



Rainer Sachse

Therapeutische Informations- verarbeitung

Verstehen und Modellbildung
im Therapieprozess

Therapeutische Informationsverarbeitung

Rainer Sachse

Therapeutische Informations- verarbeitung

Verstehen und Modellbildung
im Therapieprozess



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

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskriptherstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Copyright-Hinweis:

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

Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Merkelstraße 3
37085 Göttingen
Deutschland
Tel. +49 551 999 50 0
Fax +49 551 999 50 111
verlag@hogrefe.de
www.hogrefe.de

Umschlagabbildung: © julief514 – iStock.com by Getty Images
Satz: Mediengestaltung Meike Cichos, Göttingen
Format: EPUB

1. Auflage 2017

© 2017 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen

(E-Book-ISBN [PDF] 978-3-8409-2829-1; E-Book-ISBN [EPUB] 978-3-8444-2829-2)

ISBN 978-3-8017-2829-8

<http://doi.org/10.1026/02829-000>

Prof. Dr. Hans Hörmann gewidmet

Nutzungsbedingungen:

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

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

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

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

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

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

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

Anmerkung:

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

Inhaltsverzeichnis

1	Die Bedeutung der therapeutischen Informationsverarbeitung	11
2	Die Komplexität der Verarbeitung	14
2.1	Probleme, die durch Eingangsvoraussetzungen von Klienten geschaffen werden	14
2.2	Probleme zu Therapiebeginn	18
2.3	Probleme im Prozessverlauf	19
2.4	Besondere Probleme im Prozessverlauf: Chaos-Prozesse in der Psychotherapie	22
2.5	Schlussfolgerungen	24
3	Basisaspekte der therapeutischen Informationsverarbeitung	27
3.1	Inhalt und Prozess der Verarbeitung	27
3.2	Kommunikation auf Inhalts-, Bearbeitungs- und Beziehungsebene	28
3.2.1	Inhaltsebene	29
3.2.2	Bearbeitungsebene	30
3.2.3	Beziehungsebene	31
3.3	Mikro-Ebene	32
4	Der Verarbeitungsprozess	35
4.1	Therapeutische Kommunikation und Verarbeitung der Therapeuten	35
4.2	Grundlegende Aspekte therapeutischer Informationsverarbeitung	37
5	Verstehen und Verstehensprozesse	40
5.1	Ein Kommentar zur Sprachpsychologie	40
5.2	Verstehen als Grundlage	41
5.3	Empathisches Verstehen	41
5.4	Die therapeutische Aufgabe	42
5.5	Sprachproduktion	43
5.6	Die Bedeutung von Wörtern und Aussagen	49
5.6.1	Einleitung	49
5.6.2	Metaphern	49
5.6.3	Flexible Bedeutungsaspekte	50
5.6.4	Begriffliche Unschärfen	50
5.6.5	Der Einfluss von „Weltwissen“ auf die Bedeutung: Quantifizierungen	52
5.6.6	Folgerungen: Die Bedeutung von „Wort-Verwendungs-Wissen“	53
5.7	Verbale und nonverbale Aspekte	56
5.8	Folgerungen für die Therapie	57
5.8.1	Flexibilität des Meinens und Sagens	57
5.8.2	Idiosynkratische Konstruktionen	58

5.8.3	Komplexität des Verstehens	58
5.8.4	Klienten können die Abbildungsgüte verbessern	58
5.8.5	Formulierungshilfen	59
5.8.6	Information aus der Art der Aussage	59
5.9	Verstehen	59
5.10	Mitteilung des Verstandenen	62
5.11	Sinnerfassen vs. Verstehen	64
5.12	Belegbarkeit	64
5.13	Möglichkeitsraum	65
6	Die Anwendung von Wissen beim Verstehen	66
6.1	Relevanz von Wissen	66
6.2	Probleme bei der Wissensanwendung	69
6.2.1	Schlussfolgerungen	71
6.2.2	Widersprüche	72
6.2.3	Unvalide Schlussfolgerungen	72
6.2.4	Konsensus des Unstreitigen	73
6.2.5	Kurzschlüssiges Verstehen: Sinnerfassen	74
6.3	Konsequenzen für den Verstehensprozess	76
7	Dimensionen therapeutischer Informationsverarbeitung	78
7.1	Verarbeitungsmodi	78
7.1.1	Synthetischer Modus	78
7.1.2	Analytischer Modus	80
7.1.3	Ergänzungsverhältnis von analytischem und synthetischem Modus	81
7.1.4	Therapeutische Konsequenzen	81
7.1.5	Beispiel	82
7.2	Sequentieller und intuitiv-holistischer Modus	85
7.2.1	Sequentiell-analytischer Modus	86
7.2.2	Intuitiv-holistischer Modus	87
7.2.3	Ergänzungsverhältnis von sequentiell und intuitivem Modus	89
7.3	Kombination der Verarbeitungsmodi	90
7.3.1	Sequentiell-analytisch/synthetisch	90
7.3.2	Intuitiv-holistisch/synthetisch	90
7.3.3	Sequentiell-analytisch/analytisch	91
7.3.4	Intuitiv-holistisch/analytisch	91
7.4	Therapeutische Konsequenzen	92
8	Was muss ein Therapeut in der Klärungsorientierten Psychotherapie verstehen?	93
8.1	Einleitung	93
8.2	Was ist ein Problem?	93
8.3	Schemata	95
8.3.1	Einleitung	95
8.3.2	Struktur und Funktion von Schemata	95
8.3.3	Netzwerkstruktur	99
8.3.4	Schema-Arten	101
8.4	Beziehungsmotive	105
8.4.1	Einleitung	105

8.4.2	Die Beziehungsmotive	105
8.5	Schemata und Beziehungsmotive	107
8.5.1	Einleitung	107
8.5.2	Die „Matrix“	107
8.6	Persönlichkeitsstörungen	111
8.6.1	Einleitung	111
8.6.2	Das Modell der Doppelten Handlungsregulation	111
8.7	Die Analyse von Images und Appellen	126
8.7.1	Einleitung	126
8.7.2	Vorgehen bei der Analyse	126
9	Modellbildung	129
9.1	Modellebenen	129
9.2	Modellarten	130
9.2.1	Dispositionales Modell	131
9.2.2	Situationsmodell	133
10	Prozesse der Modellbildung	136
10.1	Selektive Informationsverarbeitung	136
10.2	Elaboration	138
10.3	Prüfung	138
11	Therapeutische Heuristiken	140
11.1	Einleitung	140
11.2	Konflikt-Heuristik	141
11.2.1	Konflikt-Identifikation	142
11.2.2	Anwenden des Konfliktschemas	143
11.2.3	Klären und definieren der Konflikt-Pole	143
11.2.4	Klären der Bewertungen	143
11.2.5	Klärung der Konflikthaftigkeit	144
11.3	Heuristik des starken Motivs	144
11.4	Motivations-Volitions-Heuristik	145
11.5	Norm-Motivations-Heuristik	148
11.5.1	Normorientierung und Motivzugänglichkeit	149
11.5.2	Normen liegen Motive zugrunde	150
11.6	Internale und interaktionelle Perspektive	151
12	Praxis der Informationsverarbeitung	153
12.1	Wissensbasen	153
12.2	Top-down- und Bottom-up-Prozesse	154
12.3	Prinzipien einer Kommunikation	155
13	Illustration von Verarbeitungsprozessen an Transkripten	157
13.1	Einleitung	157
13.2	Transkript-Beispiel 1	157
13.2.1	Der Text	157
13.2.2	Beziehungsmotive, Schemata, Diagnosen und therapeutische Interventionen	160
13.2.3	Spuren und „Silbertablets“	163

13.3	Transkript Beispiel 2	166
13.3.1	Einleitung	166
13.3.2	Das Transkript	166
13.3.3	Beziehungsmotive, Schemata, Diagnosen und therapeutische Interventionen	169
13.3.4	Spuren und „Silbertablets“	171
13.4	Transkript Beispiel 3	173
13.4.1	Einleitung	173
13.4.2	Das Transkript	173
13.4.3	Beziehungsmotive, Schemata, Diagnosen und therapeutische Interventionen	175
13.4.4	Spuren und „Silbertablets“	179
13.5	Transkript Beispiel 4	181
13.5.1	Einleitung	181
13.5.2	Das Transkript	181
13.5.3	Beziehungsmotive, Schemata, Diagnosen und therapeutische Interventionen	185
13.5.4	Spuren und „Silbertablets“	187
13.6	Transkript Beispiel 5	188
13.6.1	Einleitung	188
13.6.2	Der Text	188
13.6.3	Beziehungsmotive, Schemata, Diagnosen und therapeutische Interventionen	191
13.6.4	Spuren und „Silbertablets“	193
13.7	Transkript Beispiel 6	193
13.7.1	Einleitung	193
13.7.2	Der Text	193
13.7.3	Beziehungsmotive, Schemata, Diagnosen und therapeutische Interventionen	197
13.7.4	Spuren und „Silbertablets“	199
	Literatur	202

1 Die Bedeutung der therapeutischen Informationsverarbeitung

In diesem Kapitel möchte ich auf die Bedeutung der Informationsverarbeitung für den Prozess der Psychotherapie eingehen.

Therapeuten sollten davon ausgehen, dass ein Psychotherapieprozess sehr *komplex* ist.

Diese Komplexität ist es, die eine schnelle und effektive Informationsverarbeitung auf Seiten des Therapeuten erforderlich macht; und diese Komplexität ist es, die diese Informationsverarbeitung *schwierig* macht.

Klienten liefern dem Therapeuten eine Fülle von Informationen, und sie tun dies „*in Realzeit*“: Sie sprechen schnell und nehmen dabei auf den Therapeuten nur sehr begrenzt Rücksicht. Sie reden „*undiszipliniert*“: Ihre Information ist wenig strukturiert, wenig konsistent; sie drücken das, was sie meinen, höchst „*individuell*“ (= idiosynkratisch) in Sprache aus. Sie geben gleichzeitig Informationen auf Inhalts-, Bearbeitungs- und Beziehungsebene etc.

Therapeuten sind damit, schon unmittelbar zu Beginn der Therapie, mit einer hoch komplexen Informationssituation konfrontiert: Und diese müssen sie irgendwie bewältigen.

Sie müssen den Klienten verstehen, rekonstruieren, was er meint und was er will; *sie müssen die Klienten-Information in psychologische Konzepte übersetzen*, Informationen miteinander in Beziehung setzen, Schlüsse ziehen usw. Sie müssen daraus ein Modell über den Klienten bilden, Diagnosen entwickeln; aus diesen Aspekten müssen sie Strategien und Interventionen ableiten, um den Psychotherapieprozess konstruktiv zu steuern und zu gestalten.

Daraus folgt: *Therapeutische Informationsverarbeitung ist im Therapieprozess von zentraler Bedeutung*. Ohne eine schnelle und effektive Informationsverarbeitung versteht der Therapeut nicht, worum es geht, was ein Klient wirklich meint, was der Klient wirklich will, wie die Probleme psychologisch funktionieren etc. Und damit kann er nicht gezielt und sinnvoll therapieren (vgl. Becker & Sachse, 1998; Gäßler & Sachse, 1992a, 1992b; Sachse, 1988a, 1989, 1991, 1992a, 1992b, 1992c, 1992d, 1993, 1994a, 1996a, 1996b, 1996c, 1999a, 2006a, 2006b, 2006c, 2011, 2015).

Dies gilt zumindest immer dann, wenn ein Therapeut nicht vorgefertigte „*Manuale*“ anwendet und den Klienten auf deren Einhaltung „*verpflichtet*“, sondern wenn ein Therapeut versucht, die Probleme des Klienten in „*existentieller Tiefe*“ und psychologi-

scher Ausprägung zu verstehen und wenn ein Therapeut sich auf den Klienten, seine Probleme und Prozesse einlässt und die Therapie auf die zentralen Probleme des Klienten einstellt (vgl. Sachse, 1999b, 2000, 2001a, 2001b, 2002, 2003, 2004a, 2004b, 2004c).

Der Therapeut muss dann die vom Klienten kommende Information verstehen, interpretieren; er muss rekonstruieren, was die Probleme des Klienten sind, seine Ziele, seine Ressourcen usw.

Der Therapeut muss ein *Modell* über den Klienten bilden, ein Modell darüber, *welches die zentralen Probleme sind und wie diese „psychologisch funktionieren“*; darüber, welche Ziele der Klient hat und ob/wie man sie psychotherapeutisch erreichen kann. Er muss wissen, welche therapeutischen Strategien sinnvoll anwendbar sind usw.

Der Therapeut muss schon die *Aussagen* des Klienten verstehen, die Worte und vor allem: Er muss verstehen, was ein Klient *meint*, welche Bedeutung der Klient mit seinen Worten, seiner Aussage *transportieren* möchte: Dies mag auf den ersten Blick trivial erscheinen, ist tatsächlich jedoch von *zentraler Bedeutung* und es schwieriger, als man denken könnte. Und diese Probleme werden deutlich, wenn man sich mit den sprachpsychologischen Implikationen des Sprachproduktions- und Sprachverstehensprozesses beschäftigt.

Nur, wenn dem Therapeuten dies alles gelingt, kann er, auf der Grundlage seines Wissens, Entscheidungen über Ziele, Strategien und Interventionen fällen. Nur, wenn er die Information verarbeitet, kann er überhaupt mit dem Klienten sinnvoll kommunizieren. Ohne ein Modell über den Klienten zu haben, kann ein Therapeut keine gezielten therapeutischen Strategien verfolgen, keine gezielten Interventionen realisieren.

Ohne Informationsverarbeitung keine Psychotherapie: Wie effektiv ein Therapeut ist, hängt zentral davon ab, wie schnell und wie effektiv er die Klienten-Informationen verarbeitet und wie effektiv er die vorhandenen Informationen nutzt. Die therapeutische Informationsverarbeitung ist somit die Schnittstelle zwischen dem Handeln des Klienten und dem Handeln des Therapeuten.

Der Klient führt bestimmte zentrale Prozesse aus (vgl. Abbildung 1): Er klärt Schemata, bearbeitet Schemata, er rekonstruiert biographische Daten etc. Im Therapieprozess muss der Klient relevante Aspekte dieser Prozesse fokalisieren (d. h. er muss sie „in den Fokus seiner Aufmerksamkeit nehmen“ *und* sie vorrangig verarbeiten: Er bildet damit einen Fokus dessen, was er jeweils *meint* (d. h. welche Aspekte er jeweils berücksichtigt und zu einem Fokus konstruiert).

Das Gemeinte muss der Klient dann in sprachliche Aussagen umsetzen, die er dem Therapeuten in Form von Aussagen mitteilt (vgl. Abbildung 1).

Der Therapeut wiederum muss die Aussagen des Klienten verstehen und die darin enthaltenen Informationen verarbeiten. Aus diesen Informationen bildet der Therapeut ein Modell über den Klienten, und Aus diesem Modell leitet er Strategien und In-

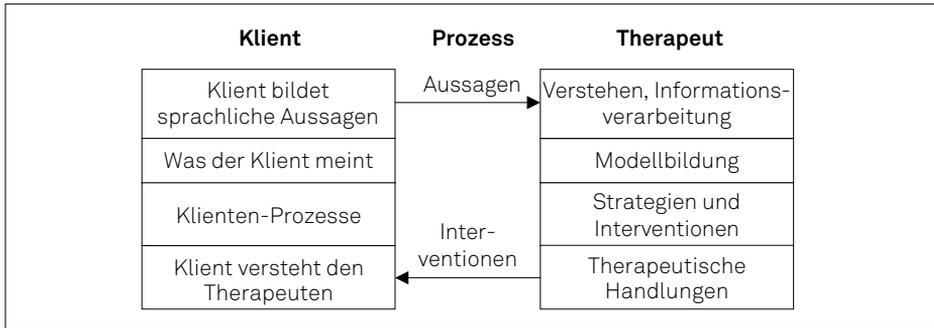


Abbildung 1: Der therapeutische Kommunikationsprozess

terventionen ab, die der Klient dann in therapeutischen Handlungen umsetzt. Daraus resultieren wiederum sprachliche Interventionen des Therapeuten, die dann vom Klienten verstanden und verarbeitet werden müssen.

Mit den Prozessen auf Klienten-Seite habe ich mich an anderer Stelle ausführlich beschäftigt (vgl. Sachse, 1988b, 1988c, 1990a, 1990b, 1990c, 1997a, 2003, 2006c, 2006d, 2007a, 2008a, 2014d); mit den Prozessen der Informationsverarbeitung auf Therapeuten-Seite werde ich mich im Folgenden befassen.

2 Die Komplexität der Verarbeitung

In diesem Kapitel möchte ich deutlich machen, dass therapeutische Informationsverarbeitung sowohl notwendig als auch schwierig ist – und zwar deshalb, weil die therapeutischen Prozesse hoch komplex und nur begrenzt vorhersagbar sind.

Die Komplexität der Therapieprozesse determiniert die Komplexität der therapeutischen Informationsverarbeitung: Auf diese Formel lassen sich die folgenden Ausführungen bringen!

Der Prozess der Psychotherapie ist hoch komplex: Und es ist diese hohe Komplexität des Prozesses, die extrem hohe Anforderungen an die Informationsverarbeitung des Therapeuten stellt!

Die Komplexität des Prozesses wird durch unterschiedliche Faktoren determiniert:

- Durch die *Eingangsvoraussetzungen*, die Klienten mit in die Therapie bringen.
- Durch Probleme, die Klienten zu Therapiebeginn schaffen.
- Durch Probleme, *die Klienten im Verlauf der Therapie schaffen* (vgl. Beutler, 1997; Beutler et al., 1986, 1991, 1994, 2004; Bohart & Greenberg, 1997; Caspar et al., 2008a, 2008b; Clarkin & Levy, 2004; Elliott et al., 2004; Garfield, 1986, 1994; Gomes-Schwartz, 1978; Grawe, 1995, 1998; Greenberg, 1991; Greenberg et al., 1994; Kiesler, 1969; Luborsky et al., 1985; Orlinsky & Howard, 1986; Orlinsky et al., 1994, 2004).

2.1 Probleme, die durch Eingangsvoraussetzungen von Klienten geschaffen werden

Klienten bringen höchst unterschiedliche *Voraussetzungen* in die Therapie mit: Und diese Unterschiede determinieren z. B.,

- wie schnell Klienten eine vertrauensvolle Beziehung zum Therapeuten aufnehmen;
- wie schnell Klienten sich selbst öffnen, relevante Probleme definieren, an der Klärung von Schemata arbeiten;
- wie strukturiert Klienten Informationen geben oder wie gut sie sich vom Therapeuten steuern lassen;
- wie „aufnahmebereit“ sie für therapeutische Interventionen sind;
- wie stark ihre *Änderungsmotivation* ausgeprägt ist;
- wie gut sie sich vom Therapeuten konfrontieren lassen etc.

Klienten weisen sehr unterschiedliche Probleme/Diagnosen auf und unterschiedliche Komorbiditäten – allein dadurch ergibt sich bereits eine sehr hohe Variabilität dessen, was Klienten im Therapieprozess tun und welche Arten von Informationen sie dem Therapeuten liefern.

Selbst wenn sich die Symptome, die Klienten zeigen, ähneln, gehen diese jedoch auf sehr unterschiedliche psychologische Variablen und Prozesse zurück; die Symptome sind zudem unterschiedlich schwer ausgeprägt.

Klienten weisen psychologisch gesehen oft *hoch komplexe Probleme* auf: Ein Therapeut muss das „psychologische Funktionieren der Probleme“ verstehen, und diese unterschiedlichen Prozesse erfordern unterschiedliche psychotherapeutische Vorgehensweisen (also müssen sie im Therapieprozess sehr gut verstanden werden!). Therapeuten müssen daher im Therapieprozess nicht nur Diagnosen stellen bzw. diagnostische Hypothesen entwickeln und elaborieren, sie müssen vielmehr auch *Hypothesen über das psychologische Funktionieren* einer Störung entwickeln: Und dies ist viel komplexer und erfordert eine sehr viel höhere psychologische Expertise von Therapeuten als das Stellen von Diagnosen.

Klienten weisen in unterschiedlich hohem Ausmaß *Persönlichkeitsstörungen* oder Stile auf, hauptsächlich oder als Komorbiditäten; dies stellt spezielle Anforderungen an Therapeuten und beeinflusst den Therapieerfolg unmittelbar (Arntz, 2003; Beck et al., 1999; Bohus, 2002, 2007; Breil & Sachse, 2011; Döring & Sachse, 2008a, 2008b, 2008c; Doering et al., 2008; Doering & Sachse, 2008a, 2008b; Fiedler, 2003, 2007; Habermeyer et al., 2008; Herpertz et al., 2001; Kramer & Sachse, 2013; Linehan, 1993; Millon, 1996; Renneberg, 2008; Sachse, 1999b, 2001a, 2001b, 2002, 2004a, 2004b, 2004c, 2006e, 2007b, 2008b, 2013a, 2014b, 2014c, 2014d; Sachse, Breil, Sachse & Fasbender, 2013; Sachse & Fasbender, 2013; Sachse, Fasbender, Breil & Sachse, 2012; Sachse, Fasbender & Sachse, 2014; Sachse & Sachse, 2016a, 2016b, 2016c; Sachse, Sachse & Fasbender, 2010, 2011, 2014):

- Sie realisieren spezielle, dysfunktionale Interaktionsmuster, die vom Therapeuten spezielle therapeutische Vorgehensweisen erfordern.
- Sie bringen Therapeuten in „schwierige Interaktionssituationen“, mit denen Therapeuten konstruktiv umgehen können müssen.
- Sie weisen eine ich-syntone Störung auf (d. h. sie betrachten die Persönlichkeitsstörung als Teil ihrer Person oder ihrer Identität und nicht als ein Problem), wodurch sie zu Therapiebeginn nur eine geringe bis keine Änderungsmotivation aufweisen.
- Sie weisen oft spezifische, leicht aktivierbare Schemata auf, wodurch sie auf Fragen oder Interventionen dann oft sehr heftig und dysfunktional reagieren, eine Handlungsweise, mit der Therapeuten angemessen umgehen können müssen.

Klienten mit Persönlichkeitsstörungen machen es für Therapeuten erforderlich,

- von der ersten Sekunde der Psychotherapie an auf Images, Appelle und manipulatives Handeln zu achten;
- konstruktiv mit solchen Klientenstrategien umzugehen.

Therapeuten können also nicht einfach „kommunizieren“ und „in Ruhe“ Informationen verarbeiten: Sie müssen Informationen auf mehreren Ebenen gleichzeitig verarbeiten und *sofort* konstruktiv handeln!

Klienten weisen in unterschiedlich hohem Ausmaß *komorbide Störungen* auf, was sowohl Diagnostik, als auch Therapie erschwert. Komorbiditäten, d.h. das gemeinsame Auftreten mehrerer Störungen bei der gleichen Person, sind relative häufig (Gouzoulis-Mayfrank et al., 2008). Nach einer Studie von Melartin et al. (2002) zeigten Klienten mit einer depressiven Störung deutlich Komorbiditäten mit anderen Störungen (und auch mehrere Komorbiditäten):

- mit Persönlichkeitsstörungen: 44 %,
- mit Angst-Störungen: 57 %,
- mit Alkoholmissbrauch: 25 %.

Nur 21 % (!) der Klienten zeigten eine „reine Depression“.

Andere Studien replizieren im Wesentlichen diese Ergebnisse (Fava et al., 2000; Kessler et al., 1998, 2005). Bestehen zwei Störungen bei einer Person parallel, dann können diese Störungen psychologisch unabhängig voneinander funktionieren (also funktional unverbunden sein) oder sie können sich psychologisch gegenseitig beeinflussen (also funktional verbunden sein; Gouzoulis-Mayfrank et al., 2008). Es gibt eine Tendenz dazu, dass Klienten, die mehrere Störungen aufweisen, insgesamt als deutlich schwer gestört eingeschätzt werden (Kessler et al., 2005). Komorbiditäten wirken sich in erheblichem Maße auf den Psychotherapieprozess und auf das Psychotherapie-Ergebnis aus. Daher kann aus Ergebnissen an einer Störungsgruppe ohne Komorbiditäten nicht auf mögliche Ergebnisse derselben Störungsgruppe mit Komorbiditäten geschlossen werden (Gouzoulis-Mayfrank et al., 2008).

Komorbide Störungen, das sollte jedem Therapeuten klar sein, komplizieren in hohem Maße die Diagnostik: Denn man muss gleichzeitig nach mehreren Diagnostik-Schemata Informationen verarbeiten.

Und sie komplizieren die Therapie: Man muss als Therapeut erkennen, in welchem „Modus“ sich ein Klient aktuell befindet, man muss Entscheidungen über Reihenfolge, Abstimmung etc. von therapeutischen Maßnahmen treffen usw.

Klienten bringen aber auch noch ganz andere Eingangsvoraussetzungen in die Therapie mit: Und diese beeinflussen wiederum Vertrauen, Selbstöffnung, Verantwortungsübernahme, Änderungsmotivation, Kommunikation etc.

Einige dieser Voraussetzungen sollen hier beschrieben werden:

- *Attributionsstil*
Der Attributionsstil, den Klienten aufweisen, hat einen Einfluss darauf, wie effektiv eine kognitive Depressionstherapie ist (Whisman, 1993). Ungünstige Attributionsstile von Klienten erschweren die kognitive Umstrukturierung.
- *Erwartungen*
Die Erwartungen, die Klienten an die Therapie mitbringen, beeinflussen stark die Länge der Therapie (Jenkins et al., 1986) oder die Qualität der therapeutischen Allianz (Joyce & Piper, 1998).
- *Selbstwert-Einschätzung*
Klienten zeigen zu Therapiebeginn ein unterschiedliches Ausmaß an Selbstwert-

Einschätzung. Bei vielen Störungen ist die Selbstwert-Einschätzung systematisch beeinträchtigt (z. B. bei Depression, Borderline, Persönlichkeitsstörungen). Das Ausmaß der Selbstwertschätzung, mit dem Klienten in die Therapie kommen, beeinflusst deutlich den Therapieprozess (Rudolph et al., 2008).

- *Änderungsbereitschaft*

Die Änderungsbereitschaft oder Änderungsmotivation von Klienten beeinflusst stark die Therapie (vgl. Grosse-Holtforth & Schneider, 2008; McCallum & Piper, 1997; Silver, 1983). Dies ist sehr deutlich untersucht bei Abhängigkeitserkrankungen (Crittendon et al., 1994; DiClemente et al., 1991; DiClemente & Prochaska, 1982; Farkas et al., 1996; Prochaska & DiClemente, 1983).

Höher motivierte Klienten nutzen therapeutische Interventionen in weit höherem Umfang als weniger motivierte Klienten (DiClemente et al., 1991).

Aber auch bei anderen Störungen erweist sich Änderungsmotivation als relevant für den Therapieerfolg (Baer et al., 1980; Dziewas et al., 1979; Dziewas, 1980; Gelso & Johnson, 1983; Malan, 1976).

- *Ich-Stärke*

„Ich-Stärke“ kann definiert werden als Fähigkeit einer Person, mit Problemen, Ängsten und Bedrohungen konstruktiv umzugehen und trotz bestehender Konflikte, bestehenden Stress und Bedrohungen ihre Identität aufrecht zu erhalten. Je höher die Ich-Stärke einer Person ist, desto stärker profitiert sie von einer Psychotherapie (Conte et al., 1991; Sexton et al., 1990).

- *Empathie-Fähigkeit*

„Empathie-Fähigkeit“ (englisch: „psychological mindedness“) bedeutet die Fähigkeit einer Person, sich in eine andere Person hineinzusetzen und diese Person zu verstehen (Strauß, 2008). Empathie-Fähigkeit von Klienten kann einen positiven Einfluss auf das Therapieergebnis haben (Piper et al., 1992).

- *Beziehungsfähigkeit*

Die Variable „Beziehungsfähigkeit“ („interpersonal relatedness“) bedeutet, ob eine Person in der Lage ist, enge Beziehungen einzugehen und ob sie funktionale Annahmen und Interpretationen aufweist.

Personen mit hoher Beziehungsfähigkeit gehen mit dem Therapeuten eine bessere therapeutische Allianz ein als Personen mit niedriger Beziehungsfähigkeit (Luborsky et al., 1985; Marmar et al., 1989; Piper et al., 1991).

- *Demoralisation*

„Demoralisation“ bedeutet, dass ein Klient sich seinen Problemen gegenüber hilflos fühlt, sich selbst wertlos fühlt und den Eindruck hat, selbst wenig tun zu können (Frank, 1974). Klienten, die in Therapie kommen, zeigen ein unterschiedliches Ausmaß an Demoralisierung (Galassi & Galassi, 1973; Kellner & Sheffield, 1973). Man kann annehmen, dass das Ausmaß der Demoralisierung Einfluss hat auf die Änderungsmotivation von Klienten (Frank, 1974).

Klienten weisen (neben den Problemen und Symptomen) auch ein höchst unterschiedlich hohes oder geringes *psychologisches Funktionsniveau* auf: unterschiedliche Ausmaße an Alltagsbewältigung, Chaos, Krisen etc.; solche Aspekte haben großen Einfluss auf den Psychotherapieprozess.

2.2 Probleme zu Therapiebeginn

Gerade zu Beginn der Therapie treten typische Probleme auf, die von Therapeuten eine hohe Expertise erfordern; all diese Probleme erschweren dem Therapeuten die Erlangung relevanter Information, die Modellbildung bzw. ein effektives therapeutisches Handeln.

Hier sollen einige dieser Probleme beschrieben werden:

- *Den Klienten sind ihre Probleme zu Therapiebeginn oft nicht wirklich klar:* Sie haben meist eine gewisse Repräsentation der *Kosten*, die ihnen ihre Probleme bereiten, aber was genau die Probleme sind, wissen sie oft gar nicht genau. Sie haben aber eigene Erklärungen und *alltagspsychologische Problem-Definitionen*: Diese stimmen jedoch sehr oft gar nicht mit den Problemdefinitionen überein, die Therapeut und Klient dann im Therapieprozess erarbeiten. Therapeuten sollten daher zu Therapiebeginn die von Klienten gegebenen Problemdefinitionen nicht einfach übernehmen, sondern immer eine Definition mit den Klienten erarbeiten.
- Klienten wissen zu Therapiebeginn oft nicht, *welche ihrer Probleme wie relevant sind*: Sie geben solche Probleme als relevant an, die ihnen am besten zugänglich sind: Dies müssen aber keineswegs die wirklich relevanten Probleme sein. Bevor Therapeuten sich wirklich auf Probleme konzentrieren, sollten sie die tatsächliche Zentralität von Problemen geklärt haben.
- Klienten *vermeiden* zu Therapiebeginn ganz häufig die Auseinandersetzung mit Problemen; besonders dann, wenn die Probleme unangenehm, belastend, peinlich und selbstwertbedrohlich sind. Gerade solche Probleme sind jedoch häufig die wirklich relevanten Probleme! Also vermeiden es Klienten zu Therapiebeginn mit gewisser Wahrscheinlichkeit, die wirklich relevanten Probleme zu thematisieren!
- Klienten brauchen sehr oft auch *zum Therapeuten erst ein relativ hohes Ausmaß an Vertrauen*, um sich zu öffnen: Um gerade belastende, selbstwertbedrohliche Probleme zu thematisieren. Auch dies führt dazu, dass Klienten oft die wirklich relevanten Probleme dem Klienten gar nicht in den ersten Therapiestunden mitteilen. Man kann sagen: Die Relevanz der dem Therapeuten vom Klienten mitgeteilten Information steigt an, je besser die Therapeut-Klient-Beziehung ist.
- Therapeutisch spricht also sehr viel dafür, dass Klienten den Therapeuten in den ersten Therapiestunden gar nicht die wirklich relevanten Informationen geben und daher auch wenige Anhaltspunkte geben über die wirklich relevanten Probleme. Daher kann ein Therapeut in den ersten 5 Stunden mit hoher Wahrscheinlichkeit
 - nur vorläufige Diagnosen stellen;
 - nur vorläufige Klienten-Modelle bilden;
 - noch gar keine klaren Indikationsentscheidungen treffen.
- Klienten weisen sehr oft zu Therapiebeginn ein hohes Ausmaß an *Alienation* auf: Sie haben einen schlechten Zugang zu (insbesondere impliziten) Motiven und Zielen. Sie können aber in der Regel noch gar nicht genau festlegen, welche Ziele *wirklich* in der Therapie relevant sind.

Sie können meist über *Kosten* und Vermeidungsziele gut Auskunft geben, nicht aber über Annäherungsziele.

Diese können oft erst im Verlauf der Therapie erarbeitet werden.

Eine Psychotherapie, die Klienten keine ausführliche Reflektion von Problemen oder Zielen erlaubt und ermöglicht und die im Prozess immer wieder Reflektionen darüber *anregt*, ob ein Problem wirklich noch relevant und zentral und ein Ziel immer noch vorrangig ist, läuft eindeutig Gefahr, den Klienten „auf eine falsche Spur zu bringen und auf dieser falschen Spur zu halten“: Durch geringe Flexibilität und starre Planung kann dann vielleicht eine Angst wirklich nicht effektiv behoben werden: Aber war es wirklich das, worum es dem Klienten zentral ging? Man weiß es schlicht nicht, aber nach allem, was man weiß, ist das nicht einmal sehr wahrscheinlich.

- Klienten stellen ihre Probleme meist undiszipliniert, chaotisch, assoziativ dar; ein Therapeut muss die Information also meist selbst „organisieren“ und strukturieren; er muss daher den Klienten-Prozess dementsprechend auch konstruktiv steuern.
- Klienten verwenden Sprache in komplexer Weise: das, was sie meinen, ist idiosynkratisch in Sprache kodiert und muss vom Therapeuten „dekodiert“ werden.
- Klienten geben aufgrund ihrer Probleme, vor allem wegen des damit verbundenen Misstrauens, oft wichtige Informationen nicht preis; oft öffnen sie sich erst, wenn die Therapeut-Klient-Beziehung tragfähig ist. Daher erhält der Therapeut manchmal über längere Zeit nur wenig relevante Information.
- Klienten produzieren Images und Appelle, geben also „falsche“ Informationen über sich, die Therapeuten verwirren oder irreführen können.

Und nach allen diesen Aspekten besteht nicht nur die Gefahr, dass die Therapie „am Klienten vorbeitherapiert hat“, sondern auch noch die, dass der Klient dies noch nicht einmal wirklich wahrgenommen hat. Wie Kuhl (2001) gezeigt hat, sind Klienten mit hoher Alienation stark anfällig für Intrusionseffekte: *Wenn ein Therapeut ihnen gut suggeriert, dass die Therapie gut war, besteht eine starke Gefahr, dass sie das glauben, dass dies aber nichts an ihrer grundlegenden Unzufriedenheit ändert.*

2.3 Probleme im Prozessverlauf

Klienten erzeugen im Therapieprozess auch sehr unterschiedliche Prozesse oder Prozessverläufe:

- *Therapeutische Allianz*

„Therapeutische Allianz“ ist eine komplexe Variable, in die sowohl Aspekte des Therapeuten-Handelns als auch solche des Klienten-Handelns eingehen. Natürlich wird aber die Qualität der therapeutischen Allianz auch vom Klienten stark geprägt. Die Qualität der therapeutischen Allianz bestimmt den Therapieerfolg (z. B. in psychoanalytischen Therapien) sehr stark (Holtzworth-Munroe et al., 1989; Horowitz et al., 1984; Kolb et al., 1985; Krupnick et al., 1996; Marziali et al., 1981; Moras & Strupp, 1982; O'Malley et al., 1983).

- *Vertrauen zum Therapeuten*
Das Ausmaß, in dem ein Klient Vertrauen in den Therapeuten hat, bestimmt wesentlich mit, ob ein Klient die Therapie vorzeitig beendet oder ob er die Therapie zu Ende führt (Saltzman et al., 1976). Dabei geht es sowohl um personales als auch um Kompetenz-Vertrauen (Kokotovic & Tracey, 1987; McNeill et al., 1987). Gelingt es dem Therapeuten nicht, sich schon in den ersten Therapiestunden inhaltlich auf den Klienten einzustellen, brechen die Klienten mit erhöhter Wahrscheinlichkeit die Therapie ab (Tracey, 1986).
- *Aktive Mitarbeit des Klienten*
Ein Klient kann im Therapieprozess aktiv mitarbeiten, Interventionen des Therapeuten umsetzen, Informationen liefern, Fragen beantworten etc. oder er kann passiv bleiben und die Therapie „rezipieren“. Aktive Mitarbeit des Klienten korreliert deutlich mit Therapieerfolg (Gomes-Schwartz, 1978; O'Malley et al., 1983).
- *Relevante Themen*
Welche Themen die Klienten im Therapieprozess „aufmachen“, hat einen wesentlichen Einfluss auf den Therapieerfolg. Es wirkt sich positiv auf den Therapieeffekt aus, wenn Klienten
 - relevante Lebensprobleme thematisieren und wenn sie
 - zentrale Beziehungen thematisieren (Jones et al., 1988, 1992; Orlinsky & Howard, 1975; Piper et al., 1979; Sorenson et al., 1985).
- *Kooperation/Compliance*
Kooperation bedeutet, dass der Klient den therapeutischen Interventionen folgt, sich mit Fragen des Therapeuten auseinandersetzt, Vorschläge des Therapeuten aktiv bedenkt, Hausaufgaben umsetzt etc. Kooperation steht in Zusammenhang mit Therapieerfolg (Burns & Nolen-Hoeksema, 1991; Kolb et al., 1985; Piper et al., 1985; Rounsaville et al., 1987; Westerman et al., 1986). Allerdings liegen die Zusammenhänge im eher niedrigen bis moderaten Bereich von .07 bis .31.
- *Widerstand*
Der Begriff „Widerstand“ wird in der Literatur sehr unterschiedlich verwendet. Wir wollen ihn hier im Sinne von „Verweigerung der therapeutischen Kooperation“ oder auch im Sinne von „Reaktanz“ verwenden (Safran & Muran, 2000). Ein hohes Ausmaß an Widerstand beeinträchtigt den Therapieerfolg (in psychoanalytischen Therapien), wahrscheinlich aber in allen Therapien, die auf Klärung angelegt sind (vgl. Bischoff & Tracey, 1995; Miller et al., 1993; Stoolmiller et al., 1993). Das Ausmaß an Widerstand, das ein Klient in einer Psychotherapie realisiert, korreliert stark mit Charakteristika wie Dominanz, Unabhängigkeit, Autonomie, mangelnde Toleranz, Verleugnungstendenz, geringer Konformität (Dowd et al., 1991).
- *Vermeidung*
Der Begriff „Vermeidung“ bedeutet, dass ein Klient sich nicht mit bestimmten Problem-Aspekten oder Problem-Inhalten beschäftigt. Dabei kann er selbst die Konfrontation mit Inhalten vermeiden, also bestimmte Inhalte (systematisch) aus seiner Aufmerksamkeit ausblenden („internale Vermeidung“), z. B. weil diese Inhalte ihm selbst peinlich oder bedrohlich erscheinen (Sachse, Fasbender & Sachse, 2011). Oder er kann es vermeiden, dem Therapeuten bestimmte Inhalte mitzuteilen (die ihm aber selbst schon mehr oder weniger deutlich sind), er blendet diese Inhalte aus

der therapeutischen Kommunikation aus („interaktionelle Vermeidung“; Sachse et al., 2011). Vermeidung spielt bei manchen Störungsgruppen eine große Rolle und beeinträchtigt therapeutische Prozesse, insbesondere Klärungsprozesse in erheblichem Ausmaß (Atrops & Sachse, 1994; Sachse, 1990b; 1994b, 1994c, 1995a, 1995b, 1995c, 1997b, 1997c, 1998, 1999c, 2006b; Sachse, Fasbender & Sachse, 2011).

- *Beziehungsgestaltung durch den Klienten*

Nicht nur der Therapeut gestaltet die therapeutische Beziehung aktiv – dies tut auch der Klient. Klienten bringen bestimmte Interaktionsmuster (Sachse, 2006d) oder „interaktionelle Pläne“ in den Therapieprozess ein (Caspar, 1989, 1996, 2000; Caspar & Grawe, 1982a, 1982b; Grawe & Caspar, 1984). Sie stellen damit den Therapeuten vor bestimmte Interaktionsanforderungen, manchmal auch vor Interaktionsprobleme.

Insbesondere Klienten mit Persönlichkeitsstörungen bringen oft schwierige Interaktionsmuster in Form manipulativen Handelns (Tedeschi et al., 1985; Tedeschi & Riess, 1981) in den Therapieprozess ein (Sachse, Sachse & Fasbender, 2011). Sie tun dies oft in Form von „Images“, indem sie Therapeuten ein bestimmtes Bild von sich vermitteln (z. B. „ich bin hoch kompetent“, „ich bin hoch reflexiv“, „ich bin besonders schwach und hilflos“) oder in Form von „Appellen“, durch die sie den Therapeuten zu bestimmten (meist untherapeutischen) Handlungen veranlassen wollen (z. B. „bestätige mich“, „gib mir Ratschläge“, „löse meine Probleme“, „sei für mich da“, „kümmere Dich um mich“).

Therapeuten müssen hier in der Lage sein, diese Images zu erkennen (zur Analyse von Images siehe Sachse, Sachse und Fasbender (2011)) und konstruktiv damit umzugehen, wobei die Schwierigkeit der Aufgabe darin liegt, den Klienten konstruktiv zu steuern und *gleichzeitig* eine tragfähige Beziehung zum Klienten aufrechtzuerhalten.

- *Selbst-Exploration und Experiencing*

Die Klienten-Variable „Selbst-Exploration“ erfasst, in welchem Ausmaß ein Klient sich auf internale Prozesse konzentriert und diese für sich selbst klärt.

„Experiencing“ erfasst, wie stark sich ein Klient auf emotional-affektive Prozesse bei sich selbst konzentriert und diese Prozesse selbst zu verstehen und zu rekonstruieren versucht bzw. in welchem Ausmaß ihm eine solche Rekonstruktion gelingt (Klein et al., 1969, 1986). Das Ausmaß des vom Klienten im Psychotherapie-Prozess realisierten Experiencing steht in signifikantem Zusammenhang mit dem Therapieerfolg (Bohart et al., 1996; Goldman & Greenberg, 2001; Greenberg et al., 1998; Hendricks, 2002; Klein et al., 1986; Warwar & Greenberg, 2000). Auch Selbst-Exploration steht in Zusammenhang mit Therapieerfolg, wobei die Koeffizienten zwischen .05 und .51 liegen (Bruhn et al., 1980; Marmar et al., 1989; Minsel et al., 1972; Westermann et al., 1983).

- *Bearbeitungstiefe*

Skalen zur Erfassung der „Bearbeitungstiefe“ beurteilen, wie weit ein Klient den Prozess der Repräsentation eigener relevanter Schemata führt (Sachse, 1988a, 1992a; Sachse & Maus, 1987, 1991; Takens, 2001; Toukmanian, 1986, 1992).

Je besser das Niveau der Bearbeitungstiefe von Klienten im Psychotherapieprozess war, desto mehr profitierte der Klient von der Therapie (Day, 1994; Sachse, 1992a; Stinckens, 2001; Toukmanian, 1992; Toukmanian & Grech, 1991).