

**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 entgegentreten, 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 des Zutrauens 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 ok 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. Beschwerd 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 „trieft“ die Aussage des Therapeuten geradezu von Skepsis, Befürchtung und Verzagttheit: „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 Steuern 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.: Berichtebene 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.

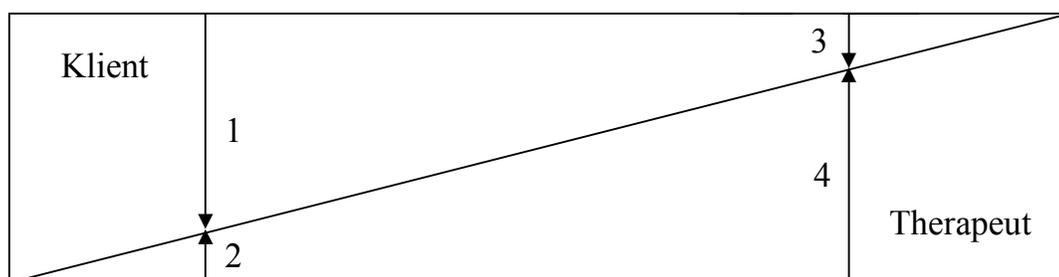


Abbildung 2.1: Kompensationsmodell

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 interne 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 schnell.

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 „demonstrieren“, 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.

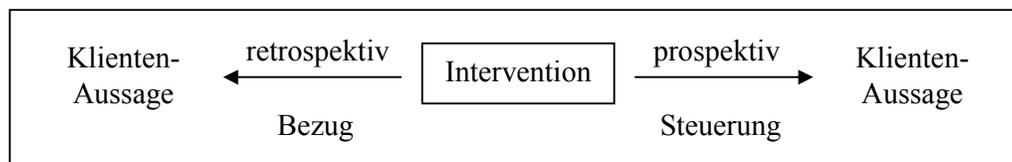
Gerade Explizierungen des Therapeuten, also Interventionen, bei denen Therapeuten das vom Klienten Gemeinte und Aspekte relevanter Schemata aufgrund anderer Informationen *belegbar (!) erschließen* können und damit durch ihre Interventionen implizite Information *explizit machen*, sind in solchen Fällen 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.

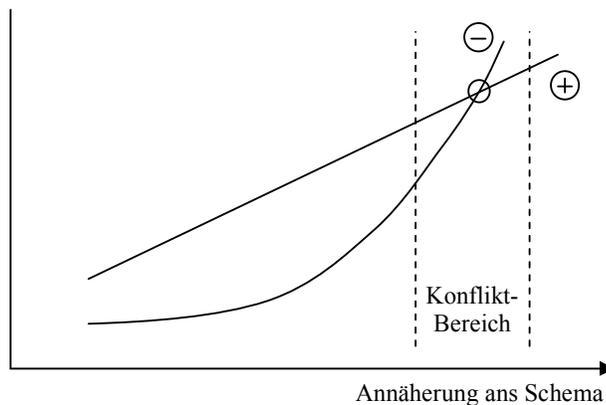
Sie zeigen aber auch immer (in allerdings sehr unterschiedlichem Ausmaß!) eine *Vermeidungstendenz*: Sie haben Angst, sich peinlichen und unangenehmen Inhalten „zu stellen“, sie fürchten, Probleme, die sie aufdecken, nicht bewältigen zu können usw. Vermutlich steigen beide Tendenzen in unterschiedlichem 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.