

Rainer Sachse, Jana Fasbender und Janine Breil:

Klärungsprozesse: Was soll im Therapieprozess wie geklärt werden?

3.1 Was soll geklärt werden?

3.1.1 Dysfunktionale Schemata

Geklärt werden sollen *dysfunktionale Schemata* von Klienten, also Schemata, deren Aktivierung zu Verhalten und Erleben führt, das den Klienten *Kosten* erzeugt (vgl. Sachse, 1992a, 1996a, 2003a, 2006a; Sachse et al., 2008): Kosten in Form von aversiven Affekten oder Emotionen, in Form von negativen Handlungskonsequenzen oder in Form von nicht-befriedigten Zielen oder Motiven.

Eine Person kann z.B. ein Schema aufweisen der Art: „Ich bin ein Versager; ich kann Erwartungen nicht erfüllen. Wenn ich versage, werde ich abgelehnt und dann bin ich völlig allein.“ Dieses Schema wird in Situationen aktiviert, die die Person als Leistungssituationen interpretiert, in denen man versagen kann: In diesem Fall wird das Schema aktiv und determiniert die weitere Verarbeitung. Die Person hat dann aktuelle Kognitionen wie:

- „Das werde ich nicht schaffen.“
- „Ich werde mich blamieren.“
- „Alle werden es sehen und mich lächerlich finden.“

Und:

- „Vermeide die Situation.“
- „Vermeide es, Dich zu blamieren.“

Die Person erlebt außerdem:

- Anspannung,
- ein Gefühl von Unbehagen, Anspannung und Unwohlsein,
- Angst,
- eine Tendenz, die Situation zu meiden.

Eine kritische Situation S aktiviert damit ein Schema, das die weitere Informationsverarbeitung, die affektive Verarbeitung und die Handlungsregulation determiniert, die dann wiederum zu einer Handlung R führen (vgl. Abbildung 1).



Abbildung 1: Situation und Schema

Diese Reaktion führt dann zu Konsequenzen C, die sich für die Person kurz oder langfristig negativ auswirken.

Schematheoretisch ist damit nicht die auslösende Situation relevant, sondern das *Schema*, das durch diese Situation „getriggert“ wird: *Dieses* determiniert die Kognitionen, das Erleben und das Handeln der Person und *dieses* führt zu den Kosten – falls es ein dysfunktionales Schema ist: Und nur dann ist es für einen therapeutischen Klärungsprozess relevant.

Wir gehen davon aus, dass problematische Schemata in der Regel kognitive und affektive Anteile aufweisen. Rein kognitive Schemata und rein affektive Schemata sind (wahrscheinlich) selten: Bei rein kognitiven Schemata ist eine Klärung und Bearbeitung meist relativ einfach; bei rein affektiven Schemata ist es meist notwendig, diese durch die therapeutische Methode des Focusing zuerst in eine kognitive Repräsentation „zu übersetzen“, bevor sie weiter therapeutisch bearbeitet werden können (Sachse et al., 2008).

3.1.2 Arten von Schemata

Es lassen sich unterschiedliche Arten von Schemata unterscheiden (Sachse, 1992a):

- semantisch-konzeptuelle Schemata;
- biographisch-episodische Schemata;
- exekutive Schemata.

Semantisch-konzeptuelle Schemata enthalten abstrahiertes Wissen: Wissen über die Welt, Wissen über begrifflich-kognitive Konzepte, Spezialwissen; dieser „Speicher“ wird auch als „semantisches Gedächtnis“ bezeichnet (vgl. Tulving, 1972). Die Inhalte des semantischen Gedächtnisses

- sind nicht chronologisch, sondern nach Inhalten organisiert;
- sind nicht persönlich relevant, sondern „allgemeingültig“;
- befassen sich nicht zentral mit der eigenen Person, sondern mit „der Welt“, „der Realität“.

Biographisch-episodische Schemata enthalten Speicherungen von (verarbeiteten!) Erinnerungen; dieser Speicher zeichnet biographische Erlebnisse in chronologisch-episodischer Form auf; dabei handelt es sich jedoch nicht um eine valide „Abbildung“ des Erlebens, sondern immer bereits um *Interpretationen* des Erlebten. Die Erinnerungen können dabei durch Aufmerksamkeits- und Verarbeitungsprozesse mehr oder weniger „verzerrt“ sein (die Erinnerungen können reichen von einer validen Repräsentation von Ereignissen bis zu einem „false memory system“, vgl. Loftus, 1975; Loftus & Palmer, 1974). Die Inhalte des episodischen Gedächtnisses

- sind chronologisch organisiert; es werden „Episoden“ gespeichert;
- sind persönlich hoch relevant;
- beziehen sich auf die eigene Person und das, „was ihr passiert ist“.

Exekutive Schemata sind solche, in denen Schlussfolgerungen aus Erfahrungen (nicht die Erfahrungen selbst!) gespeichert werden: Aus Reihen von Erfahrungen zieht die Person hoch generalisierte und völlig von konkreten Situationen abstrahierte Schlussfolgerungen über sich selbst, über ihr eigenes Wohlergehen, über Beziehungen, über „die Realität“. Exekutive Schemata sind somit hoch generalisiert und komprimiert *und* für die Person hoch relevant: Es sind relevante Annahmen über die eigene Person („Ich bin ein Versager.“), über Beziehungen und die Relevanz von Beziehungen für die eigene Person („In Beziehungen werde ich nicht akzeptiert.“) oder über Realität und die Relevanz der Realität für die eigene Person („Mein Verhalten hat keinen Effekt auf andere.“).

Diese exekutiven Schemata sind es, die durch relevante Situationen aktiviert werden und deren Aktivierung die weitere Informationsverarbeitung und Handlungsregulation einer Person steuern.

Exekutive Schemata

- sind inhaltlich organisiert,
- enthalten persönlich extrem hoch relevante Inhalte,
- steuern, wenn aktiviert, die Verarbeitung von Information und die Regulation von Handlung, beeinflussen damit direkt und unmittelbar die Exekutive einer Person.

Hier interessieren insbesondere die Schemata der dritten Art: Der Name „exekutives Schema“ stammt von Grawe (1998). Die Aktivierung exekutiver Schemata hat *unmittelbaren Einfluss* auf die bei der Person aktuell ablaufende Informationsverarbeitung und Handlungsregulation und damit auf den aktuellen „state of mind“ einer Person (vgl. Horowitz, 1987).

3.1.3 Exekutive Schemata bilden sich in der Biographie

Exekutive Schemata entstehen wie biographische aus biographischen Erfahrungen. Sie enthalten jedoch keine „abgespeicherten“ biographischen Erfahrungen, sondern hoch generalisierte z.T. abstrakte *Schlussfolgerungen* aus Erfahrungen für die eigene Person (Grawe, 1998).

Eine Person nimmt dabei Erfahrungen in ihrer Biographie nicht einfach wahr. Sie interpretiert diese vielmehr aktiv, auch schon verzerrt durch bereits existierende Schemata; dadurch wirken sich Schlussfolgerungsfehler wie Übergeneralisierung, selektive Abstraktion, Personalisierung usw. auch bereits *auf die Bildung von Schemata aus!*

So kann eine Person z.B. aus der Erfahrung, dass ein Elternteil durchweg nicht zur Verfügung stand, den Schluss ziehen: „Beziehungen sind nicht verlässlich.“ oder aus der Erfahrung, kritisiert oder abgewertet zu sein, den Schluss ziehen „Ich bin nicht akzeptabel.“. Diese Schlüsse sind alle bereits völlig übergeneralisiert: Aus einzelnen, speziellen Erfahrungen werden allgemeingültige Prinzipien!

Aus biographischen Erfahrungen werden hochgradig relevante Schlussfolgerungen für die eigene Person gezogen: Schlüsse über die eigenen Fähigkeiten, die eigene Attraktivität, den eigenen Wert für andere, über die Qualität von Beziehungen usw. Ebenso entstehen „Verdichtungen“ aus emotionalen und affektiven Erfahrungen.

Und diese Schlüsse sind in der Regel hoch generalisiert: Aus der negativen Rückmeldung einer Bezugsperson, die für das Kind eine besondere Beziehungsbedeutung hat, wird nicht „Ich bin von X manchmal abgewertet worden.“, sondern es wird: „Ich bin wertlos.“. Erweist sich eine solche primäre Bezugsperson nicht als verlässlich, so wird daraus nicht der Schluss gezogen: „X ist manchmal nicht verlässlich.“, sondern: „Beziehungen sind nicht verlässlich.“.

Diese Schlüsse können somit bereits allen Beckschen Schlussfolgerungsfehlern (Beck, 1979) unterliegen:

- sie sind übergeneralisiert;
- sie sind personalisiert;
- sie sind z.T. willkürlich;
- sie sind dichotom.

Daher kann aus den Schemata, die gebildet werden, auf keinen Fall valide auf die biographische Situation geschlossen werden; das ist, da Psychotherapeuten keine Historiker sein sollten, aber auch nicht nötig, denn entscheidend ist, welches Schema die Person *hier und jetzt* aufweist. Dies hat für die Entstehung von Schemata sehr wichtige Konsequenzen. Da im Schema *Auswertungen* von Erfahrungen gespeichert werden und an diesen Auswertungen *schon die bereits existierenden Schemata beteiligt* sind, bestätigt und verfestigt sich ein einmal gebildetes Schema immer wieder.

Auf diese Weise können durchaus sehr voreingenommene Schemata entstehen, die die „realen Erfahrungen“ hochgradig „verzerren“ können. So können sich z.B. auch aus konsistent leicht negativen Rückmeldungen („Du hättest es besser machen können.“) über die Zeit extrem negative Schemata („Ich kann gar nichts.“) bilden; somit lässt auch die Extremität, in der Schemata formuliert sind, nicht sicher auf das Ausmaß der Rückmeldungen schließen, aus denen sich die Schemata gebildet haben.

Schemata bilden sich *durch die ganz spezifische Biographie* einer Person: D.h. die ganz speziellen Erfahrungen, die eine Person in ihrer Biographie macht und die ganz eigene Art und Weise, wie sie diese Erfahrungen interpretiert, determiniert, welche spezifischen Schemata eine Person aufweist. Dementsprechend sind exekutive Schemata hochgradig *idiosynkratisch*, d.h., sie sind hochgradig personen-spezifisch. *Welches Schema sich jeweils bildet, hängt von den ganz besonderen Lebensbedingungen und den ganz besonderen*

Verarbeitungsprozessen einer spezifischen Person ab. Damit hat im Detail jede Person andere exekutive Schemata, was es therapeutisch erforderlich macht, jedes Schema individuell zu rekonstruieren; was wiederum empathisches Verstehen und Modellbildung erforderlich macht!

3.1.4 Aktivierte Schemata bestimmen den „state of mind“

Schemata haben in inaktiviertem Zustand keinen Einfluss: Solange ein Schema nicht aktiviert oder im System des Klienten gehemmt ist, beeinflusst es weder die Verarbeitung, noch die aktuellen Affekte oder Handlungen einer Person: Deaktiviert wirken Schemata auch nicht dysfunktional (deshalb kann eine Person manchmal ungünstige Effekte lange vermeiden, obwohl sie massiv dysfunktionale Schemata aufweist: Sie vermeidet systematisch auslösende Situationen oder richtet sich ihre Lebenswelt so ein, dass die Schemata nicht aktiviert werden!).

Wird ein Schema jedoch aktiviert, dann entfaltet es seinen Einfluss auf das Erleben und Handeln der Person; sein Einfluss kann manchmal begrenzt sein, in der Regel *ist der Einfluss des Schemas aber eher groß*: Das ganze Denken und Handeln einer Person kann vom Schema massiv beeinflusst werden (Sachse, 1992a, Sachse et al., 2008).

Schemata determinieren damit oft den gesamten „state of mind“, in dem sich eine Person in einem gegenwärtigen Augenblick befindet (Horowitz, 1987). Schemata bestimmen,

- was einer Person in einem gegebenen Augenblick durch den Kopf geht, also die aktuellen Kognitionen oder „automatischen Gedanken“ der Person; Schemata determinieren, wie und als was eine Person eine Situation interpretiert;
- welche affektiven Zustände bei einer Person ausgelöst werden, z.B. ein Zustand von (diffuser) Unzufriedenheit, Unruhe, (diffuser) Bedrohung u.a.;
- welche weiteren Emotionen (durch weitere Verarbeitungsprozesse) erzeugt werden, indem z.B. automatische Gedanken weitere Interpretationsprozesse anstoßen, die dann Ängste, Ärger, Schuldgefühle, Traurigkeit u.a. auslösen;
- welche anderen, über das Schema hinausgehenden Gedächtnisbestände noch aktiviert werden; z.B. durch Gedanken wie „Ich bin ein Versager.“ Erinnerungen an früheres Versagen und Scheitern (was wieder Affekte und Emotionen auslöst, die wiederum weitere Gedächtnisbestände aktivieren, usw.);
- welche Handlungsimpulse bei der Person aktiviert werden und

- welche konkreten Handlungen die Person durchführt (wie z.B. Fluchtverhalten).

Damit determiniert ein aktiviertes Schema nicht nur das aktuelle Denken der Person. Es determiniert gleichzeitig *viele Aspekte des aktuellen psychischen Zustandes der Person*, einschließlich affektiver und emotionaler Zustände.

3.1.5 Schemata müssen aktiviert sein

Aus therapeutischer Sicht ist es sinnvoll, genau *die* Schemata zu identifizieren, zu klären und therapeutisch zu bearbeiten, die dem Problem eines Klienten zugrunde liegen, also *die Schemata, die auch tatsächlich problemrelevant sind*. Alle anderen Schemata müssen nicht verändert werden (können jedoch therapeutisch im Sinne einer Ressourcen-Aktivierung relevant werden!).

Gedächtnispsychologisch gesehen ist für eine Bearbeitung von Schemata eine vorhergehende *Schema-Aktivierung* notwendig. Dies ist eine sehr bedeutsame psychologische Trivialität: *nur aktivierte Schemata sind therapeutisch klärbar und bearbeitbar*. Grawe bezeichnet diesen Prozess der Schema-Aktivierung als *Problemaktualisierung* und sieht in ihm einen zentralen therapeutischen Wirkfaktor (Grawe, 1998). In der Tradition der Experimentiellen Psychotherapie wird dieser Prozess in der Regel als „Erlebnisaktivierung“ bezeichnet.

Dies hat zur Folge, dass im Therapieprozess aktuell, im *Hier und Jetzt*, ein Schema aktiviert sein muss, ansonsten ist es nicht bearbeitbar.

Die Aktivierung der kognitiven Anteile des Schemas erzeugt dabei *aktuelle Kognitionen*: Es sind Gedanken, die dem Klienten „spontan einfallen“, „sich spontan aufdrängen“ und *nicht* Gedanken, die ein Klient „konstruiert“. Treten solche aktuellen, spontanen Kognitionen auf, dann weiß der Therapeut, dass nun ein kognitives Schema bzw. kognitive Schemaanteile aktiviert sind und geklärt bzw. bearbeitet werden können.

Die Aktivierung der affektiven Anteile eines Schemas oder eines affektiven Schemas erzeugt dabei Affekte. Und diese im Therapieprozess aktuell auftretenden Affekte informieren einen Therapeuten darüber, dass affektive Schema-Anteile aktiviert worden und damit nun bearbeitbar sind.

Die Tatsache, dass Schemata bottom up durch Stimuli oder Vorstellungen von Stimuli aktiviert werden, hat auch zur Konsequenz, *dass therapeutische Klärungsprozesse immer von einer „Berichtebene“ ausgehen müssen*: Klienten beginnen, indem sie berichten, was sich in

der Gegenwart oder in der Vergangenheit ereignet hat. Je stärker und je konkreter sich die Person dabei in die jeweilige Vorstellung hineinversetzt, desto wahrscheinlicher ist es, dass hier und jetzt ein Schema aktiviert wird, mit dem dann therapeutisch gearbeitet werden kann. Dabei geschieht die Schema-Aktivierung im Hier und Jetzt; die berichteten Situationen müssen dagegen keineswegs im Hier und Jetzt sein: *Auch die Vorstellung alter Situationen kann in massiver Weise zu Schema-Aktivierungen führen!* Damit kann praktisch inhaltlich alles thematisiert werden, was dem Klienten irgendwie relevant erscheint. Man gelangt über eine Schema-Aktivierung praktisch von jedem beliebigen Thema zu relevanten Schemata.

3.1.6 Zentral für die Klärung von Schemata sind die aktuellen Verarbeitungsprozesse

Schematheoretisch wird angenommen, dass „*Situationen*“ nicht „direkt“ Verhalten auslösen, sondern dass Situationen in einem „bottom-up-Verarbeitungsprozess“ relevante Schemata aktivieren („triggern“), die dann „top-down“ aktuelle Verarbeitungsprozesse mitbestimmen und diese *aktuellen Verarbeitungsprozesse* sind es letztlich, die Handlungen initiieren.

Es sind auch diese aktuellen Verarbeitungsprozesse (Kognitionen, Affekte, Emotionen, Handlungsimpulse), die der Person bewusst zugänglich sind und von denen aus man therapeutisch auf das auslösende Schema zurückschließen kann: *Von den Verarbeitungsprozessen aus, die jeweils aktuell „getriggert“ sind, kann man das zugrunde liegende Schema rekonstruieren* (vgl. Sachse, 1992a, 2003a; Sachse et al., 2008).

Diese Annahmen haben einige ganz zentrale Implikationen für die praktisch-therapeutische Arbeit mit Schemata:

- Man benötigt im Therapieprozess immer konkrete, reale Situationen oder *Vorstellungen* von konkreten, realen Situationen, um Schemata zu aktivieren (denn: nur aktivierte Schemata lassen sich klären und bearbeiten!!). Situationen spielen daher eine wichtige therapeutische Rolle als *Auslöser* von Schemata.
- Die eigentlich relevanten Zielpunkte einer Klärung sind dann aber nicht die Situationen selbst, sondern die relevanten Schemata *bzw. die durch die Schemata determinierten Verarbeitungsprozesse*, also die aktuellen Kognitionen, Affekte, Emotionen und Handlungsimpulse. Sobald das Schema durch eine Situation aktiviert ist, steht die Situation damit *nicht mehr* im Fokus der therapeutischen Arbeit, sondern die aktuellen Verarbeitungsprozesse und das Schema selbst!

In diesem Prozess genügen bereits rudimentäre Situationsverarbeitungen, um ein mit der Situation assoziiertes Schema zu aktivieren; das dann aktivierte Schema determiniert dann (massiv) die weiteren aktuell ablaufenden Verarbeitungsprozesse der Person.

„Situationen“ sind damit auch in einem Schema-Ansatz relevant: Es sind real existierende Situationen oder *es sind bei einer Person konkret vorgestellte Situationen*, die Schemata aktivieren. Die Aktivierung von Schemata hängt damit in sehr hohem Maße davon ab, dass Therapeuten in der Therapie die Vorstellungen relevanter Situationen herstellen können: Situationen sind relevant als „Trigger“ von Schemata. Treten relevante Situationen nicht mehr auf (z.B. weil eine Person die Konfrontation mit ihnen systematisch vermeidet), dann werden auch bestimmte Schemata nicht mehr aktiviert. In diesem Fall müssen Therapeuten in der Therapie dafür sorgen, dass Klienten die relevanten Situationen in ihrer Vorstellung wieder herstellen können.

Es ist auch nicht die gesamte Situation für die Aktivierung des Schemas relevant, sondern es sind spezielle Situationsaspekte. Für eine Schemaaktivierung ist es ausreichend, sich diese relevanten Aspekte vorzustellen. Dies ist auch ein Grund, warum Klienten relevante Situationen schildern können, ohne dass ein Schema aktiviert wird. Häufig sparen die Klienten die „heißen“, schemaaktivierenden Situationsaspekte aus. Es ist für einen Klärungsprozess auch nicht förderlich, sich möglichst ausführlich alle (nicht schemarelevanten) Situationsaspekte schildern zu lassen. Der Therapeut muss den Klienten daher gezielt durch Prozessdirektivität, Explizierung und vertiefende Interventionen darin unterstützen, relevante Situationsaspekte zu schildern und „heiße Spuren“ aufzugreifen.

Wichtig ist, die aktivierenden Stimuli zu identifizieren und nach der Schemaaktivierung die Situation zu verlassen und die Verarbeitung und Schemainhalte zu fokussieren.

Es ist wichtig, noch einmal zu betonen, dass es nicht die Situationen an sich sind, die ein Verhalten oder die Auslösung eines „state of mind“ bedingen. Denn zwei Personen reagieren auf exakt die gleiche Situation vollkommen unterschiedlich, je nachdem, welche Schemata sie jeweils (in ihrer Biographie) gelernt haben und in die Situation mitbringen.

Damit wird deutlich:

- Die zentralen Determinanten aktueller Verarbeitungsprozesse, der aktuell ablaufenden Situationsinterpretationen, der automatischen Gedanken, der ablaufenden Affekte und

Emotionen und der aktuell vorliegenden Handlungsimpulse sind die bei einer Person existierenden *Schemata*;

- damit sind *Schemata* die jeweils relevantesten Aspekte des gesamten Prozesses;
- ob ein Schema jedoch aktuell aktiviert wird oder nicht, hängt von der real existierenden oder konkret vorgestellten Situation ab;
- insofern steuern Situationen die Verarbeitungsprozesse mit, bestimmen als solche aber nicht die jeweiligen Inhalte der Verarbeitungen.

3.1.7 Dysfunktionale Schemata sind Ansatzpunkte von Therapie

Man muss annehmen, dass eine Person in ihrer Biographie eine immens große Anzahl von Schemata bildet: Schemata über sich selbst, über Beziehungen, über die Realität. Und man muss annehmen, dass eine große Anzahl dieser Schemata *gut funktionieren*. Sie enthalten (einigermaßen) valide Annahmen über die Realität, gut funktionierende Bewertungen, funktionale Situationsinterpretationen; sie erzeugen angemessene affektive und emotionale Reaktionen, die zu Handlungen führen, die der Person mehr Gewinne als Kosten einbringen. In manchen Fällen sind sogar unrealistische Schemata hoch funktional: Der Glaube des Menschen, über sehr vieles Kontrolle im Leben zu haben, ist hochgradig unrealistisch (Ellis würde sagen: „irrational“); er ist dennoch hoch funktional, denn so macht sich die Person nicht ständig Sorgen, trifft Entscheidungen und verfolgt Ziele, so, als hätte sie Kontrolle! Die Annahme vom Menschen, mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit aus einem Auto heil wieder auszusteigen, ist unrealistisch; sie ist aber funktional, denn hätte man eine realistische Vorstellung, würde man kein Auto mehr besteigen. Das macht aber deutlich, dass unrealistische Annahmen nicht zwangsläufig dysfunktional sind, oder, anders ausgedrückt: *Irrational ist nicht gleich dysfunktional!* (Ellis irrt!)

Viele Schemata der Person sind damit *funktional*: Sie determinieren ein recht gutes Funktionieren der Person und erzeugen mehr Handlungsgewinne als Handlungskosten.

Es gibt jedoch immer einige Schemata, die ein weniger gutes Funktionieren nach sich ziehen: Schemata, die Realitätsannahmen enthalten, die nicht gut in der Realität funktionieren; Schemata, die Bewertungen enthalten, die zu Problemen führen. *Diese* Schemata führen zu Handlungen und Handlungskonsequenzen, die *mehr Kosten als Gewinne erzeugen*. Und *damit* führen diese Schemata zu Verarbeitungen und Handlungen, die man aufgrund der hohen

Kosten als *problematisch* bezeichnen kann. Diese Schemata determinieren damit Probleme der Person und sie sollen *deshalb* als dysfunktionale Schemata bezeichnet werden.

Solche dysfunktionalen Schemata sind *diejenigen* Schemata, um die es in einer Therapie geht: *Klienten kommen in Therapie, weil sie Kosten haben:*

- Ihre Stimmungen sind unangenehm, weichen von angezielten positiven Stimmungen ab (Unzufriedenheit, Anspannung, Unbehagen, usw.).
- Ihre Emotionen sind an sich schon unangenehm oder führen zu Konsequenzen, die nicht akzeptabel sind.
- Ihre Handlungen weichen von Zielen, Motiven und Werten ab.
- Ihre Handlungskonsequenzen (z.B. die Reaktionen von Interaktionspartnern) sabotieren Motive, Bedürfnisse, Ziele der Person.

Wenn dieses problematische Erleben und Handeln auf Schemata zurückgeht, muss man, um es ändern zu können, die Schemata verändern, auf denen es basiert. *Es ist also nötig, die den Klienten-Problemen zugrunde liegenden Schemata zu identifizieren, zu klären und zu verändern*, damit Klienten ihr Erleben und Handeln ändern können und somit ihre Kosten reduzieren und ihre Probleme beseitigen.

Damit wird deutlich:

- Persönliche Probleme von Klienten definieren sich dadurch, dass es bei Klienten ein Erleben und Handeln gibt, das Kosten erzeugt, unangenehm ist, gegen Motive, Ziele, Werte der Person verstößt.
- Persönliche Probleme von Klienten gehen auf Schemata zurück; diese problem-determinierende Schemata definieren sich dadurch als dysfunktional.
- Diese dysfunktionalen Schemata sind der Ansatzpunkt der therapeutischen Arbeit.
- Diese dysfunktionalen Schemata müssen fokalisiert, geklärt, repräsentiert, bearbeitet und verändert werden.

Damit ist aber auch hier schon klar, dass ein Therapieprozess hochgradig gezielt ablaufen kann: *Der Therapeut konzentriert sich so schnell wie möglich auf die relevanten, dysfunktionalen Schemata des Klienten und versucht diese, so schnell und so effektiv wie möglich, zu klären und zu repräsentieren, er versucht damit, eine valide kognitive Repräsentation dieser Schemata zu schaffen.*

Sobald diese Schemata valide kognitiv repräsentiert sind, arbeitet der Therapeut an einer Prüfung, Veränderung, Deaktivierung dieser Schemata, um diese Strukturen so effektiv wie möglich zu verändern.

Der Therapeut konzentriert sich damit nicht auf die Peripherie: Die Situationen, die Kosten, die Effekte; der Therapeut konzentriert sich dagegen auf die *zentralen* Problemdeterminanten: Die aktuellen Verarbeitungsprozesse des Klienten und, vor allem, auf die zugrunde liegenden Schemata. Der Therapeut „sammelt“ somit keine Information, sondern er wertet die verfügbare Information gezielt und systematisch danach aus, welche „Spuren“ zu den zentralen Aspekten führen und folgt diesen Spuren möglichst schnell und möglichst effektiv.

3.1.8 Schema-Ebenen

Wie in Kapitel 2 schon ausgeführt, muss man davon ausgehen, dass Schemata, die persönlich relevante Probleme von Personen determinieren, in der Regel keine rein kognitiven Schemata sind. Es handelt sich in aller Regel um Kombinationen aus kognitiven und affektiven Schemaanteilen. Wichtig ist nun, diese Anteile genauer zu klären.

Analysiert man die „Binnenstruktur“ relevanter Schemata genauer, dann kann man 3 Ebenen unterscheiden (Sachse et al., 2008).

1. Auf der ersten Ebene weisen Schemata Annahmen auf.

Diese Annahmen sind, wie ausgeführt, „Verdichtungen“ von Erfahrungen; es sind Annahmen über die eigene Person, Beziehungen oder „die Realität“. Es sind Annahmen wie:

- Ich bin ein Versager.
- Ich kann Erwartungen anderer nicht gerecht werden.
- Ich bin nicht wichtig.
- In Beziehungen wird man abgewertet.
- Alle beeinträchtigen mich u.a.

Auf dieser Ebene enthält das Schema also Aussage-Sätze der Art „Ich bin ...“, „Beziehungen sind ...“, „Die Realität ist ...“. Damit werden Dingen Eigenschaften zugeschrieben.

Diese Schema-Ebene kann noch „rein“ kognitiv sein. In diesem Fall enthält sie Annahmen in Form von Realitätsaussagen. Dann erzeugt die *Aktivierung* dieser Schema-Ebene auch (nur) Kognitionen („Automatische Gedanken“, Interpretationen, usw.).

Es muss deutlich sein, dass die Aktivierung von Annahmen der ersten Ebene bereits weitergehende Verarbeitungen initiieren kann. Z.B. kann die Person (schnell und automatisiert) darüber nachdenken, welche Konsequenzen es haben kann, ein Versager zu sein, welche „Katastrophen“ daraus folgen usw. Diese Verarbeitungen können dann „aus der zweiten Ebene des Schemas stammen“ (Kontingenz-Annahmen) oder sie können völlig „neu“ generiert werden. In allen Fällen können aber auch schon *Emotionen* im engeren Sinne ausgelöst werden (Angst, Traurigkeit u.ä.). Somit bleibt es bei einer Aktivierung der ersten Schema-Ebene oft nicht bei „rein kognitiven“ Aspekten!

In manchen Fällen sind jedoch mit den kognitiv formulierten Annahmen auch schon „affektive Annahmen“ verbunden. So kann allein schon mit der Annahme „Ich bin ein Versager.“ ein affektiver Schema-Anteil verbunden sein (was sich durch entsprechende Lernprozesse in der Biographie leicht erklären lässt): Aus den Erfahrungen wie Kritik, persönliche Abwertung usw. resultierten kognitive *und* affektive Verarbeitungen (auf der kognitiven Seite generalisierte Schlussfolgerungen über die eigene Person, auf der affektiven Seite Verarbeitungen, die zu massiv negativen Affekten und deren „Verdichtungen“ in affektiven Schemata geführt haben).

In diesem Fall löst aber die Aktivierung dieser ersten Schema-Ebene auch bereits Affekte aus: Sie ist dann nicht rein kognitiv.

Man muss sich darüber im Klaren sein, dass einzelne, identifizierte Annahmen in der Regel nur „die Spitze des Eisbergs“ bilden: Die Annahmen sind in der Regel in ein Netzwerk weiterer Annahmen eingebettet, die einen Bedeutungshintergrund, eine „Implikationsstruktur“ dieser Annahme bilden und die oft mit geklärt und therapeutisch mit bearbeitet werden müssen.

2. Auf der zweiten Ebene weisen Schemata Kontingenz-Annahmen oder Konsequenz-Annahmen auf.

Diese Kontingenzannahmen sind Wenn-dann-Beziehungen, bei denen der Wenn-Teil der Annahme aus Ebene 1 entspricht und der dann eine Konsequenz aus dieser Annahme spezifiziert:

- Wenn man ein Versager ist, dann wird man abgewertet.
- Wenn man nicht wichtig ist, dann ist man allein.
- Wenn man nicht wichtig ist, dann wird man ausgegrenzt.

Auf dieser Ebene kann es *ganze Serien* von hintereinandergeschalteten Konsequenzannahmen geben, die eine „Katastrophen-Stelle“ bilden:

- Wenn man ein Versager ist, dann wird man abgelehnt,
- wenn man abgelehnt wird, dann ist man allein,
- wenn man allein ist, ist man einsam.

Der Dann-Teil dieser Kontingenzen kann daher sehr ausgefeilt sein. Er kann lediglich eine Annahme enthalten, aber in der Regel enthält er „Serien von Annahmen“, z.B.: „Wenn ich ein Versager bin, dann

- werde ich abgewertet, dann
- werde ich nicht gemocht, dann
- werde ich ausgeschlossen, dann
- bin ich einsam und allein, dann
- bin ich hilflos und verlassen.“

Die Aktivierung von Aussagen dieser Schema-Ebene erzeugt wiederum zunächst Kognitionen; und dabei kann es u.U. auch bleiben. Sehr viel wahrscheinlicher ist es jedoch, dass die gespeicherten Konsequenzen bei ihrer Aktivierung *Bewertungen* triggern. In diesem Fall werden nicht nur Kognitionen ausgelöst, sondern (in hohem Maße) bereits Affekte und (durch weitere Verarbeitungsprozesse) auch Emotionen. Außerdem können Kontingenzannahmen bereits in hohem Maße mit affektiven Schema-Anteilen verbunden sein; damit kommt es dann bei einer Aktivierung dieser Schemaebene zu aktuellen Kognitionen *und* zu aktuellen Affekten.

Das bedeutet aber: Die Aktivierung der Annahmen auf der zweiten Schema-Ebene hat mit hoher Wahrscheinlichkeit bereits die Auslösung von Affekten zur Folge: Die Person *spürt deutlich* ein (mehr oder weniger diffuses) Unbehagen, ein aversives Gefühl, ein Gefühl der Anspannung u.a.

3. Die dritte Ebene eines Schemas ist die Bewertungsebene.

Hier verbindet das Schema die Konsequenz-Annahme mit dem Motivations(-Bewertungs-)System: Und es ist, wie ausgeführt, das Motivationssystem, das letztlich festlegt, ob eine Konsequenz für eine Person schlimm, furchtbar, beängstigend, unangenehm usw. ist, *nicht* das kognitive System. Daher ist diese dritte Schema-Ebene auch von ganz entscheidender

Bedeutung: *Denn (spätestens) hier entscheidet sich die persönliche Relevanz aller Annahmen und Konsequenzen!*

Auf dieser dritten Ebene gibt es daher Verbindungen der Art: Einsam zu sein ist furchtbar,

- weil dies bei starker Anschlussmotivation der Person dieses Motiv massiv frustriert,
- weil die Person deshalb Phantasien von quälender Einsamkeit aufweist,
- weil die Person alle (aus der Kindheit stammenden) Phantasien aufweist, in denen Einsamkeit assoziiert wird mit existentieller Bedrohung usw.

Die Aktivierung dieser Annahmen aktiviert mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit negative affektive Schema-Anteile und erzeugt aktuell mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit negative Affekte, die die Person dann sehr deutlich spürt: Z.B. ein extrem unangenehmes Gefühl von Einsamkeit und Hilflosigkeit, ein Gefühl von Verlassensein und Schutzlosigkeit u.a.

Natürlich kann es auf dieser Ebene auch kognitive Verarbeitungsprozesse geben. Diese sind jedoch sehr wahrscheinlich weit weniger ausgeprägt. Kognitionen sind hier oft „kognitive Label“ für eigentlich affektive Bedeutungen. Dominant sind wahrscheinlich die affektiven Verarbeitungen.

Betrachtet man, in welchem Ausmaß die drei Schema-Ebenen bei ihrer Aktivierung mit hoher Wahrscheinlichkeit kognitive und affektive Prozesse erzeugen, dann kann man in Abbildung 2 darstellen:

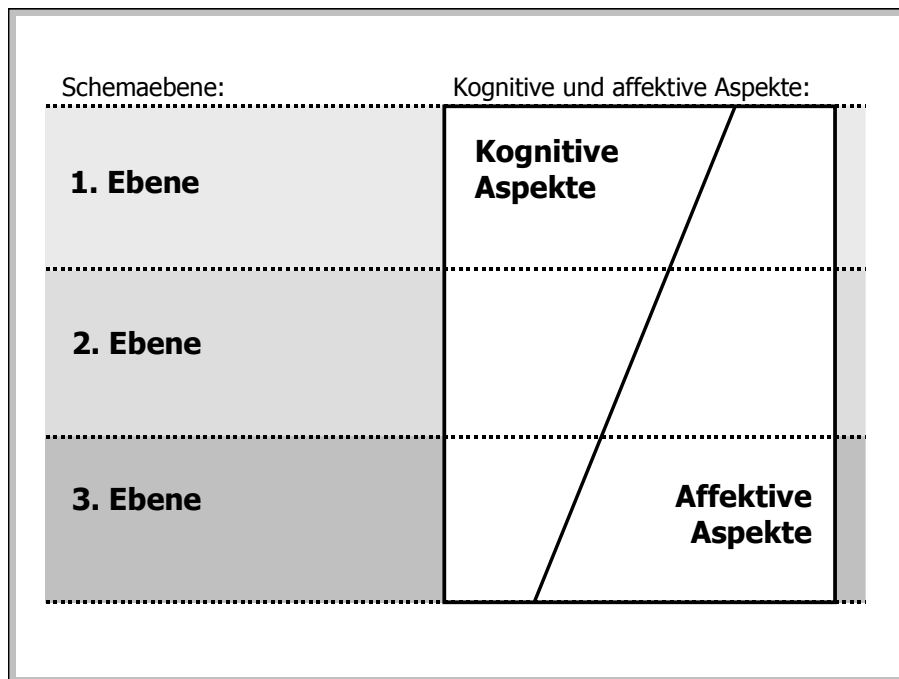


Abbildung 2: Anteil kognitiver und affektiver Aspekte auf den drei Schema-Ebenen

3.1.9 Zentrale und periphere Schemainhalte

Analysiert man die Einzel-Aussagen von Schemata (auf allen Ebenen) genauer, dann wird deutlich, dass es nicht nur die einzelne Aussage gibt, sondern dass es um jede Aussage herum *ein Netz damit assoziierter weiterer Annahmen gibt*; d.h. die Aussagen sind in ein Netz von Annahmen eingebettet (zu sprachpsychologischen Grundlagen vgl. Sachse, 1992a).

Und dies gilt sowohl für die kognitiven als auch für die affektiven Annahmen: Um zentrale „Kerne“ des Schemas sind jeweils mehr und mehr periphere Aspekte „angelagert“ (Abbildung 3).

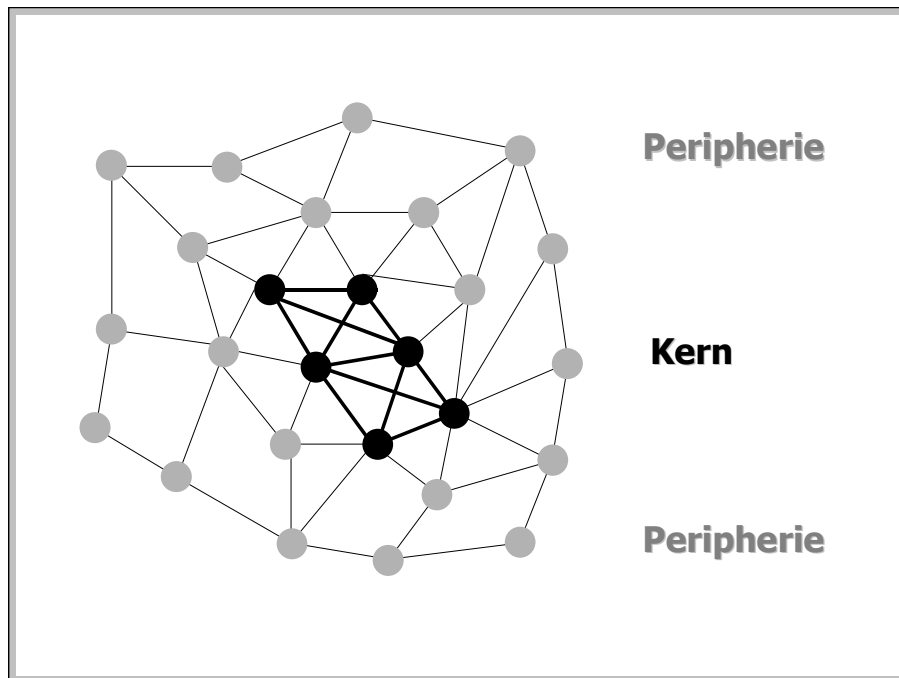


Abbildung 3: Aufbau eines Schemas aus Kernbereich und Peripherie

Schemata sind meist *komplexe Strukturen*, schon auf der ersten Schema-Ebene: Eine Aussage wie „Ich bin ein Versager.“ hat viele, damit assoziativ verknüpfte, weitere Annahmen wie:

- „Ich werde Anforderungen nicht gerecht.“
- „Ich kann keine Vorträge halten.“

- „Ich kann nicht gut frei reden.“
- „Ich kann nicht einparken.“ usw.

Und selbst eine Annahme wie „Ich bin ein Versager.“ kann unter Umständen *mit noch zentraleren Annahmen verbunden sein*, die noch relevanter sind.

Schemata sind Netzwerke aus zentralen und peripheren Annahmen. Zentrale Annahmen sind relevanter für Verarbeitungsprozesse und damit für Probleme als periphere Annahmen. Damit sollten auch die zentralen Annahmen rekonstruiert und therapeutisch bearbeitet werden.

Das Schema weist in der Regel *eine oder mehrere zentrale Annahmen auf*. Diese Annahmen sind deshalb zentral, weil sie mit allen anderen Annahmen verbunden sind und weil deshalb ihre Aktivierung alle anderen Annahmen „primt“. *Zentral* bedeutet damit, dass diese Annahme im Netz einen großen Einfluss hat. Um diese zentralen Annahmen herum sind andere Annahmen assoziativ angelagert, die nach außen hin immer peripherer werden: *Peripher* sind sie deshalb, weil sie nur noch mit wenigen anderen Annahmen verbunden sind und weil ihre Aktivierung im Netz nur noch relativ geringe Effekte hat.

In noch sehr viel größerem Maße gilt dies wahrscheinlich für Schema-Ebene 2. Die Konsequenzannahmen sind mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit eng mit weiteren Annahmen vernetzt und wahrscheinlich sind die ersten Annahmen, auf die man bei einer Analyse stößt, eher periphere Annahmen; je „weiter die Kette reicht“, desto „schlimmer“ werden die Annahmen. Meist enden sie bei solchen Befürchtungen, die bei der Entwicklung der Schemata, also in der Kindheit oder im frühen Jugendalter die schlimmsten phantasierbaren Befürchtungen waren: Abgelehnt werden, ausgestoßen werden, völlig einsam und hilflos sein. Die Aktivierung dieser Annahmen erzeugt dann bei Klienten oft auch ein Gefühl, als würde man mitten zwischen zwei Galaxien im intergalaktischen Leerraum ausgesetzt. Dies bedeutet aber auch: Da die Schemata sich wahrscheinlich in Kindheit oder früher Jugend bilden (denn dort können sich die Personen sehr schlecht gegen äußere Definitionen wehren und übernehmen diese!), *sind auch die schlimmsten Konsequenzen in den Schemata typische, negative Konsequenzen, die ein Kind oder Jugendlicher fürchtet*. Es ist die Konsequenz, allein und hilflos zu sein (mit den dazugehörigen Affekten), nicht die Konsequenz, arbeitslos zu sein oder mit einer Rotweinflasche unter einer Brücke zu liegen.

Betrachtet man ein solches Netz systemtheoretisch, dann muss man annehmen, dass die zentralen Annahmen des Schemas von sehr viel größerer Relevanz sind als die peripheren Annahmen: *Sie haben viel mehr Einfluss im Netz.*

Und diese Überlegung ist auch für die Veränderungen des Schemas relevant. Denn verändert man *zentrale* Annahmen des Schemas, dann kann man aus systemtheoretischen Überlegungen heraus annehmen, dass das auch eine *große Veränderungswirkung im Netz nach sich zieht*. Gelingt es, die zentrale Annahme des Schemas zu verändern, dann ändern sich sehr wahrscheinlich die damit assoziierten Annahmen auch bzw. sie lassen sich nach Veränderung der zentralen Annahmen relativ leicht verändern. *Die Veränderung der zentralen Annahme hat große Veränderungen im gesamten Netz zur Folge!* Gelingt es jedoch „nur“, eine periphere Annahme zu verändern (z.B.: „Ich kann nicht einparken.“), dann hat das sehr wahrscheinlich *nur wenige weitere Auswirkungen auf das Netz*. Denn man kann auch dann ein Versager sein, wenn man einparken kann usw. Die therapeutische Bearbeitung peripherer Annahmen eines Schemas hat damit nur geringe Auswirkungen; sie ist therapeutisch relativ ineffektiv!

Betrachtet man das gesamte Schema mit allen drei Ebenen, dann wird deutlich, dass die zweite und dritte Ebene mit ihren starken affektiven und Bewertungskomponenten deutlich relevanter sind für eine Determination des Problems als die erste Ebene. Denn ohne Bewertungsebene, wäre ein Problem gar kein Problem. *Es wird erst durch die affektiven Komponenten zu einem persönlich hoch relevanten Problem!* Damit lassen sich aber auch die drei Ebenen des Schemas nach Relevanz ordnen: Ebene 2 hat höhere Relevanz als Ebene 1 und Ebene 3 hat höhere Relevanz als Ebene 2 (Abbildung 4).

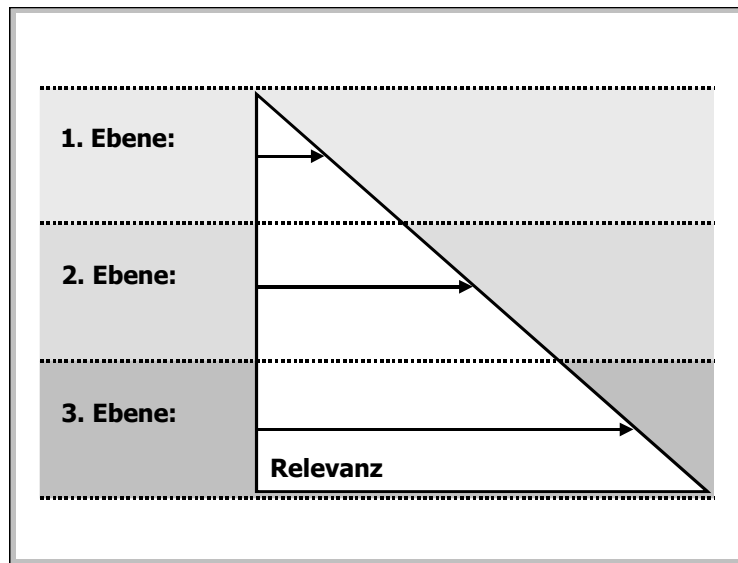


Abbildung 4: Relevanz der drei Schema-Ebenen für die Determinierung persönlicher Probleme

Und auch dies hat wiederum Konsequenzen für ein therapeutisches Vorgehen: Eine Veränderung der Bewertungen oder eine Veränderung der affektiven Qualität der Katastrophen-Annahmen sollte eine deutlich höhere therapeutische Effektivität erzielen als eine Veränderung von Annahmen der Ebene 1 allein.

Es ist sogar denkbar, dass man eine Veränderung von Kognitionen der Ebene 1 (z.B. „Ich bin ein Versager.“) ohne gleichzeitige Veränderungen auf den anderen Ebenen entweder gar nicht zustande bringen kann (weil die anderen, affektiven Ebenen dies systematisch verhindern!) oder dass eine solche Veränderung nicht dauerhaft ist, weil die affektiven Reaktionen, die von den anderen Ebenen ausgehen, der Person immer wieder deutlich machen, dass sie sich als Versager fühlt oder dass sie massive Ängste hat, doch versagen zu können. *Damit muss bezweifelt werden, dass eine alleinige therapeutische Bearbeitung der (eher rein kognitiven) Schema-Ebene 1 zu großen und dauerhaften therapeutischen Erfolgen führt.* Die affektiven Schema-Komponenten sollten daher therapeutisch immer mit-bearbeitet werden!

3.2 Was bedeutet Klärung?

„Klärung“ von Schemata bedeutet, dass dem Klienten (und dem Therapeuten) die Inhalte eines in Frage stehenden Schemas *kognitiv repräsentiert* sind, d.h. dass die Inhalte, die sich im Schema befinden, in kognitiven Elementen und letztlich in Sprache abgebildet werden

(vgl. Sachse, 1986a, 1986b, 1992a, 1992b, 1996a, 2003a, 2003b, 2006a; Sachse et al., 2008). Damit ist es dem Klienten möglich, die Schema-Inhalte mit anderen Wissensbeständen zu verbinden, also zu *verstehen* (Bransford & McCarrell, 1965); es ist dem Klienten möglich, diese Inhalte zu *kommunizieren*, also sie dem Therapeuten mitzuteilen; dem Therapeuten ist es möglich, diese Inhalte ebenfalls zu verstehen, also sie mit seinen Wissensbeständen zu verknüpfen, er kann sie in sein Klienten-Modell eintragen.

Zentraler Sinn des Klärungsprozesses ist es, die Schema-Inhalte sprachlich genau angeben zu können, damit Klient und Therapeut wissen, welche dysfunktionalen Annahmen der Klient genau aufweist, damit klar ist, welche Annahmen nun weiter bearbeitet und verändert werden müssen. Nur wenn völlig klar ist, was die dysfunktionalen Annahmen des Klienten genau sind, kann an diesen Annahmen therapeutisch angesetzt werden, nur dann können die tatsächlich relevanten Annahmen ganz gezielt bearbeitet werden!

Um eine genaue und gezielte therapeutische Bearbeitung von Schema-Elementen zu gewährleisten, ist es daher nötig,

- die Schema-Inhalte möglich *valide* zu repräsentieren: Also nicht „irgendwelche“ Inhalte zu finden, sondern exakt *die* Inhalte zu repräsentieren, die auch wirklich in den relevanten Schemata stehen;
- die Schema-Inhalte sprachlich möglichst exakt zu repräsentieren, also sicherzustellen, dass die „sprachliche Übersetzung“ des Schema-Inhalts möglichst gut mit der Bedeutung des im Schema stehenden Inhaltes übereinstimmt (deshalb ist Therapie in einer Nicht-Muttersprache für Klienten und Therapeuten sehr schwierig);
- die wirklich *zentralen* Schema-Inhalte (auf jeder Ebene) zu identifizieren und zu repräsentieren;
- möglichst zentrale Inhalte aller drei Ebenen zu repräsentieren;
- die Inhalte präzise, kurz, prägnant, „knackig“ zu repräsentieren.

Gelingt dies, dann

- weiß der Klient selbst, was seine Schema-Inhalte sind und er kann sie verstehen;
- kann der Klient auch nachvollziehen, wieso er in bestimmten Situationen so denkt, wie er denkt, so fühlt, wie er fühlt und so handelt, wie er handelt;
- kann der Klient auch nachvollziehen, dass er selbst bzw. sein Schema die Kosten erzeugt und versteht auch, dass er sich bzw. sein Schema verändern muss, um die Kosten zu reduzieren;

- versteht der Therapeut das „psychologische Funktionieren“ des Problems;
- weiß der Therapeut, an welchen Schema-Inhalten nun die Veränderungsprozesse ansetzen müssen.

3.3 Wie verläuft Klärung?

Klärung ist ein Prozess, an dessen Anfang die Ausgangslage des Klienten und an dessen Ende die Repräsentation relevanter Schema-Inhalte (das Klärungsziel) steht.

Die Ausgangslage des Klienten kann dabei unterschiedlich sein: Der Klient kann schon Aspekte seines Schemas kennen (= günstige Ausgangslage), er kann aber im Extremfall nicht einmal wissen, auf welche Situationsaspekte er wie reagiert (= ungünstige Ausgangslage).

Um von der Ausgangslage zum Klärungsziel zu gelangen, muss der Klient eine Reihe von Schritten durchlaufen. Jeder Schritt ist definiert durch einen bestimmten *psychischen Teilprozess*, der notwendig ist, um eine Schemaklärung zu erreichen.

Die eigentlichen Teilprozesse der Klärung selbst sind:

- 1) Bericht
- 2) Fokalisierung auf internale Verarbeitungsprozesse
- 3) Aktivierung des relevanten Schemas
- 4) Fokalisierung der Fragestellung auf das Schema
- 5) Klärung von Schemaaspekten

Nun kann sich der Klient im Therapieprozess aber noch (weit) *vor* der Klärung befinden, sodass er vom Therapeuten auf den Klärungsprozess hingeführt werden muss. Daher kann man drei Prozesse *vor* dem eigentlichen Klärungsprozess unterscheiden (Vorstufen a-c):

- a) Klient thematisiert irrelevante Inhalte.
- b) Klient intellektualisiert.
- c) Klient redet abgehoben von seinem Problem.

Alle diese Teilprozesse sollen nun näher beschrieben werden. Begonnen wird mit den 3 Vorstufen, die vor dem eigentlichen Klärungsprozess auftreten können, gefolgt von den 5 Teilprozessen der Klärung.

Vorstufe a: Irrelevante Inhalte

Befindet sich der Klient in dieser Prozessphase, dann konzentriert er sich nicht auf sich selbst und auch nicht auf seine Probleme. Damit ist er maximal weit von einem konstruktiven Klärungsprozess entfernt. Der Klient redet hier über Politik, philosophiert über das Leben,

„das Sein an sich“, Gott u.a. Persönliche Aspekte des Klienten kommen aber nicht vor: Der Klient hat sich selbst oder Selbstaspekte nicht im Fokus.

Vorstufe b: Intellektualisierung

Auf dieser Vorstufe hat der Klient seine Probleme zwar im Fokus, er beschäftigt sich aber nicht mit den Problemen selbst: Er analysiert die Probleme nicht, betrachtet nicht Aspekte des Problems. Vielmehr bewegt er sich auf einer Meta-Ebene: Ohne das Problem beschrieben oder analysiert zu haben und ohne sich mit dem Problem selbst zu beschäftigen, spekuliert der Klient darüber, woher das Problem kommen könnte, welche Ursache es haben könnte, wie es funktionieren könnte. Der Klient produziert hier *Theorien ohne Daten*. Er baut Erklärungsmodelle, die *nicht* auf Analysen des Problems basieren, die gebildet werden, ohne dass der Klient das Problem auch nur im Mindesten verstanden hat, ja ohne dass der Klient das Problem als solches auch nur zur Kenntnis genommen hat.

Die Bildung solcher Spekulationen hat zur Folge,

- dass der Klient Modelle über das Problem bildet, die völlig invalide sind und die sich damit in keiner Weise als Grundlagen für Lösungen eignen;
- dass der Klient sich eben *nicht* mit einer genauen, validen Analyse des Problems befasst, sondern sich auf einem „Nebenschauplatz“ aufhält.

Vorstufe c: Allgemeine Problembeschreibung

Auf dieser Vorstufe fokalisiert der Klient auf sein Problem, tut dies aber in recht allgemeiner oder sogar „abgehobener“ Weise. So kann der Klient sein Problem allgemein beschreiben, kann Auswirkungen des Problems erläutern, kann kurz- oder langfristige Konsequenzen schildern.

Er kann auch körperliche Reaktionen schildern, sich mit Kosten des Problems auseinandersetzen. U.U. schildert er auch schon Situationen, jedoch in sehr allgemeiner Weise. Es finden hier noch keine konkreten Situationsbeschreibungen statt, die Ausgangspunkt eines Klärungsprozesses werden könnten.

Teilprozess 1: Bericht

Die „Bericht-Ebene“ ist der Ausgangspunkt jedes Klärungsprozesses. Da es um die Klärung von Schemata geht und Schemata sich nur durch kritische Situationen oder die *Vorstellung* von kritischen Situationen aktivieren lassen, muss der Klient den Klärungsprozess immer mit einer *Situation* beginnen, die er zuerst *beschreibt* (über die er „berichtet“): *Die Berichtebene*

ist die Ebene auf der ein Klient auf eine relevante Situation fokalisiert und diese konkret beschreibt.

Als Erstes muss der Klient somit eine *problemrelevante* Situation definieren, die in der Lage ist, das relevante, dysfunktionale Schema zu aktivieren. Dazu muss der Klient eine problematische Situation benennen,

- von der er weiß, dass in dieser relevante Kognitionen, Affekte, Emotionen oder problematische Handlungen ausgelöst werden;
- die er sich gut vorstellen kann und deren Vorstellung bereits das Schema aktivieren kann;
- und die möglichst paradigmatisch für das Problem ist, also das Problem des Klienten gut repräsentiert.

Und der Klient muss diese Situation *konkret* beschreiben, er muss sie sich konkret vorstellen können und bestimmen, was genau sich ereignet hat: Was war der Kontext? Wer hat was gemacht? Was ist genau passiert? Was hat der Klient getan? Was ist daraufhin geschehen?

Teilprozess 2: Fokalisieren auf internale Verarbeitungsprozesse

Der zweite Teilprozess, den der Klient bei einem Klärungsprozess durchlaufen muss, ist der, dass der Klient seine Aufmerksamkeit auf das fokalisiert, was die kritische Situation *in* ihm auslöst: Auf die Verarbeitungsprozesse, die durch die Situation in ihm ausgelöst werden, d.h. auf die Kognitionen, Affekte, Emotionen, Handlungsimpulse.

Analysiert man diesen Teilprozess näher, dann wird deutlich, dass er aus *zwei Unterprozessen* besteht:

- Aus der Internalisierung der Perspektive und
- aus der Betrachtung relevanter Verarbeitungsprozesse.

Teilprozess 2a: Internalisierung der Perspektive

Damit ein Klient sich überhaupt mit in ihm ablaufenden Prozessen in konstruktiver Weise auseinander setzen kann, muss der Klient seine Aufmerksamkeit, die er bei der Berichtsebene *nach außen* – auf die Situation – gelenkt hatte, nun *nach innen* lenken. Nur so kann er genau analysieren, welche Prozesse *in* ihm ablaufen (vgl. die Theorie der objektiven Selbstaufmerksamkeit; Carver & Scheier, 1981, 1982, 1985a, 1985b; Duval & Wicklund, 1972; Scheier & Carver, 1983).

Der Klient muss also, wenn er von Teilprozess 4 in Teilprozess 5 übergeht, *seine Perspektive internalisieren*: Anstatt auf Situationsaspekte zu schauen, muss er sich nun darauf

konzentrieren, was die Situation *in ihm* auslöst. *Er muss sich auf relevante internale Prozesse konzentrieren!*

Teilprozess 2b: Konzentration auf relevante Verarbeitungsprozesse

Diese relevanten internalen Prozesse sind dabei diejenigen Prozesse, die durch die Situation (genauer: durch die Schemaaktivierung, die durch die Situation erfolgt ist!) in ihm ausgelöst wurde. Der Klient soll sich darauf konzentrieren, welche Kognitionen ihm in der Situation durch den Kopf gehen, wie er die Situation interpretiert, welche Affekte er spürt, welche Emotionen ausgelöst werden, welche Handlungsimpulse er spürt.

In der Regel gibt es hier zwei Quellen, auf denen diese Informationen basieren können:

1. Die Vorstellung der Situation aktiviert nun aktuell (im Hier und Jetzt) das relevante Schema (= schneller Übergang zu Teilprozess 3) und erzeugt damit nun *aktuelle* Verarbeitungsprozesse, aktuelle Kognitionen und Affekte, die der Klient nun aktuell wahrnehmen und verarbeiten kann, *oder*:
2. Der Klient *erinnert* sich an Verarbeitungsprozesse, die er in der Situation hatte und aktiviert diese Erinnerungen. Damit erzeugt er dann Erinnerungen an Kognitionen, Affekte, Emotionen und Handlungsimpulse. Diese kann er dann verarbeiten.

Wenn Klienten zum ersten Mal von Teilprozess 1 in Teilprozess 2 eintreten, dann tun sie meist Letzteres: Sie aktivieren nicht das Schema selbst und produzieren damit aktuelle, sozusagen „frische“ Verarbeitungsprozesse, sondern sie erinnern sich an vergangene Verarbeitungsprozesse und dies tun sie dann noch eine ganze Zeit lang. Im Prinzip ist dies auch nicht unangemessen, denn auch aus „alten“ Verarbeitungsprozessen kann man schon etwas über das Schema – auf die diese Prozesse ja zurückgehen – lernen. Daher ist es in Ordnung, wenn Klienten eine Zeit lang mit diesem Material arbeiten.

Letztlich ist es aber immer besser – und für eine wirklich valide Repräsentation des Schemas auch unerlässlich – das Schema im Hier und Jetzt zu aktivieren und dann zu sehen, welche Prozesse *tatsächlich* ausgelöst werden und *diese* dann zur Rekonstruktion des Schemas zu nutzen: Denn Erinnerungen an Verarbeitungsprozesse können verzerrt sein, insbesondere Erinnerungen an Affekte.

Daher ist als nächster Teilprozess eine Aktivierung des Schemas unumgänglich.

Teilprozess 3: Schema-Aktivierung

Um eine wirklich valide Klärung zu erreichen, sollten Klienten das relevante Schema im Hier und Jetzt des Therapieprozesses aktivieren (also eine Problemaktualisierung im Sinne von

Grawe (Grawe, 1998; Grawe et al., 1994) vornehmen). Dies geschieht meist, wenn Klienten sich relevante Situationsaspekte möglichst plastisch vergegenwärtigen, sie auf sich wirken lassen und die Reaktion darauf möglichst wenig kontrollieren. Ist das Schema aktiviert, dann *erlebt und spürt der Klient die aktuellen Verarbeitungsprozesse*: Es drängen sich aktuelle Kognitionen geradezu auf, es gehen ihm Gedanken durch den Kopf, die er gar nicht haben will, er *spürt* affektive Reaktionen (z.B. Druck im Bauch, Kloß im Hals, Spannung im Nacken u.a.) und Emotionen usw.

In diesem Augenblick wissen Klient *und* Therapeut, *dass alle nun ablaufenden Verarbeitungsprozesse aus dem Schema kommen, also valide Informationen sind*.

Und damit muss jetzt *gearbeitet* werden, was zu Teilprozess 7 führt (es reicht nicht, diese Effekte zu spüren oder zu „erleben“, *der Klient muss konstruktiv damit arbeiten!*).

Teilprozess 4: Fokalisieren der Fragestellungen auf das Schema

Weisen Klienten aktuell ablaufende, aus dem Schema „gespeiste“ Verarbeitungsprozesse auf (in Ansätzen ist dies auch schon bei „erinnerten“ Verarbeitungsprozessen möglich), dann richtet der Klient seine Aufmerksamkeit auf das Schema mit Fragestellungen wie: *„Was habe ich für Annahmen, für Überzeugungen, die dazu führen, dass ich die Situation X so interpretiere, mich so in Situation X fühle?“* Der Fokus liegt nun auf dem Schema. Der Klient folgt der Frage nach den Gründen seines Denkens und Handelns – aber er intellektualisiert hier nicht. Er „baut keine Theorie ohne Daten“, er „spekuliert“ nicht die Gründe. *Er spürt vielmehr den Kognitionen, den Affekten und Emotionen nach*. Er konzentriert sich auf das, was er wahrnimmt *und folgt einem intuitiv-holistischen Verarbeitungsmodus*. Er stellt sich eine Frage und *„lässt die Antwort entstehen“*. Er sucht nach komplexen Antworten, nach Antworten aus dem affektiven Gedächtnis; die Antworten kommen „von selbst“, sie kommen bruchstückhaft, sie kommen wie Puzzle-Teile, die noch zusammengesetzt werden müssen. Dies führt zu Teilprozess 5.

Wenn der Klient sich in diesem Modus befindet, dann

- ist er völlig nach innen konzentriert,
- schaut er den Therapeuten nicht an, sondern „stellt die Augen auf unendlich“,
- sitzt er „wie versteinert“, bewegt sich nicht,
- macht er lange Pausen, bei denen er hoch konzentriert wirkt,
- kommuniziert er eher mit sich als mit dem Therapeuten, ist aber für Interventionen des Therapeuten empfänglich,

- redet er nicht „druckreif“, sondern in einer unmittelbaren, direkten Sprache, korrigiert sich oft selbst, sucht nach Worten und Begriffen, macht viele Sprechpausen, redet langsam.

Diesen Prozess, der stark einem Focusing-Prozess ähnelt, nennen wir den „Explizierungsprozess im engeren Sinne“. Mit Hilfe dieses Prozesses werden vom Klienten implizite Bedeutungen in explizite Bedeutungen „übersetzt“.

Teilprozess 5: Rekonstruktion

Kann der Klient sich auf die aktuell ablaufenden Verarbeitungen, auf Kognitionen, vor allem auf Affekte konzentrieren und kann er die Frage offen halten und kann er einen holistischen Modus einnehmen, in dem er auf spontan entstehende Antworten wartet, dann fallen ihm Wörter und Sätze ein, die er wieder prüft, korrigiert, verbessert, erweitert. Schrittweise werden ihm dann Aspekte des Schemas klar: Es wird ihm klar, warum er in der Situation Angst hat, warum er sich unwohl fühlt, es wird ihm klar, dass er die Annahme hat, dass er Angst hat, abgewertet zu werden, dass er Angst hat, sich zu blamieren, dass er dies als ganz bedrohlich empfindet, als fast existentiell bedrohlich, „wie tief die Angst sitzt“, dass er die Annahme hat, dass er „die Existenzberechtigung“ verliert, wenn er versagt usw.

Dieser Prozess ist für Klienten gleichzeitig extrem spannend, da er viel über sich erfährt, was ihm alles noch gar nicht klar war, aber auch sehr belastend, weil viele (alte) Affekte wieder „hochkommen“ und dem Klienten im Zuge dieser Klärung auch deutlich werden kann, wie allein, einsam, verlassen u.a. er sich gefühlt hat, was wiederum zu Traurigkeit führen kann.

Auf alle Fälle führt der Prozess aber zu viel *Klarheit*: Dem Klienten wird deutlich, von welchen Annahmen er ausgeht, welche Affekte damit verbunden sind usw. Und der Klient hat bezüglich dieser Repräsentationen ein unmittelbares Evidenzerleben: Er weiß, dass die Erkenntnisse valide sind.

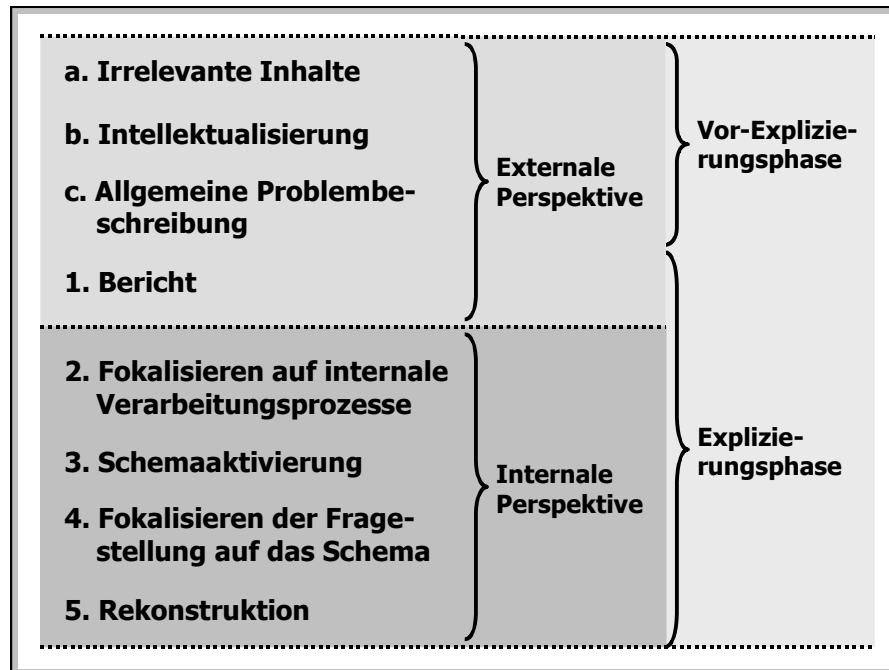
Somit wird deutlich, dass ein Klärungsprozess in Phasen verläuft. Klienten steigen, je nachdem, wie gut ihre Ausgangslage ist, auf unterschiedlichen Phasen ein (bei unterschiedlichen Teilprozessen), aber wenn Klienten zu einer Klärung gelangen wollen, dann, das zeigen die empirischen Ergebnisse (vgl. Kapitel 13), *müssen sie alle weiteren Phasen durchlaufen*.

Und das müssen sie u.U. mehrmals, bis alle zentralen Aspekte aller Schema-Ebenen geklärt sind.

Daher gibt der Phasenverlauf (oder die Abfolge von Teilprozessen) den Therapeuten wichtige Hinweise: *Ein Therapeut sollte immer wissen, in welcher Phase (in welchem Teilprozess) sich ein Klient jeweils befindet.*

Dann weiß er damit auch, welchen Teilprozess er nun als nächstes anregen muss, damit der Klient den Klärungsprozess weiterführen – wie wir sagen – vertiefen kann.

Die Phasenabfolge ist somit wie folgt:



Wie deutlich wird, implizieren die drei Vorstufen und der erste Teilprozess, dass der Klient eine *externale Perspektive* einnimmt: Er konzentriert sich (auch in seinen Vorstellungen!) nach *außen*, auf Erklärungen, Probleme, Situationen. Die Teilprozesse 2-5 implizieren dagegen eine *internale Perspektive*: Der Klient konzentriert sich auf das, was durch äußere Situationsaspekte in ihm an Verarbeitungsprozessen ausgelöst wird.

Die drei Vorstufen können als Vor-Klärungsphase (oder Vor-Explizierungsphase) bezeichnet werden. In ihnen klärt der Klient noch keine Schemaaspekte und kann dies auch nicht. Mit der Berichtsebene beginnt dann der eigentliche Klärungsprozess (Explizierungsprozess). Von hier an kann der Klient den Schemaaspekten „auf die Spur kommen“.

3.4 Wie unterstützt ein Therapeut den Klärungsprozess

Sowohl die empirischen Ergebnisse (vgl. Kapitel 13), als auch unsere therapeutischen Erfahrungen zeigen sehr deutlich, dass Therapeuten die Klienten in ihrem Klärungsprozess *sehr aktiv unterstützen müssen*: Therapeuten müssen *prozessdirektiv* sein, Therapeuten müssen Prozesse anregen, „am Laufen halten“, Fragestellungen aufwerfen, Klienten zum Thema und zum Prozess zurückführen usw.

Und Therapeuten müssen den Klärungsprozess *schrittweise* steuern: Sie müssen wissen, auf welcher Klärungsstufe (in welchem Teilprozess) der Klient sich im Augenblick befindet und müssen dann versuchen, den Klienten in den nächsten Teilprozess zu bringen, also die jeweils nächste Klärungsstufe anzuregen. Auf diese Weise steuert der Therapeut den Klienten von Stufe zu Stufe bis zu einer Rekonstruktion relevanter Schemaelemente.

Tatsächlich zeigen empirische Ergebnisse (Kapitel 13) sowie praktische Erfahrungen, dass der Fortschritt *nicht linear* verläuft, sondern:

- Befindet sich ein Klient auf Stufe X, kann es mehrere „Anläufe“ des Therapeuten erfordern, um den Klienten auf die nächste Stufe zu bringen.
- Klienten bleiben oft nicht auf einer Stufe, sondern „fallen von selbst“ auf eine niedrigere Stufe zurück.

So ist es ein mühsames Unterfangen, Klienten zu einem konstruktiven Klärungsprozess zu führen. Therapeuten müssen immer und immer wieder Interventionen realisieren (wie wir sagen: Bearbeitungsangebote machen), um Klienten im Prozess weiterzubringen und sie im Prozess zu halten.

Dabei unterscheiden sich Klienten stark darin, wie gut sie auf vertiefende Bearbeitungsangebote des Therapeuten reagieren (siehe Kapitel 13). Manche Klienten vertiefen den Prozess relativ schnell, manche, wie psychosomatische Klienten, vertiefen sehr langsam: Der Grund dafür ist, dass manche Klienten ein hohes Maß an *Vermeidung* zeigen. Sie vermeiden es, sich mit Schemaaspekten auseinander zu setzen und nehmen damit vertiefende Bearbeitungsangebote des Therapeuten nicht an.

Man muss daher unterscheiden zwischen einem „idealen“ Klärungsprozess, bei dem Klienten mit Unterstützung des Therapeuten die einzelnen Klärungsphasen „glatt“ durchlaufen und den Prozessen mit Vermeidung, bei denen eine „Störung“ eintritt: Klienten vermeiden es hier aktiv, sich mit bestimmten Inhalten zu konfrontieren und weichen diesen Inhalten aus. Dies geschieht oft hoch automatisiert und ohne Wissen des Klienten, dass dies den Therapieprozess behindert. In diesem Fall läuft der Klärungsprozess nicht weiter, er stagniert so lange, bis die Vermeidung angemessen bearbeitet worden ist. Vermeidungsprozesse sind normal und zu erwarten und daher muss klar sein, dass der hier geschilderte Ablauf von Klärungsprozessen

immer ein *idealer Ablauf* ist, der in der Realität aber an jeder Stelle durch Vermeidung unterbrochen werden kann. Diese Unterbrechung bedeutet dann, dass ein Therapeut sich vorübergehend auf die Vermeidung und ihre Bearbeitung konzentrieren und die Vermeidung reduzieren oder beseitigen muss, bevor er im Klärungsprozess voranschreiten kann.

Der Therapeut sollte auf jeden Fall Bearbeitungsangebote machen und den Prozess des Klienten damit deutlich steuern. Er sollte aber auch die jeweils passenden Angebote machen. D.h. er muss unterschiedliche Interventionen realisieren – unterschiedliche Arten von vertiefenden Bearbeitungsangeboten machen – je nachdem, in welcher Phase (in welchem Teilprozess) der Klient sich jeweils befindet.

Die Techniken, die Therapeuten dabei verwenden, sind alle recht einfach. Die Kunst dabei, die eine sehr hohe Expertise des Therapeuten erfordert, ist allerdings: *Das Richtige in der richtigen Weise an der richtigen Stelle zu tun!* Auch ein Skalpell ist ein einfaches Instrument, aber nur wenige können damit Herzen transplantieren!

Die therapeutischen Techniken sind für die verschiedenen Vorstufen und Teilprozesse unterschiedlich, daher sollen diese noch einmal durchgegangen werden.

Vorstufe a: Irrelevante Inhalte

Therapeuten sollten in der Therapie schlicht und ergreifend nicht zulassen, dass sich ein Klient auf dieser Vorstufe aufhält: Therapie ist vollständig sinnlos, wenn Klienten über irrelevante Inhalte reden! Daher sollten Therapeuten hier auf die Meta-Ebene gehen, dem Klienten den Sinn von Therapie erläutern und deutlich machen, dass der Klient

- über sich reden muss,
- darüber reden muss, was ihn stört, belastet, behindert usw.

Therapeuten müssen hier eine *Satzung* machen, denn man findet als Therapeut von irrelevanten Themen aus so gut wie keine Vertiefungsmöglichkeiten. Das bedeutet: Therapeuten müssen den Klienten im Grunde „verbieten“, im Therapieprozess über irrelevante Inhalte zu sprechen!

Vorstufe b: Intellektualisierung

Unter Aspekten der Klärung sind Intellektualisierungen *vollständig sinnlos*. Therapeuten sollten sich diese deshalb nicht anhören und Klienten aus dieser Stufe so schnell wie möglich – sobald es die Beziehung erlaubt – rausbringen.

Dazu können Therapeuten auf Meta-Ebene gehen und dem Klienten erläutern,

- wozu Klärungsprozesse wichtig sind, was man damit will,
- was Klärungsprozesse bedeuten,
- warum man sich nicht mit unvaliden Theorien auseinander setzen sollte,
- dass man am Besten mit einer konkreten Problemsituation beginnt.

Therapeuten können auch versuchen, den Klienten nach solchen Situationen zu fragen oder können solche Situationen aufgreifen, wenn Klienten welche ansprechen und versuchen, die Klienten dabei zu halten.

Vielfach ist Intellektualisierung jedoch eine Vermeidungsstrategie – in dem Fall muss der Therapeut Vermeidung bearbeiten (vgl. Sachse, 1991, 1993, 1995a, 1995b, 1997, 1998, 2006b). Zeigt ein Klient in höherem Maße Vermeidungstendenzen, dann reichen „normale“ Bearbeitungsangebote des Therapeuten nicht mehr aus.

Vorstufe c: Allgemeine Problembeschreibung

Eine allgemeine Problembeschreibung kann vom Therapeuten genutzt werden, Folgendes zu tun:

- Der Therapeut sollte mit dem Klienten klären, welche Probleme der Klient überhaupt aufweist.
- Der Therapeut sollte mit dem Klienten klären, wie man jedes einzelne Problem *benennen und definieren* kann.
- Therapeut und Klient sollten klären, wie man die einzelnen Probleme (vorläufig) voneinander abgrenzen kann.

Therapeut und Klient sollten dann entscheiden, mit welchem Problem begonnen werden soll. Ist dies klar, dann kann der Therapeut den Klienten auffordern, zu dem nun zu bearbeitenden Problem eine typische Situation zu schildern, an der man das Problem nun konkret klarmachen kann.

Im Therapieprozess ist es von großer Wichtigkeit, dass Therapeuten Klienten dazu anleiten, überhaupt relevante, konkrete, problematische Situationen zu finden und zu definieren: Klienten sollen nicht abgehoben über Probleme sprechen, sie sollen nicht unkonkret und allgemein „erzählen“. Sie sollen vielmehr für ein Problem eine paradigmatische Situation finden, an der man das Problem konkret festmachen kann!

Teilprozess 1: Bericht

Haben Klienten eine Situation gefunden, die für ein Problem „typisch“ ist, dann sollten Therapeuten die Klienten dazu anregen,

- bei dieser Situation zu bleiben und *nicht* weitere Situationen aufzuzählen und zu „erzählen“;
- sich so genau wie möglich an die Situation zu erinnern und sie *konkret* und so detailliert wie möglich zu schildern;
- die Situation auf sich wirken zu lassen, also die Situation *nicht* zu analysieren, sondern vielmehr gedanklich „in die Situation einzutauchen“ und sie möglichst plastisch wiederzuerleben.

Teilprozess 2: Fokalisieren auf interne Verarbeitungsprozesse

Der Klient soll nun „seinen Aufmerksamkeitsfokus umschalten“ und eine interne Perspektive einnehmen und sich gleichzeitig auf *solche* Aspekte konzentrieren, die die Situation in ihm auslöst (also auf die Verarbeitungsprozesse konzentrieren, die durch die Schemata determiniert werden). Dabei kann der Klient oft als erstes *Erinnerungen* abrufen darüber, was er in der erinnerten Situation gedacht und gefühlt hat (manchmal erhält ein Therapeut aber auch schon *direkt* eine Schemaaktivierung (Teilprozess 3) und der Klient konzentriert sich auf die *aktuellen* Verarbeitungsprozesse, d.h. der Klient *überspringt* hier sozusagen einen Teilprozess; dies kann der Therapeut aber nicht direkt ansteuern, sondern es wird dadurch determiniert, was die Interventionen des Therapeuten *im Klienten* auslösen.).

Fragen des Therapeuten, die sowohl den Wechsel in eine interne Perspektive, als auch die Fokalisierung auf Verarbeitungsprozesse anregen, sind z.B.:

- „Lassen Sie die Situation mal auf sich wirken.“
- „Was genau löst die Situation in Ihnen aus?“
- „Was genau haben Sie in der Situation gedacht?“
- „Was ist Ihnen durch den Kopf gegangen?“
- „Was haben Sie in der Situation gespürt/geföhlt?“
- „Wie haben Sie die Situation aufgefasst?“
- „Was hätten Sie in der Situation am Liebsten getan?“

Gibt der Klient hier etwas an, steigt der Therapeut sofort ein, verbalisiert und fragt weiter:

- Klient: „Ich hatte ein Unwohlsein, es ging mir nicht gut.“
- Therapeut: „Sie spürten ein Unwohlsein? Was bedeutet das? Was meinen Sie mit „Unwohlsein“?“
- Klient: „Es hat mich irritiert, was Frank gemacht hat.“
- Therapeut: „Es hat Sie irritiert. Was genau meinen Sie mit „irritiert“? Was hat Franks Verhalten ausgelöst?“

- Klient: „Irgendwie hat es mir Angst gemacht. Ich weiß auch nicht, wieso. Aber irgendwie hat es mir Angst gemacht.“
- Therapeut: „Es hat Ihnen Angst gemacht. Was genau hat Ihnen Angst gemacht? Versuchen Sie mal zu erspüren, was Ihnen Angst gemacht hat.“
- Klient: (Pause) „Sein Blick. Er hat mich eingeschüchtert.“
- Therapeut: „Eingeschüchtert. Was hat der Blick in Ihnen ausgelöst? Was geht noch in Ihnen vor, wenn Sie Franks Blick sehen?“
- Klient: „Er ist irgendwie böse auf mich – denke ich.“
- Therapeut: „Er ist böse. Nehmen wir mal an, er ist böse. Was macht Ihnen daran Angst?“

Der Therapeut greift immer zuerst auf, was der Klient sagt oder meint; dies tut er, um zu signalisieren, dass er zuhört, dass er akzeptiert, dass er dem Klienten folgt – dies sind Maßnahmen der kommunikativen Validierung, aber auch der Beziehungsgestaltung - Beziehungsgestaltung geht auf Mikroebene immer in den Klärungsprozess ein!

Dann stellt der Therapeut konkretisierende, weiterführende Fragen, die es dem Klienten erlauben, Schritt für Schritt die *Bedeutung* (!) seines Denkens, Fühlens und Handelns zu verstehen. Damit kann manchmal eine Schemaaktivierung erreicht werden (wodurch dann Teilprozess 3 beginnt) oder man geht schon in Teilprozess 4 über, in dem man langsam Schemaaspekte zu rekonstruieren beginnt.

Teilprozess 3: Schema-Aktivierung

Schema-Aktivierungen entstehen oft auf Phase 2, wenn der Therapeut mit dem Klienten erarbeitet, was genau eine Situation im Klienten auslöst. Sobald dem Klienten klar wird, was er genau denkt und was das bedeutet, was er denkt, kann das ein Schema aktivieren. So kann dem Klienten z.B. klar werden, dass er die Reaktion des Chefs als Abwertung empfindet und den Eindruck hat, der Chef traue ihm nichts zu. Diese Erkenntnis kann dann ein Schema „Ich bin ein Versager.“ aktuell triggern, mit allen aktuellen kognitiven und affektiven Konsequenzen.

Damit genügt es oft schon für eine Schema-Aktivierung, wenn ein Therapeut in Phase 2 genau klärt, was eine Situation im Klienten auslöst. Selbst wenn der Klient sich zuerst „nur“ an Verarbeitungen erinnert, so kann auch eine Klärung der Bedeutungen zu einer aktuellen Schema-Aktivierung führen.

Man kann aber auch Schemata aktivieren, wenn man den Klienten bittet, sich eine problematische Situation und – vor allem – die darin enthaltenen relevanten Situationsaspekte möglichst plastisch vorzustellen und die Vorstellung auf sich wirken zu lassen – oft löst dann

allein die Vorstellung, wenn der Klient alle Kontrollprozesse „ausschaltet“, eine Aktivierung des Schemas aus.

Therapeuten können vor allem dann eine Schema-Aktivierung erreichen, wenn sie schon wissen, welche Bedeutungen im Schema stehen, und zwar an relevanter, zentraler Stelle im Schema. Geben sie dem Klienten dann diese Bedeutung vor, kann der Klient oft eine Schema-Aktivierung nur noch schwer verhindern, denn die Aussage des Therapeuten „trifft den wunden Punkt“. Manchmal können Therapeuten aus den bisherigen Aussagen Schlüsse über Schema-Elemente ziehen und dem Klienten dann eine explizierende Intervention vorgeben. Z.B. berichtet der Klient von einer Auseinandersetzung mit seiner Mutter. Der Dialog konzentriert sich darauf, dass der Klient sich von seiner Mutter nicht ernstgenommen fühlt und der Therapeut expliziert, verbunden mit einer Frage: „Wie wirkt das auf Sie, wenn Sie denken, Ihre Mutter sagt Ihnen: „Du bist mir nicht wichtig.“?“ Daraufhin wird der Klient traurig und es beginnt eine Klärung im Teilprozess 4.

Therapeuten bemerken eine Schema-Aktivierung an verschiedenen Indikatoren, z.B.:

- Der Klient wirkt engagiert, wirkt betroffen, wirkt (stark) beteiligt.
- Der Klient wird von Gedanken „überschwemmt“; die Gedanken wirken spontan, nicht ausgedacht, nicht geplant, oft (auf den ersten Blick) irrational, unlogisch.
- Der Klient zeigt affektive Reaktionen: Veränderungen der Stimme, rote Flecken auf der Haut, körperliche Reaktionen wie Kloß im Hals, Druck auf der Brust, Schwitzen.
- Der Klient zeigt emotionale Reaktionen wie Traurigkeit, Wut o.ä.

Der Klient redet nicht mehr distanziert, sondern er ist „voll dabei“, ist stark durch das gerade aktualisierte Schema bestimmt.

Teilprozess 4: Fokalisierung der Fragestellung auf das Schema

Dieser Teilprozess ist, wie gesagt, das Kernstück des Klärungs- oder Explizierungsprozesses. Der Klient ist voll auf seine internalen Prozesse und auf die Frage konzentriert, was diese für ihn bedeuten, auf welche Schema-Annahmen sie zurückgehen. Er intellektualisiert nicht, sondern er „lässt die Antworten entstehen“.

Therapeuten sollten in dieser Phase zweierlei tun:

- Sie sollten den intuitiv-holistischen Suchmodus des Klienten anregen und fördern.
- Sie sollten den inhaltlichen Suchprozess aktiv unterstützen.

Den intuitiv-holistischen Modus fördern Therapeuten dadurch, dass sie

- dem Klienten Zeit lassen, keinen Druck machen,
- dem Klienten Pausen gönnen, in die sie nicht „reinquatschen“,

- dem Klienten auch sagen: „Lassen Sie sich Zeit.“,
- dem Klienten sagen: „Lassen Sie die Antwort aus dem Gefühl kommen.“; „Schauen Sie mal, was kommt.“; „Lassen Sie es einfach zu.“.

Vor allem ist es wichtig, eine hochgradig akzeptierende, unterstützende, empathische Atmosphäre zu schaffen.

Inhaltlich muss der Therapeut den Prozess durch prozessdirektive Fragen und durch Explizierungen fördern.

Der Therapeut muss immer wieder vertiefende Fragen stellen, z.B.:

- „Was genau meinen Sie mit „Angst“?“
- „Was ist in Ihnen, das Ihnen Angst macht?“
- „Was genau bedeutet der „Kloß im Hals“?“
- „Was verbinden Sie damit?“

Durch Prozessdirektiven muss der Therapeut den Klienten aber immer am Prozess halten (meist verbunden mit vertiefenden Fragen), z.B.:

- „Bleiben Sie mal bei dem, was Sie im Hals spüren. Fragen Sie sich mal, was das bedeutet.“
- „Bleiben Sie mal bei dem Gefühl: Sie ärgern sich darüber, dass Sie Ihr Auto nicht in die Parklücke gekriegt haben. Was genau ist so schlimm daran, das Auto nicht einparken zu können?“

Der Therapeut muss dem Klienten aber – und vor allem (!!) – *aktiv* dabei helfen, Schemainhalte zu rekonstruieren und zwar durch *Explizierungen*: Explizierungen sind Interventionen, bei denen der Therapeut aufgrund seines Verstehens bereits *nachvollziehbar und belegbar* rekonstruiert hat, welche Inhalte im Schema des Klienten stehen und die er dem Klienten als Erkenntnis *zur Prüfung anbietet*. Der Therapeut macht den Klärungsprozess an dieser Stelle stellvertretend für den Klienten, wobei er dem Klienten eine *gut fundierte* (!!) Hypothese darüber anbietet, welche relevanten Inhalte der Klient hat. Der Klient muss diese Hypothese immer prüfen, vor allem affektiv, und feststellen, ob die Hypothese stimmt, ob er sie annehmen kann, ob sie ihm evident erscheint. Stimmt die Hypothese und der Klient kann sie annehmen, macht der Klärungsprozess einen *qualitativen Sprung*: Dem Klienten wird unmittelbar etwas deutlich, er versteht Aspekte seines Schemas und ihm wird einiges klarer und deutlicher.

Ein Therapeut, der Aspekte des Schemas eines Klienten bereits verstanden hat, kann Folgendes sagen:

- Klient: „Ich ärgere mich darüber, dass ich mein Scheiss-Auto wieder nicht in die verdammte Parklücke gekriegt habe.“
- Therapeut: „Sie haben das wieder als persönliches Versagen erlebt.“
- Klient: „Ja genau, ganz genau! Ich habe wieder mal versagt!“
- Therapeut: „Eigentlich denken Sie, Sie sind ein Versager.“
- Klient: (Pause) „Ja.“ (Pause) „Das denke ich oft, das fühle ich auch oft.“

Die Explizierung des Therapeuten bringt den Prozess ganz schnell voran – erkennbar ist aber auch, dass Therapeut und Klient eine gute, vertrauensvolle Beziehung haben müssen, die der Therapeut kontinuierlich pflegen muss, damit sich der Therapeut eine solche Aussage „leisten“ kann. Kann er das, führen Explizierungen jedoch *sehr effektiv* zu Klärungen!

Teilprozess 5: Rekonstruktion

Im Teilprozess 5 *gelingt* dem Klienten eine Rekonstruktion von Schema-Aspekten.

Nun sollte der Therapeut „dranbleiben“ und versuchen, das Netzwerk des Schemas weiter zu klären.

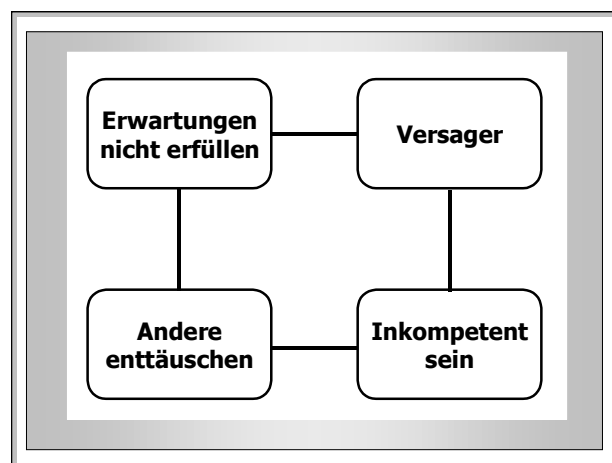
Hat der Klient z.B. den Inhalt rekonstruiert „Ich bin ein Versager.“, dann kann der Therapeut weiter in die Netzwerkstrukturen hineinfragen, z.B.:

- „Was verbinden Sie mit „Versager“?“
- „Was heißt es für Sie ganz persönlich, ein Versager zu sein?“
- „Was bedeutet für Sie „Versager“, was steckt da noch für Sie drin?“

Der Klient kann nun z.B. erkennen, dass Versager heißt:

- Erwartungen wichtiger Anderer nicht erfüllen zu können;
- inkompetent zu sein;
- andere zu enttäuschen u.a.

Damit sind aber bereits einige Verbindungen klar:



Der Therapeut kann aber nun auch systematisch die zweite Schema-Ebene ansteuern, z.B. mit Fragen wie:

- „Was heißt das für Sie, ein Versager zu sein? Was sind Sie, wenn Sie ein Versager sind?“
- „Welche Konsequenzen hat es, ein Versager zu sein?“

Stellt ein Therapeut solche Fragen, dann sollte er aber klarmachen, dass er eruieren will, welche *Konsequenzen im Schema* stehen *und nicht*, welche Konsequenzen dies heute in der Realität hätte. Daher muss er dem Klienten klarmachen:

- „Schauen Sie mal nicht auf die Realität. Ich möchte nicht klären, welche Konsequenzen das für Sie in der Realität hätte, ein Versager zu sein.“
- „Schauen Sie mal nur auf Ihr Gefühl. Was sagt das? Was wäre schlimm daran, ein Versager zu sein?“

Folgt der Klient diesen Fragen, dann können Konsequenz-Annahmen des Schemas deutlich werden, z.B.:

- „Wenn ich ein Versager bin, werde ich abgelehnt.“
 - „Wenn ich ein Versager bin, bin ich wertlos.“
- „Wenn ich ein Versager bin, habe ich keine Existenzberechtigung.“

Der Therapeut kann nun weiterfragen, um Aspekte der dritten Schemaebene deutlich werden zu lassen, d.h. um die persönliche Relevanz der herausgearbeiteten Annahmen und Konsequenzen für den Klienten zu klären. Hier sind Fragen hilfreich wie: „Wie wäre es für Sie, abgelehnt zu werden?“, „Wenn das tatsächlich so wäre, wie würden Sie sich fühlen?“, „Was genau daran wäre schlimm für Sie?“ Hierdurch können v.a. affektive Schemaanteile deutlich werden.

Am Ende des Klärungsprozesses ist idealerweise ein relevantes Schema des Klienten hinreichend genug geklärt, um in der nächsten Therapiephase das Schema bearbeiten zu können. Hierfür bietet sich v.a. das sogenannte „Ein-Personen-Rollenspiel (EPR)“ an (Sachse, 1983, 2006c), da mit dieser Technik sowohl eine Bearbeitung kognitiver als auch affektiver Schema-Anteile ermöglicht werden kann, und außerdem auch motivationale Strategien eingesetzt werden können. Damit setzen die nun folgenden lösungsorientierten Strategien effektiv und passgenau am problemrelevanten Schema des Klienten an (für weitere Ausführungen hierzu siehe Sachse, Püschel, Fasbender & Breil, 2008).

Literatur

- Bransford, J.D. & McCarrell, N.S. (1975). A sketch of cognitive approach to comprehension: Some thoughts about understanding what it means to comprehend. In: W. Weiner & D.S. Palermo (Eds), *Cognition and the symbolic processes*, 189-229. Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- Carver, C.S. & Scheier, M.F. (1981). *Attention and self-regulation: A control theory approach to human behavior*. New York: Springer.
- Carver, C.S. & Scheier, M.F. (1982). Outcome expectancy, locus-attributions for expectancy, and self-directed attention as determinants of evaluation and performance. *Journal of Experimental Social Psychology*, 18, 184-200.
- Carver, C.S. & Scheier, M.F. (1985a). Aspects of self, and the control of behavior. In: B.R. Schlenker (Ed.), *The self and social life*, 146-174. New York: Mc Graw-Hill.
- Carver, C.S. & Scheier, M.F. (1985b). Self-Consciousness, expectancies, and the coping process. In: T.M. Field, P.M. McCabe & N. Scheidemann (Eds.), *Stress and Coping*, 305-330. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Duval, S & Wicklund, R. (1972). *A theory of objective self-awareness*. New York: Academic Press.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Horowitz, M.J. (1987). *States of Mind*. New York: Plenum Medical Book Company.
- Loftus, E.F. (1975). Leading questions and eyewitness report. *Cognitive Psychology*, 7, 560-572.
- Loftus, E.F. & Palmer, J.C. (1974). Reconstruction of Automobile Destruction: An Example of the Interaction between Language and Memory. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior*, 13, 585-589.
- Sachse, R. (1986a). *Gesprächspsychotherapie*. Kurseinheit zum Kurs „Formen der Psychotherapie“ im Projekt „Wege zum Menschen“ der Fern-Universität Hagen.
- Sachse, R. (1986b). Was bedeutet „Selbstexploration“ und wie kann ein Therapeut den Selbstklärungsprozeß des Klienten fördern? Versuch einer theoretischen Klärung mit Hilfe sprachpsychologischer Konzepte. *GwG-Info*, 64, 33-52.

- Sachse, R. (1991). Gesprächspsychotherapie als „affektive Psychotherapie“: Bericht über ein Forschungsprojekt. Teil 1 in *GwG-Zeitschrift* 83, 30-42. Teil 2 in *GwG-Zeitschrift* 84, 32-40.
- Sachse, R. (1992a). *Zielorientierte Gesprächspsychotherapie – Eine grundlegende Neukonzeption*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (1992b). Zielorientiertes Handeln in der Gesprächspsychotherapie: Zum tatsächlichen und notwendigen Einfluss von Therapeuten auf die Explizierungsprozesse bei Klienten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 21, 286-301.
- Sachse, R. (1993). Gesprächspsychotherapie mit psychosomatischen Klienten: Eine theoretische Begründung der Indikation. In: L. Teusch & J. Finke (Hrsg.), *Die Explizierung der Krankheitslehre der Gesprächspsychotherapie auf der Ebene eines sprachpsychologischen Modells*, 173-193.
- Sachse, R. (1995a). *Der psychosomatische Klient in der Praxis: Grundlagen einer effektiven Therapie mit „schwierigen“ Klienten*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Sachse, R. (1995b). Zielorientierte Gesprächspsychotherapie: Effektive psychotherapeutische Strategien bei Klienten und Klientinnen mit psychosomatischen Magen-Darm-Erkrankungen. In: J. Eckert (Hrsg.), *Forschung zur Klientenzentrierten Psychotherapie: Aktuelle Ansätze und Ergebnisse*, 27-49. Köln: GwG.
- Sachse, R. (1996a). *Praxis der Zielorientierten Gesprächspsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (1997). Clientgerichte Psychotherapie bij psychosomatische stoornissen. *Tijdschrift voor Clientgerichte Psychotherapie*, 35, 5-32.
- Sachse, R. (1998). Goal-oriented Client-centered Psychotherapy of Psychosomatic Disorders. In: L. Greenberg, J. Watson & G. Lietaer (Eds.), *Handbook of experiential Psychotherapy*, 295-327. New York: Guilford.
- Sachse, R. (1999). *Lehrbuch der Gesprächspsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2003a). *Klärungsorientierte Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2003b). *Von der Gesprächspsychotherapie zur Klärungsorientierten Psychotherapie*. Bochum: Institut für Psychologische Psychotherapie.
- Sachse, R. (2005). Motivklärung durch Klärungsorientierte Psychotherapie. In: J. Kosfelder, J. Michalak, S. Vocks & U. Willutzki (Hrsg.), *Fortschritte der Psychotherapieforschung*, 217-231. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2006a). Klärungsorientierte Psychotherapie. In: R. Sachse & P. Schlebusch (Hrsg.), *Perspektiven Klärungsorientierter Psychotherapie*, 15-45. Lengerich: Pabst.

- Sachse, R. (2006b). *Psychologische Psychotherapie bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R., Püschel, O., Breil, J. & Fasbender, J. (2008). Klärungsorientierte Schema-Bearbeitung. Die therapeutische Veränderung kognitiver und affektiver Schemata. Göttingen: Hogrefe.
- Scheier, M.F. & Carver, C.S. (1983). Self-directed attention and the comparison of self with standards. *Journal of Experimental Social Psychology*, 19, 205-222.
- Tulving, E. (1972). Episodic and semantic memory. In: E. Tulving & W. Donaldson (Eds.), *Organization of memory*, 382-403. New York: Academic Press.