

## **Zusammenfassung**

Therapeutinnen und Therapeuten müssen im Prozess der Psychotherapie kontinuierlich Informationen verarbeiten, die vom Klienten eingehen und zwar auf der Grundlage ihres Wissens. Dabei bilden Sie Modelle über das psychische Funktionieren des Klienten und seiner Probleme, treffen Entscheidungen und setzen Strategien und Interventionen um. Die dabei relevanten Prozesse werden in diesem Kapitel genauer ausgeführt.

## **Summary**

Processes in psychotherapy require therapists to constantly deal with the information disseminated by the client. Such processing takes place on the basis of professional knowledge acquired.

Processing also encompasses the formation of models describing the psychological functioning of the client and her or his problems; furthermore, decisions must be taken and strategies and interventions implemented.

This chapter describes relevant processes in more detail.

## **1 Einleitung**

### **1.1 Relevanz**

Bedeutung  
der Informa-  
tionsverar-  
beitung

Therapeutische Informationsverarbeitung ist im Therapieprozess von zentraler Bedeutung. Der Therapeut muss die vom Klienten kommende Information verstehen, interpretieren, er muss ein Modell über den Klienten bilden, er muss rekonstruieren, was die Probleme des Klienten sind, seine Ziele, seine Ressourcen usw. Nur, wenn ihm dies gelingt, kann er, auf der Grundlage seines Wissens, Entscheidungen fällen, Entscheidungen über Ziele, Strategien, Interventionen treffen. 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-Information verarbeitet und wie effektiv er die vorhandene Information nutzt. Die therapeutische Informationsverarbeitung ist somit die Schnittstelle zwischen dem Handeln des Klienten und dem Handeln des Therapeuten.

## 1.2 Inhalt und Prozess

Wenn man Informationsverarbeitung betrachtet, dann kann man die *Inhalte* der Verarbeitung von den *Prozessen* unterscheiden.

Der *Inhalt* bezieht sich auf die Frage, *was* verarbeitet wird, enthält also Fragen wie:

- Worauf richtet der Therapeut seine Aufmerksamkeit?
- Welche Inhalte hält er für relevant?
- Welche Inhalte filtert er als irrelevant aus?
- Welche Inhalte trägt er in sein Modell ein? usw.

Der *Prozess* bezieht sich auf die Frage, *wie* Information verarbeitet wird, wie die Verarbeitung vor sich geht und wovon sie abhängt.

Inhalte der  
Verarbeitung

Es ist evident, dass der Inhalt der Verarbeitung sehr stark von der jeweiligen therapeutischen Orientierung des Therapeuten abhängt. So interessiert sich ein Verhaltenstherapeut stark für auslösende Bedingungen; biographische Information hält er dagegen für nahezu irrelevant. Daher wird Information über Situationen vorrangig beachtet und gespeichert; biographische Information oder Information über Träume werden dagegen weitgehend ignoriert: Sie werden nicht beachtet und auch nicht gespeichert. Sie werden nicht beachtet, weil sie für alle folgenden Entscheidungsprozesse als irrelevant erscheinen. Und der Therapeut tut sehr gut daran, seinen sehr begrenzten Speicher *nicht* auch noch mit irrelevanten Informationen zu belasten. Für einen Psychoanalytiker ist die Situation anders herum: Informationen über Träume werden beachtet, auslösende Situationen sind kaum relevant. Für einen klärungsorientierten Therapeuten ist vor allem Information über Schemata relevant; diese Information wird beachtet, verarbeitet, gespeichert: Sie bildet die Grundlage für Indikationsentscheidungen, Zielentscheidungen, Strategiebildung usw.

Somit bestimmt die theoretische Orientierung, bestimmt das Wissen des Therapeuten (top down), welche Arten von Informationen beachtet werden, weiter verarbeitet werden, gespeichert werden und welche „durch den Rost“ fallen, als bedeutungslos ausgeleiert werden.

as „was“ der Verarbeitung ist damit nicht allgemein gleich, sondern hoch spezifisch von System zu System.

Das „wie“ der Verarbeitung ist jedoch genereller gültig: Effektive Verarbeitung ist bei Verhaltenstherapeuten ähnlich der effektiven Verarbeitung bei klärungsorientierten Therapeuten. So läuft der Prozess der Relevanzentscheidung bei *allen* Therapeuten top down, vom Wissen aus: Einlaufende Information wird in jedem Fall bewertet, gefiltert, integriert. Der Prozess ist bei allen Therapeuten aller Orientierungen ähnlich. (Nur die jeweils verwendeten Inhalte unterscheiden sich z.T. sehr stark.)

Aus diesem Grund beschäftigt sich diese Arbeit mit dem „wie“ der Informationsverarbeitung, nicht mit dem „was“: Dies wird den einzelnen Therapie-Systemen überlassen. Hier geht es um grundlegende Prozesse der Verarbeitung, also um

- Verstehen von Information;
- Anwendung von Wissen;
- Probleme der Wissensanwendung;
- Verarbeitungsmodi;
- Prozesse der Modellbildung.

### **1.3 Die Komplexität der Verarbeitung**

Die therapeutische Verarbeitung ist hoch komplex und damit sehr anspruchsvoll. So muss ein Therapeut z.B.

- verbale und nonverbale Informationen des Klienten bemerken, aufnehmen;
- er muss schon relativ schnell diese Information auf Relevanz hin bewerten: Ist sie wichtig? Hilft sie beim Verständnis des Klienten? Hilft sie, Entscheidungen zu treffen? usw.;
- aus der Information Schlüsse ziehen, Hypothesen bilden;
- aus Informationsteilen weitergehende Schlüsse ziehen über Motive, Ziele, Annahmen usw. des Klienten;
- seine Schlüsse prüfen, evaluieren, ändern, erweitern usw.;
- aufgrund seines Modells Entscheidungen treffen, Strategien bilden, Interventionen realisieren
- in Realzeit realisieren, also während der Klient weiterhandelt.

Expertise Der am weitesten komplexe Teil der Aufgabe, das Zentrale ist, dass der Therapeut die richtigen Interventionen *an der richtigen Stelle ansetzt*; aber dann muss er sehr genau wissen, wo die richtige Stelle ist. Therapeuten benötigen in aller Regel ein langes Training, bis sie Informationen auf einem hinreichend komplexen Niveau hinreichend schnell verarbeiten können: aber *das* macht die eigentliche *Expertise* eines Therapeuten aus (Gruber, 1994)! Um eine derartige Verarbeitung leisten zu können, müssen Therapeuten über gut strukturiertes und gut verfügbares *Wissen* verfügen (Hoffmann, 1990a, 1990b); auch über ein Wissen über die Grundlagen von Verarbeitungsprozessen.

Therapeuten benötigen dafür eine hohe Expertise: ein Therapeut sollte noch etwas mehr können, als ein Manual abzuarbeiten. Ein Therapeut sollte ein Prozess- und Veränderungsexperte sein, der in der Lage ist, komplexe therapeutische Situationen zu handhaben und damit mehr sein als ein Manual-Techniker.

## **2 Grundlagen der Verarbeitung**

Hier wird davon ausgegangen, dass therapeutische Informationsverarbeitung darin besteht, dass der Therapeut aus den Klienten-Daten mit Hilfe seines Wissens ein mentales Modell über den Klienten erzeugt, das dann als weitere Wissensbasis die Grundlage für therapeutische Entscheidungen, Strategiebildungen oder Interventionsrealisierungen darstellt. Folgende Teilprozesse sollen dabei behandelt werden:

- psychologisches Verstehen im Therapieprozess: Sprachproduktion, Verstehen des Gemeinten, Rekonstruktion, idiosynkratische Bedeutungen, Verstehen und Sinnerfassen;
- die Anwendung von Wissen beim Verstehen.

## **3 Das therapeutische Verstehen**

### **3.1 Verstehen als Grundlage**

Verstehen dient der Bildung mentaler Modelle

Der Therapeut muss die vom Klienten einlaufende Information *verstehen*: Verstehen ist der erste, elementarste Prozess der Informationsverarbeitung; ohne Verstehen keine Modellbildung. „Verstehen“ soll hier nicht in einem

philosophischen (phänomenologischen oder heuristischen Sinne) verstanden werden: Therapeutisches Verstehen wird hier in einem streng sprachpsychologischen Sinne verstanden: *Verstehen ist die Bildung mentaler, strukturierter Modelle aufgrund einlaufender, vorwiegend verbaler Daten auf der Grundlage eigenen Wissens.* „Verstehen“ in diesem Sinne bedeutet, dass ein Therapeut „ein Modell über den Klienten bildet“ und dieses Modell ist die zentrale Grundlage seiner therapeutischen Entscheidungen und seiner therapeutischen Strategien (Sachse, 1988, 1989, 2003). Ohne Verstehen kein zielgerichtetes Handeln: Verstehen ist damit die Basisvoraussetzung strukturierten therapeutischen Handelns. Denn dieses Wissen hilft ihnen, die komplexen Prozesse besser zu organisieren. Der therapeutische Verstehensprozess ist viel komplexer, als man dies aufgrund „klassischer“ Beschreibungen des empathischen Verstehens vermuten sollte (z.B. Rogers, 1959). Es ist komplexer, weil ein Therapeut als Hörer sich ja nie unmittelbar „in den Klienten hineinversetzen“ kann; ein Therapeut erhält lediglich verbale, paraverbale und nonverbale *Daten*, die er mit Hilfe seines Wissens *interpretieren* muss.

### **3.2 Prozesse der Sprachproduktion**

Bevor man sich der Frage zuwenden kann, wie und was Therapeuten eigentlich verstehen, muss man sich theoretisch damit befassen, wie verbale, zu verstehende Aussagen überhaupt zustande kommen: man muss sich mit der *Sprachproduktion* beschäftigen. Denn ein Verstehen der hier relevanten Prozesse macht auf therapeutisch wichtige Aspekte aufmerksam!

Wir gehen hier aus von dem Sprachproduktionsmodell von Herrmann (1982) und seiner Erweiterung von Sachse (1992a). (Herrmann hat sein Sprachproduktionsmodell später verändert (Herrmann, 1985; Herrmann & Grabowski, 1994); das ursprüngliche Modell eignet sich jedoch für die Konzeption *therapeutischen* Verstehens am besten.)

Das  
Gemeinte

Herrmann (1982) geht davon aus, dass man Gesagtes und Gemeintes auseinanderhalten muss. Grundlage des jeweils vom Sprecher Gemeinten ist die sogenannte „propositionale Basis“, also die *zu einem Zeitpunkt aktivierten Konzepte und Schemata* einer Person (vgl. auch Herrmann, 1984). Diese Konzepte bilden den jeweiligen „Sinnkontext“, den „*Bedeutungshorizont*“

der Person. Dieser Sinnkontext gibt einem Einzelaspekt erst den gemeinten Sinn (Hörmann, 1976a, 1976b, 1983). Dieser Aspekt ist sehr wichtig; er macht nämlich deutlich:

- Eine Aussage einer Person erhält immer erst einen Sinn durch den jeweils mit-aktivierten Bedeutungshorizont: was ein Wort oder ein Satz für eine Person „bedeutet“, ist abhängig von den Konzepten, die sie jeweils damit verbindet.
- So erhält z.B. das Wort „Streit“ einen Sinn dadurch, dass eine Person bestimmte Vorstellungen über Situationen, bestimmte Absichten, bestimmte Personen damit verbindet: Wort + Kontext ergeben erst die Bedeutung.
- Die Bedeutung und damit das jeweils von der Person Gemeinte ist nicht konstant, sondern verändert sich, je nachdem, welche Schemata aktuell mit-aktiviert sind: das Wort „Turm“ hat eine andere Bedeutung, wenn die Person lediglich ein Bauwerk assoziiert oder wenn sie phobische Erfahrungen damit assoziiert.
- Bedeutungen sind daher *variabel*, sie ändern sich von Kontext zu Kontext.
- Und Bedeutungen sind abhängig von den damit verbundenen Konzepten; das bedeutet aber: diese Konzepte sind bei einer Bedeutungsverleihung mit gegeben, können von der Person prinzipiell rekonstruiert werden.

Das Gesagte

Das Gemeinte, die propositionale Basis, ist nun die Grundlage des Gesagten; da sie aber sehr komplex ist, kann sie selten vollständig versprachlicht werden; nach Herrmann nimmt die Person daher eine Selektion von Inhalten vor: sie sucht die Aspekte aus, die sie versprachlichen will: diese Aspekte bilden den *semantischen Input* (Herrmann & Laucht, 1977). Damit wird immer nur ein Teil des Gemeinten auch gesagt: eine Person meint immer mehr, als sie sagt. In der Regel macht eine Person den jeweils existierenden Bedeutungshintergrund nicht explizit, d.h., sie äußert ihn nicht direkt; er wird aber vorausgesetzt, mitgedacht, ist also *implizit* vorhanden. Selbst wenn der Bedeutungshorizont nicht ausgesprochen wird, so beeinflusst er

doch die sprachliche Aussage mit; er ist damit implizit in der Aussage mit enthalten.

Sprechen ist Handeln

Die Selektion von Inhalten aus der propositionalen Basis „zur Versprachlichung“ geschieht dabei nach Hörmann (1976a) nach Kriterien des *Handlungsziels*: die Person selektiert solche Inhalte, mit denen sie glaubt, ihr Handlungsziel am besten erreichen zu können. Dabei kann es sehr unterschiedliche Handlungsziele geben: die Person kann wollen,

- dass der Sprecher etwas Bestimmtes weiß;
- dass der Sprecher etwas Bestimmtes glaubt;
- dass der Sprecher etwas Bestimmtes *nicht* weiß oder glaubt;
- dass der Sprecher etwas Bestimmtes tut oder nicht tut.

In der Therapie haben Klienten, die auf der Inhaltsebene kommunizieren, in der Regel die Intention,

- dem Therapeuten relevante Informationen zu geben, damit der Therapeut ihnen helfen kann;
- vom Therapeuten verstanden zu werden;
- selbst über die Reflexion Klarheit zu bekommen.

Klienten mit Persönlichkeitsstörungen, die auf der Beziehungsebene kommunizieren, verfolgen dagegen völlig andere Intentionen (vgl. Sachse, 2001, 2002): sie wollen z.B.,

- dass ein Therapeut Verantwortung übernimmt;
- dass der Therapeut Lösungsvorschläge macht;
- u.a.

Intentionen des Sprechers

Die Intention eines Sprechers kann aber auch darin liegen, vom Hörer *nicht* verstanden zu werden: der Sprecher kann verhindern wollen, dass der Hörer das tatsächlich Gemeinte oder die tatsächliche Intention rekonstruiert (als eine Form von „Widerstand“, vgl. Caspar, 1982; Caspar & Grawe, 1980, 1985). Dann „zensiert“ der Sprecher Inhalte, er versprachlicht bestimmte Aspekte *nicht* oder er tarnt Inhalte oder er verfälscht sie (d.h., er lügt schlicht und ergreifend). Auch Klienten können

- Inhalte vermeiden;
- bei Inhalten, die ihnen peinlich sind, wollen, dass der Therapeut sie nicht durchschaut;
- Intentionen haben, den Therapeuten zu manipulieren;

usw.

D.h., es gibt Fälle, in denen das *Gesagte das Gemeinte nicht gut abbildet*; der Hörer kann das in der Regel nur erkennen, wenn er über Zusatzinformationen verfügt: er hat schon Wissen über den Sprecher oder er verfügt über allgemeines Wissen, dem die Aussage des Klienten widerspricht.

Die Aussage eines Sprechers hat also mindestens drei Aspekte:

1. Das vom Sprecher explizit Gesagte;
2. das mit-gemeinte, implizite;
3. die Intention.

Alle drei Aspekte müssen vom Therapeuten verstanden, rekonstruiert werden.

Dieser semantische Input wird dann lexikalisch (in Worte gefasst), grammatikalisch und prosodisch (in eine Betonungsstruktur) enkodiert und bildet dann die Aussage. Die prosodische Enkodierung (Betonung, Pausen, Stimmlage, usw.) dient wieder bestimmten Intentionen. So kann z.B. ein Klient, der die Absicht hat, den Therapeuten zu kontrollieren, sehr langsam und mit langen Pausen sprechen, um den Therapeuten zu blockieren. Klienten können aber auch Aspekte besonders betonen, damit sie der Aufmerksamkeit des Therapeuten nicht entgehen.

Damit liegt einer Aussage nicht nur „das Gemeinte“ zugrunde, sondern ihr liegt immer auch eine bestimmte *Intention* zugrunde: niemand spricht ohne Absicht (Sprechen ist die Fortsetzung des Handelns mit anderen Mitteln, Hörmann, 1976a). Und diese Absicht ist wieder mit Motiven, Zielen, Werten, Normen der Person verbunden; also sind wiederum diese Motive implizit in der Absicht enthalten.

Schemata  
als Implika-  
tionsstruktur

Sachse (1992a) erweitert das Modell von Herrmann. Er geht davon aus, dass die sprachliche Aussage nicht nur durch das beeinflusst wird, was einer Person an Konzepten jeweils fokal gegeben ist, also durch die propositionale Basis. Das jeweils Gemeinte wird vielmehr stark mitbestimmt durch grundlegende Schemata der Person, also durch Motive, Selbstkonzepte, Überzeugungen, usw. D.h., relevante „internale Determinanten“ bestimmen nicht nur die Situationsverarbeitung und den „state of mind“ (vgl. Horowitz, 1987), sie bestimmen auch die sprachlichen Handlungen der Person entscheidend mit. Was eine Person z.B. über eine Leistungssituation aussagt,



wird sehr stark dadurch mitbestimmt, wie sie diese Situation auffasst, und dies wird von ihren Schemata determiniert. *Damit „bilden“ sich relevante Schemata der Person immer auch in Sprache ab*; sie sind in den Aussagen eines Klienten impliziert und können daher vom Klienten und vom Therapeuten prinzipiell erschlossen und rekonstruiert werden. Dies ist der Grund, warum verbale Psychotherapie überhaupt möglich und sinnvoll ist: relevante Schemata werden sprachlich deutlich, können durch sprachliche Steuerungen aktiviert und verändert werden. Sachse (1992a, 2003) nennt die Schemata, die das vom Klienten jeweils Gemeinte mit beeinflussen die „Implikationsstruktur des Gemeinten“: viele dieser Schemata sind dem Klienten nicht fokal gegeben, ja viele sind nicht einmal bewusst repräsentiert (vgl. Ekman, 1999; Matthews & Wells, 1999; Ellis & Moore, 1999). Dennoch sind sie hoch wirksam, im Verhalten genauso wie in der Sprache; da sie dem Klienten jedoch z.T. nicht bewusst sind, kommen sie nicht direkt, explizit in den Aussagen vor; sie beeinflussen die Aussagen eher implizit (daher „Implikations-Struktur“).

### **3.3 Verstehen des Gemeinten und Verstehen idiosynkratischer Bedeutungen**

Verstehen ist ein komplexer Rekonstruktionsprozess, bei dem der Hörer aufgrund der Aussage (sowie anderer Daten und seines Wissens) Rückschlüsse ziehen muss: er muss rekonstruieren, was der Sprecher gemeint hat. Dabei muss der Hörer, sobald er über das unmittelbar Gesagte hinausgeht, *Schlussfolgerungen* ziehen: Schlussfolgerungen sind aber nie a priori gültig, sie sind grundsätzlich *hypothetisch*. Damit wird ein sehr zentraler Aspekt des Verstehens deutlich: *Verstehen führt immer zu einer Hypothese*; es kann eine mehr oder weniger gut *belegte* Hypothese sein, aber es bleibt eine Hypothese.

Der Verstehens- oder Rekonstruktionsprozess kann unterschiedlich „tief“ gehen. Auf einer eher oberflächlichen Ebene kann der Hörer verstehen, was der Sprecher *sagt*: er kann die einzelnen Worte verstehen und sogar die Aussage selbst. Er hat aber dann noch keine Ahnung von dem Bedeutungshorizont, den der Sprecher in seine Aussage eingebettet hat, d.h., er versteht nicht, was der Sprecher meint. Kann der Hörer diesen Kontext mit-

Verstehen  
führt zu einer Hypothese

rekonstruieren, dann kann er auch das *Gemeinte* verstehen; er versteht, was der Sprecher mit der Aussage verbindet. Noch tiefer geht das Verstehen, wenn der Hörer Teile der Implikationsstruktur versteht, also Aspekte von Motiven, von Selbstkonzepten, von Überzeugungen des Sprechers. In diesem Fall hat der Hörer Teile des „inneren Bezugssystems“ des Sprechers verstanden; er versteht dann nicht nur die Aussage, er *versteht den Sprecher*. Der Hörer kann auch die Intentionen des Sprechers verstehen und den Sprecher in diesem Sinne „tiefer“ verstehen.

Sprachproduktion und Wortverwendung hängen in hohem Maße von der subjektiven Konstruktion des Sprechers ab (vgl. Grabowski, 1994; Grabowski, Herrmann & Weiß, 1992; Herrmann & Grabowski, 1994).

Idiosynkratische Bedeutung

In der Therapie geht es in sehr hohem Maße darum zu verstehen, was *die Konstruktionen des Klienten* sind, was die Motive, Überzeugungen *des Klienten* sind. Es geht darum, ein Modell über diesen spezifischen Klienten, über dessen Sichtweisen und Eigenarten zu entwickeln. Und das bedeutet auch zu erkennen, dass jeder Klient einzigartige, hochgradig idiosynkratische Schemata und damit Verarbeitungsprozesse aufweist. Dies hat eine wesentliche sprachpsychologische Implikation: da dem Klienten zum Ausdruck nur die in einer Sprache gebräuchlichen Worte zur Verfügung stehen, er aber damit etwas sehr subjektives, idiosynkratisches ausdrücken muss, muss er Worte in besonderen, idiosynkratischen Bedeutungen verwenden. Bock (1990) trägt in seinem Konzept der „semantischen Relativität“ dieser Tatsache Rechnung. Er unterscheidet bei der Bedeutung von Worten zwei Aspekte:

1. Die „durchschnittliche“ oder *kommunikative Bedeutung*: ein Wort ist hier mit Konzepten verbunden, die in einer Sprachgemeinschaft fast jeder damit verbindet. Dies sind die Bedeutungen, die im Lexikon stehen.

So hat z.B. „Mutter“ Bedeutungen wie:

- liebevoll;
- aufopfernd;
- hilfsbereit;
- pflegend;
- usw.

2. Daneben gibt es jedoch noch eine andere Bedeutungsdimension, die *idiosynkratische Bedeutung*. Ein Wort ist für eine Person mit ganz bestimmten Konzepten, Motiven, Werten, Schemata verbunden; und diese schaffen einen hoch personenspezifischen Bedeutungshorizont. Dieser kann sehr stark von der „durchschnittlichen“ Bedeutung abweichen. So kann für eine Person das Wort „meine Mutter“ verbunden sein mit Konzepten wie:

- kalt;
- herzlos;
- ignorierend;
- aufgedonnert;
- u.ä.

Was eine Person meint, entspricht im Psychotherapieprozess weit mehr der idiosynkratischen als einer lexikalischen Bedeutung: Klienten benutzen Worte, um damit etwas Spezifisches auszudrücken: spezifische Gedanken, Empfindungen, Eindrücke, Überzeugungen, usw. Um einen Klienten zu verstehen, reicht es nicht, dass der Therapeut die „lexikalische“ Bedeutung der Worte kennt: er muss vielmehr *rekonstruieren, was der Klient damit jeweils meint*. Und dabei ist klar, dass ein Therapeut die Konstruktionen des Klienten um so besser verstehen kann, je mehr der relevanten Schemata des Klienten er schon verstanden und rekonstruiert hat, d.h., je elaborierter sein Klienten-Modell bereits ist. Dabei ergibt sich oft das Verstehen einer Aussage erst aus dem Verstehen des Bedeutungshorizontes: oft muss ein Therapeut erst das Überzeugungs- und Wertesystem des Klienten rekonstruiert haben, um eine bestimmte Aussage überhaupt verstehen zu können.

Für einen Klienten kann es auch schwierig sein, das kognitiv Gemeinte in Sprache abzubilden; es kann so komplex und vielschichtig sein, dass es keine passenden Worte dafür gibt. Dann sollte der Therapeut den Klienten anregen, „mit Sprache zu spielen“, Formulierungen zu finden, die das Gemeinte zumindest ansatzweise repräsentieren, und er sollte dem Klienten aktiv bei diesem „Übersetzungsprozess“ helfen.

Verstehen  
bedeutet  
rekonstruieren

### 3.4 Belegbarkeit

Die Frage dabei ist: wie gelangt ein Therapeut zu validen Schlussfolgerungen?

Eine, bereits dargestellte Möglichkeit ist die Konsens-Validierung: der Therapeut teilt dem Klienten mit, was er verstanden hat und bittet den Klienten um Prüfung. Eine solche Konsens-Validierung spielt im Therapieprozess eine sehr wesentliche Rolle: Therapeuten sollten ihre Hypothesen immer und immer wieder mit dem Klienten prüfen; dadurch „bleiben sie am Klienten“.

Konsensus  
und Beleg-  
barkeit

Andererseits kann Konsens-Validierung nicht das einzige Validitäts-Kriterium sein: wie wir gesehen haben, haben Klienten manchmal keinen Zugang zu ihren Inhalten oder aber sie haben die Intention, diese (vor sich selbst oder vor dem Therapeuten) zu verschleiern. In einem solchen Fall kann die Konsens-Validierung nicht funktionieren: ein Klient kann eine zutreffende Hypothese des Therapeuten zurückweisen oder eine falsche akzeptieren (weil sie ihm besser passt). Daher muss ein Therapeut das Kriterium der *Belegbarkeit* anwenden: der Therapeut muss in der Lage sein, seine Schlussfolgerungen (auf das Gemeinte oder die Implikationsstruktur) zu *belegen*. „Belegbar“ bedeutet, dass der Therapeut vor sich selbst (bzw. vor dem Supervisor) angeben kann,

- aufgrund welcher Daten er die Schlussfolgerungen gezogen hat;
- welches Wissen über den Klienten in die Folgerung eingeflossen ist;
- welches sonstige Wissen er verwendet hat;
- welche anderen Belege es für die Folgerung gibt;
- was *gegen* die Folgerung spricht, also die Hypothese belastet.

Nicht jede belastete Hypothese muss sofort aufgegeben werden: ein Therapeut kann z.B. sehr gute Gründe für eine Annahme haben, selbst wenn der Klient sie zurückweist. Ein Therapeut sollte sich aber darüber im klaren sein,

- welche Hypothese belastet ist;
- welche Hypothese gut begründet ist und welche noch den Status der Spekulation hat.

## 4 Die Anwendung des Wissens beim Verstehen

### 4.1 Relevanz des Wissens

Wissen spielt beim Verstehen eine zentrale Rolle (Foppa, 1994). Ein Hörer kann einen Sprecher nur verstehen,

- wenn er die Bedeutung der Worte kennt;
- wenn er mit den Worten Konzepte verbindet, die denen ähnlich sind, die der Sprecher damit verbindet;
- wenn er „Weltwissen“ aufweist, auf dessen Hintergrund er die vom Sprecher geschilderten Aspekte „abbilden“ kann.

Verstehen bedeutet, dass eine Aussage Konzepte aktiviert, mit deren Hilfe der Hörer das Gemeinte rekonstruieren kann. Bransford und McCarrell (1975) formulieren es so: „Etwas verstehen heißt immer, es in vorhandene Wissensbestände einordnen zu können“.

Durch Aktivierung von Wissensstrukturen, durch die Anwendung von Schemata auf eine Aussage, kann man auch mehr verstehen, als explizit gesagt wird.

Diese Wissensstrukturen erlauben nicht nur ein Verstehen des Gesagten, sie erlauben auch eine Rekonstruktion des Gemeinten, die weit über das Gesagte hinausgeht. Das vorhandene und durch die Aussage aktivierte Wissen erlaubt damit Schlussfolgerungen, die weit über den expliziten Inhalt eines Satzes hinausgehen (vgl. Schwarz, 1985).

Das vom Sprecher Gemeinte zu rekonstruieren, zu verstehen, heißt somit auch, über das explizit Gegebene hinauszugehen, die gegebene Information durch Wissen zu vervollständigen (vgl. Schwarz, 1985) bzw. die Vagheit der Worte aufzuheben (Hörmann, 1983). Sprache ist damit, wie Hörmann (1976a) sagt, transparent. Der Hörer *schafft* Information, indem er über die unmittelbar gegebene Information hinausgeht (Hörmann, 1976a, S. 9).

Wendet man ein solches Wissen nicht an, dann ist das Gemeinte gar nicht rekonstruierbar, ein Hörer kann dann gar nicht verstehen, was ein Sprecher meint; er kann dann bestenfalls verstehen, was ein Sprecher sagt, manchmal nicht einmal das.

Es wird somit deutlich: Verstehen ist ein konstruktiver Prozess, an dem außer der direkt gegebenen Information auch bereits vorhandenes Wissen beteiligt ist, das durch die jeweilige Information (oder durch deren Verarbei-

Verstehen  
schafft In-  
formation

tung) aktiviert wird. Verstehen impliziert das Herantragen von Wissen an die aktuell gegebene Information. Dabei erlaubt dieses Wissen, über das jeweils explizit Gesagte hinauszugehen und das Gemeinte zu verstehen: dieser Prozess des Schlussfolgerns ist für ein Verstehen essentiell.

Im Prozess des Verstehens muss somit zunächst aufgrund der einlaufenden Information ein Schema identifiziert werden, das zur Verarbeitung dieser Information geeignet ist. Wird ein geeignetes Schema gefunden, dann wird dieses Schema zum Verstehen der Information verwendet. Dies muss nicht heißen, dass das Schema immer als Ganzes auf die Daten angewandt werden muss; vielmehr kann man sich in Anlehnung an Kintsch (1988) auch vorstellen, dass Schemata als Wissensbasen relevantes Wissen *bereitstellen*, aus dem dann aktuell situations- und kontextangemessene „Verstehens-Basen“ hergestellt werden können, d.h., die zur Konstruktion eines Bedeutungshintergrundes *genutzt* werden können. In diesem Fall muss die Verarbeitung unter Bezug auf Schemata nicht rigide und unflexibel sein, sondern sie kann im Gegenteil die Entwicklung relevanter elaborativer Inferenzen erleichtern.

Das Schema kann auch zur weiteren Informationsverarbeitung im Sinne einer Top-down-Verarbeitung verwendet werden (vgl. Bobrow & Norman, 1975): diese Verarbeitung hat Vorteile im Sinne einer Ökonomisierung des Prozesses, bringt aber auch Probleme mit sich.

Auch im Therapieprozess verarbeitet der Therapeut das vom Klienten Gemeinte mit Hilfe seines Wissens.

Der Therapeut rekonstruiert die propositionale Basis, das vom Klienten Gemeinte, immer mit Hilfe seiner eigenen Bedeutungsstrukturen, seiner Wissensbestände, seiner eigenen Annahmen usw. (Kintsch, 1988). Daher sagt Hörmann auch, dass durch Sprache keine Information übertragen, sondern Information erzeugt wird. Verstehen heißt somit nicht, dass die propositionale Basis des Sprechers einfach beim Hörer abgebildet wird. Das vom Sprecher Gemeinte muss vom Hörer vielmehr unter Einbezug eigener Wissensbestände verarbeitet, rekonstruiert werden (vgl. Black & Bower, 1980; De Beaugrande & Colby, 1979; Lehnert, 1980; van Dijk & Kintsch, 1983).

## 4.2 Probleme bei der Anwendung von Wissen

Therapeuten können es gar nicht vermeiden, beim Verstehen ihrer Klienten Wissen anzuwenden; das ist vielmehr Teil seiner Expertise (Becker & Sachse, 1998; Vogel, 1993; Vogel & Schulte, 1990; Weinrich, 1993; Weinrich & Sachse, 1992). Durch eine gut funktionierende und schnelle Wissensanwendung kann ein Therapeut

- Informationen sehr schnell verarbeiten;
- sehr schnell zu Hypothesen gelangen;
- Informationen auch parallel verarbeiten, also große Mengen an Informationen verarbeiten.

Fehler bei  
der Wis-  
sensanwen-  
dung

Allerdings kann die Anwendung von Wissen auch zu Problemen führen.

1. Die Informationssuche kann, aufgrund des Eindrucks, „es schon verstanden zu haben“ zu früh abgebrochen werden.
2. Wissen kann anstelle von einkommender Information in die Rekonstruktion „eingebaut“ werden und so zu falschen Modellen führen.
3. Wissen kann dazu führen, dass tatsächlich irrelevante Information vorrangig verarbeitet wird.
4. Eigene Schemata des Therapeuten können zu „Plausibilitätsfällen“ führen, indem der Therapeut glaubt, er habe den Klienten verstanden, aber eigentlich versteht er sich selbst; er überträgt eigene Anteile auf den Klienten und prüft die Information nicht mehr genau und geht keinen weiteren Fragen nach.
5. Dadurch kann es zu einem „Konsens des Unstreitigen“ kommen: Therapeut und Klient sind sich einig, dass man bestimmte Themen nicht hinterfragen muss; Therapeut und Klient verstehen sich glänzend, aber der Prozess stagniert völlig.

## 5 Dimensionen der therapeutischen Informationsverarbeitung

Es sollen hier zwei für den Therapieprozess relevante Dimensionen der Informationsverarbeitung vorgestellt werden.

Die eine dieser Dimensionen betrifft sogenannte Verarbeitungsmodi. Sie reicht vom synthetischen Modus, in dem ein Therapeut versucht, einlaufende Information so tief und so elaboriert zu verarbeiten, wie es möglich

und/oder sinnvoll ist, in dem er also versucht zu verstehen, was zu verstehen ist, bis zum analytischen Modus, in dem ein Therapeut gegebene Information systematisch daraufhin untersucht, was noch *nicht* oder noch nicht ausreichend zu verstehen ist. Diese Dimension bezieht sich vor allem auf den Inhalt, das *Was* der Information: welche Aspekte der Information werden integriert oder gesucht (Sachse, 1992c)?

Die zweite Dimension der Informationsverarbeitung bezieht sich vor allem auf formale Aspekte, das *Wie* der Verarbeitung: sie reicht von einem *sequentiell-analytischen Modus*, bei dem ein Therapeut Information systematisch „abarbeitet“ bis zu einem *intuitiv-holistischen Modus*, bei dem ein Therapeut komplexe Information gleichzeitig und in sehr kreativer Weise integriert.

## 5.1 Verarbeitungsmodi

### 5.1.1 Synthetischer Modus

Befindet sich ein Therapeut im *synthetischen Modus*, dann versucht er „zu verstehen, was zu verstehen ist“: er rekonstruiert Inhalte, stellt Zusammenhänge her, zieht Schlussfolgerungen aus der Information. Im synthetischen Modus versucht der Therapeut ein Modell zu *bilden*, eine Wissensbasis aktiv herzustellen, Information zu integrieren und zu elaborieren.

Im synthetischen Modus orientiert sich ein Therapeut an Leitfragen wie beispielsweise:

- Was meint der Klient mit dem, was er sagt?
- Was bedeutet die Situation X für den Klienten?
- Was sagt das beschriebene Verhalten Y über den Klienten aus?
- Was sind die zentralen Problemaspekte und Themen des Klienten?

Auf der Bearbeitungsebene folgt der Therapeut im synthetischen Modus auch Fragen wie z.B.:

- Wie geht der Klient mit seinen Problemen um?
- Nimmt der Klient bei der Betrachtung von Problemaspekten eine interne Perspektive ein?

Im synthetischen Modus

Verstehen,  
was zu verstehen ist



Ein Therapeut verstehen „über das Gesagte hinaus“

- versucht der Therapeut, einzelne Aussagen des Klienten zu verstehen, indem er sie z.B. mit dem, was er bereits über den Klienten weiß (Klientenmodell) in Zusammenhang bringt.
- versucht der Therapeut über das vom Klienten Gesagte hinauszugehen, indem er aus der Klienteninformation belegbare Schlussfolgerungen zieht.
- versucht der Therapeut Einzelaspekte der Klienteninformation in Zusammenhang zu bringen, um so ein konsistentes Bild vom Problem des Klienten, seinen Ressourcen, seiner Bearbeitung usw. zu erhalten.
- versucht der Therapeut Implizites explizit zu machen: er versucht, Inhalte, die der Klient nur vage angedeutet hat, die er „zwischen den Zeilen“ mitgeteilt hat, „auf den Punkt zu bringen“, klar, deutlich, präzise, „greifbar“ zu machen.

Im synthetischen Modus versucht der Therapeut somit, die vom Klienten gegebene Information unter Rückgriff auf Wissen so weit wie möglich auszuschöpfen (wobei es sehr wesentlich ist, dass Schlussfolgerungen immer *belegbar* bleiben, vgl. dazu Sachse, 1992a). Der Therapeut versucht so, weit mehr als das vom Klienten Gesagte zu verstehen: er versucht, die Ziele, Motive, Übertragungssysteme, die "Schemata" des Klienten zu rekonstruieren, nach denen der Klient denkt, fühlt und handelt.

### 5.1.2 Analytischer Modus

Im *analytischen Modus* versucht der Therapeut im Gegensatz dazu „zu verstehen, was noch *nicht* zu verstehen ist“. Seine Aufmerksamkeit richtet sich darauf, Hypothesen und Klientenmodelle zu prüfen. Der Therapeut nimmt somit eine fast gegenteilige Haltung ein: er versucht nicht, Information zu integrieren, sondern *Lücken* aufzuspüren. Er nimmt hier eine kritische Haltung gegenüber Informationen, Hypothesen, Schlussfolgerungen, auch gegenüber dem bisherigen Klientenmodell ein. Er orientiert sich an Leitfragen wie:

Verstehen, was noch nicht verständlich ist

- Was verstehe ich noch nicht?
- Was ist mir unklar?
- Welche Informationen sind unkonkret, unklar, unpräzise?

- Ist diese Schlussfolgerung wirklich stimmig? Welche Belege gibt es dafür? Welche dagegen?
- Gibt es ausreichend Daten zur Unterstützung von Hypothesen?
- Wo tauchen Widersprüche in der vom Klienten gegebenen Information auf?
- Ist das Handeln des Klienten aus der bisherigen Kenntnis seiner Motive, Überzeugungen usw. wirklich ausreichend verständlich? Was fehlt zum Verständnis?

Die Aufmerksamkeit des Therapeuten ist daher auf *Prüfung* gerichtet: auf Prüfung von Hypothesen, Schlussfolgerungen, Konsistenz der Information, auf ihre Vollständigkeit. Der Therapeut prüft auch, ob ein Modell über den Klienten lückenhaft ist, ob in ihm wesentliche Information fehlt, die aufgrund des psychologischen Hintergrundwissens des Therapeuten vorhanden sein sollte; der Therapeut prüft auch, ob das Modell bereits so elaboriert ist, dass Interventionen oder längerfristige therapeutische Strategien daraus abgeleitet werden können.

### **5.1.3 Synthetischer und analytischer Modus: ein Ergänzungsverhältnis**

Synthetischer und analytischer Modus stehen in einem Ergänzungsverhältnis: während der Therapeut im synthetischen Modus versucht, ein Modell vom Klienten zu bilden, dient der analytische Modus einer rigorosen Modellprüfung, Revision bzw. der Einleitung weitergehender Veränderungsprozesse des Modells.

Ergänzende  
Modi

Die Funktionen beider Verarbeitungsmodi sind somit unterschiedlich und ergänzen sich:

- der synthetische Modus hat eine modell-bildende, erweiternde Funktion: Durch ihn wird ein Modell mit Information angereichert, zentriert, auch strukturiert und hierarchisiert.
- der analytische Modus hat eine modell-revidierende Funktion. Er wirkt akkommodierend auf das Modell und verhindert, dass ein Therapeut mit unvollständigen und unvaliden Modellen arbeitet.

Arbeitet ein Therapeut nur im synthetischen Modus, läuft er Gefahr, invalide, unvollständige oder inkonsistente Modelle zu erzeugen; arbeitet ein Therapeut nur im analytischen Modus, läuft er Gefahr, überhaupt kein konsis-

tenten Modell zu erzeugen. Erst beide Vorgehensweisen im Wechsel erlauben dem Therapeuten die Bildung elaborierter *und* validierter Klientenmodelle.

Ein Therapeut kann wegen der Begrenztheit verfügbarer Ressourcen, aber auch wegen der prinzipiellen Unterschiedlichkeit der Aufgaben, nicht gleichzeitig einen synthetischen und analytischen Modus einnehmen. Therapeuten müssen daher lernen, *flexibel* zwischen beiden Modalitäten „umschalten“: auf eine Phase der Modellbildung und Elaboration sollte eine Phase der Modellprüfung und Revision folgen.

## 5.2 Sequentielle vs. holistische Informationsverarbeitung

Die Dimension sequentiell-analytisch versus intuitiv-holistisch bezieht sich auf die *Art der Informationsverarbeitung*, auf formale Aspekte therapeutischer Informationsverarbeitung, nicht auf die zu verarbeitenden Inhalte: hier geht es darum, *wie* ein Therapeut bei der Verarbeitung von Information vorgeht, welche Strategien er anwendet. Die beiden Modi unterscheiden sich in einer Reihe von Aspekten, die zunächst im Überblick, in Tabelle 1 dargestellt werden sollen (vgl. Kuhl, 1983a).

Tabelle 1: Unterschiede zwischen sequentiell-analytischem und intuitiv-holistischem Modus

	<b>sequentiell-analytisch</b>	<b>intuitiv-holistisch</b>
geeignet für	kleine Informationsmengen	große Informationsmengen
Das Verarbeitungsproblem	kann umgrenzt definiert werden	kann nicht umgrenzt und nur vage definiert werden
Das Verarbeitungsziel	ist gut definierbar	ist nur vage bestimmbar
Aufmerksamkeit des Therapeuten	ist fokal	ist nicht fokal
Aufmerksamkeitsfokus	ist eng	ist weit
ein strukturiertes sequentielles Vorgehen	ist möglich	ist nicht möglich
der Therapeut	kann Verstehen aktiv herstellen	muss Verstehen „entstehen lassen“

### 5.2.1 Sequentiell-analytischer Modus

Der *sequentiell-analytische Verarbeitungsmodus* kann vom Therapeuten sinnvoll verwendet werden, wenn es um die Verarbeitung relativ kleiner Informationsmengen geht: ein bestimmter Inhaltsaspekt soll genauer analysiert oder mit anderen Aspekten verbunden werden. Dabei ist klar, welche Informationsaspekte zentral sind, auf welche Informationsaspekte sich die Aufmerksamkeit des Therapeuten ausrichten muss.

Ein Beispiel dafür ist ein Klient mit einer psychosomatischen Störung, der auf eine Frage des Therapeuten antwortet: „Ich weiß nicht“. Der Therapeut nimmt aufgrund theoretischer Modelle sowie aktueller Kontexthinweise (Sachse, 1996) an, dass der Klient der Bearbeitung ausweicht.

Der Therapeut fragt sich daher:

- „Welchen Aspekten weicht der Klient aus?“
- „Was macht es für den Klienten so schwierig, seine Aufmerksamkeit auf die in der Frage vorkommenden Aspekte zu lenken?“

Damit wird deutlich: das Verarbeitungsproblem, vor dem der Therapeut steht, ist umgrenzt und kann relativ klar definiert werden. Die Ausgangslage kann vom Therapeuten relativ klar bestimmt werden: der Klient weicht der Bearbeitung eines Inhaltes aus. Daraus folgt eine gut definierbare Fragestellung.

Zielorientierte Informationsverarbeitung

Diese Fragestellung ist deutlich *zielorientiert*: der Therapeut will wissen, was den Klienten zu diesem Ausweichen veranlasst. Der Therapeut kann hier also nicht nur angeben, was das Ausgangsproblem ist, er kann auch angeben, was er wissen will.

Eine wesentliche Konsequenz aus der guten Definierbarkeit der Aufgaben ist, dass der Therapeut von Anfang an seine Aufmerksamkeit auf bestimmte Informationen fokalisieren kann: es ist klar, welche Information relevant ist und daher kann sich der Therapeut auf diese Information konzentrieren; alle Informationen, die nichts mit dieser Aufgabe zu tun haben, können ausgeblendet werden. Bei dieser Art von Verarbeitungsaufgabe hat der Therapeut auch eine klare Leitfrage: „Was vermeidet der Klient?“

Der Therapeut kann nun, da das Verarbeitungsproblem klar strukturiert ist, durch klare Ausgangslage, Ziel und Leitfrage, schrittweise vorgehen, um die

Leitfrage zu beantworten. Er kann einer klaren *Strategie* folgen, die für derartige Probleme beschrieben ist (vgl. Sachse, 1995).

Bei dieser Art von Verarbeitungsaufgabe kann der Therapeut somit fokalisieren, zielorientiert, schrittweise und geplant vorgehen. Der Therapeut kann sich auf die als zentral identifizierten Informationen konzentrieren; er kann alle irrelevanten Informationen ausblenden; er kann sich ein Bild davon machen, was er wissen will; er kann bewährten Strategien folgen und diese diszipliniert anwenden.

### 5.2.2 Intuitiv-holistischer Modus

Der *intuitiv-holistische Verarbeitungsmodus* kann vom Therapeuten angewendet werden, wenn es um die Verarbeitung großer Informationsmengen geht: viele Inhaltsaspekte müssen gleichzeitig berücksichtigt und integriert werden. Dabei ist in der Regel *nicht* klar, welche der vielen Informationsaspekte zentral und welche peripher sind; es kann noch nicht zwischen wichtiger und unwichtiger Information unterschieden werden.

Ein Beispiel dafür ist das, dem Therapeuten zunächst nur merkwürdig erscheinende, Interaktionsverhalten eines Klienten mit einer Persönlichkeitsstörung: der Klient gibt kaum wesentliche Probleme an, betont aber, dass Therapie extrem wichtig sei; der Klient reagiert kaum auf Interventionen, lobt den Therapeuten aber für „gute Fragen“. Der Klient kontrolliert den Therapeuten durch Kritik, lobt aber die Kompetenz des Therapeuten usw. Der Therapeut hat zunächst nur den Eindruck, dass „etwas nicht stimmt“. Er kann jedoch noch nicht sagen, worauf dieser Eindruck zurückgeht; er kann noch kein Modell, keine gezielte Hypothese bilden. Er weiß daher auch nicht, welche vom Klienten erhaltenen Informationen wichtig sind und welche nicht. Folglich muss er versuchen, so viel Information wie möglich gleichzeitig zu verarbeiten, um zu einer Hypothese zu gelangen (vgl. Sachse, 1992b, 1992c, 1992d).

Informationsverarbeitung bei unklarer Ausgangslage und unklaren Zielen

Das Beispiel macht deutlich, dass das Verarbeitungsproblem, vor dem der Therapeut hier steht, nicht umgrenzt und nur vage definiert werden kann: der Klient realisiert ein Interaktionsverhalten, das auf seine Problematik hinweist. Es ist jedoch unklar, was diese Problematik ist. Nicht einmal die

„Offene  
Verarbeitung“

Ausgangslage (sein Interaktionsverhalten) kann vom Therapeuten ganz genau definiert werden.

In diesem Fall kann der Therapeut auch das Ziel der Verarbeitung nur vage angeben. Er will verstehen, warum sich der Klient so verhält, wie er sich verhält. Ein Verarbeitungsziel über diese vage Beschreibung hinaus ist jedoch nicht angebar.

Die nur vage definierte Verarbeitungsaufgabe hat zur Folge, dass der Therapeut seine Aufmerksamkeit *nicht* auf bestimmte Information fokalisieren kann: es ist völlig unklar, welche Information relevant und welche irrelevant ist. Der Therapeut kann daher *keine* Vorauswahl treffen, er kann seine Verarbeitung *nicht* fokalisieren. Im Gegenteil: er muss versuchen, seine Aufmerksamkeit möglichst breit zu halten, um keine potentiell relevante Information auszulassen.

Der Therapeut hat in diesem Fall *keine* klar umrissene Leitfrage: die Leitfrage lässt sich nur vage als „Was veranlasst den Klienten, X zu tun?“ formulieren. Da Ausgangspunkt, Ziel und Leitfrage nur vage bestimmt sind, ist auch keine klare Strategie angebar, wie ein Therapeut Schritt für Schritt die Leitfrage bearbeiten könnte. Ein klar strukturiertes Vorgehen ist nicht bestimmbar. Der Therapeut kann sich hier nicht auf die Verarbeitung bestimmter Informationsaspekte beschränken; er hat auch noch keine klare „Spur“, der er strategisch folgen kann. Er muss daher seine Verarbeitung „offen halten“, er muss versuchen, alle verfügbaren Informationen „gleich zu behandeln“. Er muss die Informationen „auf sich wirken lassen“ und sehen, wie sie sich verbinden, mit welchen Wissensbeständen sie sich verbinden.

Im Verlauf dieses Verarbeitungsprozesses werden

- Informationen miteinander verbunden;
- Informationen mit vorhandenen Wissensbeständen verbunden;
- viele „kleine“ Schlussfolgerungen gezogen, die als Hypothesen auch wieder „in der Schwebe“ bleiben.

Der Prozess ist vergleichbar mit einem komplexen Puzzlespiel, bei dem die Person die Prozessziele hin und herschiebt (oder besser: ihre Bewegung zulässt), bis Teile des Bildes klar werden. Diese Teile werden wieder verschoben (teilweise auch noch verändert), bis sich ein Gesamtbild ergibt. Der

Versuch, den Prozess abzukürzen, schnelle Schlüsse zu ziehen, Informationen auszulassen u.a. ist dabei wie der Versuch, ein Puzzle mit Gewalt zusammenzusetzen: das Bild, was dabei entsteht, ist vielleicht sogar einigermaßen konsistent; nur leider entspricht es nicht dem Bild, das der Klient zeichnet.

### 5.2.3 Sequentiell und holistisch: ein Ergänzungsverhältnis

Betrachtet man die beiden Verarbeitungsmodi sequentiell-analytisch und intuitiv-holistisch, dann wird deutlich, dass ihr Nutzen von der *Art der Verarbeitungsaufgabe* abhängt: ist die Verarbeitungsaufgabe gut definiert, spezifisch und umfasst sie nur relativ wenig Information, ist ein sequentiell-analytisches Vorgehen sehr sinnvoll und effektiv. Es ist zielgerichtet, relativ schnell und kann strategisch durchgeführt werden. Ist dagegen die Verarbeitungsaufgabe nur vage definierbar, ist die zu verarbeitende Informationsmenge groß, dann erscheint ein intuitiv-holistisches Vorgehen eindeutig überlegen. Die Voraussetzungen für eine sequentiell-analytische Strategie sind hier nicht gegeben: es muss vielmehr eine klare Ausgangslage, eine Leitfrage u.ä. erst *geschaffen* werden.

Die Art der Verarbeitung hängt von der Art des Problems ab.

Daher ist die Frage, ob Therapeuten sequentiell-analytisch oder intuitiv-holistisch verarbeiten sollten, falsch gestellt: sie sollten eindeutig in der Lage sein, je nach Anforderung, *beide* Arten der Informationsverarbeitung anzuwenden. Dies erfordert jedoch, nach allen Ausbildungserfahrungen, Therapeuten in diesen Verarbeitungsmodi systematisch zu *trainieren*. Insbesondere der holistische Modus bereitet vielen Therapeuten Probleme: es fällt ihnen schwer, „Prozesse in der Schwebelage zu halten“, es fällt ihnen oft schwer, über längere Zeit keine Lösung zu haben; es fällt ihnen oft schwer, sich auf einen Prozess einzulassen, der nicht klar strukturiert ist. Der Prozess ist auch ungewohnt, er wird im Alltag meist nicht ausreichend trainiert, so dass ein spezielles Training unumgänglich ist.

## 6 Modellbildung

Die Bildung eines Klienten-Modells, eines „mental Modells“ (Anderson, 1978; Engelkamp, 1994; Johnson-Laird, 1983; Le Ny, 1993; Seel, 1991) über den Klienten durch den Therapeuten kann als Kernstück der therapeuti-

schen Informationsverarbeitung angesehen werden. Ich möchte hier auf drei Fragen eingehen:

- Welche Informationen sollte der Therapeut in seinem Klienten-Modell speichern: die Frage der Modellebenen.
- Welche Arten von Modellen sollte ein Therapeut entwickeln: die Frage nach den Modellarten.
- Welche Prozesse sollte der Therapeut bei der Modellbildung anwenden: Fragen der Selektion, Elaboration, Prüfung und Aufspürung von Lücken.

### 6.1 Modell-Ebenen

Ein Therapeut sollte ein Klienten-Modell auf drei Ebenen aufbauen:

- der Inhaltsebene;
- der Bearbeitungsebene;
- der Beziehungsebene.

Um aufgrund der Klienten-Information ein *systematisches Modell* aufzubauen, kann der Therapeut auf jeder Ebene bestimmten *Leitfragen* folgen: diese Leitfragen sollen seine Aufmerksamkeit auf jeweils relevante und zentrale Aspekte der Information lenken und diese Information daher als zentrale Aspekte des Modells salient machen.

Inhaltsebene

Auf der *Inhaltsebene* kann sich der Therapeut Leitfragen stellen wie:

- Was sind die relevanten, zu bearbeitenden Probleme des Klienten?
- Was macht diese Probleme des Klienten überhaupt problematisch?
- Welches sind die besonders zentralen Aspekte eines Problems und welche Aspekte sind weniger zentral?
- Welche Vorstellungen hat der Klient darüber, wie der Zielzustand aussehen soll?

Bearbeitungsebene

Auf der *Bearbeitungsebene* kann ein Therapeut an Leitfragen arbeiten wie:

- Definiert der Klient in der therapeutischen Arbeit einen Arbeitsauftrag?
- Welche Art von Perspektive nimmt der Klient bei der Analyse seiner Probleme überwiegend ein?
- Vermeidet der Klient die Auseinandersetzung mit bestimmten Problemen/Inhalten?



Beziehungs-  
ebene

- Versucht der Klient ein Problem zu lösen, obwohl er noch gar keine klare Definition des Problems erarbeitet hat?
- Bleibt ein Klient überhaupt lange genug bei einem Inhalt, um diesen gründlich bearbeiten zu können?

Bezüglich der *Beziehungsebene* kann ein Therapeut Fragen folgen wie:

- Bringt mir der Klient personales und Kompetenz-Vertrauen entgegen?
- Übernimmt der Klient die Klienten-Rolle?
- Versucht der Klient, mich zu bestimmten Handlungen zu bewegen, die ich „eigentlich“ gar nicht ausführen will?
- Möchte der Klient, dass ich etwas Bestimmtes über ihn glaube oder nicht glaube?

Auf allen diesen Ebenen sollte der Therapeut „Modell-Eintragungen“ aufweisen; welche dieser Ebenen aber besonders relevant ist, hängt vom Klienten bzw. von der Art der jeweiligen Störung ab (vgl. Sachse, 1996).

## 6.2 Modell-Arten

Ein Therapeut sollte grundsätzlich zwei Arten von Modellen über den Klienten aufbauen: ein *dispositionelles Modell* und ein *situationales Modell*. Beide Modellarten sollten alle drei der oben genannten Ebenen umfassen; beide Modelle hängen eng miteinander zusammen.

Das *dispositionelle Modell* ist ein grundlegendes Modell über den Klienten: es enthält Annahmen darüber, „wie der Klient psychologisch funktioniert“ und wie man diese Funktionsweise grundlegend verändern könnte. Das *Situationsmodell* enthält Annahmen über die aktuelle therapeutische Situation, darüber, was ein Klient *im Augenblick tut* und wie ein Therapeut *kurzfristig* darauf reagieren könnte.

Diese beiden Modelle enthalten jeweils zwei Modell-Teile, die man analog zum analytischen und synthetischen Verarbeitungsmodus *Analytisches und Synthetisches Modell* nennen kann. Das *synthetische Modell* enthält das, was der Therapeut bereits über den Klienten erschlossen hat: d.h., die (vorläufigen oder belegten) Hypothesen des Therapeuten. Das *analytische Modell* enthält die offenen Fragen des Therapeuten; Aspekte, die der Therapeut noch nicht weiß, die er aber herausfinden möchte.

Das *dispositionelle Modell* enthält wiederum zwei Teilmodelle: das *Störungsmodell*, das Annahmen über die Probleme des Klienten enthält und das *Strategiemodell*, das Hypothesen über einzuschlagende therapeutische Strategien enthält. Das Situationsmodell enthält ebenfalls zwei Teilmodelle: das *Zustandsmodell*, das den augenblicklichen psychischen Zustand des Systems Therapeut-Klient beschreibt und das *Interventionsmodell*, das die kurzfristigen und konkreten therapeutischen Interventionen enthält.

### 6.2.1 Dispositionales Modell

Das dispositionelle Modell sollte Angaben enthalten über die beim Klienten grundsätzlich vorhandenen Probleme, seine habituell vorliegenden Bearbeitungsschwierigkeiten, seine Interaktionsmuster usw. Aus diesem dispositionellen Modell kann der Therapeut grundsätzliche Therapieziele und therapeutische Strategien („Methoden“) ableiten, also entscheiden, welche Soll-Zustände mit Hilfe welcher Vorgehensweisen bei diesem Klienten grundsätzlich angestrebt werden sollten.

#### Synthetisches Störungsmodell

Modell über  
relevante  
Determinan-  
ten

In dem synthetischen Störungsmodell sind alle vorläufigen und belegten Hypothesen eingetragen, die ein Therapeut aus dem Klienten-Material, unter Zuhilfenahme seines Wissens geschlossen hat. Das synthetische Störungsmodell umfasst

- die (vorläufigen bzw. belegten) Diagnosen, die der Therapeut mit Hilfe seines psychologischen Fachwissens gestellt hat; Diagnosen sind wichtig, da sie wesentliche Implikationen für therapeutische Entscheidungen enthalten;
- Annahmen über die zentralen Probleme des Klienten: die Definition der Probleme ist, anders als die Diagnosen, bereits idiosynkratisch, genau auf den Klienten abgestimmt;
- Annahmen über die zentralen Themen und Fragestellungen des Klienten: um welche Themen soll es gehen? Was will der Klient in der Therapie behandeln?
- Annahmen über internale Determinanten: Hypothesen über relevante Motive, Ziele, Selbstkonzepte, Überzeugungen, usw. des Klienten;

- Annahmen über Handlungsstrategien und konkrete Vorgehensweisen des Klienten;
- Annahmen über Reaktionen der Umwelt auf den Klienten und dessen Verhalten;
- Annahmen über Beziehungen und soziale Einbettungen des Klienten.

### Analytisches Störungsmodell

Hier werden alle offenen Fragen des Therapeuten vermerkt:

- Fragen zur Diagnose;
- Fragen zu den Problemen des Klienten;
- usw.

Modell über  
offene Fra-  
gen

Der Therapeut vermerkt:

- Was ist mir unklar?
- Was habe ich nicht verstanden?
- Was erscheint mir widersprüchlich?
- An welcher Stelle fehlen mir welche Informationen?

### Synthetisches Strategiemodell

Das *synthetische Strategiemodell* enthält

- Angaben über Therapieziele: was will der Klient durch die Therapie erreichen? Welche Ziele hält der Therapeut für sinnvoll und für erreichbar?
- Angaben über therapeutische Ansatzpunkte: woran sollte therapeutisch gearbeitet werden? Woran sollte die Therapie ansetzen? Welche Schemata sollten verändert werden?
- Angaben über therapeutische Strategien: durch welche Strategien soll die Veränderung erreicht werden? Welche Strategien können beim Klienten erfolgversprechend eingesetzt werden?

### Analytisches Strategiemodell

Im analytischen Strategiemodell trägt der Therapeut Unklarheiten über strategische Aspekte ein, z.B.:

- Sind Therapieziele unklar?
- Ist es unklar, wo die Therapie ansetzen sollte?

- Besteht Unklarheit über therapeutische Strategien?
- Besteht die Wahl zwischen mehreren Strategien?
- usw.

### 6.2.2 Situationsmodell

Situationsmodell:  
Grundlage  
des aktuellen  
Handelns

Im situationalen Modell sollte der Therapeut dagegen repräsentieren, was jetzt unmittelbar in der therapeutischen Interaktion geschieht: dies hat nämlich auf die aktuelle Realisierung therapeutischer Interventionen großen Einfluss. So kann ein Klient habituell eine recht gute Problembearbeitung aufweisen, die bestimmte therapeutische Strategien ermöglicht; aktuell in der gegebenen Therapiesituation kann der Klient aber gerade massive Vermeidungsstrategien zeigen, die die aktuelle Anwendung dieser Strategien gar nicht erlauben, sondern ganz andere Vorgehensweisen erforderlich machen. Umgekehrt kann ein Klient, der in der Therapie habituell Beziehungsprobleme realisiert und damit eine inhaltliche Klärungsarbeit unmöglich macht, in einem bestimmten Zeitraum diese Interaktionsspiele (Sachse, 2001, 2002) nicht zeigen und durchaus positiv auf problemklärende Interventionen reagieren.

Daher benötigt ein Therapeut nicht nur ein Modell darüber, welche Klienten-Aspekte überdauernd und damit langfristig therapeutisch bedeutsam sind (ein dispositionelles Modell), sondern er benötigt auch ein Modell darüber, was jetzt gerade aktuell in der Therapie abläuft (ein situationales Modell). Und dieses situationale Modell kann (zumindest vorübergehend) zu anderen Entscheidungen über Prozessziele und therapeutische Strategien führen als das dispositionale Modell. Das Situationsmodell enthält, wie ausgeführt, das Zustandsmodell und das Interventionsmodell.

#### Synthetisches Zustandsmodell

Im *synthetischen Zustandsmodell* sollen aktuelle Angaben über den Stand der Therapie vermerkt werden:

- Woran arbeitet der Klient im Augenblick?
- Ist das Thema relevant?
- Wie arbeitet der Klient im Augenblick?
- Vermeidet er Inhalte, nimmt er eine interne Perspektive ein, usw.?

- Wie ist der augenblickliche Stand der therapeutischen Beziehung?
- Gibt es Beziehungsstörungen? Ist die Beziehung vertrauensvoll?
- Verfügt der Therapeut im Augenblick über „Beziehungskredit“?
- Versucht der Klient, den Therapeuten in „Interaktionsspiele“ zu verwickeln?

Die Frage ist: was passiert *im Augenblick* im therapeutischen Prozess?

### Analytisches Zustandsmodell

Auch bezüglich der augenblicklichen Therapiesituation kann ein Therapeut offene Fragen haben. Es kann ihm z.B. unklar sein, was ein Klient gerade tut: arbeitet der Klient oder vermeidet er? Lässt er sich auf die Rolle ein oder versucht er, den Therapeuten zu manipulieren? Wesentlich für einen analytischen Modus ist es, *dass sich ein Therapeut über seine Unklarheiten Klarheit verschafft*: der Therapeut muss wissen und benennen können, was er nicht versteht, über welche Widersprüche er stolpert, usw. Nur dann kann er systematisch versuchen, diese Unklarheiten auszuräumen.

### Synthetisches Interventionsmodell

Das *synthetische Interventionsmodell* enthält Angaben darüber,

- woran in der Therapie *im Augenblick* gearbeitet werden soll;
- welche kurzfristigen Interventionsziele der Therapeut verfolgt;
- welche ganz konkreten Interventionen er nun einsetzen will, um dieses Ziel zu verfolgen;
- es enthält auch die Entscheidung, ob der Therapeut auf der Inhalts-, der Bearbeitungs- oder der Beziehungsebene ansetzen will.

### Analytisches Interventionsmodell

Hier versucht der Therapeut, Unklarheiten bezüglich seiner kurzfristigen Strategien deutlich zu machen:

- Gibt es Zweifel an der jeweils angemessenen Intervention?
- Für welches der auftauchenden Themen entscheide ich mich?

*usw.*

Naturgemäß ist dieses Modell nicht sehr elaboriert, denn der Therapeut hat in der Regel für eine Analyse des Zustandes und eine Entscheidung nicht

viel Zeit. Dennoch sollte ein Therapeut im Bedarfsfall eine solche Analyse durchführen.

### **6.3 Prozesse der Modellbildung**

Eine wesentliche Frage bei der Modellbildung ist die, *wie* ein Therapeut vorgehen sollte, um zu einem Klienten-Modell zu gelangen. Hier geht es um Fragen der Selektion, der Elaboration und der Prüfung.

#### **6.3.1 Selektive Informationsverarbeitung**

Wie deutlich geworden ist, sollte ein Therapeut niemals auch nur versuchen, die gesamte verfügbare Klienten-Information zu verarbeiten: dies würde das Verarbeitungssystem völlig überfordern und nicht zu einem gut strukturierten Modell führen. Vielmehr muss ein Therapeut, um ein strukturiertes, übersichtliches und handlungsrelevantes Klienten-Modell zu erhalten, die vom Klienten kommende Information selektieren. Diese Selektion sollte wesentlich nach zwei Aspekten erfolgen:

1. nach Zentralität
2. nach Relevanz.

#### Zentralität

Eine Selektion nach *Zentralität* bedeutet, dass ein Therapeut nur oder vorrangig die Informationen beachtet, verarbeitet und in das Modell integriert, die auch für ein Verstehen des Klienten von Bedeutung sind: also solche Informationen, die neue und wesentliche Erkenntnisse über die Klienten-Probleme, Ziele usw. oder über Problembearbeitungen oder Beziehungsgestaltungen des Klienten erlauben. Zentralität einer Information wird damit in einem „Top down“ Bewertungsprozess vom Modell selbst bestimmt. Um Zentralität festzustellen, folgt ein Therapeut z.B. Leitfragen wie:

- Ist die vom Klienten kommende Information neu; enthält sie Aspekte, die im Modell noch nicht abgebildet sind?
- Trägt die Information etwas zum Verstehen des Klienten bei?
- Gibt die Information z.B. Aufschluss darüber,
  - was die wesentlichen Probleme des Klienten sind?
  - wie ein Klient seine Probleme bearbeitet?
  - wie ein Klient Beziehungen gestaltet?

- Oder gibt die Information über diese Aspekte keinen Aufschluss, hat sie mit Problemen des Klienten gar nichts zu tun, ist sie redundant u.ä.?

Ein Therapeut *bewertet* so die einlaufende Information relativ zu den bereits bekannten Modellinhalten und stellt die Frage: trägt die neue Information etwas Essentielles zum Modell bei oder nicht? Falls ja, fokalisiert der Therapeut seine Aufmerksamkeit auf diese Information; falls nein, blendet der Therapeut diese Information aus bzw. realisiert Interventionen, die den Klienten veranlassen sollen, zentrale Informationen zu geben.

Relevanz

Die *Relevanz* von Information bestimmt sich im Wesentlichen durch das jeweils vom Therapeuten verwendete Therapie-System: da Verarbeiten und Handeln interdependent sind, bestimmt die Art des ausführenden Handelns auch die Art der zu verarbeitenden Information.

### 6.3.2 Elaboration

Erweiterung  
des Modells

Ein Klienten-Modell sollte vom Therapeuten nicht nur auf der Basis von Klienten-Information gebildet werden: ein Therapeut sollte auch *Wissen* nutzen, um das Modell zu elaborieren. Er sollte z.B. Wissen über psychische Störungen nutzen, um ein Klienten-Modell mit Hypothesen und Fragestellungen anzureichern (die dann im Prozess geprüft werden müssen); er sollte Alltagswissen nutzen, um zu verstehen, was das Problem des Klienten ist, wie seine Lebenssituation aussieht usw.

Die Verwendung von Wissen im Verstehensprozess kann als *notwendig* und als hilfreich angesehen werden; sie birgt jedoch auch die Gefahr, dass ein Therapeut sein Wissen auf den Klienten anwendet, ohne die Anwendbarkeit auf diesen speziellen Klienten genau überprüft zu haben (vgl. Sachse, 1992c). Um dies zu vermeiden, sind Prozesse der Modellprüfung wesentlich.

### 6.3.3 Prüfung

Der therapeutische Verstehensprozess muss unbedingt als ein sich abwechselnder Bottom-up-to-down-Verarbeitungsprozess verstanden werden: bottom up bildet ein Therapeut mit Hilfe eigenen Wissens ein Modell über den Klienten; aus diesem Modell leitet der Therapeut Hypothesen ab, die er dann (top down) prüft.

So kann ein Therapeut z.B. die Modelleintragung vornehmen, dass ein Klient ein manipulatives Interaktionsspiel im Therapieprozess realisiert. Aus dieser Modellannahme kann der Therapeut die Hypothese ableiten, dass ein Klient mit dieser Interaktionsform auf eine aufdeckende Konfrontation in bestimmter Weise reagieren wird: der Therapeut kann nun die Hypothese durch diese Intervention testen und aus dem Ergebnis Schlüsse zur Bestätigung oder aber zur Revision des Modells ziehen.

Ständige  
Modellprüfung

Eine solche Modellprüfung nimmt ein Therapeut im Prozess nicht nur gelegentlich vor, sondern permanent: ein Klienten-Modell enthält eine Reihe von Annahmen und ein Therapeut sollte sich fragen:

- Welche Modellannahmen sind belegbar durch Klienten-Information gestützt?
- Wie gut ist die Belegbarkeit/empirische Evidenz der einzelnen Annahmen?
- Welche Modellannahmen sind schlecht belegt oder begründet und müssen daher weiter geprüft werden?
- Wie können diese Annahmen geprüft werden?

### **7 Therapeuten als Experten**

Die beschriebenen Prozesse werden von Therapeuten, wenn sie gut trainiert sind, weitgehend automatisiert vorgenommen: Die Informationsverarbeitung läuft damit schnell, strukturiert und ohne große Kapazitätsbelastungen ab. Therapeuten müssen all dies aber zuerst mühsam trainieren; sie müssen einen Status der Expertise erreichen, um diese Prozesse tatsächlich hinreichend schnell ausführen zu können. Es gibt empirische Belege dafür, dass gut trainierte Experten sehr viel höhere Fähigkeiten besitzen als Anfänger:

Was können  
Experten?

- Experten sind stärker als Novizen in der Lage, Informationen nach Relevanz zu gewichten (Breuer, 1979; Gäbler, 1994; Bartling et al., 1982)
- Experten konzentrieren sich weniger auf Details, sondern integrieren Informationen stärker (Cicchetti & Ornston, 1976; Mattenkloß & Groß, 1984)
- Experten können durch eine größere und schnellere Integration von Informationen mehr relevante Informationen speichern (Gäbler, 1994)



- Experten organisieren Information stärker, sie stellen Zusammenhänge zwischen scheinbar verschiedenen Inhalten her, sie „vernetzen“ die Information (Gäßler, 1994; von Wedel, 1984; Diamond, 1983)
- Experten verarbeiten Information automatisierter und auf komplexerem Niveau (Caspar, 1993). Sie weisen damit mehr Kapazität für die Verarbeitung weiterer Information auf, die Novizen nicht aufnehmen können.
- Experten bilden mehr Hypothesen; sie suchen gezielt Informationen, die sie für therapeutische Entscheidungen benötigen (Diamond, 1983; Gäßler, 1993; Nurcombe & Fitzhenry-Coor, 1982)
- Experten weisen eine höhere Neutralität und größere emotionale Distanziertheit bei der Verarbeitung auf, was Plausibilitätsfallen und Resonanzeffekte reduziert (Caspar, 1993; Beery, 1970; Lehmann, 1989)
- Experten beachten mehr Beziehungsinformationen als Anfänger, sie orientieren sich stärker am ablaufenden Prozess und sind trotzdem stark strukturiert (Janouch, 1983)

## 8 Literatur

- Anderson, J.R. (1978). Arguments concerning representations for mental imagery. *Psychological Review*, 85, 249-277.
- Bartling, G., Echelmeyer, L.W., Florin, J., Rojahn, J. & Ullrich de Muynck, R. (1982). Bestimmungsstücke psychologisch-therapeutischen Handelns. In: W. Fiegenbaum (Hrsg.), *Psychologische Therapie in der Praxis*, 140-156. Stuttgart: Kohlhammer.
- Becker, K. & Sachse, R. (1998). *Therapeutisches Verstehen*. Göttingen: Hogrefe.
- Beery, J. (1970). Therapist's responses as a function of level of the therapist experience and attitude of the patient. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 34, 239-243.
- Black, J.B. & Bower, G.H. (1980). Story understanding and problem solving. *Poetics*, 9, 233-250.
- Bobrow, D.G. & Norman, D.A. (1975). Some principles of memory schemata. In: D.G. Bobrow & A. Collins (Eds.), *Representation and understanding*. New York: Academic Press.
- Bock, H. (1990). *Semantische Relativität*. Göttingen: Hogrefe.
- Bransford, J.D. & McCarrell, N.S. (1975). A sketch of cognitive approach to comprehension: Some thoughts about understanding what it means to comprehend. In: W. Weiner & D.S. Palermo (Eds), *Cognition and the symbolic processes*, 189-229. Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- Breuer, F. (1979). *Psychologische Beratung und Therapie in der Praxis*. Heidelberg: Quelle & Meyer.
- Caspar, F. (1982). Widerstand in der Psychotherapie. In: R. Bastine et al. (Hrsg.), *Grundbegriffe der Psychotherapie*, 451-454. Weinheim: Edition Psychologie.
- Caspar, F. (1993). *Information processing in intake interviews: interpretive and intuitive processes of cognitive-behaviorally and psychodynamically oriented therapists*. Paper presented at the SPR Meeting, Pittsburgh, June 1993.
- Caspar, F. & Grawe, K. (1980). Der Widerspenstigen Zähmung? Eine interaktionelle Betrachtung des Widerstandsphänomens in der Verhaltenstherapie (1). In: W. Schulz & M. Hautzinger (Hrsg.), *Klinische Psychologie*

- und Psychotherapie. Kongreßbericht Berlin 1980 in fünf Bänden, 195-206. Tübingen: DGVT.
- Caspar, F. & Grawe, K. (1985). Widerstand in der Verhaltenstherapie. In: H. Petzold (Hrsg.), *Widerstand: Ein strittiges Konzept in der Psychotherapie*, 349-384. Paderborn: Junfermann.
- Cicchetti, S.C. & Ornston, P.S. (1976). The initial psychotherapy interview: a content analysis of the verbal responses of novice and experienced therapists. *Journal of Psychology*, 93, 167-174.
- DeBeaugrande, R. & Colby, B. (1979). Narrative models of action and interaction. *Cognitive Science*, 3, 43-66.
- Diamond, D.J. (1983). *The anatomy of the third ear: Clinical experience and the inference process in psychotherapy*. Doctoral Dissertation, University of Michigan.
- Dijk, T. van & Kintsch, W. (1983). *Strategies of Discourse Comprehension*. New York: Harcourt.
- Ekman, P. (1999). Basic Emotions. In: T. Dalgleish & M. Power (Eds.), *Handbook of Cognition and Emotion*, 45-60. New York: Wiley.
- Ellis, H.C. & Moore, B.A. (1999). Mood and Memory. In: T. Dalgleish & M. Power (Eds.), *Handbook of Cognition and Emotion*, 193-210. New York: Wiley.
- Engelkamp, J. (1994). Mentale Repräsentationen im Kontext verschiedener Aufgaben. In: H.J. Kornadt, J. Grabowski & R. Mangold-Allwinn (Hrsg.), *Sprache und Kognition*, 37-54. Berlin: Spektrum Akademischer Verlag.
- Foppa, K. (1994). Wie muß man was wissen, um sprechen (und verstehen) zu können? In: H.J. Kornadt, J. Grabowski & R. Mangold-Allwinn (Hrsg.), *Sprache und Kognition*, 93-111. Berlin: Spektrum Akademischer Verlag.
- Gäßler, B. (1994). *Psychotherapeuten als Experten. Gedächtnis und Informationsverarbeitung*. Regensburg: Roderer.
- Grabowski, J. (1994). Kommunikative Unschärfen – Zur Rezeption und Produktion von Richtungspräpositionen am Beispiel von „vor“ und „hinter“. In: H.J. Kornadt, J. Grabowski & R. Mangold-Allwinn (Hrsg.),

- Sprache und Kognition, 183-208*. Berlin: Spektrum Akademischer Verlag.
- Grabowski, J., Herrmann, T. & Weiß, P. (1992). *Wenn „vor“ gleich „hinter“ ist – zur multiplen Determination des Verstehens von Richtungspräpositionen* (Arbeiten aus dem Sonderforschungsbereich 245 „Sprache und Situation“ Heidelberg/Mannheim, Bericht Nr. 45). Universität Mannheim: Lehrstuhl Psychologie III.
- Gruber, H. (1994). *Expertise – Modelle und empirische Untersuchungen*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Herrmann, T. (1982). *Sprechen und Situation*. Berlin: Springer.
- Herrmann, T. (1984). „Sprachverstehen“ und das Verstehen von Sprechern. In: J. Engelkamp (Hrsg.), *Psychologische Aspekte des Verstehens, 15-30*. Berlin: Springer.
- Herrmann, T. (1985). *Allgemeine Sprachpsychologie. Grundlagen und Probleme*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Herrmann, T. & Grabowski, J. (1994). *Sprechen – Psychologie der Sprachproduktion*. Berlin: Spektrum Akademischer Verlag.
- Herrmann, T. & Laucht, M. (1977). Pars pro toto. Überlegungen zur situationsspezifischen Variation des Sprechens. *Psychologische Rundschau, 28*, 247-265.
- Hoffmann, J. (1990a). Über die Integration von Wissen in die Verhaltenssteuerung. *Schweizerische Zeitschrift für Psychologie, 49*, 250-265.
- Hoffmann, J. (1990b). *Verhaltensvorbereitende Reizerwartungen*. München: Max-Planck-Institut für psychologische Forschung (Paper 2/1990).
- Hörmann, H. (1976a). *Meinen und Verstehen: Grundzüge einer psychologischen Semantik*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Hörmann, H. (1976b). The concept of sense constancy. *Lingua, 39*, 269-280.
- Hörmann, H. (1983). *Was tun die Wörter miteinander im Satz? oder: Wieviele sind einige, mehrere und ein paar?* Göttingen: Hogrefe.
- Horowitz, M.J. (1987). *States of Mind*. New York: Plenum Medical Book Company.

- Janouch, A. (1983). *Regeln therapeutischer Gespräche. Eine Analyse der verbalen Strategien von Beratern/Therapeuten in psychologischen Behandlungsinteraktionen*. Münster: Lit Verlag.
- Johnson-Laird, P.N. (1983). *Mental models: Towards a cognitive science of language, inference, and consciousness*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kintsch, W. (1988). The role of knowledge in discourse comprehension: A construction-integration model. *Psychological Review*, 95, 16-182.
- Kuhl, J. (1983). Emotion, Kognition und Motivation: II. Die funktionale Bedeutung der Emotionen für das problemlösende Denken und für das konkrete Handeln. *Sprache und Kognition*, 2 (4), 228-253.
- Le Ny, J.F. (1993). Wie kann man mentale Repräsentationen repräsentieren? In: J. Engelkamp & T. Pechmann (Hrsg.), *Mentale Repräsentationen*, 30-39. Bern: Huber.
- Lehmann, M. (1989). *Ein empirischer Vergleich von Psychotherapien von erfahrenen Therapeutinnen mit Psychotherapien von Anfängerinnen*. Lizentiatsarbeit, Bern.
- Lehnert, W.G. (1980). *Affects units and narrative summarization (Technical Report No. 179)*. Yale University, Department of Computer Science.
- Mattenklott, A. & Gross, A. (1984). Die Beschreibung der diagnostischen Urteilsbildung aus Protokollen des lauten Denkens von Psychologen in Beratungsstellen. In: R.S. Jäger, A. Mattenklott & R.-D. Schröder (Hrsg.), *Diagnostische Urteilsbildung in der Psychologie. Grundlagen und Anwendungen*, 277-302. Frankfurt/Main: Deutsches Institut für Internationale Pädagogische Forschung, Kommissionsverlag: Verlag für Psychologie Hogrefe, Göttingen.
- Matthews, G. & Wells, A. (1999). The cognitive science of attention and emotion. In: T. Dalgleish & M.J. Power (Eds.), *Handbook of Cognition and Emotion*, 171-192. New York: John Wiley & Sons.
- Nurcombe, B. & Fitzhenry-Coor, I. (1982). How do psychiatrists think? Clinical reasoning in the psychiatric interview: a research and education project. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 16, 13-24.
- Rogers, C.R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In: S. Koch

- (Ed.), *Psychology: A study of science*, 3, 184-256. New York: Mc Graw-Hill.
- Sachse, R. (1988). Das Konzept des empathischen Verstehens: Versuch einer sprachpsychologischen Klärung und Konsequenzen für das therapeutische Handeln. In: GwG (Hrsg.), *Orientierung an der Person: Diesseits und Jenseits von Psychotherapie*, Bd. 2, 162-174.
- Sachse, R. (1989). Zur allgemeinspsychologischen Fundierung von Klientenzentrierter Therapie: Die Theorien zur „Konzeptgesteuerten Informationsverarbeitung“ und ihre Bedeutung für den Verstehensprozeß. In: R. Sachse & J. Howe (Hrsg.), *Zur Zukunft der Klientenzentrierten Psychotherapie*, 76-101. Heidelberg: Asanger.
- Sachse, R. (1992a). *Zielorientierte Gesprächspsychotherapie – Eine grundlegende Neukonzeption*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (1992b). Informationsverarbeitungs- und Handlungsplanungsprozesse bei Psychotherapeuten. In: L. Montada (Hrsg.), *Bericht über den 38. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Trier*, 2, 942-946. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (1992c). Psychotherapie als komplexe Aufgabe: Verarbeitungs-, Intentionsbildungs- und Handlungsplanungsprozesse bei Psychotherapeuten. In: R. Sachse, G. Lietaer & W.B. Stiles (Hrsg.), *Neue Handlungskonzepte der Klientenzentrierten Psychotherapie*, 109-112. Heidelberg: Asanger.
- Sachse, R. (1992d). Flexibilität der Intentionsbildung im Therapieprozeß. In: L. Montada (Hrsg.), *Bericht über den 38. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Trier*, 2, 665-666. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (1995). *Der psychosomatische Klient in der Praxis: Grundlagen einer effektiven Therapie mit „schwierigen“ Klienten*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Sachse, R. (1996). *Praxis der Zielorientierten Gesprächspsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2001). *Psychologische Psychotherapie der Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2002). *Histrionische und narzisstische Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.

- Schwarz, N. (1985). Theorien konzeptgesteuerter Informationsverarbeitung in der Sozialpsychologie. In: D. Frey & M. Irle (Hrsg.), *Theorien der Sozialpsychologie, Bd. 3*, 269-291. Bern: Huber.
- Seel, N.M. (1991). *Weltwissen und mentale Modelle*. Göttingen: Hogrefe.
- Vogel, G. (1993). *Planung und Improvisation im Therapieprozeß. Eine Analyse mikrotherapeutischer Entscheidungsprozesse*. Münster: Waxmann.
- Vogel, G. & Schulte, D. (1990). Der Prozeß therapeutischer Entscheidungen. In: D. Schulte (Hrsg.), *Therapeutische Entscheidungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Wedel, B. von (1984). *Zur Bedeutung therapeutischer Erfahrung: Ein Vergleich von erfahrenen und unerfahrenen Therapeuten im Hinblick auf die Handlungsstruktur und das Erfahrungswissen*. Unveröff. Diss., Christian-Albrrecht-Universität, Kiel.
- Weinrich, E. (1993). *Auswirkungen von Handlungs-Kontroll-Strategien und Wissen auf den Problemlösungsprozeß von Gesprächspsychotherapeuten*. Dissertation, Ruhr-Universität Bochum, Fakultät für Psychologie.
- Weinrich, E. & Sachse, R. (1992). Informationsverarbeitung und Intentionbildung von Psychotherapeuten. In: R. Sachse, G. Lietaer & W.B. Stiles (Hrsg.), *Neue Handlungskonzepte der Klientenzentrierten Psychotherapie*, 113-132. Heidelberg: Asanger.

## **Fragen**

- Inwiefern ist das Wissen des Therapeuten eine notwendige Voraussetzung für den Verstehensprozess?
- Warum ist es notwendig, dass ein Therapeut neben einem dispositionellen Modell auch ein Situationsmodell über den Klienten bildet?
- Wieso muss man davon ausgehen, dass die Information, die ein Therapeut zu Therapiebeginn erhält, unvollständig sein wird?
- Was unterscheidet ein Verstehen des Gesagten vom Verstehen des Gemeinten?
- Was unterscheidet einen Therapeuten als Experten von einem Anfänger-Therapeuten?
- Inwiefern helfen Therapeuten Heuristiken bei der Informationsverarbeitung?

## **Autoren-Vita**

Rainer Sachse, Prof. Dr. Dipl.-Psych., geboren 1948; Diplom 1978, 1978-1980 Psychologische Praxis, 1980 Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Arbeitseinheit Klinische Psychologie an der Ruhr-Universität Bochum; 1985 Promotion, 1991 Habilitation; seit 1998 außerplanmäßiger Professur, seit 2001 Direktor des Instituts für Psychologische Psychotherapie in Bochum.

Hauptarbeitsgebiete: Klärungsorientierte Psychotherapie, Verhaltenstherapie, Expertise bei Psychotherapeuten