

Kapitel 17

Sandra Schirm

Rainer Sachse

Schematherapie und Klärungsorientierte Psychotherapie: Ein Vergleich

1 Einleitung

Komplexe psychotherapeutische Verfahren zu vergleichen ist eine schwierige Aufgabe: Ein psychotherapeutisches Verfahren ist ein hoch komplexes Gebilde, das viele Einzel-Aussagen, vor allem aber viele Relationen zwischen Aussagen enthält. Auf diese Weise werden ähnliche konzeptionelle Probleme auf ganz unterschiedliche Art und Weise gelöst. An Stellen, wo Verfahren 1 eine Lösung anbietet, hat Verfahren 2 scheinbar gar keine Lösung: Bei genauerem Hinsehen wird dann aber klar, dass die Lösung nur an anderer Stelle und durch andere Mittel geschaffen wird. Daher ist ein Vergleich auf der „Oberfläche“ kaum möglich, es erfordert vielmehr ein tieferes Verstehen der Verfahren.

Da wir jedoch keine ausgewiesenen Experten in Schema-Therapie sind, ist nicht völlig klar, ob uns der Vergleich von Klärungsorientierter Psychotherapie und Schematherapie wirklich gut gelingt. Wir sind daher offen für alle Kritik.

Dennoch wollen wir uns an einen Vergleich wagen, da wir glauben, dass Klärungsorientierte Psychotherapie (KOP) über weite Strecken psychologisch besser fundierte Konzepte aufweist, sowohl auf theoretischer, als auch auf praktischer Ebene, besser ausgestaltete Vorgehensweisen der Beziehungsgestaltung, der Informationsverarbeitung, vor allem der Klärung, aber auch der Schema-Bearbeitung als Schema-Therapie.

Dies möchten wir deutlich machen, um zu zeigen, dass KOP einen Vergleich mit Schema-Therapie keineswegs scheuen muss, sondern durchaus durchdachte, gut psychologisch fundierte und hoch praxisorientierte Konzepte anzubieten hat.

2 Ziele der Therapie

Bereits im Hinblick auf Therapieziele zeigt sich eine große Differenz der beiden Verfahren. Young et al. (2005, Seite 66) formulieren wie folgt: „Das letztendliche Ziel der Schematherapie ist die Heilung der Schemata.“

Dieses Therapieziel ist aber nach psychologischen Erkenntnissen illusorisch. Nach Dalgleish und Power (1999) ist die vollständige Löschung von Schemata, wie sie für eine „Heilung“ notwendig wäre, unmöglich. Schemata können immer nur „gehemmt“, nie aber „gelöscht“ werden.

Wir gehen ebenfalls davon aus, dass die Schemata, wenn sie rigide und überschießend sind und damit negative Effekte für den Klienten produzieren, verändert werden sollten.

„Verändern“ von Schemata bedeutet daher in der KOP zweierlei: Dysfunktionale Schemata müssen, nachdem sie hinreichend geklärt und verstanden worden sind, gehemmt werden: Ihre Aktivierbarkeit muss (stark) reduziert werden.

Parallel dazu müssen dann neue, funktionale Schemata aufgebaut werden. Dazu sind einerseits ausgefeilte therapeutische Techniken zur Schema-Klärung entwickelt worden (Sachse, 1992a, 1996a, 1996b, 2000a, 2000b, 2000c, 2003, 2006a, 2008a, 2011, 2013a; Sachse & Breil, 2011; Sachse & Fasbender, 2014; Sachse, Fasbender & Sachse, 2011a, 2011b; Sachse & Sachse, 2011; Sachse et al., 2009a, 2009b), als auch spezifische Techniken zur Schema-Hemmung und zur Entwicklung von Alternativ-Schemata, insbesondere das „Ein-Personen-Rollenspiel“ (Breil & Sachse, 2009; Sachse, 1983, 2006b, 2013b, 2015; Sachse & Fasbender, 2013; Sachse, Fasbender, Breil & Sachse, 2011; Sachse, Püschel, Fasbender & Breil, 2008).

Auf dem Weg der „Heilung“ sollen Klienten in der Schematherapie lernen, „die Schemaaktivierungen möglichst rasch zu erkennen, die Bewältigungsreaktion zu unterbrechen und zu den neuen Lösungen zu wechseln bzw. „überzusteigen“ (Roediger, 2009, Seite 57)“. Dies ist auch teilweise das gewünschte Ergebnis der Therapie, d.h., wenn die Schemata nicht „heilbar“ sein sollten, so muss zumindest das resultierende Verhalten verändert werden. Die „Vizelösung“ wird also ebenfalls akzeptiert: „In der Therapie wird versucht, die letztlich unvermeidbare Schemaaktivierung von der Ausführung der Bewältigungsreaktion zu trennen, um neue, erwachsene Bewältigungsreaktionen zu initiieren. Ziel der Therapie ist also ausdrücklich *nicht*, das durch die Schemaaktivierung bewirkte Erleben zu verhindern (z.B. Angstgefühle oder Anspannung), sondern die symptomverstärkenden Handlungen zu verändern, also nicht panisch zu reagieren, depressiv zu grübeln oder zum Spannungsabbau zu trinken.“ (Roediger, 2009, Seite 31). Insgesamt sollen Klienten also lernen, auf eine „gesunde Weise gegen ihre Schemata anzukämpfen“ (Rafaeli et al., 2013, Seite 40).

Es wird also nicht die Veränderung der kognitiven Schemainhalte zum Ziel erklärt; nur das aus dem Schema resultierende Verhalten soll verändert und die Aktivierung verhindert werden. Ein Klient mit Angst vor einer Prüfung soll lernen, die Aktivierung des negativen Selbstschemas zu erkennen und z.B. nicht zu prokrastinieren oder die Prüfung zu vermeiden.

In der KOP wird jedoch weit darüber hinaus gegangen: Eine reine Verhaltensänderung ohne Modifikation zugrundeliegender Muster führt zu einer Selbstkontrolle. Diese ist nur begrenzt verfügbar, sodass Klienten, wenn sie auf dieser Ebene der Veränderung stehen bleiben, ständig volitional gegenhandeln müssen: das Verhalten wird nicht automatisiert.

Die Klärungsorientierte Psychotherapie hingegen hat das Ziel, den Klienten (wieder) *zu einer funktionalen Selbstregulation zu befähigen* (Sachse et al., 2009a). Diese soll er erlangen, indem er

- seine dysfunktionalen Schemata klärt und damit versteht: dadurch weiß er, welche Inhalte bearbeitet werden müssen;
- seine dysfunktionalen Schemata systematisch hemmt, damit sie kaum noch aktiviert werden können;
- zu diesen Schemata alternative Schemata aufbaut und so trainiert, dass *diese* Schemata vorrangig aktiviert werden;
- Strategien lernt, mit eventuell doch noch aktivierten Schemata konstruktiv umzugehen.

Außerdem soll der Klient

- seine impliziten Ziele und Motive klären, um zu wissen, was er „eigentlich“ will
- und Entscheidungen treffen, an welchen Stellen er diesen Motiven folgen will.

Die KOP geht nach den Ergebnissen vieler Prozessforschungsstudien (Frohburg & Sachse, 1992; Kramer & Sachse, 2010, 2013; Sachse, 1988a, 1988b, 1990a, 1990b, 1990c, 1991a, 1991b, 1991c, 1992a, 1992b, 1992c, 1992d, 1993; Sachse & Maus, 1987, 1991; Sachse & Sachse, 2009) davon aus, dass Klienten relevante Schemata keineswegs repräsentiert haben und solche Schemata auch nur langsam und mit starker Unterstützung durch den Therapeuten klären können.

Da Klienten anfänglich internale Determinanten (Schemata) nicht repräsentiert oder Probleme mit der Introspektion haben (Sachse, 2006e), ist die Klärung ein wichtiges (Zwischen-)Ziel. Es kann aber nur erreicht werden, wenn Therapeuten spezifische Klärungsinterventionen über

einen längeren Zeitraum systematisch anwenden (vgl. Sachse, 1992c, 2003; Sachse & Fasbender, 2010).

Auch die Bearbeitung der Schemata ist von großer Bedeutung, wobei davon ausgegangen wird, dass Schemata nicht gelöscht werden können. Es geht letztlich darum, dysfunktionale Schemata aktiv zu hemmen und alternative Schemata aufzubauen (durch z.B. Integration von Ressourcenschemata oder die Zusammenführung eines doppelten Selbstkonzepts). Dadurch wird neues Verhalten ermöglicht, dessen Ausführung dem Klienten immer weniger Mühe bereitet und rasch automatisiert.

Indem Klienten systematisch trainiert werden, Klärungsprozesse durchzuführen, verbessert sich ihre Introspektionsfähigkeit soweit, dass sie selbständig ihre psychischen Prozesse beobachten können. Durch die Kenntnis der internalen Determinanten sind sie zu einer selbstbestimmten Handlungsregulation in der Lage.

3 Phasenorientiertes vs. Prozessorientiertes Vorgehen

Die Schematherapie wird in drei Phasen eingeteilt (Roediger, 2009; Young et al., 2005; Zarbock, 2014):

- a) Diagnostik (die mit der Edukation des Klienten und Mitteilung des Fallkonzepts endet),
- b) die Phase der Veränderung und
- c) Therapiebeendigung.

Es wird also davon ausgegangen, dass die für den Therapieprozess relevanten Informationen am Anfang der Therapie erhoben werden können und somit eine Planung der restlichen Therapie vorgenommen werden kann. Therapeuten werden explizit angehalten, dem manualisierten Ablauf zu folgen (Roediger, 2013).

Nach Ergebnissen der KOP

- weisen viele Klienten zu Therapiebeginn gar nicht genügend Vertrauen auf, um sich zu öffnen;
- haben Klienten ihre Schemata gar nicht so gut repräsentiert, dass sie valide darüber Auskunft geben könnten.

Daher geht die KOP davon aus, dass valide Schema-Information in aller Regel *nicht* in den ersten Stunden zur Verfügung steht und auch *nicht* valide durch Befragungen oder durch Fragebögen erhoben werden kann (Sachse, 2006c, 2006d; Sachse, Breil & Fasbender, 2011). Zudem liegt der affektive Anteil eines Schemas im Dunkeln – eine der wichtigsten Aufgaben von Therapeuten muss es sein, die emotionalen Strukturen zu aktivieren und damit eine tiefere Klärung zu ermöglichen (vgl. Sachse & Takens, 2004).

Für die KOP werden ebenfalls Phasen definiert: Es wird allerdings davon ausgegangen, dass es von verschiedenen Faktoren abhängt, wie lang eine Phase dauert: Vom Vertrauen des Klienten, von Art und Schwere der Störung etc.

Daher muss ein Therapeut eine Phase so lange realisieren, bis ein Übergang zu einer neuen Phase möglich ist.

Zum Beispiel muss für eine suffiziente Schemaklärung der Klient in der Lage sein, interne Prozesse (wie z.B. Emotionen) zu beobachten und zu beschreiben. Dazu ist nicht jeder in der Lage; es müssen also Voraussetzungen für die Klärung geschaffen werden (z.B. sollte der Klient eine interne Perspektive einnehmen können). Diese werden durch den Einsatz spezieller Strategien geschaffen (Aufbau einer tragfähigen Beziehung hinsichtlich personalem und fachlichem Vertrauen, Bearbeitung von Vermeidung, Erarbeitung eines Arbeitsauftrags, etc.; Sachse et al., 2008).

Wichtig zu bedenken ist, dass

- für jeden Teilbereich (z.B. für jedes Schema) analysiert werden muss, ob die Voraussetzungen vorhanden sind,
- insofern auch einige Strategien mehrmals angewandt werden müssen,
- es prinzipiell mit jedem Erkenntnisgewinn auch einen Wechsel in den Therapiezielen geben kann. Insofern ist die Psychotherapie auch nur begrenzt planbar; Therapeuten müssen sich prozessorientiert verhalten und mit jeder neuen Erkenntnis einschätzen, ob es eine Indikation für die Neuausrichtung der Therapie gibt.

Sachse (2003) spricht diesbezüglich von einem „Wechsel von Chaos und Struktur“ und misst den chaotischen Phasen große Bedeutung bei: der Klient bringe dann neue, relevante Informationen ein. Insofern sei Psychotherapie vergleichbar mit dem Erforschen eines neuen Territoriums: „Kommt ein Forscher über ein Gebirge, so eröffnet sich ihm eine Landschaft,

die er nur sehr gezielt und systematisch erkunden kann und muss. Hinter dem nächsten Hügel kann die Landschaft aber wieder völlig anders aussehen.“ (Seite 62).

4 Motive

In den Veröffentlichungen zur Schematherapie werden verschiedene Motive als zugrunde liegend definiert (vgl. auch Zarbock, 2014). Beispielsweise liegt eine Aufzählung von Rafaeli, Bernstein und Young (2013) vor, die nach Jacob und Arntz (2014) vor allem auf klinischer Erfahrung beruht:

- Sichere Bindung (beinhalte Sicherheit, Stabilität, nährende Zuwendung, Akzeptiertwerden),
- Autonomie, Kompetenz und Identitätsgefühl,
- Freiheit, berechtigte Bedürfnisse und Emotionen auszudrücken,
- Spontaneität und Spiel,
- Welt mit realistischen Grenzen.

Die inhaltliche Ausgestaltung bleibt unklar; eine relevante Frage ist beispielweise, ob es sich hier auch um Vermeidungsziele handeln könnte. Die Frage ist also, ob ein Bedürfnis nach „Freiheit“ zu haben bedeutet, Einschränkungen vermeiden zu wollen – denn vollständige Freiheit zu erlangen, dürfte schwer möglich sein. Vermeidungsziele aber korrelieren hoch mit psychischer Belastung (Grawe, 2004). Roediger (2009) bezieht sich hingegen auf vier seelische Grundbedürfnisse (unter Bezugnahme auf Grawe et al., 1994):

- Verlässliche Bindung zu anderen Menschen,
- Sicherheit, Orientierung bzw. Kontrolle,
- Selbstwerterhöhung,
- Lust oder Unlustvermeidung.

Hier wird die Heterogenität der Schematherapie sichtbar: es bleibt unklar, ob und auf welche Konzepte oder psychologische Theorien sie sich bezieht. Dies betrifft nicht nur die Auswahl der Motive, sondern z.B. auch das Konzept „Schema“ als solches. Dies ist u.E. ein Kernproblem der Schematherapie: es scheint, wenn überhaupt, nur wenige Bezüge zu psychologischem Grundlagenwissen zu geben.

Die Klärungsorientierte Psychotherapie unterscheidet 6 Motive, die inhaltlich differenziert werden, um eine saubere Diagnostik zu ermöglichen (z.B. Sachse, 2001):

- Anerkennung (der Wunsch nach positiver Definition und Wertschätzung)

- Wichtigkeit (der Wunsch danach, im Leben einer relevanten Bezugsperson eine Bedeutung zu haben)
- Verlässlichkeit (der Wunsch nach belastbarer, dauerhafter und vorhersagbarer Beziehung)
- Solidarität (der Wunsch nach Schutz und Unterstützung)
- Autonomie (der Wunsch, in einer Beziehung eigene Interessen leben zu können und dabei angemessen unterstützt zu werden)
- Territorialität (der Wunsch nach einem sicheren Raum, über den bestimmt werden kann und in den andere nicht ungefragt eindringen können)

Einzelne dieser Motive verbleiben durch Frustration in der Kindheit hoch in der Bedürfnishierarchie (vgl. Maslow, 1954), vergleichbar mit Hunger (Langens, 2009), und lassen den Betroffenen nach Erfüllung streben. Es wird davon ausgegangen, dass die dominanten Motive oft nicht im bewussten Selbstkonzept von Menschen repräsentiert sind. Dies kann im schlimmsten Fall zu Alienation (nach Kuhl & Beckmann, 1994) führen: die Klienten leben an ihren Bedürfnissen vorbei. Die resultierende Unzufriedenheit kann dann die Grundlage für psychische Störungen darstellen (z.B. Sachse, 2003, 2006a).

5 Modellbildung bzw. Diagnostik

Die Schematherapie sieht zu Anfang der Therapie einen diagnostischen Prozess vor, der typischerweise zwischen 2 bis 4 Sitzungen dauert (Rafaeli et al., 2013) und dessen Resultate in einer schematherapeutischen Fallkonzeption münden (Young et al., 2005, S. 80): „Am Ende dieser Phase haben Therapeuten und Klienten ein umfassendes schemabasiertes Verständnis der Situation des Klienten entwickelt und sich auf einen schemafokussierten Behandlungsplan geeinigt.“ Dieser kann nicht vorschnell aufgrund einer DSM-IV-Diagnose oder einer Reaktion auf eine einzige Einschätzungsmodalität entwickelt werden.

Hierzu dienen verschiedene Methoden:

- ein fokussiertes Interview zur Lebensgeschichte,
- verschiedene Selbstberichtsinventare (Young Schema Questionnaire, Young Parenting Inventory, etc.), die v.a. als Grundlage für ein Gespräch zu nutzen sind und auch als Selbstbeobachtungsinstrument eingesetzt werden (vgl. Roediger, 2009),
- Selbstbeobachtung (Schematagebücher, Gedankenprotokolle),
- Beobachtungen der Interaktion in der Therapie.

Zudem wird in der Modifikationsphase eine geleitete Imagination empfohlen, die im weitesten Sinne auch der Diagnostik dienen kann. Hierzu soll der Klient eine belastende Kindheitserinnerung erinnern und in einen Dialog zwischen sich selbst als Kind und einem Interaktionspartner eintreten. In einer späteren Sitzung soll dies mit einem verstörenden Ereignis aus dem gegenwärtigen Leben erfolgen. Somit soll der Klient „die in der Kindheit liegenden Ursprünge der unbefriedigten Bedürfnisse und frühe maladaptive Schemata erkennen.“ (Rafaeli et al., 2013, Seite 86).

In der KOP wurden viele und umfangreiche Prozessstudien durchgeführt (s.o.), die belegen, dass Schemata in aller Regel

- den Klienten zu Therapiebeginn so gut wie gar nicht klar sind;
- vom Klienten auch nur schwer und mühsam, in langfristigen Prozessen hinreichend geklärt werden können;
- von Klienten ohne therapeutische Unterstützung praktisch gar nicht geklärt werden können;
- nur dann hinreichend geklärt werden können, wenn Therapeuten gezielte Strategien der Klärung anwenden.

Aufgrund dieser Erkenntnisse halten wir es für komplett illusorisch, relevante Schemata innerhalb von 4 Stunden ohne Beziehungsgestaltung und ohne gezielte Strategien auch nur ansatzweise hinreichend zu klären! Eine wirklich valide „schema-bezogene Fallkonzeption“ kann daher in aller Regel in der 4. Stunde *nicht* vorliegen, insbesondere nicht bei Klienten mit Persönlichkeitsstörungen (Sachse, 1997, 1999, 2001, 2002, 2004a, 2004b, 2006d, 2008b; Sachse, Sachse & Fasbender, 2010).

Schemata und Motive sind „Tiefenmerkmale“ eines Klienten, weshalb sie weder direkt erschließbar, noch am Anfang einer Therapie sicher repräsentiert sind. Klienten können insofern auf direkte Nachfragen nicht in der Lage sein, valide Informationen zu liefern (vgl. Sachse, Breil & Fasbender, 2011). Aufgrund dessen sind standardisierte Selbstberichte über Schemata am Anfang einer Therapie nicht empfehlenswert.

Auf den spärlichen Informationen der ersten 4 Sitzungen eine gesamte Therapie aufzubauen, ist deshalb auch nicht ratsam, da das psychologische Funktionieren eines Menschen weitaus komplexer ist und auf mehreren Ebenen betrachtet werden sollte (Sachse, 2003):

- Inhaltsebene (z.B. Welche Schemata liegen bei dem Klienten vor? Welche Bedürfnisse hat der Klient? Welche Aspekte seines Problems sind zentral?)
- Bearbeitungsebene (z.B. Vermeidet der Klient systematisch die Aktivierung von Emotionen? Sind Bedürfnisse für ihn relevante Informationen oder missachtet er sie?)
- Beziehungsebene (z.B. Präsentiert der Klient bestimmte Bilder von sich, die der Therapeut glauben soll? Möchte er ihn zu bestimmten Handlungen bewegen, die der Therapeut von sich aus nicht initiiert hätte?)

Die Beantwortung der für jede Ebene zentralen Leitfragen muss im Klärungsprozess stattfinden. Dies geschieht zunächst unabhängig von einem bestimmten Störungsmodell oder einer Vordiagnose; während der Klärungsarbeit zeigt sich ein für verschiedene Störungen charakteristisches Profil. Beispielsweise zeigen Klienten mit Persönlichkeitsakzentuierung/-störung deutliche Probleme auf der Beziehungsebene (Sachse, 1997; Sachse, Sachse & Fasbender, 2011); Psychosomatiker hingegen haben Bearbeitungsprobleme (Sachse, 2006e).

Insofern müssen diese Bestimmungsstücke mit dem Klienten durch Klärungsprozesse rekonstruiert werden, was eine gute Beziehung voraussetzt. Diese jedoch muss man u.U. erst erarbeiten, was bedeutet, dass Klienten am Anfang einer Therapie vermutlich nicht genug vertrauen, um ggf. schambesetzte und schmerzhaftes Inhalte offen zu legen. Oder es ist nötig, Klienten regelrecht in Introspektion zu trainieren, damit sie relevante psychologische Prozesse beobachten und mitteilen lernen.

Um diese Komplexität aufzugreifen sind eigens Skalen (die BIBS) entwickelt worden, die als spezifisches Prozessdiagnostikum eingesetzt werden und sich in der Forschung als reliabel und valide erwiesen haben (Sachse, Schülken & Leisch, 2006; Sachse, Schirm & Kramer, 2015).

6 Die Rekonstruktion von Schemata

Das therapeutische Verstehen in der Klärungsorientierten Psychotherapie gründet auf psychologischen Theorien der Kognitionspsychologie, der Sprach- und Kommunikationspsychologie.

Psychologisch muss man davon ausgehen, dass „Gemeintes“ und „Gesagtes“ auseinander gehalten werden müssen. Die Bedeutung einer Aussage variiert von der Art des aktivierten

Schemas, das Gesagte jedoch unterliegt verschiedenen Einflüssen (z.B. soziale Erwünschtheit, Kontrolle des Therapeuten durch lange Pausen, Manipulationen, etc.).

Im Rekonstruktionsprozess selbst müssen zudem 8 „Stufen“ unterschieden werden, auf denen sich Klienten mit ihrer Bearbeitung befinden können (Sachse & Maus, 1991; Sachse & Takens, 2004): diese beginnen bei „keine Bearbeitung relevanter Inhalte erkennbar“ und enden bei „Integration“ (zu anderen Bedeutungsaspekten, die der Klient bereits bei sich klarifiziert hat). Um den Klienten bei der Vertiefung seiner Klärungsprozesse zu unterstützen, werden für den Therapeuten verschiedene Strategien empfohlen (Sachse, 2003; Sachse et al., 2009b). Diese können grob in synthetische bzw. analytische Interventionsformen eingeteilt werden, jedoch werden auch spezielle Techniken unterschieden (z.B. die „Ja-aber“-Strategie (vgl. Sachse, 2003, 2006a) oder Explikationen (vgl. Sachse & Sachse, 2011)). Ein weiteres Verfahren ist das Focusing, welches die affektiven Schemata (oder Schemakomponenten) klärt und tiefgreifende emotionale Umstrukturierungen in Gang bringt. Auch hier werden Interventionskonzepte und konkrete Handlungen auf Mikroebene empfohlen (Sachse & Fasbender, 2011). Wichtig ist, dass die zu klärenden Schemata aktiv sein müssen; diese Aktivierung muss ggf. der Therapeut durch erlebnisaktivierende Maßnahmen (wie z.B. Imaginationen) herstellen (Sachse et al., 2008).

Die Schematherapie setzt auf das Konzept des „Gesunden Erwachsenen“, der als selbstreflexive Instanz in der Lage ist, achtsam die aktivierten Schemaaktivierungen wahrzunehmen und letztlich auch zu regulieren. Um ihn zu diesem Prozess zu befähigen, werden im Rahmen der Diagnostik am Anfang der Therapie diverse Instrumente eingesetzt. Durch Psychoedukation am Ende der diagnostischen Phase werden die Ergebnisse mitgeteilt, sodass sich die weitere Arbeit auf diese Schemata beziehen kann. Im Therapieverlauf wird im Rahmen der geleiteten Imagination herausgearbeitet, welche Gedanken/Gefühle/Wünsche der Klient in der vorgestellten Situation hat (Rafaeli et al., 2013).

Zudem wird bei Bedarf immer wieder der Interaktionsprozess zwischen Therapeut und Klient in der Sitzung unterbrochen und gemeinsam betrachtet. Durch diesen Distanzierungsvorgang können die aktivierten Modi beider Parteien analysiert werden (Roediger, 2009).

Letztlich bleibt aber unklar, wie ein solcher Klärungsprozess auf Mikroebene durchgeführt werden soll. Das verwendete Konzept („Gesunder Erwachsener“) ist inhaltlich nicht definiert. Dies bedeutet, dass Therapeuten ihre Interventionen nicht anhand von klaren Regeln ableiten

können, sondern vielfach „aus dem Bauch heraus“ aufgrund ihrer Intuition handeln müssen. Dies eröffnet einer Beliebigkeit Tür und Tor und führt zu einer Reihe von Problemen:

- Klienten können sich abgewertet fühlen (da sie sich in ihrem momentanen Zustand als abweichend vom „gesunden Erwachsenen“ definiert fühlen).
- Es entsteht ein Machtgefälle (der Therapeut hat die Definitionsmacht darüber, was einen „gesunden Erwachsenen“ ausmacht).
- Es gibt keinen Zielzustand (es bleibt unklar, anhand von welchen Kriterien das zugrundeliegende Schema ausreichend geklärt hat).
- Es gibt keine Alternativen (wenn ein Klient sich mit dieser Art der Arbeit nicht wohlfühlt, gibt es keine Möglichkeit, ihn anderweitig „abzuholen“ und ihm ein für ihn passendes Angebot zu machen). Dies erinnert stark an Paul Watzlawick: „Wer als Werkzeug nur einen Hammer hat, sieht in jedem Problem einen Nagel.“

7 Schemata

Young, Klosko und Weishaar (2005) definieren ein „frühes maladaptives Schema“ (Seite 19) wie folgt:

- ein weitgestecktes, umfassendes Thema oder Muster,
- das aus Erinnerungen, Emotionen, Kognitionen und Körperempfindungen besteht,
- die sich auf den Betreffenden selbst und seine Kontakte zu anderen Menschen beziehen,
- ein Muster, das in der Kindheit oder Adoleszenz entstanden ist,
- im Laufe des weiteren Lebens stärker ausgeprägt wurde und
- stark dysfunktional ist.

Zu beachten ist, dass das Verhalten eines Menschen hier explizit nicht Bestandteil des Schemas ist, sondern die logische Reaktion auf ein Schema bzw. der Bewältigungsversuch desselben (Rafaeli et al., 2013). Die Schematherapie geht davon aus, dass Schemata ihren Ursprung in realen Erfahrungen in der Kindheit oder Adoleszenz haben und den Charakter der frühen Umgebung hochgradig zuverlässig widerspiegeln (Rafaeli et al., 2013; Young et al., 2005).

Folgende Schemata werden postuliert und in sogenannte Domänen eingeteilt, wobei deren Reihenfolge vom Autor abhängig ist (vgl. z.B. Rafaeli et al., 2013; Roediger, 2009):

Domäne I: Abgetrenntheit und Ablehnung:

- Verlassenheit/Instabilität,
- Misstrauen/Missbrauch,
- Emotionale Entbehrung,
- Unzulänglichkeit/Scham,
- Soziale Isolierung/Entfremdung.

Domäne II: Beeinträchtigung von Leistung und Autonomie:

- Abhängigkeit/Inkompetenz
- Anfälligkeit für Schädigung oder Krankheiten
- Verstrickung/Unterentwickeltes Selbst
- Versagen

Domäne III: Beeinträchtigung im Umgang mit Begrenzungen:

- Anspruchshaltung/Grandiosität
- Unzureichende Selbstkontrolle/Selbstdisziplin

Domäne IV: Fremdbezogenheit:

- Unterwerfung
- Selbstaufopferung
- Streben nach Zustimmung und Anerkennung

Domäne V: Übertriebende Wachsamkeit und Gehemmtheit:

- Negativität/Pessimismus
- Emotionale Gehemmtheit
- Überhöhte Standards/übertrieben kritische Haltung
- Bestrafen

Auch hier wirkt die Auswahl und Ausgestaltung der einzelnen Domänen willkürlich, eine Systematik scheint nicht erkennbar. Es gibt auch hier keine wissenschaftlichen Erkenntnisse, auf die sich diese Zusammenstellung bezieht, noch werden Theorien zugrunde gelegt. Zarbock (2014, Seite 51) weist explizit darauf hin, „dass alle 18 Schemata bei jedem Menschen vorkommen“. Die psychische Störung sei durch eine stärkere und schnellere

Auslösung sowie langsamere Rückbildung gekennzeichnet. Es bleibt jedoch unklar, auf welche grundlegenden Prozesse er sich hier bezieht.

Um sich an Schemata anzupassen, entwickelten Klienten schon früh im Leben maladaptive Bewältigungsreaktionen (Young et al., 2005). Roediger (2009, Seite 30) gibt dazu an: „Die Schemata treiben das Verhalten in die vorgeprägten, starren Bahnen.“ Und später (Seite 36): „Werden Bewältigungsreaktionen sehr stabil eingesetzt, bildet sich ein durchgängiger Bewältigungsstil aus.“ Die jeweiligen Verhaltensweisen – Bewältigungsreaktionen – sind also Operationalisierungen der Bewältigungsstile:

- a) Überkompensation
- b) Flucht (= Schemavermeidung)
- c) Sich-Fügen (= Unterwerfung)

Ist nun ein Schema durch ein aktuelles Ereignis aktiviert – und mit ihm der jeweilige Bewältigungsstil – dominiert es unsere Stimmung. In der Summe wird dieser Zustand als „Schemamodus“ bezeichnet, wobei man sich permanent in irgendeinem Modus befindet. Diese können adaptiv oder maladaptiv sein und von anderen Aspekten des Selbst in unterschiedlichem Ausmaß abgeschnitten sein (Young et al., 2005). Bei „schwerer Psychopathologie“ liegt ein Defizit der Fähigkeit vor, diese Modi auszubalancieren, Stile und Impulse zu vereinen und nahtlos zwischen ihnen zu wechseln (Rafaeli et al., 2013).

Es werden 4 Arten unterschieden, wobei es auch hier unterschiedliche Differenzierungen gibt (vgl. Rafaeli et al., 2013; Roediger, 2009; Young et al., 2005; Zarbock, 2014):

a) Kind-Modi:

- „verletzbares Kind“ (auch: einsames, trauriges, verlassenes, missbrauchtes, abhängiges Kind),
- „verärgertes Kind“,
- „impulsives Kind“ (auch: undiszipliniertes Kind).

b) Maladaptive Bewältigungsmodi:

- Distanzierter Beschützer (auch: vermeidender/ärgerlicher Beschützer; distanzierter Selbstberuhiger),
- Bereitwillig Sich-Ergebender,

- Überkompensierender (auch: narzisstischer Selbsterhöher, Wichtigtuer, Schikanierer, Suche nach Aufmerksamkeit und Bestätigung, Einschüchterer, gerissener Täuscher, übermäßig perfektionistischer/misstrauischer Kontrolleur, Raubtier/Killer- Modus).

c) Dysfunktionale Eltern-Modi:

- Strafender Elternteil,
- Fordernder Elternteil (auch: Innere Antreiber).

d) Gesunde Modi:

- Gesunder Erwachsener (auch: Glücklicher Erwachsener),
- Glückliches Kind.

Die letzten beiden Modi werden von allen Autoren genannt; das „Glückliche Kind“ ist ein Zustand, in dem Bedürfnisse erfüllt sind und Klienten sich ruhig und zufrieden fühlen. Insgesamt erinnern diese Überlegungen stark an die Ego-State-Therapie (vgl. Watkins & Watkins, 1997).

Der Modus „Gesunder Erwachsener“ beinhaltet funktionale Kognitionen und Verhaltensweisen, die für Aufgaben des Erwachsenenlebens erforderlich sind. Rafaeli et al. (2013) gehen davon aus, dass dieser Teil bei jedem Klienten vorhanden ist und desto stärker ausgeprägt ist, je gesünder er ist. Roediger (2009, Seite 56) formuliert jedoch Folgendes: „Er tritt nicht wie die anderen Modi spontan auf, sondern er wird erst in der Therapie mithilfe des Therapeuten aufgebaut und setzt sich aus mehreren Einzelfunktionen zusammen.“ Und definiert den Modus wie folgt:

- Fähigkeit zur Selbstreflexion
- Fähigkeit, durch „reflexive Distanz“ verschiedene Handlungsmöglichkeiten unter Berücksichtigung langfristiger Werte und Ziele abzuwägen
- Fähigkeit, die gewählte Handlungsoption konsequent bis in die neuronalen Ebenen der Handlungssteuerung durchzusetzen (durch z.B. Selbstinstruktionen)

Aktivierete Emotionen und Zustände, die vom Therapeuten als dysfunktional kategorisiert worden sind, werden also einem der drei dysfunktionalen Modi zugeschrieben, die im Rahmen der Therapie individualisiert Namen erhalten.

In der Klärungsorientierten Psychotherapie gibt es eine sehr elaborierte Schema-Konzeption, die auf Forschungen der Kognitionspsychologie zurückgeht. Es werden dabei zwei Arten

dysfunktionaler und zwei Arten kompensatorischer Schemata unterschieden, die noch einmal auf alle 6 Beziehungsmotive bezogen werden.

Es werden dabei kognitive und affektive Schemata unterschieden; letztere Schema-Art bezieht sich auf eine elaborierte Theorie von Affekten, die von Emotionen unterschieden werden (Sachse & Langens, 2014a, 2014b, 2014c, 2014d, 2014e, 2015).

Die Klärungsorientierte Psychotherapie geht konform mit Schemadefinitionen aus der Psychologie als Netzwerke oder organisierte Wissensstrukturen (z.B. nach Piaget, 1936, 1976). Sie geht davon aus, dass Menschen eine große Anzahl funktionaler Schemata besitzen können, die dann als Ressourcen dienen können. Für die Entstehung von Störungen sind jedoch die dysfunktionalen Schemata von Bedeutung, welche zu hohen „Kosten“ führen und ungünstige, schemakonforme Situationsinterpretationen bedingen (i.S. eines Top-down-Prozesses), zu für die Person unangenehmen Affekten und auch zu unangemessenen Handlungen führen – insgesamt also den „state of mind“ bestimmen.

Diese „exekutiven“ Schemata (nach Grawe, 1998) sind hochgradig idiosynkratisch, da sie durch Schlussfolgerungen entstehen, die die Person aus den spezifischen biographischen Erfahrungen zieht (wobei es schon hier zu „Denkfehlern“ sensu Beck (1979) kommen kann). Da eine Person mehrere dysfunktionale Schemata besitzen kann, variieren die verschiedenen „states of mind“ so, dass es je nach aktivierten Schemata zu unterschiedlichen Kognitionen, Affekten und Handlungen kommen kann. Oder anders ausgedrückt: „Die Vorstellung einer einheitlichen Identität ist eine Fiktion.“ (Sachse et al., 2008, Seite 39). Schemata haben folgende Charakteristika:

- Sie unterliegen (im bottom-up-Prozess) einer automatischen und schnellen, nicht kontrollierbaren Aktivierung;
- Schemata sind oft der Person nicht repräsentiert (lediglich die Effekte der Aktivierung sind bewusst, z.B. Angst oder Fluchtendenzen);
- sie haben eine Filter-Funktion (durch Top-down-Prozesse);
- sie determinieren die Exekutive und
- sie sind subjektiv zwingend.

Die Klärungsorientierte Psychotherapie geht davon aus, dass die Schemata einer Person eng mit den Beziehungsmotiven zusammenhängen. Erfahrungen mit wichtigen Bindungspersonen hinsichtlich dieser Bedürfnisse führen zu Schlussfolgerungen über die eigene Person (also zu Selbstschemata) oder über Beziehungen (ergo Beziehungsschemata). Sollten diese Schemata

aufgrund von Frustrationen negativ sein, nehmen Menschen dies in der Regel nicht einfach passiv zur Kenntnis (dies würde bedeuten, ein Leben in Frustration und negativer Affektivität zu akzeptieren); das bedeutet, es werden aktiv Kompensationen entwickelt, um ggf. doch zu einer Motivbefriedigung zu gelangen. Dies führt zu der Entwicklung kompensatorischer Schemata: Normative Schemata, die das dysfunktionale Selbstschema ausgleichen sollen und Regelsetzer-Schemata, die den dysfunktionalen Beziehungsschemata entgegenwirken sollen. Normative Schemata enthalten imperative Handlungsanweisungen für die eigene Person, die bei Einhaltung dazu führen, dass negative Rückmeldungen über die eigene Person ausbleiben. Es wird deutlich, dass dies Vermeidungszielen dient: die Erfüllung der angestrebten Standards führt nicht zu Wohlbefinden oder Stolz, sondern zu einem (kurzen) Moment der Erleichterung. Regelsetzer-Schemata enthalten hingegen Verhaltensanweisungen für andere, damit es nicht zu einer Wiederholung der Beziehungserfahrungen in der Kindheit kommen kann. Beispielsweise könnte ein Kind bei häufiger Abwertung negative Rückschlüsse im Motivbereich „Anerkennung“ ziehen. Dies führt dann zu einem dysfunktionalen Selbstschema („Ich kann nichts!“) und/oder zu einem dysfunktionalen Beziehungsschema („In Beziehungen wird man abgewertet!“). Zur Kompensation, um also doch noch vielleicht Anerkennung von Bezugspersonen zu erhalten, könnten Kinder normative Schemata („Ich darf keine Fehler machen!“, „Ich muss der Beste sein!“) und/oder Regelsetzer-Schemata („Andere dürfen mich nicht kritisieren!“, „Andere müssen alles, was ich tue, gut finden!“) ausbilden.

Jedes Schema, ob es nun das Selbst- oder Beziehungskonzept betrifft oder eine Kompensation darstellt, beinhaltet kognitive und affektive Komponenten. Analysiert man die Binnenstruktur, kann man drei Ebenen von Schemata unterscheiden:

1. Annahmen (z.B. „Ich bin ein Versager!“ oder „In Beziehungen kann man keine Solidarität erwarten!“)
2. Konsequenzen bzw. Kontingenzen (z.B. „Wenn man ein Versager ist, wird man nicht gemocht!“ oder „Ohne Solidarität ist man allem ausgeliefert!“)
3. Bewertungen: Hier verbindet sich das Schema mit einem Bewertungssystem, was letztlich feststellt, ob eine Konsequenz für die Person schlimm, furchtbar, beängstigend etc. ist.

In der KOP wird davon ausgegangen, dass Schemata bei deren Aktivierung direkt zu dysfunktionalen Interpretationen und damit Handlungssteuerungen führen (in Übereinstimmung mit der Kognitionspsychologie); eine Trennung von Schemata und „Bewältigungsmodi“ ist damit unnötig.

Unnötig (und aus der Psychologie auch nicht ableitbar) ist die Annahme von „Eltern“- oder „Kind“-Modi; viel sinnvoller ist dagegen die Unterscheidung in Selbst- und Beziehungsschemata sowie Norm- und Regel-Schemata: Dies bildet die Ergebnisse von Kognitions- und Sozialpsychologie sehr gut ab.

Diese Ausführungen machen auch deutlich, warum eventuelle Auflistungen von Schemata in der Klärungsorientierten Psychotherapie letztlich nur Heuristiken sein können: diese außerordentlich idiosynkratischen „Bündelungen“ von Annahmen betreffen die eigene Person und/oder die Vorstellung von Beziehungen (und daraus abgeleitete Normen und Regeln). Sie führen häufig zu verschiedenen Kompensationen, die jedes Kind in seiner Biographie über Versuch-und-Irrtum-Erfahrungen aufgebaut hat. Zudem haben alle Schemata verschiedene Ausgestaltungen auf den verschiedenen Schemaebenen und sind dadurch mit verschiedenen affektiven Zuständen verbunden. Dies ist ein bedeutsamer Unterschied zur Schematherapie: Dort werden Schemata vorformuliert angegeben, hier mit ihrer individuellen Ausgestaltung Motivbereichen zugeordnet. Nach Auffassungen der KOP können Schemata (wie bei bestimmten Persönlichkeitsstörungen) immer nur prinzipiell allgemein bestimmt werden: Die jeweilige Schema-Ausgestaltung eines Klienten kann immer nur durch einen aufwendigen, individuellen Klärungsprozess bestimmt werden.

8 Therapeutische Beziehungsgestaltung

Die Schematherapie bezieht sich in ihrer grundsätzlichen Beziehungsgestaltung auf die Grundhaltung der klientenzentrierten Psychotherapie, also auf bedingungslose positive Wertschätzung, Empathie und Kongruenz – dies ist eine Übereinstimmung mit der Klärungsorientierten Psychotherapie, die sich aus der Gesprächspsychotherapie entwickelt hat (Sachse, 2005). Weitere Qualitäten aufseiten des Therapeuten beinhalten Toleranz gegenüber starken Affekten und die Fähigkeit, diese im Zaum zu halten; die Fähigkeit, Wertschätzung und emotionale Wärme auszustrahlen sowie realistische Erwartungen aufrechtzuerhalten (Rafaeli, Bernstein & Young, 2013).

Die Besonderheit der Schematherapie sind zwei Konzepte: zum einen das sogenannte „Reparenting“ (auch „Nachbeelterung“ genannt) und die empathische Konfrontation (= empathische Realitätsüberprüfung).

Das „Reparenting“ wird wie folgt operationalisiert (Rafaeli, Bernstein & Young, 2013, Seite 71): „In gewisser Weise sollte der Therapeut wie ein guter Elternteil sein, der über eine flexible Fähigkeit zur Erfüllung der Bedürfnisse des Klienten (oder des Kindes) verfügt.“

Es bleibt beim Studium der Literatur unklar, was einen guten Elternteil ausmacht – auch hier wirkt die Konzeption schwammig. Inhaltlich wird dieser Terminus nicht definiert, es werden aber Verhaltensregeln dargestellt (Rafaeli, Bernstein & Young, 2013, Seite 70): Insofern „muss die therapeutische Beziehung gewährleisten, dass die zentralen Bedürfnisse des Klienten erkannt, artikuliert, wertgeschätzt und – innerhalb gewisser Grenzen – erfüllt werden.“

In diesem Sinne werden Klienten zu Kontakten zwischen den Sitzungen und in Notfällen ermutigt, um sich wie Kinder bei den Eltern rückversichern zu können. Auffällig ist hier der gewünschte Fokus auf die Person des Therapeuten: Die Klienten werden also ermutigt, sich durch den Therapeuten in ihren Affekten regulieren zu lassen – was bedeutet, dass der Therapeut zumindest phasenweise eine zentrale Stellung für psychologische Prozesse einnimmt und somit hochgradig abhängig von ihm zu werden. Jedoch sollen Therapeuten bei Bedarf dem auch Einhalt gebieten (Roediger, 2009). Jacob und Arntz (2014, Seite 34) nennen dies „Limit Setting“ (Grenzen setzen): Therapeuten sollen ihren Klienten auch realistische Grenzen und Disziplin beibringen: „...muss der Therapeut diesem Verhalten Grenzen setzen, so wie es ein Elternteil tun würde.“

Aus der Sicht der KOP ist ein „reparenting“ nicht denkbar, da ein Therapeut nie bestimmen kann, was ein Klient letztlich denken und tun soll: Ein Therapeut kann dem Klienten immer nur dabei helfen, *selbst herauszufinden*, was er möchte und will, selbst zu bestimmen, welche Schemata er entwickeln will und leben kann. „Nachbeeltern“ hat aber viele Implikationen, die im System der KOP inakzeptabel sind: Ein Therapeut kann und sollte niemals „Elternfunktionen“ übernehmen, sondern die Selbstexploration und Selbststeuerung eines Klienten fördern!

Das zweite Konzept, die empathische Konfrontation, stützt sich auf die Analyse der Interaktion zwischen Therapeut und Klient. Dies soll im Rahmen der therapeutischen Arbeit geschehen, in dem der Therapeut den Klienten auffordert, offen alle Gedanken und Gefühle mitzuteilen, um dann „...mittels logischer Argumente und Beweise auf Fehler in seiner Sicht der Situation hin (*zu weisen*).“ (Young, Klosko & Weishaar, 2005, Seite 251).

Die Klärungsorientierte Psychotherapie hingegen unterscheidet drei Ebenen der Beziehungsgestaltung (Sachse, 2006e):

1. Allgemeine Beziehungsgestaltung,
2. Komplementäre Beziehungsgestaltung,
3. Störungsspezifische Beziehungsgestaltung.

Die allgemeine Beziehungsgestaltung dient als Basis jeder weiteren Art des Beziehungsaufbaus. Es soll personales Vertrauen durch die Realisierung der klassischen Beziehungsvariablen der Gesprächspsychotherapie (s.o.) hergestellt werden. Dies deckt sich mit der Schematherapie, wobei die Klärungsorientierte Psychotherapie weitergehende Techniken entwickelt hat, um dem Klienten eine sichere Basis zu bieten.

Die Komplementäre Beziehungsgestaltung sieht vor, dass Therapeuten sich gegenüber Klienten „bedürfnisbefriedigend“ verhalten sollen. Das Handeln soll sich auf die authentischen Motive beziehen und diese sättigen, indem zunächst durch z.B. eine Analyse der Images, Appelle und Beziehungstests (Sachse, 2004a) oder plananalytisches Vorgehen (vgl. Caspar, 2007) die zugrundeliegenden Motive herausgefunden werden sollen. Das motivbefriedigende Verhalten des Therapeuten wird dann durch das im Vordergrund stehende Bedürfnis des Klienten determiniert. Es werden konkrete Verhaltensregeln und -anweisungen genannt (Sachse, 2006e). Darüber hinaus arbeiten Therapeuten mit den Klienten durch klärungsorientierte Gesprächstechniken die jeweiligen Motive heraus.

Die dritte Ebene, die der störungsspezifischen Beziehungsgestaltung, orientiert sich an den jeweiligen Modellen der zugrundeliegenden Störung (z.B. Modell der doppelten Handlungsregulation nach Sachse (1997, 1999, 2001, 2004a, 2006b; Sachse, Sachse & Fasbender, 2010)). Darunter fallen z.B. auch Überlegungen hinsichtlich der Direktivität von Therapeuten (die bei passiv-aggressiven Klienten Beziehungsprobleme verursachen kann). Auch Konfrontationen mit z.B. dysfunktionalem Beziehungsverhalten innerhalb und außerhalb der Therapie sind Störungsspezifika.

Die therapeutische Beziehung wird hier als Mittel zum Ziel betrachtet: Sie dient „...nur einem einzigen Zweck: Es geht darum, Probleme des Klienten zu klären, zu definieren und so weit wie möglich zu lösen.“ (Sachse, 2006a, Seite 14). Sie ist insofern die Basis der Therapie, nicht das alleinige therapeutische Ingredienz. Klienten sollen befähigt werden, sich selbst zu regulieren, außerhalb der Therapie korrigierende Erfahrungen zu machen, Ressourcen aufzubauen und Motivbefriedigung herzustellen. Sie sollen also maximal unabhängig vom Therapeuten werden. Idealerweise sollte die Person des Therapeuten für den Klienten in den

Hintergrund treten, damit allein der Klient mit seinen psychologischen Determinanten die volle Aufmerksamkeit erhalten kann.

9 Bearbeitung

In der Klärungsorientierten Psychotherapie beinhaltet die Bearbeitung der zugrundeliegenden Problembereiche analog zu den Therapiezielen verschiedene Strategien. Um dem Klienten aus seiner Alienation (also der Entfremdung von seinem Motivsystem) zu helfen, dienen alle Klärungsinterventionen und Verstehensprozesse. Diese helfen auch, das nächste Therapieziel zu erreichen: Die Schemaklärung dient dazu, dass der Klient ein valides Modell über sich selbst erhält und wird dann befähigt, dies - zunächst mit Hilfe des Therapeuten und später ohne ihn - zu bearbeiten. Die eigentliche Bearbeitung erfolgt über ein therapeutisches Rahmensystem: Das Ein-Personen-Rollenspiel (Sachse, Püschel, Fasbender & Breil, 2008). Diese Zwei-Stuhl-Technik integriert kognitive und affektive Umstrukturierungsmaßnahmen sowie motivationale Strategien:

- Hinterfragen und Prüfen von Schemaaspekten,
- Interventionen aus der klassischen kognitiven Therapie, z.B. Denkfehler aufzeigen,
- Entwicklung alternativer Schemaaspekte,
- Entwicklung von Gegenaffekten,
- Kosten des bisherigen Verhaltens verdeutlichen,
- Energetisierung des Klienten usw.

Kurz gefasst soll der Klient zwischen zwei Stühlen wechseln, von denen der eine Stuhl den Klienten bzw. das aktuell fokussierte Schema repräsentiert und der andere Stuhl den eigenen, internen Therapeuten im Klienten darstellt. Letzterer entwickelt unter Supervision des tatsächlichen Therapeuten neue Ideen und Ressourcen oder hinterfragt das System und motiviert zur Veränderung. Wichtig ist, dass der Klient beide Positionen besetzt und sich selbst Hausaufgaben verordnet (z.B. motivbefriedigende Situationen aufzusuchen oder alternative Interaktionen zu versuchen): Dies dient der Vermeidung von Reaktanzphänomenen! Der Klient wird während dieser Interventionsphase angehalten, neue Erkenntnisse schriftlich festzuhalten und sich diesen zwischen den Sitzungen zu widmen. Da der Klient später in der Lage sein wird, diese Modifikationen selbständig auszuführen, wird er unabhängig vom Therapeuten (drittes Therapieziel) und kann sich rückfallprophylaktisch bei wieder- oder neuauftauchenden Schemata selbst helfen.

Die Schematherapie bedient sich ebenfalls kognitiver Techniken, z.B. Umdeutung der Beweise für das Schema oder Beurteilung der Vor- und Nachteile der Bewältigungsstile des Klienten, einem Schematagebuch oder der Entwicklung von Erinnerungskarten mit Merksätzen („Schemamemo“; Roediger, 2009; Young et al., 2005). Zudem werden die imaginativen Techniken (Imagery Rescripting; Roediger, 2013), die schon in der diagnostischen Phase genutzt werden, dazu eingesetzt, dass sich der Klient positiv begegnet und sich ggf. vermisste Zuwendung selbst gibt. Zudem geht der Therapeut mitunter auch selbst in das imaginierte Bild des Klienten und gibt ihm z.B. auch körperliche Zuwendung („kuscheln“): „Was auch immer der Patient will (natürlich nur, sofern es dem entspricht, was ein Elternteil einem Kind geben kann), versuchen wir, dies dem Kind im Rahmen des Vorstellungsbildes zu geben.“ (Young et al., 2005; Seite 177). Dies wird auch als Teil des begrenzten Reparenting verstanden (Rafaeli et al., 2013). Und auch diverse Stuhldialog-Techniken (Roediger, 2013) werden genutzt, wobei die Voraussetzung hier ist, „dass der Klient bereits gelernt hat, sowohl die Existenz einer Schemaseite, als auch einer gesunden Seite zu erkennen.“ (Rafaeli et al., 2013; Seite 103). Zunächst modelliert der Therapeut dazu die „gesunde Seite“ und Klienten verbleiben in ihren Annahmen (Jacob & Arntz, 2014, Seite 35): „Stattdessen modelliert der Therapeut im Dialog den gesunden Erwachsenenmodus, indem er aktiv Vorschläge für alternative Kognitionen macht, und er verstärkt gesunde Vorschläge des Klienten intensiv, auch unter Einbezug der Beziehungsebene („Tolle Idee! Das sehe ich genauso!“).“

Aus unserer Sicht ist kritisch anzumerken, dass sich mit dem deutlichen Einbezug der Person des Therapeuten (sowohl in die Imaginationen, als auch inhaltlich während der Schemabearbeitung) wiederum eine ungünstige Abhängigkeit vom Therapeuten entwickeln kann. Klienten bleiben dann angewiesen auf die Meinung vom Therapeuten, auf sein Lob und seiner ggf. auch körperlichen Fürsorge (imaginatives „kuscheln“). Hinzu kommt die Gefahr, dass Klienten ihre Erfolge nicht stabil auf die eigene Fähigkeit zur Veränderung, sondern auf den Therapeuten attribuieren. Damit ist die Chance verpasst, die Selbstwirksamkeitserwartung (nach Bandura, 1997) des Klienten zu verbessern.

Literatur

- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. New York: Freeman.
- Beck, A.T. (1979). *Wahrnehmung der Wirklichkeit und Neurose*. München: Pfeiffer.
- Breil, J. & Sachse, R. (2009). Ein-Personen-Rollenspiel (EPR). In: S. Fliegel & A. Kämmerer (Hrsg.), *Psychotherapeutische Schätze II*, 49-53. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Caspar, F. (2007). *Beziehungen und Probleme verstehen. Eine Einführung in die psychotherapeutische Plananalyse*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Frohburg, I. & Sachse, R. (1992). Steuerungseffekte im Verlauf der Psychotherapie oder: Wann arbeiten Klienten am intensivsten an der Klärung eigener Motive? In: R. Sachse, Grawe, K. Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Jacob, G. & Arntz, A. (2014). *Schematherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Kramer, U. & Sachse, R. (2010). *Patient's and therapist's contribution to the clarification process: French validation of the BBBS on a borderline sample*. Poster presented on the symposium "Le trouble de la personnalité borderline. Prilly, CH.
- Kramer, U. & Sachse, R. (2013). Early clarification processes in client presenting with borderline personality disorder: Relations with symptom level and change. *Person-centered & Experiential Psychotherapies*, 12 (2), 157-175.
- Kuhl, J. & Beckmann, J. (1994). Alienation: Ignoring one's preferences. In: J. Kuhl & J. Beckmann (Eds.), *Volition and Personality: Action versus state orientation*, 375-390. Göttingen: Hogrefe.
- Langens, T. (2009). Das Motivkonzept: Ein Vergleich zwischen Klärungsorientierter Psychotherapie und allgemeiner Motivationspsychologie. In: R. Sachse, J. Fasbender, J. Breil & O. Püschel (Hrsg.), *Grundlagen und Konzepte Klärungsorientierter Psychotherapie*, 117-141. Göttingen: Hogrefe.
- Maslow, A. (1954). *Motivation and personality*. New York: Harper.
- Piaget, J. (1936). *La naissance de intelligence chez lenfant*. Neuchatel: Delachaux & Niestle.
- Piaget, J. (1976). *Die Äquilibration kognitiver Strukturen*. Stuttgart: Klett.
- Power, M.J. (1999). Sadness and its disorders. In: T. Dalgleish & M.J. Power (Eds.), *Handbook of Cognition and Emotion*, 497-519. New York: Wiley.

- Rafaeli, E., Bernstein, D.P. & Young, J.E. (2013). *Schematherapie*. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Roediger, E. (2009). *Was ist Schematherapie? Eine Einführung in Grundlagen, Modell und Anwendung*. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Roediger, E. (2013). Schematherapie. In: W. Senf, M. Broda & B. Wilms (Hrsg.), *Techniken der Psychotherapie. Ein methodenübergreifendes Kompendium*, 264-269. Stuttgart: Thieme Verlag.
- Sachse, R. (1983). Das Ein-Personen-Rollenspiel: Ein integratives Therapieverfahren. *Partnerberatung*, 4, 187-200.
- Sachse, R. (1988a). *From attitude to action: On the necessity of an action-oriented approach in client-centered therapy*. Berichte aus der Arbeitseinheit Klinische Psychologie, Fakultät für Psychologie, Ruhr-Universität Bochum, 64.
- Sachse, R. (1988b). Steuerung des Explizierungsprozesses von Klienten durch zentrale Bearbeitungsangebote des Therapeuten. In: W. Schönplug (Hrsg.), *Bericht über den 36. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Berlin*, Bd. 1. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (1990a). Acting purposefully in client-centered therapy. In: P.J.D. Drenth, J.A. Sergeant & R.-J. Takens (Eds.), *European perspectives in psychology*, 1, 65-80. New York: Wiley.
- Sachse, R. (1990b). Concrete interventions are crucial: The influence of therapist's processing-proposals on the client's intra-personal exploration. In: G. Lietaer, J. Rombauts & R. van Balen (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties*, 295-308. Leuven: University Press.
- Sachse, R. (1990c). The influence of therapists' processing proposals on the explication process of the client. *Person-Centered Review*, 5, 321-344.
- Sachse, R. (1991a). *Potentials and difficulties of the process of understanding in psychotherapy: The concept of „empathic understanding“ as viewed in psycholinguistics and cognitive psychology*. Berichte aus der Arbeitseinheit Klinische Psychologie, Fakultät für Psychologie, Ruhr-Universität Bochum, 73.
- Sachse, R. (1991b). Spezifische Wirkfaktoren in der Klientenzentrierten Psychotherapie: Zur Bedeutung von Bearbeitungsangeboten und Inhaltsbezügen. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 23, 157-171.
- Sachse, R. (1991c). Zielorientiertes Handeln in der Gesprächspsychotherapie: Steuerung des Explizierungsprozesses von Klienten durch zentrale Bearbeitungsangebote des

- Therapeuten. In: D. Schulte (Hrsg.), *Therapeutische Entscheidungen*, 89-106. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (1992a). *Zielorientierte Gesprächspsychotherapie – Eine grundlegende Neukonzeption*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (1992b). Differential Effects of Processing Proposals and Content References on the Explication Process of Clients with Different Starting Conditions. *Psychotherapy Research*, 4, 235-251.
- Sachse, R. (1992c). *Improving client processes by understanding and intervening. Theoretical and practical advances in client-centered therapy based on psychological concepts*. Berichte aus der Arbeitseinheit Klinische Psychologie, Fakultät für Psychologie, Ruhr-Universität Bochum, Nr. 81.
- Sachse, R. (1992d). 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). The effects of intervention phrasing of therapist-client communication. *Psychotherapy research*, 3, 4, 260-277.
- Sachse, R. (1996a). Empathisches Verstehen. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapie: Techniken, Einzelverfahren und Behandlungsanleitungen*, 24-30. Berlin: Springer.
- Sachse, R. (1996b). *Praxis der Zielorientierten Gesprächspsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (1997). *Persönlichkeitsstörungen. Psychotherapie dysfunktionaler Interaktionsstile*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (1999). *Persönlichkeitsstörungen. Psychotherapie dysfunktionaler Interaktionsstile*. Göttingen: Hogrefe, 2. Auflage.
- Sachse, R. (2000a). Gesprächspsychotherapie. In: J. Straut, A. Kochinka & H. Werbik (Hrsg.), *Psychologie in der Praxis*, 183-208. München: Deutscher Taschenbuch-Verlag.
- Sachse, R. (2000b). Bearbeitungsangebot. In: G. Stumm & A. Pritz (Hrsg.), *Wörterbuch der Psychotherapie*, 69-70. Wien: Springer.
- Sachse, R. (2000c). Zielorientierte Gesprächspsychotherapie. In: G. Stumm & A. Pritz (Hrsg.), *Wörterbuch der Psychotherapie*, 793-794. Wien: Springer.
- Sachse, R. (2001). *Psychologische Psychotherapie der Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.

- Sachse, R. (2002). *Histrionische und narzisstische Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2003). *Klärungsorientierte Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2004a). *Persönlichkeitsstörungen. Leitfaden für eine Psychologische Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2004b). Histrionische und narzisstische Persönlichkeitsstörungen. In: R. Merod (Hrsg.), *Behandlung von Persönlichkeitsstörungen*, 357-404. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Sachse, R. (2005). *Von der Gesprächspsychotherapie zur Klärungsorientierten Psychotherapie: Kritik und Weiterentwicklung eines Therapiekonzepts*. Lengerich: Pabst.
- Sachse, R. (2006a). *Psychologische Psychotherapie bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2006b). Die Bearbeitung dysfunktionaler Schemata im Ein-Personen-Rollenspiel. In: R. Sachse & P. Schlebusch (Hrsg.), *Perspektiven Klärungsorientierter Psychotherapie*, 255-280. Lengerich: Pabst.
- Sachse, R. (2006c). Klärungsorientierte Psychotherapie. In: R. Sachse & P. Schlebusch (Hrsg.), *Perspektiven Klärungsorientierter Psychotherapie*, 15-45. Lengerich: Pabst.
- Sachse, R. (2006d). *Persönlichkeitsstörungen verstehen – Zum Umgang mit schwierigen Klienten*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Sachse, R. (2006e). *Therapeutische Beziehungsgestaltung*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2008a). Klärungsprozesse in der Psychotherapie. In: J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*, 3. Auflage, 227-232. Berlin: Springer.
- Sachse, R. (2008b). Histrionische und narzisstische Persönlichkeitsstörung. In: M. Hermer & B. Röhrle (Hrsg.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung*, Bd. 2, 1105-1125. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Sachse, R. (2011). Empathie. In: M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapiemanual*, 121-126. Berlin: Springer-Verlag.
- Sachse, R. (2013a). Komplementäre Beziehungsgestaltung: Plananalyse und Klärungsorientierte Psychotherapie. In: H. Znoj & Th. Berger (Hrsg.), *Die Kunst und Wissenschaft der Psychotherapie*, 57-80. Bern: Huber.
- Sachse, R. (2013b). Das Ein-Personen-Rollenspiel: Ein therapeutisches Rahmenmodell. *Psychotherapie im Dialog*, 3, 43-47.

- Sachse, R. (2015). Ein-Personen-Rollenspiel: Vorgehen, Anwendungsbereiche und Einsatz im Therapieprozess. In: R. Sachse, S. Schirm & S. Kiszkenow (Hrsg.), *Klärungsorientierte Psychotherapie in der Praxis*, 53-62. Lengerich: Pabst.
- Sachse, R. & Breil, J. (2011). Indikation zur Klärungsorientierten Psychotherapie. In: R. Sachse, J. Fasbender, J. Breil & M. Sachse (Hrsg.), *Perspektiven Klärungsorientierter Psychotherapie II*, 80-93. Lengerich: Pabst.
- Sachse, R., Breil, J. & Fasbender, J. (2011). Überlegungen zur Diagnostik in der Klärungsorientierten Psychotherapie. In: R. Sachse, J. Fasbender, J. Breil & M. Sachse (2011), *Perspektiven Klärungsorientierter Psychotherapie II*, 68-70. Lengerich: Pabst.
- Sachse, R., Breil, J., Fasbender, J., Püschel, O. & Sachse, M. (2009a). Was ist klärungsorientierte Psychotherapie? In: R. Sachse, J. Fasbender, J. Breil & O. Püschel (2009), *Grundlagen und Konzepte Klärungsorientierter Psychotherapie*, 15-31. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. & Fasbender, J. (2010). Klärungsprozesse in der Psychotherapie. In: W. Lutz (Hrsg.), *Lehrbuch Psychotherapie*, 377-392. Bern: Huber.
- Sachse, R. & Fasbender, J. (2011). Focusing: Eine Therapietechnik zur Repräsentation affektiver Schemata. In: R. Sachse, J. Fasbender, J. Breil & M. Sachse (2011), *Perspektiven Klärungsorientierter Psychotherapie II*, 131-155. Lengerich: Pabst.
- Sachse, R. & Fasbender, J. (2013). Einpersonenrollenspiel. In: W. Senf, M. Broda & B. Wilms (Hrsg.), *Techniken der Psychotherapie. Ein Methodenübergreifendes Kompendium*, 83-86. Stuttgart: Georg Thieme Verlagsgruppe.
- Sachse, R. & Fasbender, J. (2014). Was zeichnet Klärungsorientierte Psychotherapie aus? In: R. Sachse, S. Schirm & S. Kiszkenow (Hrsg.), *Klärungsorientierte Psychotherapie in der Praxis*, 13-28. Lengerich: Pabst.
- Sachse, R., Fasbender, J. & Breil, J. (2009b). Was soll im Klärungsprozess wie geklärt werden? In: R. Sachse, J. Fasbender, J. Breil & O. Püschel (2009), *Grundlagen und Konzepte Klärungsorientierter Psychotherapie*, 36-64. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R., Fasbender, J., Breil, J. & Sachse, M. (2011). Bearbeitung von Schemata im Ein-Personen-Rollenspiel. In: R. Sachse, J. Fasbender, J. Breil & M. Sachse (Hrsg.), *Perspektiven Klärungsorientierter Psychotherapie II*, 184-204. Lengerich: Pabst.
- Sachse, R., Fasbender, J. & Sachse, M. (2011a). Therapeutische Regeln in der Klärungsorientierten Psychotherapie. In: R. Sachse, J. Fasbender, J. Breil & M. Sachse (Hrsg.), *Perspektiven Klärungsorientierter Psychotherapie II*, 13-54. Lengerich: Pabst.

- Sachse, R., Fasbender, J. & Sachse, M. (2011b). Grundannahmen, Anwendungsbereiche und Kompatibilitäten Klärungsorientierter Psychotherapie. In: R. Sachse, J. Fasbender, J. Breil & M. Sachse (Hrsg.), *Perspektiven Klärungsorientierter Psychotherapie II*, 55-67. Lengerich: Pabst.
- Sachse, R. & Langens, T.A. (2014a). Einleitung: Worum es uns geht. In: R. Sachse & T.A. Langens (Hrsg.), *Emotionen und Affekte in der Psychotherapie*, 9-13. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. & Langens, T.A. (2014b). Emotionspsychologie und Psychotherapie. In: R. Sachse & T.A. Langens (Hrsg.), *Emotionen und Affekte in der Psychotherapie*, 15-29.
- Sachse, R. & Langens, T.A. (2014c). *Emotionen und Affekte in der Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. & Langens, T.A. (2014d). Bedeutung von Affekten. In: R. Sachse & T.A. Langens (Hrsg.), *Emotionen und Affekte in der Psychotherapie*, 34-47. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. & Langens, T.A. (2014e). Implikationsstrukturen von Emotionen. In: R. Sachse & T.A. Langens (Hrsg.), *Emotionen und Affekte in der Psychotherapie*, 47-56. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. & Langens, T.A. (2015). Motivierung von Klienten im Therapieprozess: Herstellung und Steigerung von Änderungsmotivation. In: R. Sachse, S. Schirm & S. Kiszkenow-Bäker (Hrsg.), *Klärungsorientierte Psychotherapie in der Praxis*, 97-110. Lengerich: Pabst.
- Sachse, R. & Maus, C. (1987). Einfluß differentieller Bearbeitungsangebote auf den Explizierungsprozeß von Klienten in der Klientenzentrierten Psychotherapie. *Zeitschrift für Personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie*, 6, 75-86.
- Sachse, R. & Maus, C. (1991). *Zielorientiertes Handeln in der Gesprächspsychotherapie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Sachse, R., Püschel, O., Fasbender, J. & Breil, J. (2008). *Klärungsorientierte Schemabearbeitung. Dysfunktionale Schemata effektiv verändern*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. & Sachse, M. (2009). Klärungsorientierte Psychotherapie: Empirische Ergebnisse und Schlussfolgerungen für die Praxis. In: R. Sachse, J. Fasbender, J. Breil & O. Püschel (Hrsg.), *Grundlagen und Konzepte Klärungsorientierter Psychotherapie*, 232-252. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. & Sachse, M. (2011). Implikationsstrukturen: Verstehen, Modellbildung und therapeutische Explizierungen. In: R. Sachse, J. Fasbender, J. Breil & M. Sachse (2011), *Perspektiven Klärungsorientierter Psychotherapie II*, 94-172. Lengerich: Pabst.

- Sachse, R., Sachse, M. & Fasbender, J. (2010). *Klärungsorientierte Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R., Sachse, M. & Fasbender, J. (2011). *Klärungsorientierte Psychotherapie der narzisstischen Persönlichkeitsstörung*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R., Schirm, S. & Kramer, U. (2015). *Klärungsorientierte Psychotherapie systematisch dokumentieren: Die Skalen zur Erfassung von Bearbeitung, Inhalt und Beziehung in Therapieprozessen*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R., Schülken, T. & Leisch, M. (2006). Die Bochumer Beziehungs- und Bearbeitungsskalen BBBS: Skalen-Prüfung und erste Validierung. In: R. Sachse & P. Schlebusch (Hrsg.), *Perspektiven Klärungsorientierter Psychotherapie*, 228-254. Lengerich: Pabst.
- Sachse, R. & Takens, R.J. (2004). *Klärungsprozesse in der Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Watkins, J.G. & Watkins, H.H. (1997). *Ego States. Theory and Therapy*. New York: W.W. Norton & Company.
- Young, J.E., Klosko, J.S. & Weishaar, M.E. (2005). *Schematherapie. Ein praxisorientiertes Handbuch*. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Zarbock, G (2014). *Einladung zur Schematherapie*. Weinheim: Beltz Verlag.