



Rainer Sachse · Sandra Schirm · Ueli Kramer

Klärungsorientierte Psychotherapie **systematisch dokumentieren**

Die Skalen zur Erfassung von Bearbeitung,
Inhalt und Beziehung im Therapieprozess (BIBS)

HOGREFE



Klärungsorientierte Psychotherapie systematisch dokumentieren

Klärungsorientierte Psychotherapie **systematisch dokumentieren**

Die Skalen zur Erfassung von Bearbeitung,
Inhalt und Beziehung im Therapieprozess (BIBS)

von

Rainer Sachse, Sandra Schirm und Ueli Kramer

HOGREFE



GÖTTINGEN · BERN · WIEN · PARIS · OXFORD · PRAG
TORONTO · BOSTON · AMSTERDAM · KOPENHAGEN
STOCKHOLM · FLORENZ · HELSINKI

Prof. Dr. Rainer Sachse, geb. 1948. 1969–1978 Studium der Psychologie an der Ruhr-Universität Bochum. Ab 1980 Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Ruhr-Universität Bochum. 1985 Promotion. 1991 Habilitation. Privatdozent an der Ruhr-Universität Bochum. Seit 1998 außerplanmäßiger Professor. Leiter des Institutes für Psychologische Psychotherapie (IPP), Bochum. Arbeitsschwerpunkte: Persönlichkeitsstörungen, Klärungsorientierte Psychotherapie, Verhaltenstherapie.

Dipl.-Psych. Sandra Schirm, geb. 1977. 2000 bis 2003 Studium der Psychologie an der Ruhr-Universität Bochum, anschließend Ausbildung in Klärungsorientierter Psychotherapie. Seit 2008 niedergelassen in eigener Praxis; als Dozentin, Supervisorin und Selbsterfahrungsleiterin an verschiedenen Weiterbildungsinstituten tätig. Arbeitsschwerpunkte: Traumafolgestörungen, Persönlichkeitsstörungen, Klärungsorientierte Psychotherapie.

PD Dr. phil. Ueli Kramer, geb. 1974. 1996-2003 Studium der Psychologie an den Universitäten Lausanne und Genf. Ab 2003 Wissenschaftlicher Mitarbeiter und Psychotherapeut an der Psychiatrischen Universitätsklinik Lausanne. 2007 Fachtitel in Psychotherapie FSP. 2008 Promotion. 2014 Habilitation. Privatdozent an der Medizinischen Fakultät der Universität Lausanne. Arbeitsschwerpunkte: Psychotherapieprozessforschung, Persönlichkeitsstörungen.

© 2015 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Göttingen · Bern · Wien · Paris · Oxford · Prag · Toronto · Boston ·
Amsterdam · Kopenhagen · Stockholm · Florenz · Helsinki
Merkelstraße 3, 37085 Göttingen

<http://www.hogrefe.de>

Aktuelle Informationen · Weitere Titel zum Thema · Ergänzende Materialien

Copyright-Hinweis:

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar.

Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Umschlaglayout: Daniel Kleimenhagen, Hildesheim
Satz: ARThür Grafik-Design & Kunst, Weimar
Media-Print Informationstechnologie GmbH, Paderborn
Format: PDF
Print: ISBN 978-3-8017-2654-6
E-Book-Formate: ISBN 978-3-8409-2654-9 (PDF), ISBN 978-3-8444-2654-0 (EPUB)
<http://doi.org/10.1026/02654-000>

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

Anmerkung:

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

Inhaltsverzeichnis

1	Überblick	
	<i>Rainer Sachse und Sandra Schirm</i>	7
1.1	Was ist das Ziel der BIBS?	7
1.2	Die Struktur der BIBS	7
2	Theoretischer Hintergrund: BIBS und Klärungsorientierte Psychotherapie	
	<i>Sandra Schirm, Rainer Sachse und Ueli Kramer</i>	9
2.1	Schemata	9
2.2	Das Drei-Ebenen-Modell	10
2.3	Therapieprozess	11
2.4	Störungsmodelle	16
2.4.1	Persönlichkeitsstörungen	16
2.4.2	Psychosomatik	18
3	Die Entwicklung der BIBS: Bearbeitungs-, Inhalts- und Beziehungsskalen	
	<i>Rainer Sachse</i>	21
3.1	Die erste Fassung der BIBS: Die Bochumer Bearbeitungs- und Beziehungsskalen (BBBS)	21
3.2	Die BBBS	22
3.3	Die BIBS	22
3.4	Vor-Analysen der BIBS	23
4	Reliabilitäten der BIBS	
	<i>Rainer Sachse</i>	24
5	Untersuchung der BIBS-Skalen: Korrelationen der BIBS-Variablen untereinander	
	<i>Rainer Sachse und Ueli Kramer</i>	26
5.1	Einleitung	26
5.2	Vorgehen	26
5.3	Ergebnisse	26
5.3.1	Korrelationen der Klienten-Variablen	26
5.3.2	Korrelationen der Therapeuten-Variablen	28
5.3.3	Korrelationen von Therapeuten- und Klienten-Variablen	29
5.3.4	Korrelationen der Klienten-Variablen über die Messzeitpunkte	31
5.3.5	Korrelationen der Therapeuten-Variablen über die Messzeitpunkte	31
5.3.6	Korrelationen zwischen Therapeuten- und Klienten-Variablen	32
5.4	Resümee	33
6	Empirische Ergebnisse der BIBS bei der Borderline-Störung	
	<i>Ueli Kramer</i>	34
6.1	Methoden	35
6.2	Resultate	35

7	Validierung der BIBS-Skalen an Klienten-Erfolgsmaßen	
	<i>Rainer Sachse und Ueli Kramer</i>	39
7.1	Einleitung	39
7.2	Maße	39
7.2.1	Beck Depressions-Inventar (BDI)	39
7.2.2	Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme (IIP-D)	39
7.2.3	Brief Symptom Inventory (BSI)	40
7.2.4	NEO-Fünf-Faktoren Inventar (NEO-FFI)	41
7.2.5	Skala zur Erfassung der Selbstakzeptierung (SESA)	41
7.2.6	Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (SWE)	42
7.2.7	Handlungskontrolle (HAKEMP)	42
7.2.8	Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventar (PSSI)	43
7.3	Korrelationen	45
7.4	Ergebnisse: Klienten-Variablen	45
7.4.1	BDI, SW und SESA	45
7.4.2	BSI	45
7.4.3	IIP-D	45
7.4.4	NEO, HOM und HOP	46
7.4.5	PSSI	46
7.5	Ergebnisse der Therapeuten-Variablen	48
7.6	Resümee	48
8	Die Anwendung der BIBS	
	<i>Sandra Schirm, Ueli Kramer und Rainer Sachse</i>	50
9	Veränderungsmessungen mit den BIBS	
	<i>Rainer Sachse und Ueli Kramer</i>	90
9.1	Einleitung	90
9.2	Stichprobe und Vorgehen	90
9.3	Verläufe der Ratings über die Messzeitpunkte	91
9.3.1	Verlauf in der Gesamtstichprobe	91
9.3.2	Verlauf für narzisstische Klienten	93
9.3.3	Verläufe von Histrionikern	96
9.3.4	Verläufe für dependente Klienten	98
9.3.5	Verlauf für Klienten mit psychosomatischer Verarbeitungsstruktur (PVS)	101
9.4	Schlussbemerkungen	103
	Literatur	105
	Anhang	111
	Anhang A: Rating-Bögen (Kopiervorlagen)	111
	Anhang B: Kurze Darstellung der Fallbeispiele (Audio-Dateien auf CD-ROM)	117

CD-ROM

Die CD-ROM enthält PDF-Dateien der Rating-Bögen sowie mp3-Dateien der Fallbeispiele.

Alle Materialien können unter dem folgenden Link heruntergeladen und mit kompatiblen Programmen geöffnet werden: hgf.de/k1yk

Die PDF-Dateien können mit dem Programm Acrobat® Reader (eine kostenlose Version ist unter www.adobe.com/products/acrobat erhältlich) gelesen und ausgedruckt werden.

Kapitel 1

Überblick

Rainer Sachse und Sandra Schirm

Es wird eine kurze Übersicht über den Sinn der BIBS, ihre Einsatzmöglichkeiten und ihre Struktur gegeben.

1.1 Was ist das Ziel der BIBS?

Das hier vorgestellte Rating-System dient der Erfassung relevanter Prozessvariablen im Therapieverlauf: Der Einschätzung des Therapeuten-Handelns und der Prozesse, die bei Klienten ablaufen. Damit sollen Therapeuten und Supervisoren in die Lage versetzt werden einzuschätzen, wie gut „die Therapie läuft“, insbesondere in einer Klärungsorientierten Psychotherapie (KOP): So kann der Therapeut sein eigenes Handeln korrigieren und der Supervisor kann dem Therapeuten Hinweise auf bessere therapeutische Strategien geben. Die Qualität der therapeutischen Prozesse kann von Therapiebeginn an beurteilt werden.

Das System BIBS (Bearbeitungs-, Inhalts- und Beziehungsskalen) enthält eine Reihe von Ratingsskalen, mit deren Hilfe sowohl konstruktives Therapeuten-Handeln, als auch günstiges Klienten-Handeln im Therapieprozess eingeschätzt werden kann.

Eingeschätzt wird die Beziehungsgestaltung des Therapeuten, das Ausmaß der konstruktiven *Steuerung* durch den Therapeuten, das *Verstehen* des Klienten durch den Therapeuten und die vom Therapeuten vorgenommene *Bearbeitung* von Vermeidung und Spielverhalten durch den Klienten.

Auf Seiten der Klienten wird beurteilt, wie konstruktiv der Klient *Inhalte* thematisiert und bearbeitet, wie konstruktiv der Klient die *Beziehung* zum Therapeuten gestaltet und wie stark der Klient eine *Bearbeitung* relevanter Inhalte vermeidet.

Abgeleitet wurden die Skalen aus dem System der Klärungsorientierten Psychotherapie von Sachse (vgl. Sachse, 1992a, 1992b, 2000a, 2000b, 2003a, 2003b, 2006a, 2006b, 2008, 2013; Sachse, Breil

& Fasbender, 2009; Sachse & Fasbender, 2010; Sachse, Fasbender & Breil, 2009; Sachse, Fasbender & Sachse, 2011a, 2011b; Sachse et al., 2009).

In diesem Band wird die Entwicklung des Rating-Systems, sein konzeptueller Hintergrund sowie das System selbst beschrieben; es werden Studien zur Reliabilität und Validität vorgestellt und anhand des Kapitels 8 können die Leser die Skalen konkret im Rahmen der von ihnen durchgeführten Therapien anwenden.

Das Vorgehen beim Rating wird dann exemplarisch auf Fallmaterial angewandt: auf der beiliegenden CD-ROM finden sich mp3-Dateien mit verschiedenen Gesprächs-Mitschnitten. An diesen Beispielen kann der Leser die Anwendung der Skalen konkret üben und seine eigenen Ratings mit den Ratings der Autoren vergleichen.

Die Skalen können angewandt werden:

- Zur Kontrolle des eigenen Therapeuten-Verhaltens,
- zur Einschätzung des konkreten Klienten-Verhaltens,
- zur Supervision von Fällen,
- zur Verlaufskontrolle,
- zur Erfolgskontrolle,
- zur Feststellung der Expertise eines Therapeuten.

Die Skalen sind schnell einsetzbar, gut validiert, hoch reliabel und erlauben eine gute Erfassung relevanter psychotherapeutischer Merkmale.

1.2 Die Struktur der BIBS

Die BIBS werden zur Einschätzung von aufgezeichneten Psychotherapiesitzungen genutzt, wobei der Einfachheit halber auch reines Audio-

material ausreicht. Es wird ab Minute 10 bis 20 gehört und danach eingeschätzt. Ein Rating während das Band läuft ist nicht empfehlenswert, da somit wichtige Informationen überhört werden könnten. Zudem kann sich die Richtung und die Qualität des Gesprächs während dieser 10 Minuten verändern, so dass die ersten Einschätzungen falsch sind. Der Erfahrung nach dauert ein adäquates Rating 5–10 Minuten, insofern ist das Verfahren auch wenig zeitintensiv. Wir empfehlen, das System mittels der beigefügten Gesprächsausschnitte zu üben, so dass sich der Leser an unsere Einschätzungen annähern kann und damit eine zufriedenstellende Reliabilität erreicht.

Die insgesamt 9 Skalen der BIBS sind aufgeteilt in 3 Skalen, die das Verhalten des Klienten, und 6 Skalen, die das Verhalten des Therapeuten beschreiben. Sie teilen sich auf die drei Ebenen auf, die im Psychotherapieprozess zu beachten sind. Diese sind insofern nicht unabhängig voneinander (letztlich interagieren die beteiligten Parteien ja).

Die Skalen für den Klienten umfassen:

1. Inhaltsebene: Hier wird eingeschätzt, wie gut die generelle Arbeitshaltung des Klienten ist: Hat er ein psychotherapeutisch zu bearbeitendes Anliegen?
2. Vermeidung: Diese Items zeigen an, inwieweit sich der Klient auf die Arbeit an seinen Schemata, Motiven u. a. einlässt oder ob er sie mit speziellen Strategien erschwert: Wie geht er mit Problemen um?
3. Beziehung: Es wird beurteilt, wie der Klient die Beziehung zum Therapeuten gestaltet.

Die Skalen für den Therapeuten beinhalten:

1. Beziehung: Hier wird das allgemeine Beziehungsangebot des Therapeuten eingeschätzt, seine Grundhaltung dem Klienten gegenüber.
2. Verstehen: Der Therapeut wird hinsichtlich seiner Aussagen zu den Inhalten bewertet: Hat er den Klienten verstanden?
3. Steuerung: Diese Items lassen Rückschlüsse auf den Einfluss zu, den der Therapeut auf das Gespräch und die Ziele hat.
4. Bearbeitung der Vermeidung: Es werden beide Wege, die ein Therapeut zur Bearbeitung nutzen kann, eingeschätzt: reine Gegensteuerung und die Bearbeitung der Vermeidung.
5. Umgang mit Spielen: Der Therapeut wird hinsichtlich seiner Kompetenz, mit problematischen Interaktionsmustern umzugehen, eingeschätzt.
6. Bearbeitung von Schemata: Hier werden alle Strategien, die der Therapeut zur Modifikation von dysfunktionalen Schemata einsetzen kann, eingeschätzt.

Tabelle 1: Die Skalen der BIBS im Einzelnen

Klient	Therapeut
	1. Beziehung (TBE)
1. Inhaltsebene (KIN)	2. Verstehen (TVE)
2. Vermeidung (KVE)	3. Steuerung (TST)
	4. Bearbeitung der Vermeidung (TBV)
3. Beziehung (funktional/Interaktionsspiele) (KBF und KBI)	5. Umgang mit Spielen (TUS)
	6. Bearbeiten von Schemata (TSH)

Kapitel 2

Theoretischer Hintergrund: BIBS und Klärungsorientierte Psychotherapie

Sandra Schirm, Rainer Sachse und Ueli Kramer

In diesem Kapitel wird der theoretische Hintergrund dargestellt, aus dem die BIBS abgeleitet wurden.

Die Klärungsorientierte Psychotherapie (KOP) ist Teil der dritten Welle der Verhaltenstherapie und entspringt der Gesprächspsychotherapie. Sie integriert kognitive (Beck, 1981), gestalttherapeutische (Perls, 1976) und erlebniszentrierte (Greenberg, Rice & Elliott, 1993) Techniken und bietet als eine Art „Rahmentherapie“ Anwendern die Möglichkeit, Interventionen anderer Therapieformen und -schulen bei Bedarf einzufügen (z. B. Trainings, Imaginationen, etc.). Grundsätzlicher Interventionspunkt der Klärungsorientierten Psychotherapie ist die Klärung dysfunktionaler kognitiver und affektiver Schemata und die Aufhebung von Alienation – insofern ist das Hauptziel der Klärungsorientierten Psychotherapie die (Wieder-)Herstellung einer funktionalen Selbstregulation (nach Kuhl). Für andere Probleme, z. B. klassisch konditionierte Ängste, ist die Klärungsorientierte Psychotherapie nicht indiziert; hier sollte anderen Methoden der Vorzug gegeben werden (z. B. Reizkonfrontation; Sachse, 1992a).

Sie ist stark an der Mikro-Ebene (also der kleinstmöglichen Analyseeinheit Intervention – Reaktion des Klienten) von Psychotherapie ausgerichtet: klärungsorientierte Psychotherapeuten analysieren quasi in „Echtzeit“ die Informationen auf Inhalt (Motiv oder Schema) und spezifische Probleme des Klienten (z. B. Vermeidung oder ungünstiges Beziehungsverhalten). Daraus resultierend planen sie die nächsten Schritte innerhalb der Sitzung und auch auf längere Sicht über mehrere Sitzungen hinaus. Dies bedeutet auf der Makro-Ebene, dass der Therapieprozess rekursiv und damit ggf. immer wieder neu zu konstruieren ist.

Dadurch ist die Anwendung der KOP auch hochgradig störungsspezifisch: Klienten rekonstruieren mit dem Therapeuten ihre idiosynkratischen Schemata, stellen den Bezug zur Biographie her und lernen ihre handlungsleitenden Motive kennen. Ebenso verläuft die Modifikation der pro-

blemdeterminierenden Schemata im Rahmen des Ein-Personen-Rollenspiels hochgradig individuell; der Interventionspunkt und die Richtung hängen von der Position ab, an der sich ein Klient befindet. Therapeuten müssen neben einem für den einzelnen Klienten passenden Beziehungsangebot verschiedene Heuristiken für die einzelnen Störungsbereiche und unterschiedliche Interventionsstrategien parat haben, anwenden und den Klienten anleiten, den jeweils nächsten Schritt zu machen. Zudem bietet die Klärungsorientierte Psychotherapie verschiedene Strategien an, um mit „schwierigen Klienten“ umzugehen und diese zu Veränderung zu motivieren.

Durch diese Art der Einmaligkeit eines jeden Therapieprozesses sind die spezifischen Effekte selbstverständlich nicht durch relativ grobe Selbst- und Fremdeinschätzungsbögen zu ermitteln, sondern bedürfen eines speziellen, die Mikroebene auflösenden Instrumentes.

2.1 Schemata

Unter Schema wird ein strukturiertes (Gedächtnis-)Muster verstanden, welches kognitive und affektive Elemente enthält, automatisch aktiviert wird und die exekutiven Funktionen beeinflusst (vgl. Sachse, 1992a; Sachse, Breil & Fasbender, 2009; Sachse & Fasbender, 2010; Sachse et al., 2008, 2009, 2011). Diese Schemata entstehen meist in der Kindheit durch die Interaktion mit relevanten Bezugspersonen, meist den Eltern. Die aus den Erfahrungen gezogenen Schlussfolgerungen werden hochgradig generalisiert: aufgrund der Wichtigkeit der Eltern für das Kind wird ihnen eine große Definitionsmacht eingeräumt – aus der Rückmeldung *einer* Bezugsperson wird eine überdauernde Annahme über z. B. *alle* Beziehungen (nicht: „Ich bekomme von Mama keine Hilfe.“, sondern: „Beziehungen sind nicht solidarisch!“). Diese wird

mit der dazugehörigen Emotion (z. B. Trauer) und den Handlungsimpulsen (z. B. „Mache Dich von anderen unabhängig, dann wirst Du nicht enttäuscht!“) verknüpft und bildet somit ein Schema über Beziehungen. Andere Schemaarten beziehen sich auf das Selbstbild, Normen, die der Klient aufgrund seines Selbstbildes kompensatorisch erfüllen muss oder Regeln, die andere in der Interaktion mit dem Betreffenden zu erfüllen haben (diese sind v. a. bei Persönlichkeitsstörungen relevant).

Die Klärungsorientierte Psychotherapie betont, dass diese Schemata hochgradig idiosynkratisch sind und differenziert herausgearbeitet werden sollen – ein wichtiger Unterschied zur Schematherapie (Young et al., 2005), bei der die verhältnismäßig grobe Benennung der Schemainhalte ausreicht (siehe dazu auch Hammelstein, 2009).

Die Dysfunktionalität von Schemata kann also im Inhalt des Schemas bestehen – die Art, über sich selbst, Beziehungen oder „die Realität“ zu denken. Ein anderes Problem kann in der Dissoziation von verschiedenen Schemata liegen: der Mangel an Kommunikation zwischen z. B. einem Ressourcen- und einem Selbstschema kann dazu führen, dass Klienten sozusagen vor einem gedeckten Tisch verhungern. Sie realisieren dann nicht die für einen befriedigenden Lebensstil sinnvollen Aktivitäten – Depressive sind wahre Meister im Unterlassen angenehmer Aktivitäten (z. B. Hautzinger, 2003). Ungünstig ist auch die mitunter verblüffende Resistenz von Schemata: trotz zahlreicher vermeintlich korrekativer Erfahrungen bleiben die Überzeugungen bestehen. Mitunter werden positive Ereignisse auch schemakongruent umgedeutet. Insofern müssen Klienten lernen, diese gegenteiligen Informationen wahrzunehmen, zu verarbeiten und Schlüsse daraus zu ziehen.

Ein wichtiger Unterschied zur kognitiven Therapie (Beck, 1981) ist, dass bei der Klärung und Modifikation der problemdeterminierenden Schemata sowohl kognitive als auch affektive Aspekte Interventionspunkte sind (Sachse & Fasbender, 2011; Sachse et al., 2008). Dies ist unumgänglich, werden doch negative biografische Erfahrungen auch affektiv verarbeitet und gespeichert. In der frühen Kindheit werden Informationen sogar fast ausschließlich in diesem Code verarbeitet, da eine Versprachlichung von Erfahrungen in einen kognitiven Code noch nicht gelingt. Dies trifft auch

auf traumatische Geschehnisse zu, die in jedem Lebensalter stattfinden können (Schirm, 2011).

Therapeuten sollten für jede Phase der Schema-Arbeit gerüstet sein: bei der Klärung sind bestimmte Fragetechniken oder Explizierungen sinnvoll (Sachse & Sachse, 2011), Schemaheuristiken dienen der Zielorientierung (Sachse et al., 2009). Zur Modifikation dienen zunächst Distanzierungstechniken (Sachse et al., 2012) und dann das Ein-Personen-Rollenspiel zur direkten Bearbeitung (Sachse, 2006b; Sachse et al., 2008).

2.2 Das Drei-Ebenen-Modell

Eine wesentliche Komponente der Klärungsorientierten Psychotherapie ist die Betrachtung von Therapieprozessen auf verschiedenen Ebenen (Sachse & Maus, 1987, 1991). Diese Art der Analyse bietet dem Therapeuten die Möglichkeit, auf genau der Ebene mit den vorwiegend problematischen Verhaltensweisen zu agieren. So hat z. B. ein interaktionsgestörter Klient zu Beginn der Therapie Probleme auf der Beziehungsebene, da er z. B. Angst vor Abwertung hat – und spricht ausschließlich über seine Erfolge und positiven Aspekte seines Lebens. Insofern wählt der Therapeut diese Ebene zur Intervention aus – in diesem Falle legt er sein Hauptaugenmerk auf die Realisierung einer guten und belastbaren therapeutischen Beziehung durch Komplementarität zu den wichtigsten handlungsleitenden Motiven des Klienten (hier: Anerkennung). Alle Ebenen müssen aber grundsätzlich zusammen betrachtet werden: eine Vermeidung findet grundsätzlich immer an bestimmten Punkten eines Therapieprozesses statt (wenn die Betrachtung eines Problems erheblich unangenehm wird), kann aufgrund von grundsätzlichen Bearbeitungsproblemen entstehen (also ein dysfunktionales Problemlöseverhalten) oder aber interaktionell bedingt sein (im genannten Beispiel könnte der Klient vermeiden, Schwierigkeiten zu benennen, um in den Augen des Therapeuten nicht defizitär zu wirken).

Die Frage ist hier also: Was muss ein Klient tun, wie muss er sich bei der therapeutischen Arbeit sinnvollerweise verhalten, um gut zu arbeiten (= seine dysfunktionalen Schemata zu bearbeiten)? Alle der Klärung im Wege stehenden Angelegenheiten müssen sukzessive vom Therapeuten aus dem Weg geräumt werden.

Inhaltsebene

Bewegen sich Klient und Therapeut auf dieser Ebene, wird über die individuelle innere Erlebniswelt des Klienten gesprochen – die eigentliche Klärungsarbeit findet statt. Eine interne Perspektive und weitgehende Freiheit von Interaktionsproblemen ist aufseiten des Klienten dazu vonnöten, was im Einzelfall schwierig zu erarbeiten sein kann. Sowohl die Schemata als auch Motive, Ressourcen und Biographie werden erörtert. Klienten, die auf dieser Ebene arbeiten, zeigen sich selbst in der Regel interessiert und auch weitgehend motiviert, „den Dingen auf den Grund zu gehen“. Die stattfindende Schema-Aktivierung ist deutlich wahrzunehmen, der Klient lässt sich steuern. Dazu können Therapeuten Fragen stellen, Explizierungen machen, Aussagen präzisieren oder aber auch affektive Prozesse initiieren. Auch die Schema-modifikation, das Ein-Personen-Rollenspiel, findet auf dieser Ebene statt. In der Regel kann man mit Klienten, die ausschließlich eine depressive Störung haben, sofort über Inhalte sprechen und zügig – auch im Sinne der Erhöhung der Selbstwirksamkeit – schnell in das Ein-Personen-Rollenspiel einsteigen.

Bearbeitungsebene

Die Analyse von Therapieprozessen auf dieser Ebene findet losgelöst vom eigentlichen Inhalt statt. Hier wird geschaut, wie ein Klient mit den ihm eigenen internalen Determinanten umgeht: Redet er über Gefühle? Schildert er ausschließlich situative Aspekte? Bagatellisiert er Probleme? Wie geht er mit den Interventionen des Therapeuten um? Kann man schlimmstenfalls aus dem Kliententext keinen Sinn mehr rekonstruieren? Klienten mit psychosomatischen Störungen determinieren mit ihren dysfunktionalen Problembearbeitungsstrategien ihre Schwierigkeiten (Sachse, 2006a; siehe 2.4): eine massive Externalität führt z. B. zu einer erhöhten Stressbelastung, in dem die Klienten ihre Belastungsgrenzen nicht wahrnehmen und sich somit auf der Arbeit deutlich überlasten. Therapeuten zeigen auf dieser Ebene viel Prozesssteuerung, lenken die Aufmerksamkeit des Klienten nach innen, konfrontieren gegebenenfalls mit der Vermeidung und bieten eine Klärung der Gründe für die Vermeidung an. Insgesamt sind dann die Inhalte zu vernachlässigen; es geht nur darum, dem Klienten die Art der Problembetrachtung und -bearbeitung beizubringen.

Beziehungsebene

Therapeuten tun gut daran, sich generell zu Anfang einer Therapie auf dieser Ebene zu bewegen – durch den sich entwickelnden Vertrauensvorschuss gelingt die eigentliche Arbeit deutlich leichter. Klienten mit Interaktionsstörungen (siehe 2.4) insbesondere nehmen ihre Probleme erfahrungsgemäß mit in den Sitzungsraum – was bedeutet, dass sie in der therapeutischen Beziehung das dysfunktionale Beziehungshandeln wiederholen. Sie sind in dieser Phase ausschließlich motiviert, eine bestimmte Art der Beziehung herzustellen und vom Therapeuten zu bekommen – insofern ist inhaltliche Arbeit vollkommen ausgeschlossen. Es findet zudem Vermeidung statt, die im Dienste des Bildes ist, welches der Klient beim Therapeuten erzeugen will (oder des Appells). Das Problem, wegen dem der Klient zur Therapie kommt, findet also im Therapieraum mit dem Therapeuten statt – und dieser muss zunächst die Beziehungsschwierigkeiten aus dem Weg räumen. Er wird also v. a. ein Beziehungsangebot machen, welches sich durch Akzeptanz, Empathie und Kongruenz auszeichnet. Hinzu kommen Strategien, die komplementär zu den individuell wichtigsten Beziehungsmotiven sind (Sachse, 2006c) und der besondere Umgang mit Beziehungstests, die der Klient aus innerer Not heraus realisieren wird (siehe 2.4).

2.3 Therapieprozess

Hier soll nachfolgend ein idealtypischer Prozess dargestellt werden, den es sicher so in keiner Therapie gibt. Die Abfolge der einzelnen Phasen – Beziehungsaufbau, Bearbeitung der Bearbeitung bzw. Konfrontation zur Entwicklung eines Arbeitsauftrages, Schemaklärung, Schemabearbeitung sowie Transfer – können je nach Klient und je nach Thema eines Klienten variieren. Depressive unterscheiden sich von interaktionell gestörten Klienten in der Dauer des Beziehungsaufbaus, sind aber in der Regel schwieriger zur Handlung bzw. zur Umsetzung zu motivieren. Klärung und Bearbeitung eines Beziehungsschemas gelingt bei Narzissten relativ unproblematisch; geht es um seinen Selbstwert, könnte die Beziehung unter der Klärung leiden, so dass währenddessen auch wieder Beziehungsarbeit stattfinden muss. Bei Psychosomatikern findet während der Bearbeitung der Bearbeitung schon Klärungsarbeit statt – die eigentliche inhaltliche Arbeit am z. B. Selbstwertschema

wird dann in einer weiteren Schleife stattfinden. Der gesamte Prozess ist also unserer Erfahrung nach nicht vorherzusagen und rekursiv – weshalb auch anfänglich keine komplette Zielklärung stattfinden kann (es ist lediglich möglich, die Themen für die nächsten Sitzungen auf die Agenda zu setzen).

Phase I: Komplementäre Beziehungsgestaltung

Zunächst findet eine allgemeine Beziehungsgestaltung statt, indem sich der Therapeut akzeptierend, respektvoll, zugewandt und warm, authentisch und transparent geben sollte. Hat er dann die dominierenden Beziehungsmotive analysiert, sollte er sich ihnen gegenüber komplementär verhalten (ausführlich siehe Sachse, 2006c; vgl. auch Sachse, 2001, 2002, 2004a, 2004b, 2006c; Sachse et al., 2011). Diese Motive sind:

- Anerkennung,
- Wichtigkeit,
- Solidarität,
- Verlässlichkeit,
- Autonomie,
- Grenzen.

Um dem Klienten Anerkennung zu geben, sollte er z. B. dessen besondere Fähigkeiten herausstellen und loben. Ebenso wichtig ist es, den Klienten niemals defizitär zu definieren – was für den Klienten schon durch die Verwendung der Formulierung „Welches *Problem* haben Sie?“ passiert sein könnte.

Klienten mit einem Wichtigkeitsmotiv benötigen das Gefühl, dass der Therapeut sich besonders für sie interessiert – was Therapeuten in der Regel für ihre Klienten sowieso tun. Hier sollte der Therapeut dies aber auch explizit deutlich machen: indem er z. B. keinerlei relevante Information aus vorangegangenen Sitzungen vergisst und z. B. das Erscheinen des Klienten positiv konnotiert.

Solidarität zu zeigen ist in Hinblick auf die gemeinsame Arbeit gegen dysfunktionale Schemata verhältnismäßig einfach; problematisch wird es, wenn Klienten Solidarität gegen außenstehende Dritte erwarten (was Therapeuten selbstverständlich nicht tun!).

Komplementarität zum Motiv Verlässlichkeit bedeutet, dass der Therapeut z. B. die Therapie nicht von sich aus beendet und dies auch so kommuni-

ziert. Er steht bereit, Termine werden nicht oder nur aus wirklich guten, mitgeteilten Gründen verschoben.

Ein Autonomiebedürfnis bedarf großer Transparenz und der Möglichkeit für den Klienten, jederzeit mitzubestimmen. Dies bedeutet, Therapeuten machen Interventionsangebote und Klienten können diese selbstverständlich auch ablehnen.

Ein Bedürfnis nach der Möglichkeit der Grenzsetzung muss so schnell wie möglich beachtet und vom Therapeuten angesprochen werden. Dies ist dann auch das erste Therapieziel: das Klient und Therapeut miteinander arbeiten können, ohne dass der Klient Grenzverletzungen befürchtet oder aber erdulden muss.

Dies sind Techniken, personales Vertrauen vom Klienten zu erhalten. Mindestens ebenso wichtig ist aber auch ein Vertrauen in die fachliche Kompetenz des Therapeuten: dass dieser weiß, wie Psychotherapie funktioniert, weiß, wo er hin will und welche Themen für den Klienten Relevanz haben könnten. Diese Art der Beziehungsgestaltung funktioniert über eine hohe Prozessdirektivität und Aktivität des Therapeuten. Für psychosomatische Klienten (siehe auch 2.4) ist z. B. die Psychoedukation über das Zusammenwirken von psychologischen Determinanten und Körper von großer Wichtigkeit und zeigt, dass der Therapeut sich auskennt.

Beziehungsgestaltung hört im Grunde niemals auf; in den anderen Therapiephasen stehen zwar andere Aspekte im Vordergrund, dennoch muss sich der Therapeut immer bemühen, eine (relativ) gute Beziehung zum Klienten zu behalten.

Phase II: Strategien zur Ermöglichung der Schema-Arbeit

Diese Phase ist nur vorgeschaltet, wenn Klienten besondere Probleme aufweisen, die eine Klärungsarbeit verunmöglichen. Dies können

- Strategien zum Ressourcenaufbau, z. B. zur Verbesserung der Affektregulation bei Klienten mit einer Borderline-Störung (Bohus & Wolf, 2009),
- antidissoziative Fähigkeiten bei z. B. Klienten mit einer Traumafolgestörung (Sendera & Sendera, 2007; Fiedler, 2001, 2002),
- Aufbau positiver Aktivitäten bei depressiven Klienten (Hautzinger, 2003) etc. sein.

Hier sollen nachfolgend spezielle Strategien skizziert werden, die Mittel der Klärungsorientierten Psychotherapie sind und auch nur hier trainiert werden (Sachse, 2006b).

Abbau der Vermeidung (Bearbeitung der Bearbeitung)

Klienten sind ja Klienten geworden, weil sie Schwierigkeiten haben, mit relevanten Problemen funktional umzugehen. Dies bedeutet, dass Therapeuten ihren Klienten helfen müssen, eine sinnvolle Herangehensweise an wichtige Fragestellungen zu erlernen. Diese Strategien können mehr oder minder dysfunktional und mehr oder minder rigide sein: der Wunsch, unangenehme Gefühle nicht zu spüren und diese deshalb zu unterdrücken, kann als weit verbreitetes Verhalten häufig beobachtet werden; dieses anzusprechen und zu bearbeiten ist Teil einer jeden Psychotherapie und bedarf keiner speziellen Übung. Anders sieht es jedoch mit Klienten aus, die das Ignorieren und aktive Unterdrücken jeder internalen Information systematisch betreiben. Diese Taktik hat schwerwiegende Folgen (siehe 2.4) und sabotiert jede psychotherapeutische Arbeit, die sich per definitionem auf die Arbeit an der inneren Erlebniswelt bezieht. Das Problem ist: nimmt der Klient keine internalen Informationen wahr (oder unterdrückt sie), können diese auch nicht Thema der Arbeit sein – woran also will man arbeiten?

Bei geringer ausgeprägter Vermeidung reicht in der Regel eine aktive Steuerung des Klienten aus: Therapeuten stellen Fragen oder explizieren selektiv bestimmte Sachverhalte. Damit weisen sie dem Klienten somit den Weg: er soll sich *dieses* Thema angucken oder *jenes* Gefühl auf sich wirken lassen.

Dies reicht bei einigen Klienten jedoch nicht aus: sie haben gute Gründe, den Interventionen nicht zu folgen (weil dies bedeuten könnte, dass sich ihr gesamtes System damit verändern könnte, siehe 2.4). Hier müssen Therapeuten die Ebene wechseln und über die Bearbeitung als solches sprechen („Ich merke, es fällt Ihnen schwer, meine Fragen zu beantworten!“ oder „Ich möchte Sie mal auf etwas aufmerksam machen: ich habe ein und dieselbe Frage jetzt mehrmals wiederholt und keine Antwort von Ihnen darauf bekommen!“). Von großer Wichtigkeit ist es, nicht vorwurfsvoll zu klingen! Klienten sollen sich nicht ertappt fühlen,

Therapeuten sind schließlich keine Richter über das Verhalten. Die eingenommene Haltung sollte implizieren, dass sich der Therapeut als eine Art Dienstleister fühlt, der dafür bezahlt wird, dass der Klient psychologisch nach der Therapie besser funktioniert. Und dass er durch solche Hinweise im Sinne des Klienten handelt und ihn auf eine verbesserungswürdige Tatsache hinweist.

Wird diese Konfrontation vom Klienten akzeptiert, bietet der Therapeut eine Klärung der Gründe für dieses Verhalten an („Vielleicht können wir mal gucken, was da los ist.“ oder „Warum ist es denn so wichtig, keine Antwort zu geben?“).

Der differenzierte Umgang mit konkreten Vermeidungsstrategien findet sich bei Sachse (1995a, 1995b, 1997, 2007; Sachse et al., 2011).

Konfrontation (Entwicklung eines Arbeitsauftrages)

Diese Phase findet v. a. bei Klienten mit einer Interaktionsstörung (siehe 2.4) Anwendung, da diese in aller Regel keine Störgefühle haben: also das Erleben, dass die Probleme, wegen derer sie in Therapie kommen, von ihnen zu verantworten sind. Diese Ich-Syntonie ist bei ihnen besonders ausgeprägt; sie zeigt sich in geringerer Form jedoch auch bei vielen anderen Klienten. Aufgabe des Therapeuten ist es also immer, den Klienten auf Verhaltensweisen aufmerksam zu machen, die dysfunktional im Hinblick auf seine Lebenszufriedenheit (die Erreichung relevanter Ziele und somit die Befriedigung seiner Bedürfnisse) sind. Als Beispiel wird eine Person, die verlässliche und beständige Beziehungen sucht, sich möglicherweise abhängig von Interaktionspartnern machen, indem sie ihre Hilflosigkeit deutlich zur Schau stellt – und niemand, der kein Schwein sein möchte, wird sie im Regen stehen lassen und ihr nicht helfen. Dies führt aber sicher zu einer langfristigen Überforderung und zu einem Mangel an Reziprozität in der Beziehung, so dass sie schließlich vom verärgerten Partner verlassen wird. Die Klientin muss also mit dieser manipulativen Strategie aufhören, um Beständigkeit zu erleben. Die Konfrontation besteht hier aus zwei Teilen: zum einen muss sie ihr Verhalten als strategisches Verhalten offenbaren (mit dem sie dann auch aufhören kann!) und seine Dysfunktionalität einsehen (was häufig zu einer deutlichen Überraschung führt). Eine Arbeit auf diesem Niveau wird dann