

Klärungsorientierte Psychotherapie

Dieser Abschnitt soll den interessierten TeilnehmerInnen einen genaueren Einblick geben, was „Klärungsorientierte Psychotherapie“ ist; dazu sind hier die ersten beiden Kapitel aus dem Buch von Sachse: Klärungsorientierte Psychotherapie, Göttingen: Hogrefe, abgedruckt; vgl. auch den Abschnitt „Von der Gesprächspsychotherapie zur Klärungsorientierten Psychotherapie“.

1 Was ist Klärungsorientierte Psychotherapie?

In diesem Kapitel wird erläutert, was unter „Klärungsorientierter Psychotherapie“ verstanden wird; grundlegende Aspekte der Therapieform werden erläutert wie die Integration von Merkmalen der Gesprächspsychotherapie, der Kognitiven Therapie und der Interaktionellen Verhaltenstherapie.

1.1 Begriffsbestimmung

Klärungsorientierte Psychotherapie ist eine spezifische Therapieform, die bei bestimmten Klienten mit bestimmten Eingangsvoraussetzungen und Problemen indiziert ist, die spezifische Therapieziele verfolgt und dazu spezifische Interventionen und Strategien verwendet und beim Therapeuten eine spezifische Expertise voraussetzt. Der Begriff der „Klärung“ relevanter, problemdeterminierender Schemata wurde von Sachse (1992a) eingeführt.

Grawe, Donati und Bernauer (1994; vgl. auch Grawe, 1996) haben aus ihrer Meta-Analyse die fundamentale Bedeutung von drei Wirkmechanismen abgeleitet:

- der Klärungsorientierung;
- der Beziehungsgestaltung;
- der Bewältigung.

Wie wir sehen werden, realisiert Klärungsorientierte Psychotherapie die beiden Wirkmechanismen der Klärungsorientierung und der Beziehungsgestaltung in sehr hohem Maße; den Wirkmechanismus der Bewältigung realisiert sie dagegen nur in untergeordnetem Maße (z.B. bei der sogenannten „Bearbeitung der Bearbeitung“ oder im Ein-Personen-Rollenspiel). Klärungsorientierte Psychotherapie ist damit eine Psychotherapie *mit einem bestimmten Wirkungsspektrum und damit einem bestimmtem Indikationsbereich*. Innerhalb dieses Bereichs weist sie eine sehr hohe Expertise auf: sie kann Ziele erreichen, die andere Therapieformen, wie z.B. die Verhaltenstherapie, nicht erreichen können (wie z.B. die Repräsentation von Motiven) bzw. sie erreicht Ziele besser und tiefer als andere z.B. als die Kognitive Therapie (wie z.B. die Bearbeitung affektiver Schemata). Dagegen kann sie andere Ziele, wie z.B. die Vermittlung spezifischer Kompetenzen, deutlich schlechter erreichen als z.B. die Verhaltenstherapie. Klärungsorientierte Therapie ist damit ein *spezifisches Therapieinstrument*. Und dieses Instrument kann gut im Rahmen einer Psychologischen Psychotherapie mit anderen Therapieinstrumenten verbunden werden. Klärungsorientierte Therapie hat damit nicht den Anspruch, eine „Therapie für alles“ zu sein; sie hat aber den Anspruch, innerhalb ihres Geltungsbereichs eine sehr anspruchsvolle, hoch praktische und sehr wirksame Psychotherapie zu sein.

Der Hauptansatzpunkt klärungsorientierter Psychotherapie ist die Klärung, Repräsentation, Integration und Umstrukturierung affektiver und kognitiver Schemata: Motive, Werte, Ziele, Selbstkonzepte, Beziehungskonzepte, Grundüberzeugungen. Das bedeutet: wann immer solche Schemata zu einem Problem beitragen, gibt es eine Indikation zu klärungsorientierter Psychotherapie. Klärungsorientierte Psychotherapie wird insgesamt als ein wichtiges und erfolgreiches therapeutisches Vorgehen eingeschätzt (Grawe, 1998, S. 89; Grawe et al., 1990a, 1990b, 1994).

Ein weiterer wesentlicher Geltungsbereich ist die Beziehungsgestaltung und Beziehungsbearbeitung: der Aufbau und die Pflege einer tragfähigen therapeutischen Allianz, komplementäre und differentielle Beziehungsgestaltung und die Bearbeitung von Beziehungsproblemen sind Hauptanwendungsgebiete klärungsorientierter Psychotherapie.

Und Klärungsorientierte Psychotherapie ist indiziert, wenn Klienten sogenannte „Bearbeitungsprobleme“ aufweisen: wenn sie „in ihren Problemen festsitzen“: wenn sie dysfunktionale Lösungen entwickelt haben, wenn sie immer wieder dieselben Fragen stellen, immer wieder „mehr desselben“ betreiben. Diese „Bearbeitungsschwierigkeiten“ sind ein dritter Arbeitsschwerpunkt der Klärungsorientierten Psychotherapie.

1.2 Entwicklungslinien und Einflüsse

In die Konzepte der Klärungsorientierten Psychotherapie sind Konzepte der Gesprächspsychotherapie, des Focusing, der „process-experiential psychotherapy“, der Kognitiven Therapie, der Interaktionellen Verhaltenstherapie und der Gestalttherapie eingegangen.

Entwickelt hat sich die Klärungsorientierte Psychotherapie aus der Zielorientierten Gesprächspsychotherapie und diese aus der Gesprächspsychotherapie. Im Laufe der Zeit hat sich die Therapieform jedoch so weit von der „klassischen“ Gesprächspsychotherapie weg entwickelt (siehe Sachse & Howe, 1989; Sachse, Lietaer & Stiles, 1992), hat heute mindestens so viele Bezüge zur Kognitiven und zur Interaktionellen Verhaltenstherapie, wie zur Gesprächspsychotherapie und geht theoretisch und in den Interventionsstrategien so weit über Gesprächspsychotherapie hinaus, dass diese Bezeichnung nicht mehr angemessen erscheint. Ich möchte mich daher von der Bezeichnung „Gesprächspsychotherapie“ verabschieden und die Therapieform „Klärungsorientierte Psychotherapie“ nennen, gehe aber davon aus, dass die Gesprächspsychotherapie als ein Teil in die Klärungsorientierte Psychotherapie eingeht, also ein Teil davon bleibt.

Mit der Gesprächspsychotherapie hat die Therapie nach wie vor die Annahme gemeinsam, dass Empathie, Akzeptierung, Echtheit und Transparenz eine unverzichtbare Basis für die therapeutische Arbeit darstellen. Es wird davon ausgegangen, dass eine tragfähige therapeutische Allianz ein notwendiges Fundament für eine Klärungsorientierte Therapie darstellt, und dass die „Basisvariablen“ sehr gute therapeutische Möglichkeiten sind, dieses Fundament zu schaffen. Diese Basis-Strategien des Therapeuten sind aber nicht alles: darauf müssen spezifische Klärungsstrategien und spezifische Beziehungsgestaltungs-Strategien aufbauen. Und abweichend von der Gesprächspsychotherapie wird auch zentral angenommen, dass Menschen weder eine „fully functioning person“ sind, noch eine „Aktualisierungstendenz“ aufweisen: Menschen weisen biographisch determinierte affektive und kognitive Schemata auf, die ihnen mehr oder weniger Probleme bereiten, und sie sind meist nicht allein in der Lage, diese Probleme zu lösen. Daher reicht es nicht, den Klienten einen „Wachstumsraum“ anzubieten und Therapeuten können auch nicht nondirektiv sein (sie sind es nie gewesen, vgl. Truax, 1966): sie müssen vielmehr Klienten in ihren Prozessen aktiv und prozessdirektiv unterstützen! Therapeuten können auch nicht allen Klienten das gleiche Beziehungsangebot machen, denn Klienten kommen mit völlig unterschiedlichen Beziehungsmustern und Beziehungserwartungen in die Therapie. Die „klassische“ Gesprächspsychotherapie ist therapeutisch unzureichend, sowohl von ihrem Theoriesystem her, als auch, und vor allem, bezüglich ihres therapeutischen Regelwerks (zur ausführlichen Kritik, vgl. Sachse, 1992a; Sachse & Maus, 1991). Sie enthält aber mit dem Konzept der Basisvariablen einige fruchtbare therapeutische Konzepte. Und sie liefert noch ein anderes zentrales Konzept: das Konzept der „Klientenzentrierung“. Klientenzentrierung bedeutet z.B., dass es in der Therapie wesentlich um die *Inhalte des Klienten* geht, darum, dass der *Klient* besser mit seinem Leben klarkommt, darum, den Klienten in der Therapie

dort abzuholen, wo er ist. Klientenzentrierung ist damit in einem sehr fundamentalen Sinn ein Basiskonzept von Klärungsorientierter Psychotherapie.

Die Klärungsorientierte Therapie übernimmt aber auch einige Ansätze aus der Kognitiven Therapie, insbesondere von Beck (1979), Beck & Greenberg (1979), Beck et al. (1981). Man muss davon ausgehen, dass

- kognitive Schemata bei Problemen eine große Rolle spielen;
- kognitive Umstrukturierungen damit therapeutisch wesentlich sind;
- damit kognitive Interventionen in der therapeutischen Arbeit bedeutsam sind.

Andererseits lassen sich Menschen aber weder auf kognitive Prozesse, noch auf kognitive Schemata beschränken: affektive Verarbeitungsprozesse spielen bei persönlichen Problemen eine mindestens ebenso große Rolle. Und für den Umgang mit affektiven Schemata und affektiven Verarbeitungsprozessen hat die Kognitive Therapie kaum angemessenen Strategien entwickelt: daher muss eine Klärungsorientierte Psychotherapie über kognitive Strategien hinausgehen. Therapeutisch sind affektive Schemata und solche Interventionen wesentlich, die zur Aktivierung und Klärung affektiver Schemata führen; und diese Strategien gehen weit über den range kognitiver Strategien hinaus.

Die Klärungsorientierte Psychotherapie hat auch Elemente der „Interaktionellen Verhaltenstherapie“ integriert.

Von zentraler Bedeutung sind auch Konzepte der komplementären und differentiellen Beziehungsgestaltung (Grawe, 1986, 1987a, 1988a, 1992a, 1996): Therapeuten müssen in der Lage sein, flexibel auf unterschiedliche Beziehungsmuster von Klienten zu reagieren. Therapeuten müssen aber in der Regel noch mehr tun, als Beziehungen nur zu gestalten: sie müssen Beziehungen *bearbeiten*, d.h., sie müssen Beziehungsmuster, Beziehungsmotive, Beziehungserwartungen usw. zum Thema der therapeutischen Arbeit machen. Die Klärungsorientierte Psychotherapie umfasst bestimmte Strategien, die dies ermöglichen.

Von wesentlicher Bedeutung sind auch Konzepte der „process-experiential psychotherapy“ (Rice & Greenberg, 1984) wie z.B. das Konzept der Prozessdirektivität (vgl. Greenberg & Pinsof, 1986), das Konzept der „therapeutischen Aufgaben (tasks)“ (Greenberg, 1984a, 1984b; Rice & Saperia, 1984), das Konzept des „affektiven Schemas“ (Greenberg, Rice & Elliott, 1993) und andere zentrale Begriffe (Greenberg & Paivio, 1997; Wexler & Rice, 1974).

2 Basiskonzepte der Klärungsorientierten Psychotherapie

In diesem Kapitel soll eine Einführung in zentrale therapeutische Konzepte der Klärungsorientierten Psychotherapie gegeben werden; Ziel des Kapitels ist es, *einen ersten Überblick über Grundkonzepte zu geben*, die in späteren Kapiteln dann ausführlicher behandelt werden. Das Konzept der drei therapeutischen Ebenen, das Konzept zentraler Schemata oder „internalen Problemdeterminanten“, das Konzept der störungsspezifischen Determinanten, affektive Schemata und affektive Verarbeitungsprozesse und das Konzept der Repräsentation von Schemata oder „Explizierung“. Im Anschluss daran werden Grundlagen der therapeutischen Arbeit auf den drei Ebenen vorgestellt.

2.1 Das Konzept der drei therapeutischen Ebenen.

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

- Inhaltsebene,
- Bearbeitungsebene,
- Beziehungsebene.

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

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

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

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

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

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

2.1.1 Inhaltsebene

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

Auf der Inhaltsebene kommunizieren Therapeuten und Klienten über bestimmte Probleme und Problemaspekte des Klienten, darüber, welche Gefühle eine Situation beim Klienten auslöst, wie der Klient sich selbst und seine Fähigkeiten einschätzt usw. Therapeuten und Klienten können auch über die Ressourcen des Klienten sprechen, über Lösungen und Lösungsansätze, über den Transfer von Lösungen in den Alltag usw. Therapeuten und Klienten bewegen sich auf der Inhaltsebene, wenn über derartige Aspekte gesprochen wird, ohne dass der Klient (oder der Therapeut!) mit Vermeidungsstrategien beschäftigt ist und ohne dass intransparent-manipulative Interaktionen ablaufen: die therapeutische Kommunikation ist auf Inhalte fokalisiert und kann auf Inhalte fokalisiert sein (es gibt keine Aspekte in der Interaktion, die dies massiv erschweren oder unmöglich machen).

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

Die Inhaltsebene bezieht sich daher auf Fragen wie:

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

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

2.1.2 Bearbeitungsebene

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

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

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

Die Bearbeitungsebene bezieht sich daher auf Fragen wie:

- Wie geht ein Klient selbst mit seinen Problemen um?
- Ist der Umgang mit eigenen Problemen funktional oder dysfunktional?
- Trägt der eigene Umgang mit Problemen zur Problemstabilisierung bei?

Die Bearbeitungsebene umfasst weiterhin Fragen wie:

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

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

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

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

2.1.3 Beziehungsebene

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

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

2.1.4 Arbeitsbeziehung

Bezüglich der Arbeitsbeziehung (oder „therapeutischer Allianz“, vgl. Bordin, 1976; Gomes-Schwartz, 1978; Hartley & Strupp, 1983; Horowitz et al., 1984; Luborsky, 1984; Luborsky et al., 1980; Marziali, 1984; Marziali et al., 1981; Moras & Strupp, 1982; Morgan, 1978; Morgan et al., 1982) wird einmal die Frage erörtert, durch welche Handlungen ein Therapeut zum Aufbau einer tragfähigen Therapeut-Klient-Beziehung beitragen kann. Zum anderen wird bezüglich des Klienten analysiert, ob dieser eine Arbeitsbeziehung zum Therapeuten aufnimmt und, falls nicht, was dem im Wege steht, bzw. was die Beziehungsaufnahme-Probleme bedeuten.

Bei der therapeutischen Beziehung oder „Arbeitsbeziehung“ zwischen Therapeut und Klient geht es um Fragen wie:

- Besteht eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Therapeut und Klient?
- Schätzt der Klient den Therapeuten als kompetent ein?
- Nimmt der Klient eine Klientenrolle ein? u.ä.

Die Arbeitsbeziehung zwischen Therapeut und Klient kann als eine Grundlage therapeutischer Arbeit angesehen werden. Jede Selbstöffnung des Klienten, jeder Explizierungsprozess setzt voraus, dass der Klient eine vertrauensvolle, „tragfähige“ Beziehung zum Therapeuten hat: andernfalls lässt sich der Klient auf einen solchen Prozess gar nicht ein (Sachse & Neumann, 1987a; Sachse et al., 1992). Die therapeutische Beziehung in diesem Sinne ist der fundamentalste Faktor von Psychotherapie, ohne den praktisch keine erfolgreiche Therapie möglich ist (vgl. Orlinisky, Grawe & Parks, 1994).

2.1.5 Interaktionsspiele

Wie ausgeführt, können Klienten Schemata (Strukturen) aufweisen, nach denen sie Beziehungen in manipulativer, intransparenter Weise gestalten. Diese Schemata wenden sie auf sehr unterschiedliche Interaktionssituationen und Interaktionspartner an. Sie wenden sie auch auf den „Interaktionspartner Therapeut“ an: sie realisieren damit diese intransparenten Interaktionsmuster auch in der Therapie. Damit entstehen für den Therapeuten massive Probleme:

- der Therapeut kann nicht mehr mit dem Klienten „über“ ein Problem sprechen: das Problem wird nicht thematisiert, es passiert.
- der Therapeut wird hier von einem Supervisor, der gemeinsam mit den Klienten an dessen Problemen arbeitet, zu einem Teil des Problems: er wird in das Problem involviert, ob er will oder nicht und benötigt daher meist dringend selbst einen Supervisor, um den Prozess zu verstehen.

Derartige Interaktionsmuster sind typisch für Klienten mit Persönlichkeitsstörungen: diese Klienten bringen bestimmte Interaktionsmuster in die Therapie mit; damit bewegen sich diese Klienten ausschließlich auf Beziehungsebene. Will der Therapeut den Prozess verstehen und beeinflussen, muss er sich ebenfalls auf Beziehungsebene bewegen: er muss seine Verarbeitung darauf ausrichten, was nun aktuell zwischen ihm und dem Klienten geschieht und muss seine Interventionen darauf ausrichten, dies transparent zu machen (vgl. Sachse, 1987; 1992a, 2000e).

2.2 Die therapeutische Arbeit auf der Inhaltsebene

Die therapeutische Arbeit auf der Inhaltsebene bezieht sich vorwiegend auf die Repräsentation (Klärung), Integration und Umstrukturierung kognitiver und affektiver Schemata, der sogenannten „internalen Determinanten“ der von Klienten bearbeiteten Probleme.

2.2.1 Internale Determinanten

Theoretisch wird in der Klärungsorientierten Psychotherapie davon ausgegangen, dass affektive und kognitive Schemata die zentralen Determinanten komplexer Klientenprobleme sind. Diese „internalen Determinanten“ bestimmen,

- wie eine Person eine Situation auffasst und verarbeitet;
- welche Kognitionen, Emotionen und Affekte bei einer Person ausgelöst werden;
- wie eine Person handelt.

Die jeweils aktivierten Schemata determinieren den jeweiligen „state of mind“ der Person; sie bestimmen,

- in welcher Stimmung die Person sich befindet;
- welche Gedächtnisbestände aktiviert oder leicht aktivierbar sind;
- was eine Person zentral im Bewusstsein hat.

Daher stehen *aktuelle Verarbeitungsprozesse* und die denen zugrundeliegenden *Schemata* im Zentrum der therapeutischen Arbeit in der Klärungsorientierten Therapie. Anders als in der Verhaltenstherapie wird den Situationen selbst nicht so viel Aufmerksamkeit geschenkt; Situationen

spielen insofern eine Rolle, als sie Schemata aktivieren. Das Zentrum der therapeutischen Arbeit liegt dann aber bei den Verarbeitungsprozessen und Schemata.

Psychologisch kann man davon ausgehen, dass eine Person eine Situation in für sie spezifischer, idiosynkratischer Weise verarbeitet. Dass sie eine Situation als ängstigend, als herausfordernd, als kränkend usw. erlebt, hängt im Wesentlichen davon ab, was die Person in die Situation mitbringt: verschiedene Personen (mit unterschiedlichen Voraussetzungen) verarbeiten die gleiche Situation auf völlig andere Weise. Daher können Interpretationen und Reaktionen nicht nur auf die Situation zurückgehen: sie müssen spezifisch mit der Person zu tun haben.

Wie eine Person eine bestimmte Situation interpretiert, hängt wesentlich von internalen Strukturen ab: von eigenen Motiven, Erwartungen, Kompetenzeinschätzungen usw. Eine Person bringt somit psychische Komponenten in die Situation mit, die Verarbeitung, Erleben und Handeln ganz wesentlich determinieren: sie weist daher „internale Determinanten“ der Verarbeitung, des Erlebens und Handelns auf. Diese internalen Determinanten gehen (weitgehend) auf spezifische Erfahrungen der Person zurück, sie sind theoretisch als (kognitive oder affektive) Schemata konzipierbar (Beck & Freeman, 1993; Sachse, 1992a).

Relevante, d.h., für ein persönliches Problem eines Klienten bedeutsame internale Determinanten können dabei sehr unterschiedlicher Natur sein:

- es kann sich um eigene Motive, Werte, Ziele der Person handeln;
- es kann sich um Überzeugungs- und Glaubenssysteme handeln;
- es kann sich um Konstruktionen über „die Realität“ handeln;
- es kann sich um Einschätzungen der eigenen Kompetenz, Ressourcen usw. handeln und vieles mehr.

In jedem Fall bestimmen diese Determinanten der Person in hohem Maße mit,

- welche Interpretation einer Situation die Person vornimmt (z.B. als bedrohlich, kränkend, herausfordernd usw.);
- welche Emotionsprozesse ausgelöst werden (Traurigkeit, Scham, Freude usw.);
- welche affektiven Reaktionen oder „felt senses“ ausgelöst werden (z.B. ein diffuses Gefühl von Unbehagen, das die Person zwar spüren kann, jedoch ohne zu wissen, was es genau bedeutet);
- welche Handlungsimpulse ausgelöst werden.

Therapeutisch kann man daher davon ausgehen, dass eine Klärung dieser internalen Determinanten ein zentrales Ziel der Therapie ist: wenn internale Determinanten dieser Art wesentlich problematisches Erleben und Handeln mitbestimmen, dann müssen diese Determinanten auch im Zentrum der therapeutischen Arbeit stehen.

Aus diesen Überlegungen lässt sich das zentrale Ziel der Klärungsorientierten Psychotherapie ableiten:

1. Eine Person weist ein persönliches Problem auf: d.h., sie reagiert in einer bestimmten Art und Weise, z.B. mit Angst, Niedergeschlagenheit o.ä.
2. Diese Reaktion entsteht jedoch nicht durch die Situation selbst: die gleiche Situation kann bei anderen Personen völlig andere Reaktionen auslösen.
3. Dass die Person genau so und nicht anders reagiert (z.B. mit Angst), hängt ganz spezifisch von ihren Schemata, Motiven, Konstruktionen usw. ab.
4. Die problematischen Erlebens- und Verhaltensweisen der Person gehen also auf spezifische, idiosynkratische, internale Determinanten zurück.
5. Diese internalen Determinanten stellen damit den zentralen therapeutischen Ansatzpunkt dar: sie müssen geklärt, repräsentiert und verändert werden. D.h.: sie müssen therapeutisch bearbeitbar werden.

2.2.2 Schema-theoretische Konzeption internaler Determinanten

Folgt man störungstheoretischen Positionen von Grawe (vgl. 1986, 1987a, 1987b, 1988a, 1988b) und Sachse (1992a), dann können problemrelevante internale Determinanten auch schematheoretisch konzipiert werden. Eine solche Konzeption hat Vorteile, da dadurch bestimmte Charakteristika psychischer Probleme sehr gut verstanden werden können, z.B.:

- dass Personen bestimmte Erlebnis- und Handlungsweisen feststellen oder ausführen, obwohl sie diese gar nicht wollen und sie „eigentlich“ als unsinnig, schädlich oder unangemessen empfinden;
- dass Personen Handlungen ausführen, die an wichtigen eigenen Zielen und Motiven „vorbeigehen“, ja sogar das Erreichen wichtiger Ziele systematisch verhindern und hohe emotionale oder soziale „Kosten“ erzeugen;
- dass Personen solche Erlebnisweisen und Handlungen zuverlässig, hoch automatisiert zeigen und selbst kaum Kontrolle darüber haben;
- dass sie selbst die Gründe ihres Erlebens und Handelns nicht verstehen.

Schemata sind organisierte Wissensstrukturen (vgl. Bartlett, 1932; Piaget, 1936, 1976; Schank & Abelson, 1977) oder motivational-affektive Netzwerke (Kuhl, 1983a), die durch Erfahrung gebildet werden: spezifische Erfahrungen mit bestimmten Situationen, Personen, eigenen Handlungen usw. „kondensieren“ zu Strukturen, die von der Person, sind sie einmal vorhanden, auf entsprechende Situationen wieder angewandt werden. Macht eine Person permanent die Erfahrung zu versagen, zu scheitern, keine Kontrolle zu haben und ähnliches, dann bildet sich ein Selbstschema eigener Inkompetenz (vgl. Beck et al., 1981).

Schemata werden hier also aufgefasst als „kondensierte Erfahrungen“ oder besser: als „kondensierte Schlussfolgerungen aus Erfahrungen“. Schemata enthalten *Annahmen* oder Überzeugungen: von sich selbst, über die Umwelt, über Kontingenzen. Schemata enthalten dabei diese Annahmen in eng miteinander verbundener, organisierter Form; Schemata weisen damit eine *Struktur* auf. Schemata bestehen somit aus einem „Bündel“ zusammenhängender, organisierter

Annahmen über einen (mehr oder weniger) spezifischen Inhaltsbereich: z.B. „sich selbst“, „eigene Fähigkeiten“, „enge Beziehungen“, „Leistung“ o.ä.

Schemata sind „exekutive Strukturen“, sie beeinflussen, wenn sie aktiviert sind, aktiv, allerdings meist hoch automatisiert, die Informationsverarbeitung und die Handlungsregulation.

Schemata werden dann von entsprechenden situationalen Auslösern aktiviert: dabei kann ein Schema sehr spezifisch sein (z.B. nur durch eine ganz bestimmte Situation ausgelöst werden, etwa ein Schema „ich bin unattraktiv für Frauen“, das nur in Interaktionen aktiviert wird, in denen es um Partnerschaft geht), oder es kann sehr generalisiert sein (z.B. ein Schema „ich bin ein Versager“, das durch praktisch jede Art von Anforderungssituation ausgelöst werden kann).

Ist ein Schema einmal aktiviert, dann determiniert es

- die weitere Situationsverarbeitung,
- das emotionale Empfinden,
- die Handlung.

Die Verarbeitung wird voreingenommen (Beck & Emery, 1981; Beck et al., 1981; Sachse & Musial, 1981): die Situation wird schema-konform interpretiert (z.B. als überfordernde Situation, in der man scheitern kann usw.); andere Aspekte der Situation werden ignoriert (z.B., dass man Erfolg haben und sich beweisen kann) oder systematisch verzerrt. Schemata erzeugen damit in hohem Maße Interpretationen, die das Schema stützen oder bestätigen oder Handlungen, die selbsterfüllende Prophezeiungen produzieren.

Die Anwendung von Schemata ist der Person auch nicht bewusst repräsentiert: die Person bemerkt selbst nicht, dass sie ein Schema auf die Situation anwendet und so bestimmte Konstruktionen erzeugt: sie hält ihre Interpretation für „die Realität“ und ihr Erleben und Handeln für zwangsläufig. Auch ist die Anwendung des Schemas meist hoch automatisiert, schnell und fast kapazitätsfrei: die Person nimmt Interpretationen unbewusst (im Sinne „automatischer Gedanken“ von Beck et al., 1981), sehr schnell und ohne weitere Überlegungen vor, so dass sie das, was in ihr passiert, nur schwer selbst betrachten kann (vgl. auch Frederiksen, 1972, 1975a, 1975b; Langer & Abelson, 1974; Pichert & Anderson, 1977; Spiro, 1977, 1980).

Auch ist das Schema selbst den Personen in aller Regel unklar: sie wissen nicht, auf welche Erfahrungen, Annahmen, Motive usw. diese Interpretationen und Handlungen zurückgehen.

Und genau dies sind die Ansatzpunkte klärungsorientierter Therapie: die relevanten Schemata müssen deautomatisiert werden, die Person muss erkennen, dass sie Situationen aufgrund solcher Schemata verarbeitet und handelt, und sie muss das Schema bewusst repräsentieren, mit anderen Erfahrungen integrieren und verändern.

Es lassen sich verschiedene Arten von Schemata unterscheiden. Wesentlich sind insbesondere drei Arten von Schemata:

- Schemata, die Person-Umwelt-Bezüge bestimmen,

- Bearbeitungs-Schemata,
- Beziehungs-Schemata.

2.2.3 Inhalts-Schemata: Schemata, die Person-Umwelt-Bezüge bestimmen

Schemata, die in ganz allgemeiner Weise den Umgang der Person mit alltäglichen Situationen oder Personen bestimmen, können in hohem Maße problemrelevant sein. Es sind Schemata, die die „Person-Umwelt-Bezüge“ einer Person determinieren (vgl. Heckhausen, 1963, 1969, 1977, 1980).

Hier sind bedeutsam:

- Motive und Ziele einer Person: was will eine Person erreichen? Spielen Leistungsaspekte für sie eine zentrale Rolle?
- Überzeugungen und Glaubenssysteme: z.B. die Überzeugung, man werde von anderen Personen geschädigt, hintergangen und betrogen
- Selbstkonzepte oder Selbstwertüberzeugungen: z.B. die Überzeugung, im Grunde inkompetent und wertlos zu sein usw.

Derartige Schemata bestimmen in hohem Maße,

- wie eine Person eine gegebene Situation interpretiert: als Bedrohung (z.B. des Selbstwertes), als Herausforderung (z.B. eigener Ressourcen) usw. (vgl. Lazarus et al., 1980a) ;
- welche Erwartungen die Person in einer Situation entwickelt, Erwartungen an sich („ich muss besonders gut sein“) oder an andere („andere sind verpflichtet, sich um mich zu kümmern“);
- wie sie selbst ihre Kompetenzen und Handlungsmöglichkeiten einschätzt, welche Handlungen sie für erfolgreich oder erfolglos hält usw.

Hier spielen, wie deutlich wird, nicht nur kognitive, sondern auch affektive Schemata eine Rolle (vgl. Beck & Freeman, 1993; Sachse, 1992a). Erfahrungen der Person „verdichten“ sich auch zu affektiven Schemata, die in Situationen ausgelöst werden und die zu unspezifischen Empfindungen führen können, z.B. zu der Empfindung von Unbehagen, diffusem Unwohlsein o.ä. oder die sich auch in körperlichen Reaktionen niederschlagen können, die Gendlin (1970, 1978a, 1978b) „felt sense“ nennt: dies sind körperliche Reaktionen, die die Person darüber informieren, dass etwas für sie Bedeutsames passiert, dessen Bedeutung jedoch noch nicht hinreichend geklärt ist (vgl. Neumann & Sachse, 1992; Sachse, 1985; Sachse & Atrops, 1989; Sachse & Neumann, 1983, 1986, 1987a, 1987b; Sachse et al., 1992; Schneider & Sachse, 1992). Hier laufen damit affektive Verarbeitungsprozesse auf sehr elementarem Niveau ab, die von kognitiven Analysen weitgehend unabhängig sein können (Zajonc, 1980, 1984).

Somit bestimmen derartige Schemata in hohem Maße, wie eine Person eine Situation auffasst, was sie empfindet und wie sie handelt oder handeln kann. Und somit bestimmen Schemata auch in hohem Maße problematische, dysfunktionale Erlebens- und Verhaltensweisen einer Person mit.

2.2.4 Bearbeitungs-Schemata

Klienten lernen in ihrer Biographie auch Strategien, wie man mit persönlichen Problemen umgeht oder nicht umgeht. Auch diese Strategien verdichten sich zu

automatisierten Schemata, die (als meta-kognitive Operationen) bestimmen, wie eine Person mit Problemaspekten umgeht: ob sie eigene Gefühle als wichtige Informationsquelle über eigenes Befinden auffasst oder ob sie eigene Gefühle als störend, das eigene Funktionieren beeinträchtigend einschätzt und somit Gefühle weitestgehend ignoriert; ob sie Probleme in Teilaspekte aufgliedern kann, die sich sukzessiv bearbeiten lassen oder ob sie versucht, „alles auf einmal zu machen“ usw.

Solche Problembearbeitungen können hoch automatisiert und der Person somit als spezifische Strategien gar nicht mehr bewusst sein: die Person bemerkt gar nicht mehr, dass ihre Problemlösung hochgradig voreingenommen ist, dass sie die Lösung selbst überprüfen und revidieren müsste (weil sie u.U. selbst zum Problem geworden ist; vgl. Watzlawick, Weakland & Fish, 1974).

Prinzipiell können die bei einer Person vorhandenen Problemlösestrategien funktional sein. Sie können sinnvoll genutzt werden, um bestehende Probleme konstruktiv zu bearbeiten. Die Person hat jedoch u.U. noch nicht erkannt, dass bestimmte Strategien auf bestimmte Probleme angewandt werden können. In diesem Fall stellen diese Strategien eine wichtige Ressource im Therapieprozess dar: Therapeuten können diese Ressourcen aktivieren und Klienten anleiten, sie sinnvoller als bisher zu nutzen.

Bearbeitungsstrategien können jedoch auch dysfunktional sein: dann führen sie dazu, dass Probleme gerade nicht geklärt oder verändert werden können; diese Strategien können das Problem sogar konservieren oder verschlimmern. In diesem Fall „sitzen“ die Klienten in ungünstigen Strategien fest: sie stellen sich immer die gleichen Fragen, entwickeln die gleichen Erklärungen, nehmen die gleiche Perspektive ein, entwickeln Lösungen, ohne dass sie das Problem verstanden haben usw. Ist dies der Fall, dann müssen die Bearbeitungsstrategien selbst zum Gegenstand der Therapie werden: bevor Person-Umwelt-Schemata überhaupt verändert werden können, müssen die Strategien der Problembearbeitung geändert werden.

2.2.5 Beziehungs-Schemata

Personen entwickeln aufgrund umfangreicher Interaktionen mit anderen Personen auch Schemata bezüglich der Interaktion mit anderen Personen (diese Schemata könnte man auch als „Skripte“ bezeichnen, vgl. Schank & Abelson, 1977).

Solche „Beziehungs-Schemata“ enthalten

- Ziele und Intentionen in Bezug auf andere Personen: was will ich von anderen Personen? Was sollen die für mich, im Hinblick auf mich tun?
- Strategien, wie ich diese interaktionellen Ziele erreichen kann, mit welchen Arten von Verhaltensweisen ich andere Personen dazu bringen kann, bestimmte Dinge für mich zu tun.
- Annahmen darüber, wie andere Personen mit mir umgehen, was sie von mir wollen, wie sie mich behandeln, auf welche meiner Verhaltensweisen sie wie reagieren werden.

Auch Beziehungs-Schemata können funktional oder dysfunktional sein. Dysfunktional sind sie insbesondere dann,

- wenn eine Person Interaktionsintentionen hat, die andere Personen in der Regel nicht teilen: ich möchte z.B. eine andere Person kontrollieren, aber in der Regel wird eine andere Person sich das nicht lange gefallen lassen;

und

- wenn meine Handlungen und Strategien, mit deren Hilfe ich meine Intentionen realisiere, intransparent und manipulativ sind (ich z.B. die Person dadurch kontrolliere, dass ich mich schwach stelle, anstatt meine Intention offen vorzutragen);

und

- wenn meine Handlungen unflexibel sind, ich Interaktionen praktisch nur nach einem Schema gestalte (z.B. ohne es selbst zu wissen) und mich somit nicht mehr situationsangemessen verhalten kann;

und

- wenn damit Beziehungen nicht mehr reziprok verlaufen (d.h. wenn ich ständig meine Intentionen durchsetze, die Intentionen des Interaktionspartners jedoch „auf der Strecke bleiben“).

Derartige Schemata führen zu einem Interaktionsverhalten, das wir in Anlehnung an den transaktionsanalytischen Begriff (vgl. Berne, 1961, 1963, 1967; English, 1980; Schlegel, 1987) als „Spiel“ bezeichnen; dieses Interaktions- und Intentionenmuster bedarf im Therapieprozess einer besonderen (und besonders sorgfältigen) Analyse und spezifischer therapeutischer Strategien (vgl. auch das sogenannte „Testkonzept“ der Mount Zion Psychotherapy Research Group, z.B. Ambühl & Dobbies, 1991; Sampson & Weiss, 1986; Silberschatz, 1986; Silberschatz et al., 1986, 1989, 1990, 1991).

2.2.6 Schema-Art und Störung

In der Klärungsorientierten Therapie wird davon ausgegangen, dass die drei Arten von Schemata bei verschiedenen Klienten eine unterschiedlich große Rolle spielen: es gibt Klienten, deren Probleme hauptsächlich auf „Person-Umwelt-Schemata“ zurückzuführen sind, deren Bearbeitungsstrategien (im Wesentlichen) funktional sind und die keine Beziehungs-Schemata aufweisen, die intransparente Interaktionsmuster determinieren.

Es gibt jedoch auch Klienten, die neben problematischen Person-Umwelt-Schemata sehr ungünstige Bearbeitungsstrategien aufweisen, die in dysfunktionalen Bearbeitungen „festsitzen“ usw. Und es gibt Klienten, die (neben anderen) Schemata aufweisen, die manipulative, intransparente Interaktionsmuster zur Folge haben.

Dies bedeutet, dass die Ausgangsbedingungen von Klienten keineswegs einheitlich sind: verschiedenen Klienten kann damit nicht das gleiche therapeutische Angebot gemacht werden.

Weist ein Klient „nur“ problematische Person-Umwelt-Schemata auf, dann kann sich die therapeutische Arbeit auf diese konzentrieren: es ist nicht notwendig, die dysfunktionale Problembearbeitung als solche zu bearbeiten und auch eine Klärung dysfunktionaler Interaktionsmuster steht nicht an (in diesem Fall gibt es auch keine „Übertragung“ und daher sind Bearbeitungen von Übertragung sinnlos und eher schädlich, vgl. Orlinsky, Grawe & Parks, 1994). Weist eine Person jedoch in hohem Maße Bearbeitungsprobleme auf, dann ist eine therapeutische „Bearbeitung der Bearbeitung“ nötig, parallel oder vor der Bearbeitung der inhaltlich bestimmbar Schemata: ansonsten behindern diese dysfunktionalen Bearbeitungs-Schemata eine konstruktive therapeutische Arbeit in hohem Maße.

Weist die Person Interaktionsprobleme auf, dann müssen die entsprechenden Schemata in der Therapie vorrangig bearbeitet werden, da ansonsten dieses Interaktionsverhalten sowohl die Entwicklung einer therapeutischen Allianz als auch eine konstruktive Problembearbeitung massiv „sabotiert“ (ohne dass dem Klient diese Absicht bewusst ist!).

Es wird auch angenommen, dass zwischen der Art der problemrelevanten Schemata und der daraus resultierenden Verarbeitungs-, Erlebens- und Handlungsweisen einerseits und der Art der diagnostizierten Störung andererseits enge Beziehungen bestehen. So spielen bei Störungen wie Angst oder Depression solche Schemata eine Rolle, die die Interaktion der Person mit der Umwelt betreffen (z.B. ungünstige Selbst-Schemata, die entsprechend negative Situationsverarbeitungen determinieren, charakteristische affektive Verarbeitungsprozesse und Handlungen).

Bei psychosomatischen Erkrankungen spielen neben diesen Person-Umwelt-Schemata die Bearbeitungs-Schemata eine zentrale Rolle. Die Klienten zeigen eine hochgradig dysfunktionale Problembearbeitung. Sie vermeiden die Konfrontation mit Selbst-Aspekten, zeigen eine externale Perspektive und halten eigene Emotionen für „Störfaktoren“, die ein reibungsloses Funktionieren der eigenen Person verhindern (vgl. Sachse, 1995a).

Bei Klienten mit Persönlichkeitsstörungen sind dagegen Schemata relevant, die sich auf die Gestaltung von Beziehungen und Interaktionen beziehen (vgl. Beck & Freeman, 1993; Fiedler, 1993, 1994a, 1994b, 1994c, 1994d, 1995). Klienten mit diesen Störungen weisen intransparente, unflexible Interaktionsmuster auf, die längerfristig zu hohen Kosten führen. Diese interaktionellen Verhaltensmuster realisieren die Klienten auch in der Therapie, in der Interaktion mit dem Therapeuten.

Diese Sichtweise macht Folgendes deutlich:

- welche Art von Schema in der Therapie bearbeitet werden muss, hängt vom jeweiligen Klienten, seinen Problemen und Eingangsvoraussetzungen ab;
- die konkrete Gestaltung der Therapie, von konkreten Einzelinterventionen bis zur Gestaltung der therapeutischen Beziehung, hängt damit von der Art der Störung und von anderen Bedingungen ab;
- damit muss eine Therapie notwendigerweise klientenzentriert sein, und zwar in dem Sinne, dass sie Bezug nimmt auf die jeweiligen Probleme und Eingangsvoraussetzungen des Klienten und dem Klienten ein solches therapeutisches Angebot macht, das auf diese Bedingung „passt“;
- daher kann man keinesfalls allen Klienten das gleiche therapeutische Angebot machen: dieses muss sowohl die Art der Störung, die Art der Eingangsbedingungen, das konkrete Verhalten des Klienten in der Therapie und andere Faktoren berücksichtigen: das therapeutische Angebot kann daher nur ein differentielles sein.

2.2.7 Affektive Schemata und affektive Verarbeitungen

Die grundlegenden problemdeterminierenden Schemata können, wie ausgeführt, kognitive Schemata sein, wie Überzeugungen, Annahmen über die Realität, Selbstkonzepte u.a. Daher spielt auch die Bearbeitung kognitiver Schemata eine Rolle in der Therapie. Die problemdeterminierenden Schemata können jedoch auch affektive Schemata sein. Affektive Schemata sind „Verdichtungen“ affektiver Erfahrungen in der Biographie. Affektive Schemata werden (wie kognitive) durch bestimmte Situationsaspekte (bottom up) aktiviert; ihre Aktivierung führt dann zu bestimmten Affekten:

- zu bestimmten Stimmungen der Person;
- zu diffusen Gefühlen, z.B. von Unbehagen, von Bedrohung, von Unzufriedenheit;
- zu körperlichen Reaktionen, „die etwas bedeuten“, von denen die Person aber oft nicht weiß, was sie bedeuten, den sogenannten „felt senses“ (Gendlin, 1978b).

Diese Prozesse kommen meist durch automatisierte, schnell ablaufende Schema-Aktivierungen zustande; sie erfordern weder Situations-Analysen noch kognitive Verarbeitungsprozesse: sie sind prä-kognitiv. Diese Affekte weisen allerdings immer auf die Aktivierung affektiver Schemata hin: sie sind Indikatoren für eine Schema-Aktivierung. Tauchen Affekte bei Problemen auf, so ist das ein Indikator dafür, dass affektive Schemata bei diesen Problemen eine Rolle spielen, d.h., dass sie relevante internale Determinanten des Problems sind. Und damit wird deutlich, dass sie therapeutisch bearbeitet werden müssen: sie dürfen im Therapieprozess nicht übergangen, nicht ignoriert werden.

2.2.8 Repräsentation von Schemata

Eine wesentliche theoretische Annahme ist die, dass affektive Schemata in einem anderen Repräsentations-Code gespeichert sind als kognitive Schemata. Während kognitive Schemata in einem kognitiven Code vorliegen, sind affektive Schemata in einem „sensumotorischen“ (Piaget, 1936) oder „perzeptuellen“ Code (Perrig et al., 1993) gespeichert. Die Tatsache der unterschiedlichen Codes hat z.B. zur Folge,

- dass affektive und kognitive Schemata nicht direkt miteinander „kommunizieren“ können;
- dass affektive Schemata sich nicht unmittelbar in kognitive Schemata integrieren lassen (so lässt sich ein problematisches affektives Schema (z.B. „ich bin hilflos“) nicht ohne weiteres mit einem kognitiven Ressourcen-Schema (z.B. „ich bin kompetent“) verbinden);
- dass ein (biographisch altes) affektives Schema keine neue kognitive Information anlagert: so wird eine neue „positive Erfahrung“ nicht an das Schema assimiliert und wirkt sich damit gar nicht korrigierend aus;
- dass ein affektives Schema hoch automatisiert aktiviert wird und den state of mind determinieren kann, ohne dass es unter direkte kognitive Kontrolle gebracht werden kann.

Klienten weisen daher oft ein „doppeltes Überzeugungssystem“ (Beck & Greenberg, 1979) auf:

- „Ich weiß, dass ich kompetent bin und keine Angst haben muss, aber in Situation X habe ich sie trotzdem“.
 - „Ich weiß, dass ich mich wehren kann, aber in Situation Y fühle ich mich hilflos“.
 - „Ich weiß, dass mir dieses Verhalten schadet, aber in Situation Z kann ich es nicht unterdrücken“.
- usw.

Die Personen haben hier

- ein kognitives (in der Regel) funktionales Schema von Kompetenz, Handlungsmöglichkeiten usw., dieses wird in bestimmten Situationen aktiviert und führt zu funktionalem Handeln;
- ein affektives und dysfunktionales Schema, das durch andere Situationsaspekte aktiviert wird, das bei der Aktivierung den state of mind determiniert, das (funktionale) kognitive Schemata hemmt und zu ungünstigem Verhalten führt.

Das affektive Schema ist von dem kognitiven Schema „dissoziiert“, es führt ein vom Rest des Systems losgelöstes Eigenleben und ist durch neu einlaufende Informationen auch nicht mehr modifizierbar. Diese Annahme ist zentral für die Klärungsorientierte Psychotherapie: dass es bei einem Klienten nicht nur problem(-mit)determinierende Schemata gibt, sondern *dass diese Schemata nicht modifiziert und kontrolliert werden können, weil sie nicht (ausreichend) repräsentiert sind*. Ein Aspekt mangelnder Repräsentation liegt dann vor, wenn Schemata existieren, die in einem nicht-kognitiven Code gespeichert sind. Eine mangelnde Repräsentation kann jedoch auch bei einem Schema vorliegen, das in einem kognitiven Code vorliegt: dennoch können der Person Aspekte des Schemas nicht zugänglich sein, nicht „bewusst“, nicht in Sprache umsetzbar. Eine mangelnde Repräsentation eines Schemas hat *in jedem Fall* zur Folge,

- dass das Schema nicht bearbeitbar ist;
- dass das Schema nicht geprüft werden kann;
- dass das Schema nicht mit anderen Schemata integriert werden kann;
- dass das Schema nicht kontrolliert werden kann.

Ein nicht-repräsentiertes Schema ist ein *isoliertes Schema*: es ist isoliert vom Rest der Schemata, von Ressourcen, Wissensbeständen und Erfahrungen. Dabei gibt es jedoch noch einen wichtigen Unterschied zwischen affektiven und kognitiven Schemata:

- Kognitive Schemata liegen bereits in einem kognitiven Code vor: Elemente dieses Codes müssen „nur“ noch bewusst gemacht, sprachlich repräsentiert werden;
- affektive Schemata liegen jedoch noch nicht einmal in einem kognitiven Code vor: sie müssen daher im ersten Schritt in einen kognitiven Code übersetzt werden und dann erst sprachlich repräsentiert werden; damit ist die Repräsentationsbildung affektiver Schemata deutlich schwieriger und aufwendiger als die kognitiver Schemata.

Es gibt noch einen speziellen Fall mangelnder Repräsentation: eine mangelnde Repräsentation eigener Motive (Kuhl & Eisenbeißer, 1986): Kuhl & Beckmann (1994) sprechen hier von einer Alienation (Entfremdung). Personen unterscheiden sich stark darin, in welchem Ausmaß sie ihre zentralen Motive repräsentiert haben bzw. in welchem Ausmaß sie aktuell Zugang zu ihrem Motivsystem haben.

Personen, die einen guten Zugang zum Motivsystem / eine gute Repräsentation aufweisen,

- wissen in verschiedenen Situationen, was sie möchten;
- können Anforderungen von außen daraufhin prüfen, ob sie mit ihren Motiven „kompatibel“ sind;
- folgen ihren eigenen Standards und sind nicht leicht von außen zu beeinflussen;
- realisieren ihre Motive in ihrem Handeln.

Personen, die einen schlechten Zugang zu ihrem Motivsystem aufweisen,

- wissen oft nicht, was sie eigentlich möchten;

- können Anforderungen von außen nicht auf Kompatibilität prüfen: sie übernehmen oft solche Anforderungen und glauben anschließend, sie hätten sich selbst dafür entschieden;
- sie haben kaum internale Standards, an denen sie sich orientieren können: infolgedessen orientieren sie sich stark an sozialen Normen und an den Erwartungen anderer;
- sie realisieren ihre Motive kaum in ihren Handlungen, was dazu führt, dass sie „an ihren Motiven vorbeileben“, was zu einem hohen und für die Personen unverständlichen Ausmaß von Unzufriedenheit führt (Brunstein, 1993; Brunstein & Schultheiß, 1996; Brunstein et al., 1995).

Probleme von Personen können somit darin begründet sein, dass sie einen schlechten Zugang zu ihrem Motivsystem aufweisen. Dann besteht eine wesentliche therapeutische Aufgabe darin, diesen Zugang zu verbessern und der Person zu helfen, eine Repräsentation zu schaffen.

2.2.9 Explizierung

Liegen relevante, problemdeterminierende Schemata in einer nicht oder wenig repräsentierten Form vor, dann besteht eine zentrale therapeutische Aufgabe darin, an einer Repräsentation dieser Schemata zu arbeiten. Eine solche „Repräsentationsbildung“ wird in der Klärungsorientierten Psychotherapie als „*Explizierungsprozess*“ bezeichnet. Klienten müssen im Therapieprozess schrittweise psychologische Voraussetzungen für einen solchen Prozess schaffen, wie z.B. die Einnahme einer internalen Perspektive, die Aktivierung relevanter Schemata oder das Aufwerfen klärender Fragestellungen. Danach müssen sie den Prozess der Repräsentationsbildung durchlaufen, bei dem sie die Schemata letztlich in einen bewusstseinsfähigen, meist sprachlichen Code umsetzen. Ist eine solche Übersetzung gelungen, dann verbinden die Klienten die problematischen Schemata mit positiven Ressourcen-Schemata, nehmen also einen Integrationsprozess vor. In der Klärungsorientierten Therapie wird (auch aufgrund empirischer Ergebnisse, s. Kapitel 12) davon ausgegangen, dass Klienten in der Regel diese Prozesse nicht von selbst vornehmen und vornehmen können; Therapeuten müssen vielmehr in sehr hohem Ausmaß diese Prozesse anregen und steuern. Um bei Klienten konstruktive Bearbeitungsprozesse anzuregen, müssen die Therapeuten daher in hohem Maße *prozessdirektiv* sein.

2.3 Therapeutische Arbeit auf der Bearbeitungsebene

2.3.1 Dysfunktionale Bearbeitung

Es wird davon ausgegangen, dass Klienten, die in eine Therapie kommen, sich gerade dadurch auszeichnen, dass sie *keine* konstruktive Problembearbeitung oder Problemlösung vornehmen können.

Diese Schwierigkeiten sind bei verschiedenen Klienten ganz unterschiedlich groß; jedoch werden selbst Klienten, die keine ausgesprochen dysfunktionalen Problembearbeitungsstrategien aufweisen, nicht ohne weiteres ihre Probleme optimal bearbeiten können. Daher, so wird angenommen, ist es notwendig, dass Therapeuten den Klienten im Bearbeitungsprozess gezielt unterstützen, und zwar um so mehr, je mehr Schwierigkeiten der Klient aufweist. Diese Unterstützung des Klienten durch den Therapeuten kann z.B. reichen von gelegentlichen Hilfestellungen, eine internale Perspektive einzunehmen, bis zur überwiegenden „Bearbeitung der Bearbeitung“ (vgl. Sachse, 1992a, 1995a).

Es gibt verschiedene Gründe, die zu der Annahme führen, dass Klienten bei einer konstruktiven Problembearbeitung Schwierigkeiten haben werden.

2.3.2 Ambivalenz

Der erste dieser Gründe betrifft die Ambivalenz der Klärungsprozesse selbst. Klienten, die sich über eigenes Verhalten oder Erleben wundern, die selbst besser verstehen möchten, warum sie tun, was sie tun usw., weisen eine starke Annäherungstendenz an relevante internale Determinanten auf. Sie sind motiviert, das eigene Erleben und Handeln besser zu verstehen, zu verändern usw. Das aber ist in aller Regel nicht alles: Klienten weisen meist gleichzeitig eine (mehr oder weniger) starke Vermeidungstendenz auf (vgl. Martin, 1972): sie haben oft Angst, auf unangenehme Selbstaspekte zu stoßen, denen sie dann nicht mehr ausweichen können; sie haben Angst, im Zuge der therapeutischen Arbeit ihre bisherige Struktur, ihre Identität zu verlieren, ohne schon eine neue zu haben usw. Alle diese Befürchtungen lassen sie davor zurückschrecken, sich unangenehmen Selbstaspekten zu stellen und diese zu klären. Die Klienten befinden sich daher oft in einem Klärungskonflikt: sie weisen Annäherungs- und Vermeidungstendenzen gleichzeitig auf. Und: die Vermeidungstendenzen werden um so ausgeprägter, je stärker sich die Klienten den unangenehmen Selbstaspekten nähern.

Daher ist es nötig, dass Therapeuten die Annäherungstendenzen der Klienten gezielt fördern: Therapeuten müssen die Klienten ermuntern und ermutigen, sich den zu klärenden Aspekten zu stellen, sie anzuschauen und nicht zu vermeiden. Die Therapeuten müssen den steigenden Vermeidungstendenzen der Klienten auch gezielt entgegenwirken. Wird der Klient vom Therapeuten nicht gezielt „angehalten“, dann „startet er durch“ und verlässt den „heißen Bereich“.

2.3.3 Habituell dysfunktionale Bearbeitungen

Es wird angenommen, dass Klienten in ihrer Biographie ungünstige Problembearbeitungsstrategien gelernt haben: sie wenden diese Strategien weiterhin an, wodurch „die Lösung zum Problem wird“ (Watzlawick et al., 1974). Klienten sitzen also, so muss man annehmen, oft in ungünstigen Bearbeitungen fest:

- Sie stellen immer wieder die gleichen Fragen und geben die gleichen Antworten.
- Sie nehmen immer wieder die gleiche Perspektive ein usw.

Der Therapeut muss hier somit die Rolle eines Bearbeitungs-Supervisors einnehmen, der Klienten auf ungünstige Bearbeitungen aufmerksam macht und der günstige Bearbeitungsweisen anregt.

2.3.4 Fehlendes prozedurales Wissen

Manchmal kann das Problem auch an fehlendem Wissen liegen: die Klienten wissen nicht, was sie tun sollen, um ein persönliches Problem konstruktiv zu bearbeiten. Sie fühlen sich eigenen Problemen gegenüber hilflos. Hier muss der Therapeut dem Klienten Anregungen geben, was der Klient tun kann: der Therapeut kann den Klienten durch konkrete Bearbeitungsangebote unterstützen.

2.3.5 Mangelnde kognitive Ressourcen

Es ist bekannt, dass ein Klärungsprozess für Klienten sehr schwierig ist (Sachse & Maus, 1991). Um Schemata zu aktivieren, zu klären und zu verändern, müssen sich Klienten vollständig auf diese Prozesse konzentrieren. Sie müssen alle verfügbaren Ressourcen nutzen, um diesen Prozess auszuführen. Damit hat ein Klient aber nicht mehr genug Ressourcen übrig, um auf einer Meta-Ebene therapeutische Strategien zu planen und seine eigene Bearbeitung auch noch zu supervidieren: der Klient kann nicht auch noch beurteilen, ob seine Art der Bearbeitung günstig ist, ob das jetzt eine angemessene Fragestellung ist usw. Ein Klient kann nicht gleichzeitig einen Klärungsprozess durchführen und diesen Prozess steuern und supervidieren. Diese Aufgaben müssen daher notwendigerweise auf zwei Personen übertragen werden: auf den Klienten als denjenigen, der den Klärungsprozess durchführt und den Therapeuten, der diesen Prozess überwacht und steuert.

2.3.6 Der Therapeut als Prozessexperte

Aus all diesen Gründen muss *der Therapeut die Rolle des Prozessexperten* übernehmen: der Therapeut muss verstehen, wie der Klient arbeitet, er muss den Bearbeitungsprozess des Klienten supervidieren und entscheiden, ob der Klient gefördert werden muss oder nicht. Der Therapeut ist Experte dafür, den Bearbeitungsprozess zu beurteilen und zu verbessern. Er muss dann den Klienten, wenn und wann nötig, durch Bearbeitungsangebote gezielt fördern. Damit steuert der Therapeut den Bearbeitungsprozess des Klienten in hohem Maße: der Therapeut ist prozessdirektiv (vgl. Becker & Sachse, 1998; Gäßler, 1994; Gäßler & Sachse, 1992a, 1992b; Raum & Sachse, 1992).

2.4 Beziehungsgestaltung und Beziehungsbearbeitung

Beziehungsgestaltung ist eine der zentralen Aufgaben eines Psychotherapeuten. Beziehungsgestaltung kann man in zwei Bereiche unterteilen:

1. den Aufbau einer therapeutischen Allianz,
2. die komplementäre oder differentielle Beziehungsgestaltung.

Beziehungs-Bearbeitung bedeutet, dass Beziehung zum Thema der Therapie gemacht wird.

2.4.1 Therapeutische Allianz

Wie ausgeführt, wird auch in der Klärungsorientierten Psychotherapie davon ausgegangen, dass *die therapeutische Beziehung die zentrale Grundlage der Therapie ist* (Orlinsky, Grawe & Parks, 1994; Orlinsky & Howard, 1986). Man muss davon ausgehen, dass Therapeut und Klient eine vertrauensvolle Beziehung aufgebaut haben müssen,

- bevor der Klient sich bestimmten, bisher vermiedenen Schemata überhaupt nähert;
- bevor ein Klient peinliche, unangenehme Inhalte anspricht;

- bevor der Klient beginnt, sich zu öffnen;
- bevor sich der Klient auf Klärungsprozesse einlässt.

2.4.1.1 Basishandlungen des Therapeuten

Es wird davon ausgegangen, dass die therapeutischen Basishandlungen der Gesprächspsychotherapie eine sehr gute therapeutische Strategie zum Aufbau einer vertrauensvollen therapeutischen Allianz sind. Betrachtet werden hier die Strategien Empathie, Akzeptierung, Echtheit und Transparenz.

2.4.1.2 Empathie

Empathie ist ein komplexer Begriff (vgl. Bohart & Greenberg, 1997a, 1997b; Feshbach, 1997; Greenberg & Elliott, 1997). In der Klärungsorientierten Therapie spielt der Prozess des *empathischen Verstehens* eine große Rolle: dies soll als ein komplexer, sprachpsychologisch konzipierter Verarbeitungsprozess des Therapeuten aufgefasst werden (vgl. Kapitel 5). „Empathisches Verstehen“ in diesem Sinne betrifft auch eher die kognitive Verarbeitung des Therapeuten, die für eine Modellbildung des Klienten absolut zentral ist.

Der Begriff der „Empathie“ meint dagegen noch etwas anderes als ein kognitives empathisches Verstehen. Empathie ist eher eine, sich in konkreten Handlungen des Therapeuten ausdrückende Grundhaltung des Therapeuten (Sachse, 1988b, 1993b, 1996b, 2000b). Es ist die Haltung,

- sich auf einen Klienten als Person einzustellen und einzulassen;
- zu versuchen, den Klienten „aus dessen Voraussetzungen heraus zu verstehen“;
- zu versuchen zu verstehen, was ein Klient meint, was in einem Klienten vorgeht;
- den Klienten dort abzuholen, wo er gerade ist;
- dem Klienten nichts aufzudrängen.

Empathie umfasst auch die Fähigkeit, „sich in den Klienten hineinzusetzen“, zu denken, wie der Klient denkt, sich in die Schemata des Klienten zu begeben und die Welt mit den Augen des Klienten zu sehen (Truax & Mitchell, 1971). Auch „nachzufühlen“, wie der Klient fühlt, zu spüren, wie es ihm in bestimmten Situationen oder mit bestimmten Personen geht. Diese Grundhaltung hat enorme Beziehungskonsequenzen. Denn wenn der Therapeut dem Klienten all das deutlich macht, es dem Klienten mitteilt, dann bemerkt der Klient,

- dass der Therapeut sich um ihn bemüht;
- dass der Therapeut sich auf ihn einstellt, ihm entgegenkommt;
- dass der Therapeut sich intensiv bemüht, ihn zu verstehen;
- dass der Therapeut sein Denken und Fühlen nachvollziehen kann;
- dass der Therapeut dem Klienten entgegenkommt, nahe kommt.

Dieses Verhalten des Therapeuten führt dazu,

- dass der Klient sich beim Therapeuten aufgehoben und angenommen fühlt;
- dass der Klient sieht, dass der Therapeut sich auf ihn einstellen kann;
- dass der Klient dem Therapeuten vertraut.

Dies schafft in sehr hohem Maße „Beziehungskredit“, d.h., der Therapeut erhält vom Klienten einen „Vertrauensbonus“, mit dem er arbeiten kann.

2.4.1.3 Akzeptierung

Die Haltung der Akzeptierung bedeutet im Wesentlichen, dass es dem Therapeuten gelingt, seine eigenen Bewertungen zurückzustellen, d.h., den Klienten *nicht* nach seinen Motiven und Schemata zu bewerten (Truax & Mitchell, 1971). Der Therapeut muss keineswegs alles gut finden, was der Klient sagt; das Entscheidende ist, *dass er es gar nicht findet*, d.h., dass er es weder positiv noch negativ wertet. Der Therapeut orientiert sich vielmehr an den Wertungen des Klienten: wenn der Klient sein Verhalten ablehnt, wird es bearbeitet und an einer Änderung gearbeitet; wenn der Klient sein Verhalten gut findet, dann kann auch der Therapeut den Klienten loben und auf Fortschritte aufmerksam machen. Diese „*Bewertungsabstinenz*“ ist die Voraussetzung dafür, dass der Klient sich ohne Angst vor Ablehnung öffnen kann, und es ist die Voraussetzung dafür, dass der Therapeut dem Klienten gegenüber neutral bleiben kann. Macht ein Klient dagegen die Erfahrung, dass seine Inhalte oder seine Person negativ bewertet werden, dann „macht er dicht“, rechtfertigt sich, zensiert seine Inhalte u.ä. Dies hätte verheerende Konsequenzen für eine Klärungsarbeit.

2.4.1.4 Echtheit / Transparenz

Echtheit bedeutet, dass der Therapeut dem Klienten keine Fassade vorspielt: denn wenn der Klient *diesen* Eindruck gewinnt, dann kann er dem Therapeuten nicht mehr vertrauen. Daher sollte der Therapeut nicht versuchen, dem Klienten etwas vorzumachen: aufgrund von Kanaldiskrepanzen besteht eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass der Klient die Unechtheit des Verhaltens bemerkt: der Schaden für die Beziehung ist dann oft nicht mehr zu reparieren. Daher ist es wichtig, dass ein Therapeut authentisch ist: außerdem ist der Therapeut damit auch ein *Modell* für authentisches Verhalten.

Transparenz bedeutet, dass der Klient alle therapeutischen Ziele und Strategien durchschauen darf; geht man, wie in der Klärungsorientierten Therapie, davon aus, dass es ein wesentliches Therapieziel ist, dem Klienten neue und effektivere Strategien der Problemlösung zu vermitteln, dann sollte der Klient den Therapieprozess aber nicht nur verstehen dürfen, er sollte ihn in jedem Fall verstehen. Daher machen Therapeuten viele kurze (!) Meta-Statements, in denen sie erläutern,

- was das Ziel ihres Handelns ist;
- was sie jetzt tun;
- warum sie es für sinnvoll halten.

Der Klient, der solche Statements erhält, erfährt,

- dass in der Therapie nichts passiert, was er nicht verstehen kann bzw., was er nicht akzeptiert;
- dass der Therapeut völlig offen ist;
- dass der Therapeut den Klienten ernst nimmt;

- dass der Therapeut den Klienten nicht manipuliert;
- dass der Therapeut auf Kooperation des Klienten Wert legt.

Auch diese Botschaften schaffen Beziehungskredit.

2.4.1.5 Kompetenz

Therapeuten bauen aber nicht nur über die „Basisvariablen“ eine therapeutische Allianz auf. Sie fördern die Allianz auch dadurch, dass sie sich als kompetent erweisen. Die Vermittlung von Kompetenz dient vor allem zur Etablierung einer „Besserungserwartung“ beim Klienten (vgl. Grawe, 1998, S. 25ff). Dies tun sie z.B. dadurch, dass sie

- es schaffen, einen Teil der Erwartungen des Klienten (zunächst einmal) zu erfüllen;
- dem Klienten den Eindruck vermitteln, dass sie wissen, „wo`s langgeht“;
- deutlich ihren Anteil an der Prozessverantwortung übernehmen;
- dem Klienten Strategien anbieten, die der Klient als nachvollziehbar und als hilfreich empfindet;
- in der Lage sind, Fragen des Klienten kompetent zu beantworten und dem Klienten kurz und verständlich erläutern können, was Psychotherapie ist, kann und tut;
- positive Erfolgserwartungen beim Klienten induzieren.

Therapeuten bauen auch dadurch Kompetenzeinschätzungen beim Klienten auf, dass sie es schaffen, beim Klienten Hoffnung auf Besserung zu erwecken; dem Klienten in Aussicht zu stellen, dass sich sein Zustand durch Therapie verbessern wird. Diese Erwartungsinduktion sollte allerdings von der Größenordnung und von der Dauer der Prozesse her *realistisch* sein, und sie sollte auch betonen, dass die Mitarbeit des Klienten von Nutzen ist.

(An dieser Stelle endet übrigens das Methodeninventar der „Klassischen“ Gesprächspsychotherapie auch schon; alles, was noch kommt, geht über dieses Therapiekonzept hinaus; dies ist insbesondere aufgrund der Tatsache relevant, dass die Realisierung der Basisvariablen in der Regel knapp 16% (!) der Erfolgsvarianz von Therapien aufklärt!)

2.4.2 Differentielle Beziehungsgestaltung und Beziehungsbearbeitung

Wenn Klienten einen Teil ihrer Problematik *auf der Beziehungsebene aufweisen*, dann zeigen sie dysfunktionale Beziehungsmuster, Beziehungsmotive und Beziehungserwartungen, die sie in der Regel auch in die therapeutische Beziehung einbringen. In solchen Fällen reicht die Gestaltung einer therapeutischen Allianz durch den Therapeuten nicht aus: der Therapeut muss sich vielmehr differentiell auf diese Beziehungsmuster *einstellen*, er muss die Beziehung zum Klienten komplementär gestalten, um den Klienten da abzuholen, wo er sich befindet. Aber auch dies reicht therapeutisch nicht aus: vielmehr müssen die Beziehungsmotive, Strategien usw. selbst zum *Thema der Therapie* werden: die Beziehungsschemata selbst müssen therapeutisch bearbeitet werden. Derartige therapeutische Strategien sind nötig bei Klienten mit sogenannten „Persönlichkeitsstörungen“ sowie bei Klienten mit Abhängigkeitserkrankungen wie z.B. Alkoholismus.