

Rainer Sachse

Therapeutische Regeln in der Psychotherapie

1 Was sind und was sollen therapeutische Regeln?

- Therapeutische Regeln (TR) sind „Leitlinien“ für den Therapeuten, auf bestimmte Aspekte des Prozesses zu achten, in bestimmter Weise zu handeln oder nicht zu handeln.
- Therapeutische Regeln enthalten demnach *Do-Rules* und *Don`-t-Rules*.
- Therapeutische Regeln sollen therapeutische Prinzipien kurz und prägnant zusammenfassen. Sie sollen Therapeuten einen Überblick über wesentliche Aspekte der Psychotherapie liefern.
- Es sind „Orientierungen“ für therapeutisches Arbeiten. Regeln stellen eine Art von „innerem GPS“ für den Therapeuten dar, durch das er sein Handeln strukturieren kann.
- Therapeutische Regeln haben die Form:
 - Tue XY!
 - Tue NA nicht!
 - Achte auf CB!
 - Wenn Zustand X, dann tue Y!
- Die Regeln sind aus langer Therapie- und Supervisionserfahrung abgeleitet und insbesondere aus Ergebnissen der Prozessforschung. Sie haben sich empirisch sehr gut bewährt. Es handelt sich bei den Regeln um eine „Komprimierung“ therapeutischen Wissens: Die Regeln fassen komprimiert therapeutische Konzepte zusammen und reduzieren sie auf die zentralen Punkte.
- Es gibt unterschiedliche Arten von Regeln: Regeln für die Steuerung von Klienten-Prozessen, Regeln zur Beziehungsgestaltung, Regeln zur Informationsverarbeitung u.a.
- In manche Regeln gehen mehrere relevante Aspekte ein bzw. Regeln können sich „überlappen“.
- Die Regeln ergeben sich aus dem Konzept der Klärungsorientierten Psychotherapie (KOP), sie sind aber zu einem großen Teil *Therapie-übergreifend*.
- Regeln sind therapeutische *Heuristiken*: *Heuristiken sind Wissensstrukturen, die helfen, Informationen schnell zu verarbeiten und schnell Interventionen zu generieren*.
- Therapeuten müssen immer aufgrund ihres *Klienten-Modells* aktuell entscheiden, wann welche Regel therapeutisch sinnvoll ist. Ob eine Regel anwendbar ist, hängt immer vom Zustand des Klienten ab.
- Regeln gelten mit hoher Wahrscheinlichkeit, aber sie gelten nicht immer: Es kann Ausnahmen geben. Daher muss ein Therapeut immer aktuell beurteilen, ob eine Regel anwendbar ist und wie sie angewandt werden sollte.

- Außerdem muss eine Regel u.U. an den Klienten und an die therapeutische Situation angepasst werden.
- Regeln eröffnen dem Therapeuten Handlungsmöglichkeiten und Strukturieren sein therapeutisches Handeln.
- Daher sind sie ein wichtiger Teil einer therapeutischen Expertise.

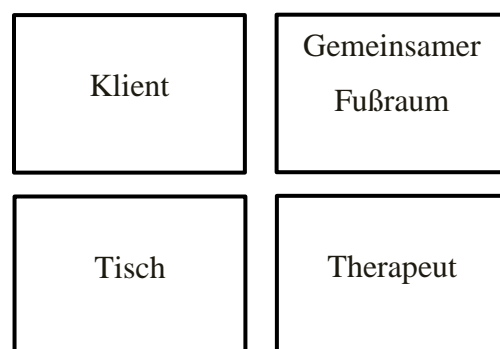
2 Ethik-Regel: Tue therapeutisch nie etwas, was dem Klienten schadet!

- Das ist die grundlegende „Ethik-Regel“ von Psychotherapie.
- Der Therapeut sollte nie Interventionen oder Strategien verwenden, die einem Klienten nachhaltig schaden oder dies mit hoher Wahrscheinlichkeit tun.
- Ungünstige Strategien oder Interventionen können den Klienten-Zustand nachweislich verschlechtern!
- Natürlich können Interventionen von Therapeuten den Zustand von Klienten *vorübergehend* verschlechtern, die Belastung des Klienten erhöhen, ihn irritieren, ängstigen usw. Das ist ok.
- Eine nachhaltige, andauernde Schädigung darf aber nicht vorkommen.
- Dem Therapeuten sollte bewusst sein, dass das passieren kann.
- So ist dieses Prinzip auch wichtiger als „Ehrlichkeit“: Wenn ich nicht mit einem Klienten arbeiten will, dann muss ich das so formulieren, dass der Klient sich nicht abgewertet fühlt.
- Bei der Gabe von Informationen und Diagnosen muss ich darauf achten, dass der Klient sie nicht missinterpretiert, sich abgewertet, beschämt o.ä. fühlt.
- *Die nachhaltigsten negativen Effekte entstehen durch Fehler in der Beziehungsgestaltung.*
- Eine gute Beziehungsgestaltung durch den Therapeuten vermindert stark die Wahrscheinlichkeit solcher Effekte → Beziehungskredit!
Daher verhindert eine gute Beziehungsgestaltung bereits in hohem Maße negative Therapie-Effekte.

3 Regeln zum therapeutischen Setting

3.1 Gestalte das Setting nach psychologischen Prinzipien

- Ein Therapeut sollte das Setting so gestalten, dass es psychologischen Erkenntnissen entspricht.
- Für Klärungs- und Explizierungs- bzw. alle Selbstöffnungsprozesse ist eine sogenannte „Über-Eck-Position“ am Besten.



- Dadurch kann der Klient Kontakt aufnehmen, ohne sich „beobachtet“ zu fühlen.
- Wenn möglich bringt man die Uhr so an, dass der Klient nicht sehen kann, dass man auf die Uhr schaut.
- Der Therapeut beendet eine Stunde immer pünktlich: Gibt es damit Probleme, muss das mit dem Klienten thematisiert werden.
- In einer Therapie wird nicht geraucht, nicht gegessen, nicht getrunken und nicht telefoniert.
- Egal, was der Klient tut, der Therapeut bleibt sitzen und macht *nichts* anderes.
- Ein Therapeut schreibt während der Stunde *nicht* mit, sondern macht sich danach kurze Notizen (s. Informationsverarbeitung).
- Ein Therapeut sollte immer wieder Blickkontakt aufnehmen, aber den Klienten nicht durchweg „beobachten“.
- Gerade bei Explizierungsprozessen muss ein Klient „in Ruhe gelassen werden“.
- Der gemeinsame Fußraum ist wichtig (s. Tests).
- Der Klient sollte *links* vom Therapeuten sitzen: Objekte, die sich rechts von einer Person befinden, werden positiver beurteilt.

- Der Therapeut sollte zum Handgeben an Informationen über den Klienten verarbeiten, z.B.
 - Nimmt der Klient Blickkontakt auf?
 - Ist der Händedruck fest?
 - Lächelt der Klient bzw. lächelt er zurück?
 - Verhält er sich offen, freundlich oder nicht?
 - Alle diese Aspekte enthalten wichtige Informationen!
- Modellbildung beginnt mit dem Handgeben (bzw. der Begrüßung).
- Der Therapeut sollte die Therapie immer mit den Worten beginnen: „Was führt Sie zu mir?“ Nie mit: „Was sind Ihre Probleme?“
- Der Therapeut beginnt die Stunde meist mit: „Woran wollen Sie heute arbeiten?“
- Der Therapeut erwartet vom Klienten von Anfang an, dass dieser Themen anspricht, die etwas *mit ihm* zu tun haben.
- Dies ist *unabdingbar*!
- Ansonsten hat der Klient in der ersten Stunde weitgehende Freiheitsgrade.
- Ein Therapeut realisiert von Anfang an hohe Präsenz.
- Der Therapeut realisiert schon früh „vertiefende Marker“.

3.2 Vermische die Therapie nicht mit anderen Strategien!

- Dem Klienten sollte deutlich werden, was Therapie ist, was ein Therapeut tut und was vom Klienten erwartet wird.
- Dies demonstriert der Therapeut durch sein Vorgehen, er sollte das aber u.U. auch explizit erläutern (Didaktisierung).
- Der Klient soll wissen, wann die Interaktion im „Therapiemodus“ abläuft.
- Er soll verstehen, was ein „Therapie-Modus“ ist: Was dann von ihm erwartet wird oder was er vom Therapeuten erwarten kann und welche Handlungen nicht vorkommen sollten.
- Ein Therapeut sollte andere Vorgehensweisen daher klar von Therapie abgrenzen, damit dem Klienten deutlich wird, dass diese Vorgehensweisen *nicht* Therapie sind und dass hier andere Regeln der Kommunikation gelten, die aber *nicht* in die Therapie übertragen werden sollen!
- Der Therapeut sollte z.B. folgende Vorgehensweisen klar von Therapie abgrenzen und das auch erläutern:

- Erhebung von Daten zur Anamnese bzw. zum Kassenantrag
- Gabe von Informationen *über* Therapie, Terminplanungen u.a.
- Krisenintervention
- Dem Klienten sollte klar sein, dass z.B. Anamnese-Erhebung nach anderen Regeln verläuft: Hier ist fast nur der Therapeut aktiv, hier schreibt der Therapeut mit, hier geht es nicht um Bearbeitung usw.

Dem Klienten muss klar sein, dass diese Vorgehensweisen *nicht* die einer Therapie sind!

- So sollte/kann ein Therapeut bei Anamnese-Erhebung mitschreiben, sollte das im Therapie-Prozess aber nie tun (s. Papier-Zentrierung).
- Dem Klienten sollte z.B. auch klar sein, dass der Therapeut bei der Anamnese-Erhebung fast „die gesamte Arbeit macht“, dass bei Therapie aber Initiative des Klienten erforderlich ist.

4 Psychotherapeutische Meta-Regeln

Dabei handelt es sich um allgemeine oder übergreifende therapeutische Prinzipien.

4.1 Ein Klient muss in der Therapie andere und konstruktivere Erfahrungen machen als im Alltag!

- Therapie kann/soll nicht die Fortsetzung des Alltags „mit anderen Mitteln“ sein. Das ist keineswegs hilfreich.
- Sowohl auf Beziehungsebene als auch durch Interventionen/Strategien muss der Klient Prozesse realisieren, die er im Alltag nicht realisieren kann.
- Der Therapeut verhindert oder blockiert aber auch ungünstige Prozesse. Der Klient soll die Bearbeitungsfehler, die er im Alltag macht, nicht in der Therapie wiederholen.
- Daher ist es hier wichtig, dass ein Therapeut über eine hohe therapeutische *Expertise* verfügt, um dem Klienten solche konstruktiven Prozesse zu ermöglichen.
- Dadurch ermöglicht der Therapeut dem Klienten Prozesse, die im Alltag nie stattfinden können: Z.B. steuert der Therapeut systematisch konstruktive Prozesse, blockiert dysfunktionale Prozesse o.ä.
- Das impliziert auch, dass der Therapeut bestimmte Handlungen *nicht* ausführen darf: Er kann nicht einfach mit dem Klienten solidarisch sein, er kann sich nicht „wie ein Freund“ verhalten o.ä.
- Die Therapie muss daher nach *therapeutischen Prinzipien* gestaltet werden.
- Dies impliziert auch, dass der Therapeut den Klienten *konfrontieren* muss, also etwas tun soll, das „Freunde“ normalerweise nicht tun.
- Die Therapie wird vom Therapeuten *professionell* nach seiner Expertise gestaltet.

4.2 Der Therapeut bestimmt die Regeln der Psychotherapie!

- Der Klient kommt zu einem Experten, weil die Alltagskommunikationen nicht mehr für eine Problemlösung ausreichen.
- Und die Tatsache, dass der Klient Klient ist, zeigt, dass der Klient seine Probleme weder allein, noch mit Hilfe seines sozialen Kontextes lösen kann.
- Daher *muss* sich Therapie grundlegend von dem unterscheiden, was im Alltag möglich ist.
- Und der Klient kommt, weil er das Problem nicht mehr allein lösen kann: „Klienten sitzen in ungünstigen Bearbeitungen fest“.
- Daher ist es notwendig, dass der Therapeut auch als Experte auftritt und dem Klienten deutlich macht, was dieser in der Therapie tun sollte, damit er seine Probleme lösen kann.
- Daher bestimmt der Therapeut, was wann wie im Prozess getan werden soll.
- Dazu macht der Therapeut „Bearbeitungsangebote“: Der Klient sollte diese umsetzen, damit die Prozesse konstruktiv ablaufen können. Dies liegt aber in der Entscheidung des Klienten. Der Therapeut kann den Klienten „nicht zwingen“.
- Der Therapeut kann den Klienten informieren, Vorgehen erläutern, er kann aber nicht dem Klienten die Kontrolle über den Prozess überlassen → *Alltag!*
- Lehnt ein Klient die therapeutischen Angebote ab, dann hat ein Therapeut „dann nichts mehr im Angebot“: Der Klient kann Angebote annehmen oder ablehnen, aber eine neue Therapie kann für ihn nicht erfunden werden.
- Das bedeutet: *Der Therapeut bestimmt Regeln und Vorgehen der Therapie.*
- Der Klient kann langsam dahin geführt werden, aber letztlich ist es erforderlich, dass der Klient *das akzeptiert!*
- Wenn ich zu einem Experten gehe, dann macht es Sinn, einem Experten zu folgen!
- Tut der Klient das nicht, kann ein Therapeut motivieren, Hindernisse klären usw., aber letztlich ist es eine Entscheidung des Klienten!

4.3 Der Therapeut übernimmt seine Experten-Rolle!

- Der Therapeut sollte explizit die Rolle des Experten übernehmen.
- Das vermittelt er auch dem Klienten.
- Der Therapeut macht seine Überlegungen und Vorschläge transparent und erläutert sie dem Klienten.
- Der Klient kann hier dem Therapeuten Anregungen geben für weitere Interventionen usw. Er kann Unzufriedenheit oder Kritik äußern und der Therapeut geht darauf ein. Der Therapeut kann aber den Ideen des Klienten *nicht* folgen!
- Der Klient kann aber nicht bestimmen, was wann und wie in der Therapie passiert.
- Der Klient hat letztlich nur die Wahl zwischen zwei Alternativen: Er akzeptiert die Vorschläge des Therapeuten oder er tut es nicht.
- Tut der Klient es nicht, kann der Therapeut das mit dem Klienten klären, den Klienten motivieren usw.
- Ist das nicht erfolgreich, hat der Therapeut für den Klienten nichts mehr im therapeutischen Angebot.
- Und damit muss der Therapeut den Klienten u.U. konfrontieren.

4.4 Der Therapeut ist der Experte für den Prozess – der Klient ist der Experte für die Inhalte!

- Aufgrund seiner speziellen Expertise ist ein Therapeut der Experte für den Therapieprozess und steuert diesen.
- Der Klient ist der Experte für die Inhalte: Für seine Probleme, seine Schemata, dafür, welche Lösungen er akzeptieren kann usw.
- Daher kann und sollte ein Therapeut *prozessdirektiv sein*: Er muss aktiv in den Prozess des Klienten eingreifen und diesen steuern.
- Der Therapeut sollte aber nur *begrenzt inhaltsdirektiv* sein: Er kann dem Klienten Vorschläge machen, aber er kann dem Klienten nicht vorschreiben, wie er seine Probleme zu lösen hat.
- Verfolgt der Klient Ziele, die der Therapeut als ungünstig erachtet, kann er den Klienten konfrontieren.
- *Therapeuten sollten Klienten nie „ins offene Messer“ laufen lassen.*
- Dies liegt in der Verantwortung des Therapeuten: Aber das, wofür der Klient sich dann letztlich entscheidet, liegt *nicht* in der Verantwortung des Therapeuten.
- Was der Klient letztlich will, was er akzeptiert oder umsetzt, ist letztlich immer die Entscheidung des Klienten.
- Daher sollte ein Therapeut inhaltlich *„nichts für einen Klienten wollen“*, d.h. ihn z.B. zu bestimmten Zielen führen.
- In einem gewissen Sinn ist der Therapieprozess dialektisch:
 - Einerseits steuert ein Therapeut, gibt Bearbeitungsangebote, macht Vorschläge usw.
 - Andererseits ist es aber immer der Klient, der entscheidet, was er umsetzen will und welche Lösung er akzeptieren will.
- Dies erzeugt für den Therapeuten ein Spannungsfeld, mit dem er arbeiten muss.
- Der Therapeut kann/soll Annahmen des Klienten in Frage stellen, aber er kann/soll dem Klienten nicht vorschreiben, was dieser zu glauben oder zu tun hat.
- Das ist nicht Teil der therapeutischen Verantwortung, noch der therapeutischen Aufgabe.
- Ein Therapeut sollte zu einem Klienten außer der therapeutischen Beziehung *keine* andere Art von Beziehung unterhalten!
- Andere Beziehungen *interferieren* mit der Psychotherapie!

4.5 Sowohl Therapeuten als auch Klienten müssen in der Therapie ihren Teil der Verantwortung übernehmen, damit eine Therapie erfolgreich sein kann!

- Der Therapeut muss seinen Teil der Prozessverantwortung übernehmen.
- Aber: Der Klient muss auch konstruktiv mitarbeiten, Interventionen umsetzen, Prozesse initiieren, sich Inhalten stellen usw. usw.
- Tut er das nicht, kann die Therapie nicht erfolgreich sein.
- D.h.: Der Therapieerfolg ist nie allein vom Therapeuten abhängig!
- Therapie ist nur dann erfolgreich, wenn beide Interaktionspartner *ihren* Teil der Verantwortung übernehmen.
- Dies muss dem Klienten im Prozess deutlich gemacht werden.
- Der Therapeut sollte hier u.U. Motivationstechniken einsetzen.
- Der Therapeut muss aber u.U. den Klienten auch mit seinem ungünstigen Handeln konfrontieren.
- Dem Klienten muss deutlich werden, dass er in der Therapie *aktiv* mitarbeiten muss, wenn die Therapie erfolgreich sein soll.
- Je eher der Klient das versteht, desto besser.

4.6 Ein Therapeut sollte sein therapeutisches Handeln stetig verbessern!

- Auch erfahrene Therapeuten sollten Supervision machen.
- Und dabei ihr Handeln ständig prüfen und reflektieren.
- Das heißt, sie sollten sich ständig mit sich, ihren Prozessen usw. *auseinandersetzen*.
- Sie sollten aus Fehlern lernen, ihr Handeln verbessern und ihre Expertise immer weiter erhöhen.
- Handeln → reflektieren → Schlüsse ziehen → neue Handlungskonzepte bilden → Handeln → reflektieren usw.
- Nur durch ein solches Vorgehen wird Expertise aufgebaut und weiterentwickelt.
- Auch *das* ist ein Teil der Therapeuten-Verantwortung und der therapeutischen Ethik.

4.7 Ein Therapeut sollte im Therapieprozess eine hohe therapeutische Aktivität realisieren!

- Ein Therapeut muss Prozesse des Klienten *aktiv* steuern.
- Er muss *gezielt* intervenieren, den Klienten anleiten, dysfunktionales Handeln blockieren usw. usw.
- D.h.: Der Therapeut muss im Prozess hoch aktiv sein.
- Er darf den Klienten nicht „einfach machen lassen“ („dem Klienten Raum geben“: Klienten können mit diesem „Raum“ gar nichts anfangen).
- Ein Therapeut darf sich auch nicht nur auf Beziehungsgestaltung beschränken: Das genügt nicht für eine konstruktive Therapie.
- *Ein Therapeut sollte in einem sehr hohen Maße Präsenz zeigen!*
Das bedeutet, dass der Therapeut deutlich macht, dass er da ist, gehört werden will und aktiv in die Prozesse eingreift.
- Und: Der Therapeut sollte verbal, paraverbal und nonverbal präsent sein!
- Der Therapeut sollte alle Kommunikationskanäle konstruktiv nutzen.

4.8 Der Therapeut muss in der Therapie „als Person greifbar“ sein!

- Ein Therapeut ist im Prozess weiterhin er selbst, er geht aber in eine professionelle Rolle mit der Realisation von Interventionen und Strategien.
- Er ist weniger „als Person“, mehr als professioneller Therapeut involviert.
- Dennoch sollte ein Therapeut im Prozess gegebenenfalls *als Person greifbar sein*: Wird der Therapeut direkt vom Klienten als Person angesprochen (z.B. persönlich kritisiert, erhält ein Beziehungsangebot o.ä.), *dann sollte er auch als Person reagieren*.
- Und sich nicht hinter einer professionellen Rolle „verstecken“.
- Trotz aller Professionalität ist ein Therapeut immer noch als Person involviert.
- Dieser Aspekt tritt im Prozess in den Hintergrund, er kann aber immer vom Klienten thematisiert werden.
- Und in diesem Fall sollte der Therapeut *als Person reagieren* → *Vertrauen!*
- Dies gilt z.B. bei Kritik, bei Beziehungsangeboten u.ä.

4.9 Der Therapeut sollte Neutralität und Arbeitsdistanz wahren!

- Inhaltliche Abstinenz bedeutet auch, nicht etwas persönlich für den Klienten zu wollen: Der Therapeut akzeptiert Entscheidungen des Klienten.
- D.h.: Er hält sich „aus dem Leben des Klienten“ in dem Sinne heraus, als er dem Klienten keine Vorschriften o.ä. macht.
- Der Therapeut realisiert eine *Arbeitsbeziehung* zum Klienten.
- Er geht nicht in eine Freundschaft, übernimmt keine Verantwortung für den Klienten: Der Therapeut will persönlich nichts vom oder für den Klienten.
- Arbeitsbeziehung bedeutet auch, dass der Therapeut „Abstand“ hält, dass er die Annahmen des Klienten hinterfragen kann und „nicht zum Klienten wird“: Er muss den Klienten konfrontieren können usw.
- Bei aller Empathie „leidet“ der Therapeut nicht mit dem Klienten, er lässt sich nicht vom Klienten paralisieren, nicht manipulieren und nicht ins System des Klienten verwickeln.
- Die Grundannahme des Therapeuten ist: „*Es ist alles eine Konstruktion und alles ist hinterfragbar!*“
- Nichts ist zwangsläufig, der Klient hatte immer eine Wahl und ist für sein Handeln verantwortlich.
- Der Therapeut bemüht sich, nicht in „Plausibilitätsfallen“ zu laufen.
- Der Therapeut versucht auch, seine eigenen Schemata, Überzeugungen usw. aus dem Prozess herauszuhalten.
- Auch hier ist der Prozess dialektisch:
 - Einerseits muss sich der Therapeut auf den Klienten einlassen.
 - Andererseits muss er aber eine Arbeitsdistanz halten.
- Damit unterscheidet sich das, was der Therapeut in der Therapie tut, grundlegend von dem, was er im Alltag tut!

4.10 Stell Dich auf den Klienten ein, aber nimm den Klienten auch in die Pflicht!

- Therapeuten sollten sich auf den Klienten einstellen: Sie sollten den Klienten „dort abholen, wo er sich befindet“.
- Therapeuten stellen sich auf die Person des Klienten ein, auf ihre Probleme, ihr Tempo, ihre Art der Beziehungsgestaltung.
- Therapeuten müssen den Klienten erst einmal so akzeptieren, wie er ist: Der Klient muss nicht „seine Neurose an der Garderobe abgeben“ (Krause).
- Therapeuten stellen sich zunächst auf den Zustand des Klienten ein, wie dieser aktuell ist.
- *Aber: Dieser Zustand soll ja nicht so bleiben, wie er ist.*
- Therapeut und Klient müssen einen Konsens darüber erarbeiten, was wie verändert werden soll.
- Und diese Aspekte müssen in der Therapie *definiert* werden.
- Die Haltung des Therapeuten dazu ist: Diese Aspekte sind Teil des Klienten, der Klient wird deswegen nicht abgewertet. *Aber: Die Aspekte werden als **problematisch** (weil sie dem Klienten Kosten bereiten) und damit auch als veränderungsnotwendig definiert.*
- Der Therapeut *stellt Anforderungen an den Klienten*: Z.B. über sich selbst zu sprechen, langfristig soll sich der Klient auf die therapeutischen Interventionen einstellen und mit dem Therapeuten kooperieren.
- Daher muss ein Therapeut (an bestimmten Inhalten oder im Hinblick auf bestimmte Ziele) *Veränderungen* initiieren.
- Damit kann er aber dann auch bestimmte Aspekte des Klienten nicht mehr einfach akzeptieren, sondern muss sie in Frage stellen, Kosten aufzeigen usw.
- Damit kann und sollte ein Therapeut beginnen, wenn klar ist, was der Klient verändern sollte bzw. verändern will.
- Das ist für den Therapeuten ein *Balance-Akt*: Der Therapeut sollte deutlich machen,
 - dass der Klient als Person ok ist,
 - dass viele Aspekte so bleiben können, wie sie sind,
 - dass der Klient aber, *wenn* er Probleme lösen will oder Kosten reduzieren will, an Veränderungen arbeiten muss.
- Der Therapeut muss auch deutlich machen, dass das erforderlich ist, *falls* der Klient etwas ändern will.
- In diesem Fall hat der Klient die Wahl zwischen *zwei* Alternativen:
 - Er arbeitet aktiv an Veränderungen und kann Probleme lösen.

- Er arbeitet nicht an Veränderungen und dann wird sich auch nichts ändern.
- Das muss dem Klienten unmissverständlich deutlich werden.
- Letztlich hat ein Therapeut die Entscheidungen des Klienten zu akzeptieren.
- Was u.U. bedeuten kann, dass es keine Therapie geben kann.
- Das bedeutet aber auch: „Abholen“ des Klienten bedeutet dann auch, den Klienten von da an konstruktiv zu steuern und ihm deutlich zu machen, was getan werden sollte und worauf der Klient sich einlassen muss.

4.11 Beachte als Therapeut immer die Charakteristika des Therapie-Prozesses

- Der Therapie-Prozess ist von zentraler Bedeutung: Der Therapeut sollte diesem ein hohes Maß an Aufmerksamkeit schenken.
- Die wenigsten Klienten realisieren von sich aus konstruktive Prozesse.
- Daher muss ein Therapeut den Prozess hochgradig *konstruktiv steuern*.
- Im Prozess werden die Klienten durch die Prozesssteuerung des Therapeuten *meist* besser.
- Ein Therapeut kann den Prozess *in hohem Ausmaß* steuern.
- Aber er kann den Prozess *nie vollständig steuern*, d.h. er kann ihn *nie kontrollieren oder determinieren*.
- Der Prozess läuft z.T. *chaotisch*: Es kann alles Mögliche passieren: Unklare Themen tauchen spontan auf, z.B. Emotionen, Vermeidung usw.
- Daher muss ein Therapeut immer wieder von Neuem steuern.
- Prozesse brauchen *Zeit*: Sie lassen sich *fördern, aber nicht forcieren* (→ *Kante des Möglichen*).
- Wie lange ein bestimmter Prozess dauert, bestimmt der Klient, nicht der Therapeut!
- Prozesse verlaufen *nicht linear, sondern rekursiv*: Klienten durchlaufen Prozesse mehrfach, „zwei Schritte vor, einen zurück“.
- Klienten können Erkenntnisse wieder „schreddern“.
- Daher heißt die Devise: *Das Ganze nochmal von vorn!*
- Klienten benötigen immer *Zeit*, um Erkenntnisse zu vollziehen, zu realisieren und zu integrieren.
- Diese Zeit muss der Therapeut dem Klienten „gönnen“.
- Manchmal muss der Therapeut den Prozess bewusst *verlangsamen*.
- „*Gründlichkeit ist wichtiger als Schnelligkeit*“
- Treten im Prozess neue Aspekte auf, muss ein Therapeut *entscheiden*,
 - ob beim alten Thema geblieben werden soll,
 - ob auf ein neues Thema übergegangen werden soll.→ *Relevanz!*
- Es tritt wieder ein Dilemma auf:
 - Einerseits ist *Stringenz* wichtig.
 - Es ist aber auch wichtig, zentralen Aspekten des Klienten zu folgen.

- Treten keine relevanten Aspekte auf, hält der Therapeut den Klienten beim Thema bzw. führt ihn zum Thema zurück.
- Ein Therapie-Prozess enthält immer viele Aspekte, die man als „*dialektische Dilemmata*“ bezeichnen kann, mit denen Therapeuten ständig konfrontiert sind.
- Das bedeutet, dass es oft Ziele gibt, die nicht ohne Weiteres kompatibel sind, Vorgehensweisen, die sich „beißen“ können usw.
- So muss z.B. ein Therapeut einen Klienten einerseits so akzeptieren, wie er ist, andererseits muss er aber auch Veränderungen initiieren.
- Ein Therapeut muss auf einen Klienten eingehen, aber auch Prozesse (u.U. auch gegen die Intention des Klienten) steuern.
- Ein Therapeut sollte empathisch sein, den Klienten aber auch konfrontieren usw. usw.
- Die KOP versucht, für solche Probleme Lösungen zu erarbeiten.
- Dennoch muss ein Therapeut im Prozess ständig *Entscheidungen* für einen Weg und gegen einen anderen Weg treffen.
- Ein Therapeut muss sich also diesen Dilemmata *stellen* und begründete Entscheidungen treffen.

5 Übergreifende therapeutische Regeln

5.1 Beachte die grundlegende Indikation zur Psychotherapie

- Eine Psychotherapie mit einem Klienten ist prinzipiell dann indiziert, wenn der Klient durch sein System, sein Handeln usw. *persönliche* Kosten erzeugt, die er reduzieren will.
- Eine klinische Diagnose ist dazu nicht erforderlich, *da der Klient bestimmt*, wann er Therapie braucht und nicht das DSM.
- Der Begriff der „Normalität“ spielt in der Psychotherapie nicht die geringste Rolle.
- Ein Klient kann von Normen abweichen, aber keine Kosten haben und damit keine Therapie benötigen.
- Ein Klient kann der Norm entsprechen, aber dennoch deutliche Kosten aufweisen, also Therapie benötigen.
- Psychotherapeuten sollten sich an Psychologie orientieren und an psychotherapeutischer Ethik, nicht an den Begriffen und Forderungen von Krankenkassen-Juristen.
- Psychotherapie *ist eine Disziplin der Psychologie*, daher sollten medizinische Konzepte nur in begründeten Fällen verwendet werden.
- „Krankheit“ ist kein sinnvolles psychotherapeutisches Konzept, ebenso wenig wie „Psychopathologie“.
- In der Psychotherapie geht es darum, Klienten Respekt entgegen zu bringen, *nicht* darum, sie zu pathologisieren.
- Psychische Störungen stellen Probleme dar, weil sie Kosten erzeugen.
- Nicht, weil sie „pathologisch“ sind!
- Daher sollten wir m.E. auch von *Klienten* und nicht von „Patienten“ sprechen.
- *Ein Klient muss in der Psychotherapie ein viel höheres Maß an Mitarbeit realisieren und Verantwortung übernehmen, als ein Patient in der Medizin: Klient ist eine andere Rolle als Patient!*

5.2 Klären vor Lösen!

- Ein komplexes Problem kann sehr wahrscheinlich weder durch Versuch und Irrtum, noch durch schnelle Lösungen angegangen werden.
- Ein komplexes Problem (eines hoch komplexen Systems) kann nur dann (nachhaltig) gelöst werden, wenn man es vorher genau versteht.
- Wenn ein Reifen „platt“ ist, kann man ihn wechseln: Man muss nichts weiter analysieren. Hat man Probleme mit einem Motor, ist es sinnvoll, genau zu analysieren, *was* das Problem ist, um es gezielt beheben zu können (anstatt den Motor auszutauschen).
- Man muss wissen, *welche* Aspekte man *wie* ändern kann (sollte), damit konstruktive Effekte eintreten.
- Dies ist meistens notwendig und benötigt Zeit.
- Und es gilt die psychologische Erkenntnis: *Ein (komplexes) Problem, das nicht verstanden wird, kann auch nicht gelöst werden!*
- Daher gilt die zentrale Regel: *Klären vor Lösen!*
- Ein Problem muss in jedem Fall im Prozess erst gründlich analysiert und verstanden werden, bevor man an Lösungen arbeiten kann.
- Das sollte der Therapeut auch dem Klienten deutlich vermitteln:
 - Prozesse brauchen Zeit.
 - Zu Beginn versteht man relativ wenig.
 - Vorschnelles Handeln erzeugt u.U. nur weitere Probleme.
 - Die therapeutische Arbeit kann schwierig und langwierig sein.
 - *Gründlichkeit ist wichtiger als Geschwindigkeit.*
 - *Auf keinen Fall darf ein Therapeut eine Indikationsentscheidung treffen, bevor er das Problem gründlich verstanden hat!*
 - Erst muss ein Klienten-Modell erstellt werden.
 - *Auf gar keinen Fall kann eine Indikationsentscheidung nur nach einer Diagnose getroffen werden!*

5.3 Arbeite nicht für den Klienten!

- Der Therapeut sollte Prozesse gezielt durch Bearbeitungsangebote steuern.
- Er sollte unterstützen, Anregungen geben, prozessdirektiv sein.
- *Aber: Machen muss den Prozess der Klient!*
- *Nur der Klient* kann Schemata klären, Alternativen entwickeln, Ziele definieren, Entscheidungen treffen und *sein* Leben verändern.
- Der Therapeut kann diese Prozesse „*katalysieren*“, aber er kann sie nicht für den Klienten machen.
- Er sollte daher auch „nicht für den Klienten klären“, keine „multiple-choice-Fragen“ stellen oder Vorschläge machen o.ä.
- Das bedeutet: Der Therapeut sollte nie Interventionen machen, die keine Prozesse bei Klienten anregen, sondern „Prozesse beenden“.
- *Der Therapeut sollte durch Interventionen immer Prozesse in Gang setzen oder in Gang halten.*
- Hat der Therapeut eine valide Inhaltshypothese, dann kann er eine *Explizierung* vornehmen.
- Dabei bietet er dem Klienten eine Schlussfolgerung/Erkenntnis an, von der er belegen kann, dass der Klient sie meint, aber sie selbst noch nicht vollzogen hat, sie aber nachvollziehen kann.
- Explizierung des Therapeuten *fördern* den Klärungsprozess des Klienten!
- Daher:
 - *Kein Inhalts-Raten!*
 - *Keine adhoc-Vorschläge!*
- Interventionen sollen Prozesse beim Klienten anregen und steuern, aber sie sollten Prozesse *nicht ersetzen!*
- Therapeuten sollen auch nicht versuchen, Klienten von etwas zu überzeugen („auf ein totes Pferd einreden“).
- „Überzeugungen“ muss ein Klient im Prozess *erarbeiten*, er kann sie nicht „übernehmen“.
- „Wenn ein Therapeut dazu übergeht, die Fragen an den Klienten selbst zu beantworten, wird die Anwesenheit des Klienten überflüssig!“

5.4 Schau dem Drachen ins Auge!

- Therapeuten erwarten vom Klienten, dass dieser sich im Laufe des Prozesses seinen Problemen stellt.
- Damit sollte ein Therapeut sich ebenfalls allen Problemen des Klienten, eigenen Schwierigkeiten u.a. stellen.
- Der Therapeut kann signalisieren, dass bestimmte Aspekte schwierig sind, dass es aber dennoch oder gerade deshalb wichtig ist, sich ihnen zu stellen.
- Therapeuten sollten nie Themen vermeiden, sie sollten alles hinterfragen können und den Klienten konfrontieren können.
- Das bedeutet: Therapeuten sollten immer dem Drachen ins Auge schauen.
- Und damit auch ein Modell für den Klienten sein!
- Sie sollten sich der Kritik des Klienten stellen, sich aktiv mit Beziehungsangeboten auseinandersetzen, als Person präsent sein.
- Therapeuten sind hier ein *Modell* für den Klienten und sie sollen den Prozess *konstruktiv* steuern!
- Der Therapeut sollte *auf keinen Fall ein Modell für Vermeidung sein!*

5.5 Sorge immer für eine ausreichende Motivation des Klienten!

- Die Motivation des Klienten, therapeutische Interventionen umzusetzen, kann begrenzt sein.
- Sie reicht u.U. für bestimmte Vorgehensweisen nicht aus.
- Daher sollte ein Therapeut immer die *aktuelle* Motivation von Klienten einschätzen.
- Und diese gegebenenfalls durch gezielte Strategien verbessern.
- Es stehen therapeutische Strategien zur Motivationssteigerung zur Verfügung.

5.6 Lobe den Klienten immer für konstruktives Handeln!

- Viele Therapeuten vergessen diesen Aspekt.
- Der Therapeut sollte alle konstruktiven Handlungen des Klienten immer positiv konnotieren und loben.
- Relevante Inhalte, gute Bearbeitung, konstruktive Mitarbeit, gute Ideen, Eigeninitiative usw. usw.
- Dem Klienten müssen positive Entwicklungen *salient* gemacht werden, ansonsten nehmen Klienten diese kaum wahr (→ *individuelle Bezugsnorm*: „Sie haben an der und der Stelle diese und diese Fortschritte gemacht.“).
- Therapeuten dürfen niemals Fortschritte „für selbstverständlich“ halten!
- *Loben*
 - gibt Information an den Klienten,
 - stärkt die Motivation des Klienten,
 - dient einer Beziehungsgestaltung und dem Aufbau von Beziehungskredit!

5.7 Aktiviere, wenn möglich, Ressourcen des Klienten!

- Insbesondere ab Phase 4 sollte der Therapeut Ressourcen des Klienten *salient* machen: Dem Klienten muss bewusst werden, was er kann, weiß, welche Kompetenzen er nutzen kann usw.
- In begrenztem Umfang kann ein Therapeut das auch vorher schon tun.
- Ein sehr wesentlicher Aspekt dabei ist die systematische Förderung der Selbst-Effizienz-Erwartung des Klienten (SEE).
- SEE ist eine zentrale Variable in der therapeutischen Arbeit: SEE ist ein Teil des positiven Selbstschemas *und eine zentrale motivationale Variable*.
- Vor allem SEE des Klienten im Hinblick auf Psychotherapie.
- Ein Therapeut sollte dem Klienten immer vermitteln, dass er *Zutrauen zum Klienten* hat, dass er glaubt, dass der Klient (mit seiner Hilfe) Probleme lösen kann.
- Er hat Zutrauen darin, dass der Klient (mit seiner Hilfe) seine Probleme lösen kann, dass er therapeutische Aufgaben in Angriff nehmen kann, dass er sich seinen Problemen stellen kann usw.

5.8 Steuern den Therapieprozess!

- Klienten wissen nicht, was sie in der Therapie tun sollen: Wüssten sie es, hätten sie ihre Probleme längst gelöst.
- Die meisten Klienten können von sich aus keine konstruktiven Prozesse realisieren, sondern „sitzen in ungünstigen Bearbeitungen fest“.
- Daher ist es eine genuine Aufgabe des Therapeuten, den Klientenprozess zu *steuern*.
- *Steuerung durch den Therapeuten ist die mit Abstand relevanteste Prozessvariable (nach allen Prozessforschungen).*
- Der Therapeut macht dem Klienten deutlich, was dieser tun sollte oder nicht tun sollte. Der Therapeut hält den Klienten an Themen, wirft Fragestellungen auf usw. usw.
- Der Therapeut sollte diese *Prozessverantwortung* unbedingt übernehmen.
- D.h. der Therapeut ist *prozessdirektiv*.
- Dabei setzt der Therapeut aufgrund seiner Expertise und seines Klienten-Modells Prozessziele und steuert diese an.
- Der Therapeut ist sich im Klaren darüber, dass er den Klienten-Prozess steuern, aber nicht determinieren kann.
- Also muss der Therapeut immer wieder von Neuem steuern.
- Es ist wieder ein Balance-Akt: Der Therapeut muss sowohl auf den Klienten eingehen, als auch steuern, d.h. den Klienten u.U. auch auf Aspekte steuern, die dem Klienten unangenehm sind.
- Prozess-Steuerung beginnt mit dem Beginn der Therapie.
- Das bedeutet, dass ein Therapeut den Therapie-Prozess nie „laufen lassen“ darf.

5.9 Steuern konstruktiv!

- Der Therapeut hat durch Steuerung einen hohen Einfluss auf den Klienten-Prozess.
- Dabei kann der Therapeut aber auch *dysfunktional* steuern.
- Daher sollte der Therapeut darauf achten, immer konstruktiv zu steuern.
- Was konstruktiv ist, ergibt sich aus Expertise und Klienten-Modell.
- Der Therapeut macht dabei immer *Bearbeitungsangebote* (BA): Er regt Prozesse an.
- Der Klient muss diese BA dann umsetzen, realisieren.
- Der Therapeut „katalysiert“ den Prozess, er hat diesen nicht völlig unter Kontrolle, noch kann er ihn „für den Klienten“ machen.
- Der Therapeut sollte den Prozess immer bewusst und intentional aufgrund seines Modells steuern.
- Der Therapeut sollte die Effekte seines Handelns aufmerksam beobachten und analysieren.
- Er sollte prüfen:
 - Setzt der Klient meine Intervention um?
 - Bemüht er sich darum?
 - Falls nein: Was macht er stattdessen?
 - Ist das, was er tut, für den Prozess ungünstig?
- Und daraufhin Entscheidungen für weitere Interventionen treffen.

5.10 Arbeite immer an der Kante des Möglichen!

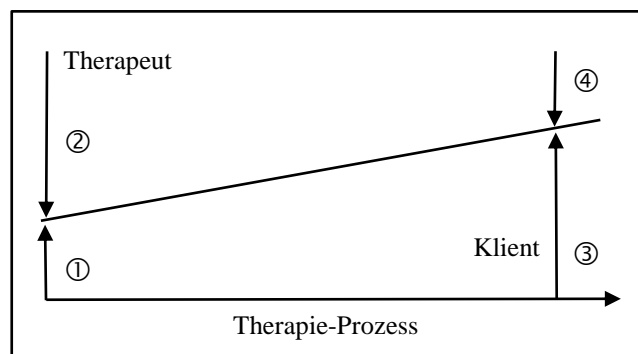
- Zu jedem Zeitpunkt des Prozesses weist der Klient einen bestimmten Erkenntnisstand auf und damit auch die Situation, dass viele Aspekte noch nicht geklärt sind.
- „Kante des Möglichen“ bedeutet, dass der Therapeut am Stand der Erkenntnis arbeitet und von da aus den Klärungsprozess weiterführt.
- „Kante des Möglichen“ bedeutet auch (und vor allem), dass dies die Bearbeitung ist, die ein Klient noch zulässt, auf die er sich aktuell noch einlassen kann.
- Dabei sollte er den Klienten fördern, aber weder unter-, noch überfordern: Er sollte immer versuchen, Interventionen zu realisieren, die der Klient „gerade noch“ realisieren kann.
- Klienten weisen zu einem bestimmten Zeitpunkt auch eine bestimmte Bereitschaft auf, sich mit Inhalten auseinanderzusetzen.
- An dieser Stelle sollten die Interventionen des Therapeuten ansetzen.
- Der Therapeut sollte dann versuchen, den Klienten zu motivieren, weiterzugehen und sich neuen, bisher vermiedenen Aspekten zu stellen.
- Wo die Kante des Möglichen ist, kann der Therapeut nur durch ein Austesten feststellen.
- Die Kante des Möglichen ist erreicht, sobald der Klient bestimmt, Vermeidungsindikatoren zu zeigen.
- Der Therapeut sollte dann immer an der Kante des augenblicklich Möglichen arbeiten.
- Das kann ein Therapeut nicht durchweg tun, aber ein Teil der Stunde sollte derart effektiv gestaltet werden.

5.11 Ein Therapeut sollte vom Klienten eine Veränderung im Therapie-Prozess erwarten!

- Therapie ist kein Selbstzweck.
- Therapie ist auch keine „Wellness-Veranstaltung“.
- Therapie dient dazu, dass ein Klient im Prozess Fortschritte macht.
- Und diese sollte er auch zeigen, damit eine Therapie sinnvoll fortgesetzt werden kann.
- Dabei kann er Fortschritte zeigen
 - in der Verbesserung der Beziehung zum Therapeuten (Vertrauen, Abnahme von Spielen usw.);
 - in einer Verbesserung der Bearbeitung (z.B. Reduktion der Vermeidung);
 - in einer zunehmenden persönlichen Relevanz von Inhalten.
- Ein Klient sollte zwischen der 25. und 35. Stunde solche Veränderungen aufweisen (je nach Störungsbild und Störungsintensität).
- Weist der Klient solche Veränderungen nicht auf, sollte der Therapeut den Klienten konfrontieren und erwarten, dass der Klient seinen Arbeitsauftrag definiert und seine Bearbeitung verbessert.
- Tut der Klient das nicht, sollte der Therapeut die Therapie beenden.

5.12 Orientiere Dich am Kompensationsmodell!

- Das sogenannte „Kompensationsmodell“ bedeutet, dass ein Therapeut den Klienten an den Stellen gezielt steuern und fördern sollte, an denen er selbst nicht konstruktiv arbeiten kann.
- Dagegen sind Steuerungen in den Aspekten nicht erforderlich, in denen ein Klient selbst konstruktiv arbeitet.



- Arbeitet der Klient von sich aus zu Prozessbeginn noch wenig konstruktiv (Pfeil 1), dann sollte der Therapeut kompensatorisch viel unterstützen und steuern (Pfeil 2).
- Arbeitet der Klient später im Prozess von sich aus konstruktiv (Pfeil 3), dann sollte der Therapeut nur noch wenig steuern (Pfeil 4).
- In diesem Fall kann eine starke Steuerung des Therapeuten mit der Arbeit des Klienten *interferieren*, d.h. den Klienten stören oder behindern.
- Befindet sich der Klient in einem tiefen Explizierungsprozess, darf der Therapeut u.U. nur noch wenig tun („saying back“).
- Daher muss ein Therapeut immer einschätzen, wie gut ein Klient im Augenblick von sich aus arbeitet und muss sich mit seinen Interventionen flexibel auf den Klienten einstellen.
- *Der Therapeut sollte daher so stark steuern, wie nötig.*
- Viele Anfänger steuern zu wenig und unterfordern damit ihre Klienten. Der Klient arbeitet nicht konstruktiv, aber daran ändert sich dann auch nicht viel.
- Einige Therapeuten steuern zu viel und beeinträchtigen damit Klienten-Prozesse.
- Manchmal ist es die beste therapeutische Intervention, „die Klappe zu halten“.
- Dass ein Klient nicht konstruktiv arbeitet, bemerkt ein Therapeut meist daran, dass er sich langweilt.
- Spätestens dann sollte er mehr und gezielter steuern.

- Sonst steht der Therapeut in der Gefahr, selbst „paralysiert“ zu werden.

5.13 Realisiere im Therapie-Prozess das Prinzip der Passung!

- Klienten sind äußerst *heterogen*:
 - Sie weisen unterschiedliche Störungen auf.
 - Unterschiedliche Komorbiditäten.
 - Ihre Störungen gehen auf unterschiedliche psychologische Aspekte und Prozesse zurück.
 - Sie weisen sehr unterschiedliche Prozesse auf.
 - Sie weisen *sehr* unterschiedliche Eingangsvoraussetzungen auf, z.B. Ambiguitätstoleranz, SEE-Niveau, Dominanz, Offenheit für Erfahrungen usw. usw.
 - Daher muss ein therapeutisches Angebot *immer auf den Klienten passen!*
- *Passung* bedeutet, dass die therapeutischen Angebote auf die Charakteristika des Klienten passen. Dadurch kann der Klient die Angebote annehmen und umsetzen.
- Der Klient kann so seine bisherigen Prozesse am besten fortsetzen, ohne dass es Sprünge oder „Brüche“ gibt.
- Damit müssen Vorgehensweisen, Strategien, Regeln usw. *immer an den Klienten angepasst werden.*
- Ein Therapeut sollte nie den Klienten „durch ein Manual peitschen“.
- Das Kompensationsmodell folgt dem Prinzip der Passung: Das Ausmaß von Förderung/Steuerung muss zum Zustand des Klienten passen.
- Passung bezieht sich aber noch auf weitere Aspekte der Psychotherapie.
- So muss die jeweilige inhaltliche Arbeit zum aktuellen *Erkenntnisstand* des Klienten passen.
- Der Explizierungsprozess muss an dem aktuellen Explizierungszustand des Klienten ansetzen.
- Auf diese Weise kann ein Klient die Interventionen des Therapeuten nachvollziehen und er kann sie umsetzen.
- Das Interaktionsverhalten des Therapeuten sollte, wenn möglich, zu den Vorlieben des Klienten passen.
- So reagieren histrionische Klienten positiv auf Therapeuten, die expressiv sind, die ihre Aussagen mit Gesten, Betonungen usw. illustrieren usw.
- Der Therapeut sollte sich daher so gut wie möglich auf den Klienten einstellen.
- *D.h. so weit er das authentisch kann. Und: So weit es therapeutisch Sinn macht.*

- Der Therapeut „dockt gewissermaßen an den Klienten an“ und steuert den Prozess von da aus.
- Dadurch kann sich ein Klient verstanden, abgeholt, respektiert fühlen, was seine Kooperationsbereitschaft deutlich erhöhen kann.

5.14 Argumentiere nicht mit dem Klienten!

- Dieses „Kanfer law“ (never argue with the client) ist wesentlich: Ein Klient wird in aller Regel nicht durch Argumente überzeugt, sondern dies führt meist in eine Intellektualisierung.
- Stattdessen initiiert der Therapeut Klärungsprozesse oder einen „sokratischen Dialog“.
- Inhalte, die ein Klient persönlich glaubt, lassen sich nie durch Argumente allein ändern.
- Ein Therapeut muss hier die zugrunde liegenden Schemata (Annahmen) des Klienten klären und sie dann (im Ein-Personen-Rollenspiel) disputieren.
- Daher lässt sich ein Therapeut grundsätzlich nicht auf Debatten o.ä. ein. Wenn ein Klient etwas behauptet, sollte der Therapeut sagen, dass er das nicht beurteilen kann, dass er das persönlich nicht glaubt, dass er das aber nicht mit dem Klienten diskutieren will oder wird.
- Manche Therapeuten reden auf einen Klienten ein, „wie auf ein totes Pferd“: Dies sollte ein Therapeut auf gar keinen Fall tun.
- Insgesamt sollten Therapeuten nur so viel sagen, wie erforderlich ist
- Der Redeanteil des Therapeuten sollte *geringer* sein, als der Redeanteil des Klienten.

5.15 Der Therapeut geht davon aus, dass alle Annahmen des Klienten Konstruktionen sind und dass alles hinterfragbar ist!

- Dies ist eine zentrale Grundannahme einer psychologischen Psychotherapie: Annahmen sind nicht „die Realität“, sondern psychologische Konstruktionen.
- *Alles ist eine Konstruktion!*
- *Alles ist hinterfragbar und muss gegebenenfalls hinterfragt werden.*
- Alle Konstruktionen können und müssen in der Therapie hinterfragt und verändert werden können.
- Keine Annahme ist zwingend, es gibt immer alternative Interpretationen, die man therapeutisch erarbeiten kann.
- Ein Sinn von Therapie ist es, Konstruktionen des Klienten (als solche) aufzudecken, zu klären, zu disputieren und zu verändern.
- Daher darf ein Therapeut nicht in Plausibilitätsfallen geraten: Wenn er denkt, etwas sei plausibel, sollte er das besonders sorgfältig prüfen.
- Es ist daher die Grundüberzeugung des Therapeuten:
 - „Alles ist eine Konstruktion und alles ist hinterfragbar.“
 - „Es gibt keine Zwangsläufigkeiten“.
 - „Der Klient hat immer eine Wahl getroffen und die Frage ist: Warum diese?“

5.16 Bilde im Therapieprozess Prozessziele und verfolge sie!

- Ein Prozessziel ist ein Ziel, das im Therapieprozess als nächstes erreicht werden soll.
- Die jeweiligen Prozessziele definieren die jeweilige Therapie-Phase.
- Prozessziele sind z.B.:
 - Der Therapeut hat ausreichenden Beziehungskredit.
 - Der Klient weist eine ausreichende Änderungsmotivation auf.
 - Schemata des Klienten sind hinreichend geklärt.
 - Schemata des Klienten sind hinreichend bearbeitet u.a.
- Es handelt sich um einen bestimmten „Zustand“ des Klienten im Hinblick auf Aspekte des Therapieprozesses.
- Das Erreichen von Prozesszielen ist erforderlich, um weitere therapeutische Maßnahmen durchführen zu können: BK → Konfrontation → AA → Klärung → Bearbeitung
- Welches Prozessziel angesteuert werden soll, entscheidet der Therapeut aufgrund des Klienten-Modells (Wo befindet sich der Klient gerade? Was ist das nächste Ziel?).
- Ein Therapeut steuert ein Prozessziel durch geeignete Strategien und Interventionen an.
- Prozessziele bestimmen Phasen und damit, welche Strategien und Interventionen nun anwendbar sind und welche nicht.
- Ein Therapeut sollte immer wissen, welche Prozessziele gerade (bei welchem Thema) angesteuert werden bzw. in welcher Phase sich der Klient gerade befindet.
- Prozessziele strukturieren damit den Therapieprozess sehr stark.

5.17 Bilde mit dem Klienten inhaltliche Ziele!

- Welche inhaltlichen Ziele ein Klient in/durch den Prozess ansteuert, ergibt sich aus den Problemen des Klienten (Vermeidungsziele) und den Motiven des Klienten (Annäherungsziele).
- Vermeidungsziele können meist relativ früh im Prozess bestimmt werden.
- Dabei handelt es sich um eine „Reduktion der Kosten“.
- Da dem Klienten die Kosten oft schon klar sind oder da sie meist schnell geklärt werden können, sind diese Ziele schnell deutlich.
- Daher macht es Sinn, diese auch als Erstes zu verfolgen.
- Annäherungsziele können wegen *hoher Alienation* oft erst im Laufe der Therapie bestimmt werden.
- Annäherungsziele sind aber nur dann valide bestimmbar, wenn Klienten *einen Zugang zu ihren impliziten Motiven haben*.
- Viele Klienten weisen hohe Alienation auf: Sie haben nur wenig oder keinen Zugang zu ihrem impliziten Motivsystem.
- Damit können sie aber Annäherungsziele gar nicht valide bestimmen.
- Die Alienation des Klienten muss im und durch den Therapieprozess erst reduziert werden.
- Dazu können bestimmte therapeutische Strategien eingesetzt werden.
- *Erst dann lassen sich Annäherungsziele sinnvoll definieren*.
- Daher machen sogenannte „goal-attainment-scalings“ zu Therapie-Beginn oft keinen Sinn.
- Ziele können sich im Therapie-Verlauf ändern – darauf sollte ein Therapeut flexibel reagieren.

5.18 Didaktisiere, wenn es erforderlich ist!

- Ein Klient kann einen Informationsmangel aufweisen, der zu seinen Problemen beiträgt oder der Probleme im Prozess bereitet.
- In solchen Fällen sollte der Therapeut dem Klienten entsprechende Informationen zur Verfügung stellen.
- Dies geschieht nur dann,
 - wenn der Klient die Informationen will oder
 - wenn der Therapeut der Ansicht ist, dass der Klient die Informationen benötigt.
- Informationen können z.B. sein: Informationen zu Störungen, zu Diagnosen, zum Vorgehen in der Therapie usw.
- Dazu gehört auch, dass ein Therapeut „den Klienten nicht ins offene Messer laufen lässt“.
- D.h. der Therapeut kann den Klienten warnen, Aspekte zu bedenken geben, seine Zweifel zum Ausdruck bringen usw. Aber widerspruchsermöglichend! Letztlich trifft immer *der Klient* die Entscheidung.
- Die Verantwortung des Therapeuten besteht hier nicht darin, dass der Klient handelt, sondern dass der Therapeut auf Aspekte aufmerksam gemacht hat, also dem Klienten eine Handlungsgrundlage gegeben hat.
- Gibt ein Therapeut solche Informationen, dann soll er den Regeln der Didaktisierung folgen:
 - Dem Klienten nur die Information geben, die er benötigt.
 - So, dass der Klient sie verstehen und nachvollziehen kann, d.h. die Informationen
 - passen auf den Kenntnisstand des Klienten,
 - werden sprachlich verständlich dargestellt,
 - passen zum Bildungs- und Intelligenzstand des Klienten.
 - Kurz, präzise, an Beispielen orientiert, die der Klient nachvollziehen kann.
- Keine Vorlesung! Keine Fremd- oder Fachworte! Kurze Sätze! So viel wie nötig und so wenig wie möglich!

6 Regeln zur Beziehungsgestaltung

6.1 Gestalte die therapeutische Beziehung zum Klienten aktiv und konstruktiv!

- Der Therapeut sollte die Beziehung zum Klienten *aktiv gestalten*, d.h. er soll durchweg entsprechende Handlungen realisieren, sowohl solche zur allgemeinen, als auch zur komplementären Beziehungsgestaltung.
- Ein Therapeut sollte immer *Präsenz* zeigen, sowohl verbal, als auch paraverbal und nonverbal.
- Er sollte dem Klienten deutlich machen,
 - dass er da ist,
 - dass auch er gehört werden möchte,
 - dass er den Prozess aktiv steuert,
 - dass er erwartet, dass der Klient ihn und seine Interventionen zur Kenntnis nimmt.
- *Daher sollte ein Therapeut den Klienten auch gegebenenfalls unterbrechen.*
- Entscheidend ist nicht das Unterbrechen als solches, sondern die Frage, wie und mit welchen Inhalten der Therapeut den Klienten unterbricht.
- Der Therapeut sollte sein Interesse und seine Aufmerksamkeit durch „Hmm“, „ja“ oder kurze Statements signalisieren.
- Diese Interventionen sind zentral wichtig und keineswegs ein „therapeutisches Rülpsen“ (das ist aus lerntheoretischer und kommunikationstheoretischer Sicht *Unsinn!*).
- Der Therapeut sollte immer dafür sorgen, dass er über ausreichenden Beziehungskredit verfügt.
- Den muss er in Anspruch nehmen (z.B. durch konfrontative Interventionen), aber auch immer wieder auffüllen.
- Der Therapeut sollte sein Beziehungskonto nicht weit „überziehen“.
- Beziehungskredit ist die Grundlage für Vertrauen, aber er reicht nicht für konstruktive, therapeutische Arbeit.
- Der Therapeut beginnt die therapeutische Arbeit immer mit Beziehungsgestaltung.
- In der ersten Therapiephase ist Beziehungsgestaltung *die* entscheidende Strategie!
- Die relevanteste therapeutische Beziehungsgestaltung ist die Realisation von *Respekt*.
- Eine konstruktive Beziehungsgestaltung ist durchweg durch die gesamte Therapie bedeutsam.

6.2 Ein Therapeut sollte allgemeine und komplementäre Beziehungsgestaltung realisieren!

- Ein Therapeut beginnt die Therapie immer mit allgemeiner Beziehungsgestaltung.
- Weist ein Klient relevante Beziehungsmotive auf, wird auch komplementäre Beziehungsgestaltung wichtig.
- Sobald der Therapeut die relevanten Beziehungsmotive des Klienten kennt, beginnt er mit komplementärer Beziehungsgestaltung.
- Beziehungsgestaltung ist in der ersten Phase der Therapie zentral.
- Sie ist aber durchweg im Prozess wesentlich.
- Beziehungsgestaltung ist nicht für alle Klienten gleich wichtig:
 - Bei Angst-Klienten ist sie von untergeordneter Bedeutung
 - Bei PD-Klienten ist sie absolut zentral.

6.3 Nimm im Therapie-Prozess Beziehungskredit in Anspruch!

- Der Aufbau von Beziehungskredit ist kein Selbstzweck.
- Beziehungskredit soll bestimmte therapeutische Interventionen *ermöglichen*.
- Diese sollte der Therapeut dann auch durchführen.
- Von besonderer Bedeutung sind konfrontative Interventionen.
- Konfrontative Interventionen nehmen Beziehungskredit in Anspruch.

6.4 Der Therapeut sollte bei allen Interventionen Aspekte der Beziehungsgestaltung realisieren!

- Ein Therapeut sollte alle Interventionen, auch konfrontative Interventionen, in Beziehungsgestaltung einbetten: Dem Klienten immer signalisieren, dass der Therapeut auf seiner Seite ist, ihn unterstützt, ihn nie als Person in Frage stellt o.ä.
- Der Klient sollte immer wissen, dass die Beziehung zum Therapeuten tragfähig und belastbar ist und dass sie nie durch Interventionen in Frage gestellt wird.
- Ein Therapeut sollte bedenken: Je besser die Therapeut-Klient-Beziehung ist, je tragfähiger das Vertrauen ist, desto mehr kann die Beziehung im Prozess „in den Hintergrund“ treten!

6.5 Ein Therapeut sollte zu einem Klienten ausschließlich eine therapeutische Beziehung aufweisen!

- Der Therapeut nimmt zu dem Klienten durch aktive Beziehungsgestaltung eine professionelle Beziehung zum Klienten auf.
- Der Therapeut sollte dabei aber *ausschließlich* zum Klienten eine solche Arbeitsbeziehung unterhalten.
- Er sollte *keinerlei* andere Beziehung zum Klienten unterhalten.
- Andere Beziehungen *interferieren* (u.U. sehr stark) mit einer therapeutischen Arbeitsbeziehung.
- Also:
 - Keine Freundschaft!
 - Kein „Kaffee-trinken-gehen“!
 - Keine persönlichen Kontakte!
 - Keine erotischen Beziehungen!
- Durch solche Beziehungen
 - wird ein Therapeut in seinen therapeutischen Handlungen *beeinträchtigt*,
 - wird auch der Klient verwirrt und kann Ebenen nicht mehr trennen.

7 Regeln zur Informationsverarbeitung und Modellbildung

7.1 Benutze Heuristiken bei der Informationsverarbeitung!

- „Heuristik“ stammt vom griechischen „heuriskein“ und bedeutet „finden, entdecken“.
- *Allgemein ist eine Heuristik ein „mentales Werkzeug“, mit dessen Hilfe Probleme gelöst werden können.*
- Eine Heuristik ist speziell ein „Wissensbestand“ oder eine „Wissensstruktur“, die eine Person verwenden kann, um Informationen zu verarbeiten.
- Eine Heuristik ermöglicht es, Informationen schnell und zuverlässig zu verarbeiten.
- Heuristiken sind in der KOP z.B.:
 - Schema-Konzepte
 - Das Modell der Doppelten Handlungsregulation.
 - Die Schema-Beziehungs-Motiv-Matrix usw.
- Eine Heuristik ermöglicht es,
 - schnell relevante Informationen zu erkennen
 - und irrelevante auszusondern,
 - schnell Schlüsse zu ziehen,
 - Informationen einzuordnen, d.h. zu verstehen.
- *Auch ein Klienten-Modell ist eine Heuristik.*
- Es ist eine Wissensstruktur, die es dem Therapeuten ermöglicht, (komplexe) Klienten-Information schnell zu verstehen und Schlüsse zu ziehen, z.B. über Ziele, Interventionen, Strategien u.ä.
- Ohne solche Heuristiken ist eine Informationsverarbeitung defizitär.
- Die aufgrund von Heuristiken erfolgten Verarbeitungen und Schlüsse sind immer Hypothesen.
- Falsche Schlüsse sind möglich.
- Daher müssen diese Hypothesen immer geprüft werden.
- Mit zunehmender Prüfung gewinnen sie an Validität.
- Auch die Heuristiken als solche sind Hypothesen (z.B. das Klienten-Modell), die geprüft, elaboriert, u.U. modifiziert oder verworfen werden müssen.
- Die Bildung solcher Heuristiken ist unverzichtbar und macht einen großen Teil der Expertise eines Therapeuten aus.
- Aus meiner Sicht bilden sie sogar den zentralen Kern der Expertise.

- Dabei muss die *Anwendung* der Heuristiken immer wieder trainiert werden.
- Daher sollten Therapeuten Heuristiken trainieren und nutzen.

7.2 Konzentriere Deine Informationsverarbeitung als zentrale Information und trage diese ins Klienten-Modell ein!

- Der Therapeut sollte seine (begrenzte) Informationsverarbeitung auf relevante Informationen über den Klienten konzentrieren.
- *Diese* sollte er in das Klienten-Modell eintragen.
- Ein Therapeut sollte *niemals* einfach „Informationen sammeln“.
- Das Sammeln irrelevanter Information *verschlechtert* die Informationsverarbeitung exponentiell!
- Informationen müssen daher immer schon bei der Verarbeitung auf Relevanz geprüft werden.
- Welche Informationen relevant sind, bestimmt der Therapeut aufgrund seiner Expertise und seines Klienten-Modells.
- Er beachtet daher z.B. solche Informationen vorrangig, die man verwenden kann, um folgende hochgradig wichtigen Klienten-Aspekte zu verstehen:
 - Beziehungsmotive
 - Schemata,
 - Manipulationen,
 - Bearbeitungen,
 - Vermeidung,
 - Vertrauensstatus des Klienten usw.
- Niemals den Speicher durch irrelevante Informationen „verstopfen“.
- Der Therapeut sollte nach jeder Stunde *kurze* Protokolle über die *relevanten* Informationen anfertigen.
- Dabei sollte er nur *die Information* in Protokolle eintragen, die relevant ist.
- Dann kann ein Therapeut sich schnell „auf Stand“ bringen.
- Therapie muss sich auf bestimmte Themen, Inhalte oder Ziele *fokalisieren*.

7.3 Bilde immer ein Klienten-Modell!

- Der Therapeut sollte ein *Klienten-Modell* bilden, das alle für die Therapie und den Prozess relevanten Informationen enthält.
- Dieses Klienten-Modell kann auch als „Fall-Konzept“ bezeichnet werden.
- Das Klienten-Modell besteht aus einem Personen- und einem Situationsmodell.
- Das Personenmodell enthält Informationen
 - auf der Inhaltsebene: Probleme, Schemata, Manipulationen, Regeln usw.;
 - auf der Beziehungsebene: Vertrauen, Manipulationen;
 - auf der Bearbeitungsebene: Öffnung, Vermeidung, Explizierung usw.
- Das Situationsmodell enthält Informationen
 - über die augenblickliche Bearbeitung des Klienten,
 - über den augenblicklichen Beziehungskredit,
 - über die im Augenblick wichtigen Inhalte und Themen.
- Der Therapeut zieht aus Beobachtungen des Klienten aufgrund seiner Expertise Schlüsse.
- Diese Schlüsse trägt er ins Modell ein.
- Ein Modell ist eine Hypothese, die aber sehr gut belegt sein sollte.
- Ein Modell wird immer wieder geprüft, modifiziert, elaboriert.
- Die Modellbildung beginnt mit dem Handgeben.
- Das Modell ist der „zentrale Kern“ der Psychotherapie.
- Aus dem Modell werden Indikationsentscheidungen, Prozessziele, Ziele, Strategien, Interventionen usw. abgeleitet.
- Ein Therapeut darf *niemals* Indikationsentscheidungen treffen, bevor er ein valides Klienten-Modell hat.
- Ein Therapeut trägt nur Schlussfolgerungen ins Klienten-Modell ein.
- Keine Rohtexte!
- Das Modell muss übersichtlich, gut strukturiert usw. sein, damit der Therapeut es memorieren und damit arbeiten kann.
- Aufzeichnungen des Therapeuten sollten auch nur relevante Modell-Aspekte enthalten (→ keine „Fließtexte“ usw.).
- Ein Therapeut *verarbeitet* Information, *aber er sammelt keine Information*.

7.4 Betrachte die Diagnose als Teil des Klientenmodells!

- Ein Therapeut sollte aufgrund bestimmter diagnostischer Vorgehensweisen eine Diagnose stellen.
- Bei PD diagnostizieren wir nicht anhand von ICD oder DSM, sondern auf der Grundlage bestimmter Diagnostik-Systeme.
- Ein Therapeut sollte eine Diagnose immer nur als eine *Hypothese* auffassen, die mehr oder weniger gut fundiert sein kann, aber niemals „wahr“ ist.
- Diagnosen sind Hypothese, die immer wieder geprüft und validiert werden müssen.
- Diagnosen sind therapeutische *Arbeitshypothesen* im Sinne von Heuristiken.
- Diagnosen sind Teil des Klienten-Modells.
- Damit dienen sie, gemeinsam mit anderen Aspekten des Modells, als Grundlage für therapeutische Entscheidungen.
- Sie dienen damit der Orientierung des Therapeuten als Heuristik zur Ableitung therapeutischer Strategien.
- Sie dienen in gar keiner Weise dazu, den Klienten zu bewerten, zu kategorisieren oder „abzustempeln“.
- Diagnostische Arbeitshypothesen sind nicht offiziell: Eine offizielle Diagnose wird aufgrund anderer Überlegungen gestellt.
- Diagnosen werden den Klienten mitgeteilt, wenn
 - der Klient sie wissen will *oder*
 - wenn der Therapeut denkt, dass der Klient sie wissen sollte.
- Es ist sehr wesentlich, dass ein Therapeut eine Diagnose nur als einen *Teil* des Klienten-Modells betrachtet: Andere Aspekte müssen immer auch berücksichtigt werden.
- Ein Therapeut kann *niemals* aus einer Diagnose alle therapeutischen Entscheidungen treffen!
- Eine Diagnose kommt aufgrund von relevanter Information durch komplexe Verarbeitungen zustande.
- Daher kann eine Diagnose in der Regel nicht schnell oder aufgrund weniger Informationen gestellt werden.

7.5 Nutze beim Verstehen des Klienten immer den synthetischen und den analytischen Verarbeitungsmodus!

- Synthetischer Verarbeitungsmodus bedeutet, dass der Therapeut versucht zu verstehen, was zu verstehen ist.
- Analytischer Verarbeitungsmodus bedeutet, dass der Therapeut versucht zu verstehen, welche Aspekte beim Klienten noch nicht hinreichend verstanden wurden und was noch geklärt werden muss.
- Ein Therapeut sollte bei seiner Informationsverarbeitung zwischen dem analytischen und dem synthetischen Modus wechseln.
- Ein synthetischer Modus „füllt“ ein Klienten-Modell, aber dieses muss immer wieder auf Lücken, Unklarheiten, Widersprüche u.ä. analysiert werden.
- Nur dadurch kann gewährleistet werden, dass ein Modell schließlich alle wichtigen Aspekte enthält.
- Der analytische Modus wirft relevante weitere *Fragestellungen* für den Prozess auf, denen ein Therapeut folgen sollte.
- Dies strukturiert das weitere therapeutische Vorgehen.

8 Regeln für die Gestaltung von Interventionen

8.1 Halte Dich bei der Gestaltung von Interventionen an bestimmte Regeln!

- Interventionen sollten immer *so kurz wie möglich* sein.
- Beachte, wenn möglich, die „Sechs-Wort-Regel“.
- Muss die Intervention länger sein, dann gestalte sie immer *so kurz wie möglich*.
- Gib dem Klienten immer nur *genau die* Information, die er benötigt oder die Intervention, die er braucht.
- Vermeide alle unnötigen Informationen!
- Interventionen sollten immer *so gut wie möglich* für den Klienten verständlich sein.
- Rede *so einfach wie möglich*: Kurze, prägnante Sätze!
- Keine Vorträge!
- Keine Fach- oder Fremdwörter!
- Der Klient muss immer verstehen, was er tun soll.
- Die Information an den Klienten soll immer vom Klienten leicht und schnell verarbeitet werden können.
- Die Anweisung an den Klienten sollte immer völlig klar sein.
- Der Klient sollte die Intervention ohne Mühe verstehen und umsetzen können, ansonsten stören diese den Klienten-Prozess.
- Gib immer nur *eine Anweisung* zu einem Zeitpunkt.
- Realisierst Du Strategien, gib Interventionen nacheinander, nicht simultan!
- Muss eine Intervention kommentiert bzw. erläutert werden, muss die Anweisung zum Schluss wiederholt werden (Anweisung → Erläuterung → erneute Anweisung).
- Der Klient muss die Anweisung aktuell „auf dem Schirm“ haben.
- Wechsele immer Paraphasierungen (P) und Fragen (F) ab: P – P – F – F – P – F – P.
- Wechsle Interventionen, die hohes Tempo erzeugen, mit solchen, die das Tempo verlangsamen.
- Prüfe immer, ob der Klient Deine Intervention umgesetzt hat.
- Wenn nicht: Das Ganze nochmal von vorn!

8.2 Verankere Deine Interventionen immer an dem, was der Klient zentral meint!

- Jede Aussage des Klienten enthält zentrale und periphere Inhalte.
- Diese Aspekte sollte ein Therapeut verstehen.
- Der Therapeut sollte verstehen, um welche Aspekte es dem Klienten *zentral* geht.
- Auf *diese* Aspekte sollte er seine und die Aufmerksamkeit des Klienten fokalisieren.
- Der Therapeut sollte seine Interventionen dabei immer an den zentralen Aspekten der Klienten-Aussage „verankern“, d.h. sich auf diese beziehen und sie weiterführen.
- *Setze im Therapieprozess so früh wie möglich internalisierende Marker!*
- Durch Marker macht der Therapeut deutlich,
 - welche Aspekte wichtig sind,
 - auf welche sich der Klient konzentrieren sollte,
 - welche Fragestellungen relevant sind und verfolgt werden können.
- Der Therapeut sollte Interventionen realisieren, die die Aufmerksamkeit des Klienten internalisieren.
- Damit sollte er schon (in Maßen!) in Phase 1 beginnen.
- Diese Interventionen sind *Marker*: Der Therapeut macht sie, um den Klienten langsam dazu zu führen, ihnen zu folgen.
- Er geht davon aus, dass Klienten sie nicht unmittelbar umsetzen.
- Sondern, dass die Interventionen über längere Zeit hinweg wirken.

9 Regeln zur Indikation therapeutischer Maßnahmen

9.1 Leite alle Indikationsentscheidungen begründet aus dem Klienten-Modell ab!

- Das Klienten-Modell ist die Grundlage aller therapeutischen Entscheidungen.

9.2 Beachte auf alle Fälle Komorbiditäten!

- Gehe von der Annahme aus, dass ein Klient Komorbiditäten aufweist.
- Prüfe:
 - Komorbiditäten von Achse-I-Störungen
 - Komorbiditäten von PD
 - Komorbiditäten von PD mit Achse-I-Störungen

9.3 Umgang mit Komorbiditäten

9.3.1 Funktionalität

- Bei Komorbidität von Achse-I-Störung (X) und PD (Y) prüfe immer, ob X *funktional* ist für PD.
- Falls ja, muss immer mit PD begonnen werden.
- Falls nein kann mit X begonnen werden.
- Muss in jedem Fall im Modell diskutiert und entschieden werden.

9.3.2 Achse-I-Störungsproblematik

- Bereitet eine Achse-I-Komorbidität (z.B. Depression) aktuell starke Probleme, dann kann man entscheiden, diese als Erste zu behandeln.
- Dafür sollte ein Therapeut sich begründet entscheiden.
- Der Therapeut sollte erläutern, dass dies eine besondere Maßnahme ist.
- Die dazu dient, die Störung (Depression) so weit zu reduzieren, dass an anderen Aspekten (PD) gearbeitet werden kann.
- Dann kann ein Therapeut bezüglich dieser Störung auch didaktisieren.