

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.