „ich weiss nicht“ • Antworten auf nicht gestellte Fragen • Zwangsläufigkeit und Unlösbarkeit	• Images (z.B. „ich bin schwach und hilflos“ oder „ich bin kompetent und komme mit allem klar“) • Appelle (implizit: z.B. „ich brauche dringend Unterstützung“ / explizit: „ich brauche dringend einen Rat von Ihnen“ oder „wenn Sie mir nicht helfen, bin ich verloren“) • Rolle (Einnahme der Pat.Rolle / Einschätzung der Th.Rolle)

97

Therapeutische Ebenen und Wirkprinzipien

	Ressourcen-aktivierung	Problem-aktualisierung	Klärung	Bewältigung
Inhalt	Ressourcen-aktivierung	Erlebnis-aktivierende Methoden Konfrontations-verfahren	Explizieren Focusing	Training Exposition
Bearbeitung	Bekräftigung funktionaler Strategien	Konfrontation mit dysfunktionalen Strategien	Klären der Gründe für die Vermeidung	Training funktionaler Bearbeitung
Beziehung	Aufbau einer therapeutischen Allianz Komplementarität	Konfrontation mit dysfunktionalem Beziehungsverhalten	Klärung von Beziehungsschemata	Training von alternativem Beziehungsverhalten

98

3 – Ebenen-Modell der KOP

Merke:

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



Übersicht Klärung I

Übersicht

- Motivationale Klärung
 - Definition und Ziele
- Rolle der Klärung in der Konsistenztheorie
- Wurzeln der KOP: die humanistische Perspektive
 - Carl Rogers • Leslie Greenberg • Rainer Sachse
- 3-Ebenen-Modell der KOP (nach Sachse)
 - Inhaltsebene: Interventionen und Regeln
 - Bearbeitungsebene
- Indikation und Kontraindikation für Klärung
- Häufige Fehler im Klärungsprozess
- Fazit

Indikation für Klärungsarbeit

- Unklare Ziele, unklare Veränderungsmotivation
- Wenig Bewusstsein in Bezug auf eigene Bedürfnisse
- Pat. kann eigenes Verhalten oder eigene Gefühle nicht verstehen
- Pat. erlebt immer wieder für ihn/ihr unbefriedigende Situationen, weiss aber nicht warum
- Pat. bekommt von aussen Rückmeldungen über sein/ihr Verhalten, die er/sie nicht versteht
- Diffuse Gefühle, diffuses Erleben von Unzufriedenheit, Energielosigkeit u.ä.
- Allgemein: wenig Bewusstsein für eigenes psychisches Funktionieren, bei hoher Inkongruenz in Bezug auf Grundbedürfnisse.
- Standardisierte Diagnosen (ICD / DSM) sind weder eine ausreichende, noch eine notwendige Voraussetzung für die Indikation von Klärungsarbeit.

102

Kontraindikation oder keine Indikation für Klärungsorientierte Therapie

- Psychosen
- Klassisch konditionierten (Angst-)Reaktionen
- Störungen aufgrund von mangelnder Kompetenz (Nicht-Können)
- Krisensituationen

103

Häufige „Fehler“ in der Klärungsarbeit

- Zu wenig Prozesslenkung
- Zu schnell in die Bearbeitung gehen
 - Klären vor Bewältigen
 - emotionale Verarbeitung braucht Zeit
- Klärung ohne emotionale Aktivierung
- Klärung, die zu wenig explizit geschieht
- Arbeit auf der falschen Ebene

104

Take-Home-Message

Zusammenfassung

- Empathische Grundhaltung (nach Rogers) notwendig (Basisvariablen), aber nicht hinreichend
- Klärung braucht Prozesssteuerung durch den Therapeuten
- Klärung:
 - vom Gesagten hin zum Gemeinten
 - mehr Bewusstsein für eigene Bedürfnisse, Gefühle, Verhalten, Probleme UND Ressourcen
 - ACHTUNG: „Heisse“ Inhalte, die mit Vermeidungszielen verknüpft sind, werden nicht „einfach so“ preisgegeben!
- Für Klärungsprozesse müssen Schemata aktiviert sein

105

- Voraussetzung ist eine gute Therapiebeziehung und Ressourcenaktivierung
- Top-down und Bottom-up Informations-Verarbeitung bei den Therapeuten/innen:
 - Top-down: Orientieren sich Psycholog. an Konzepten / Theorien / Störungswissen: theoriegeleitete Hypothesenbildung.
 - Bottom-up: Hypothesen bilden aufgrund des Verhaltens und der Informationen vom Patienten, eigene Gefühle als mögliche Informationsquelle einbeziehen
- Die Pat. beobachten, um relevante Informationen zu sammeln.
- Zuhören und (konkretisierende) Fragen stellen, um zu versuchen zu verstehen, ‚worum es den Patienten wirklich geht‘
- Das Subjektiv gemeinte Erfassen – „Heisse Spur“ bis zum Kern verfolgen

106

Fazit: Interventionen Üben, üben, üben...

Was-Fragen (internalisieren Perspektive & vertiefen Denkprozess)

- anstelle von Warum-Fragen (externalisieren Perspektive und Prozess droht zu versanden, bleibt eher an Oberfläche)

Paraphrasieren, überprüfendes Validieren

- verlangsamen Prozess, senken Spannungsniveau (bauen Beziehungskredit auf! Geben dem Therapeuten auch Zeit, um über weitere Hypothesen nachzudenken 😊)

Empathisches Spiegeln

- Spiegeln der wahrgenommenen wichtigen Gefühlen und Bedeutungen: ‘Das macht Sie heute noch traurig, wenn Sie daran denken’. ‘Das lässt Sie sich schuldig fühlen, wenn Sie das sehen’. ‘Ich merke, das ärgert Sie sehr’.

107

Empathisches Erforschen

- ‘Kann es sein, dass Sie sich sehr hilflos fühlen dabei?’ ‘Wie geht es Ihnen JETZT gerade, während Sie das erzählen?’ ‘Ich könnte mir vorstellen, dass ich mich sehr allein gelassen gefühlt hätte dabei’.

Prozesslenkung

- Strukturierung, z.B. ‘Können wir nochmals einen Schritt zurück gehen?’ ‘Versuchen Sie, beim Gefühl XY zu bleiben’. ‘Wo im Körper fühlen Sie Ärger?’ ‘Wie fühlt sich das an? Hat das eine Form / Farbe / Qualität / Grösse / Gewicht...?’ → Ziel Gefühl zulassen, aushalten, spüren.

Erlebenspräsenz

- Durch geduldiges Schweigen, wertschätzende Stimme und nonverbales Verhalten die therapeutische Haltung ausdrücken

108

Prozessbeobachtung

- ‘Ihr Ausdruck (Mimik, Haltung, wässrige Augen, Hautfarbe etc.) hat sich verändert, was wurde eben ausgelöst/ was ist eben bei Ihnen passiert?’

Selbstoffenbarung

- ‘Das berührt mich sehr, wenn ich das höre’. ‘Das finde ich wahnsinnig ungerecht, was Ihnen passiert ist’. ‘Das macht mich nur schon beim Zuhören extrem wütend’.

Konfrontation z.B.:

- mit widersprüchlichem / nicht hilfreichen Inhalt
- mit ungünstiger Bearbeitungsstrategie
- mit ungünstigem Interaktions- oder Kommunikationsverhalten /-muster

109

Implikation für Praxis

- Reflektieren und sich hinterfragen:
 - Wie habe ich es bis jetzt gemacht?
 - Weshalb mache ich das, was ich mache?
 - Wo will ich eigentlich hin?
 - Was macht eigentlich Sinn?
 - Wie komme ich dort hin?
- Roter Faden entwickeln (Fallkonzept, Problemverständnis)
- Ausprobieren und üben, üben, üben

110

Take Home Message

- An der Prüfung kommen KEINE Fragen zu Definitionen und Begriffen. Wichtig ist zu verstehen:
 - Was ist das Ziel von Klärung?
 - Welche Vertreter gibt es?
 - Was unterscheidet diese?
 - Das 3-Ebenen-Modell verstehen, die unterschiedlichen Ebenen differenzieren können
- Relax, habt Spass!
- Es geht NICHT um Leistung, sondern um Lernen. Seid neugierig, probiert aus
- Übernehmt das in die Praxis, was für euch wichtig ist! (Haltung: Ich kann nicht ich muss!)

111

Take Home Message

- Ziel zu reflektieren:
 - Wo kann ich mich noch weiterentwickeln?
 - Wo darf ich nochmals hinschauen (Selbsterfahrung)?
- Psychotherapieausbildung ist ein Prozess!
 - Dieser braucht Zeit, jeder in seinem Tempo
 - Vertiefung geschieht über die verschiedenen Kurse und Supervision!

112



Evaluation
Vielen Dank
für eure
Rückmeldung

113

Literatur

- Auszra, L., Herrmann, I.R., Greenberg, L.S. (2017). Emotionsfokussierte Therapie. Ein Praxismanual. Göttingen: Hogrefe.
- Glasenapp, J. (2013). Emotionen als Ressource. Manual für Psychotherapie, Coaching und Beratung. Weinheim, Basel: BeltzPVU.
- Greenberg, L.S., Rice, L.N., Elliot, R. (2003). Emotionale Veränderung fördern. Grundlagen einer prozess- und erlebnisorientierten Therapie. Paderborn: Junfermann
- Greenberg, L. S. (2006). Emotionsfokussierte Therapie. Lernen, mit den eigenen Gefühlen umzugehen. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Lammers, C-H. (2011, 2. Aufl.). Emotionsbezogene Psychotherapie. Grundlagen, Strategien und Techniken. Stuttgart: Schattauer.
- Lammers, C-H. (2015). Emotionsfokussierte Methoden. Techniken der Verhaltenstherapie. Weinheim, Basel: BeltzPVU.
- Lammers, C-H. (2015). Psychotherapie narzisstisch gestörter Patienten. Ein verhaltenstherapeutisch orientierter Ansatz. Stuttgart: Schattauer.
- Noyon, A., Heidenreich, Th. (2. Aufl. 2013). Schwierige Situationen in Therapie und Beratung. 30 Probleme und Lösungsvorschläge. Weinheim, Basel: BeltzPVU.

114

Literatur:

Klassische Gesprächspsychotherapie:

- Rogers, C.R. (1993). Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Frankfurt a.M.: Fischer TB.
- Biermann-Ratjen, E.-M., Eckert, J., Schwartz, H.-J. (1992). Gesprächspsychotherapie. Stuttgart: Kohlhammer.

Klärungsorientierte Psychotherapie KOP:

- Sachse, R. (1999). Lehrbuch der Gesprächspsychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2003) Klärungsorientierte Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. & Takens, R. (2004). Klärungsprozesse in der Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R., Püschel, O., Fasbender, J., Breil, J. (2008). Klärungsorientierte Schemabearbeitung. Dysfunktionale Schemata effektiv verändern. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse R., Sachse, M., Fasbender, J. (2016) Grundlagen Klärungsorientierter Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2016) Klärungsprozesse in der Klärungsorientierten Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2019, 3. Aufl.). Persönlichkeitsstörungen. Leitfaden für die Psychologische Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe.

115

Literatur

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

- Sachse, R., Püschel, O., Fasbender, J. & Breil, J. (2008). Klärungsorientierte Schemabearbeitung. Dysfunktionale Schemata effektiv verändern. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R., Sachse M., Fasbender J. (2011). Klärungsorientierte Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen. Grundlagen und Konzepte. Göttingen: Hogrefe. (Bd. 1)
- Sachse R., Sachse, M., Fasbender, J. (2011). Klärungsorientierte Psychotherapie der narzisstischen Persönlichkeitsstörung. Göttingen: Hogrefe (Bd. 2)
- Sachse, R., Fasbender, J., Breil, J., Sachse, M. (2012) Klärungsorientierte Psychotherapie der histrionischen Persönlichkeitsstörung. Göttingen: Hogrefe (Bd. 3)
- Sachse, R., Breil, J., Sachse, M., Fasbender, J. (2013) Klärungsorientierte Psychotherapie der dependenten Persönlichkeitsstörung. (Bd. 4)
- Steiner, T., Steib, M.-L., Uhlmann, C., Tschöke, S. (2014) Stationäre Krisenintervention bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen. Göttingen: Hogrefe (Bd. 5)

116

Literatur

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

- Sachse, R., Fasbender, J., Sachse, M. (2014). Klärungsorientierte Psychotherapie der selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung. Göttingen: Hogrefe (Bd. 6)
- Sachse, R., Kiszkenow-Bäker, S., Schirm, S. (2015). Klärungsorientierte Psychotherapie der zwanghaften Persönlichkeitsstörung. Göttingen: Hogrefe (Bd. 7)
- Sachse, R., Sachse, M. (2017). Klärungsorientierte Psychotherapie der schizoiden und passiv-aggressiven Persönlichkeitsstörung. Göttingen: Hogrefe (Bd. 8)
- Breil, J., Sachse, R. (2017). Klärungsorientierte Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Göttingen: Hogrefe (Bd. 9)
- Sachse, R. (2020). Das Persönlichkeits-Störungs-Rating-System. Narzisstische, histrionische, dependente und sozial-unsichere Persönlichkeitsstörungen diagnostizieren. Göttingen: Hogrefe (Bd.10)
- Sachse, R., Kiszkenow-Bäker, S. (2019). Komorbiditäten bei Persönlichkeitsstörungen. Göttingen: Hogrefe (Bd. 11)

117

Literatur

Selbsthilfebücher (Achtung: z.T. sehr konfrontativ!)

Sachse, R. (2003). Schwarz ärgern - aber richtig. Paradoxe Ratschläge für Psychosomatiker. Stuttgart: Klett-Cotta.

Sachse, R. (2004). Selbstverliebt - aber richtig. Paradoxe Ratschläge für das Leben mit Narzissten. Stuttgart: Klett-Cotta.

Sachse, R. und C. (2005). Wie ruiniere ich meine Beziehung - aber endgültig. Stuttgart: Klett-Cotta.

Sachse R. (2010, 2. Aufl.). Wie manipulierte ich meinen Partner aber richtig. Stuttgart: Klett-Cotta.

Sachse R. (2010). Wie ruiniere ich mein Leben – und zwar systematisch. Stuttgart: Klett-Cotta.

Sachse, R., Collatz, A. (2012). Wie ruiniere ich meine Karriere – und zwar systematisch. Stuttgart: Klett-Cotta

Sachse, R. (2014). Manipulation und Selbsttäuschung. Wie gestalte ich mir die Welt so, dass sie mir gefällt: Manipulationen nutzen und abwenden. Berlin-Heidelberg: Springer.