

**Rainer Sachse**

**Meike Sachse**

**Implikationsstrukturen: Verstehen, Modellbildung  
und therapeutische Explizierungen**

## **6.1 Einleitung**

In diesem Kapitel möchten wir uns mit Aspekten der therapeutischen Informationsverarbeitung beschäftigen, mit der Frage, wie kann ein Therapeut die vom Klienten „einlaufende“ Information sinnvoll und gezielt verarbeiten und wie kann er sie im Therapieprozess konstruktiv nutzen? Dabei werden wir zwei größere Abschnitte behandeln:

1. Verstehen und Modellbildung: Hier werden Fragen des therapeutischen Verstehens behandelt: Wie geht Verstehen vor sich, welche Bedeutung hat Wissen im Verstehensprozess und welche Verstehensstrategien kann ein Therapeut anwenden?  
Und es wird erörtert, wie Therapeuten Modelle vom Klienten bilden und welche Arten von Modellen sie bilden sollten.
2. Besonderheiten des Verstehens: Hier werden wir insbesondere auf die Aspekte sogenannter „Implikationsstrukturen“ eingehen, auf Bedeutungsstrukturen, die nicht klar und deutlich, also explizit, vorliegen, sondern die „mitgemeint“ sind, die in Bedeutungen „mitschwingen“ und die von großer Bedeutung sind – die aber noch nicht klar und deutlich, also „explizit“ formulierbar sind. Und wir werden uns mit der therapeutischen Intervention des „Explizierens“ befassen, mit deren Hilfe ein Therapeut solche „impliziten Bedeutungen“ auf den Punkt bringt, klar macht, also eben „expliziert“.

## **6.2 Verstehen und Modellbildung**

Prozesse des Verstehens und der Modellbildung sind zentrale Prozesse, die in der Therapie auf Seiten des Therapeuten ablaufen und durch die ein Therapeut relevante Klienten-Informationen so verarbeitet, dass sie therapeutisch handlungsrelevant werden. Diese Prozesse sind ebenso komplex wie zentral wichtig für das Verstehen von Psychotherapie (vgl. Becker & Sachse, 1998; Gäbler & Sachse, 1992a, 1992b; Sachse, 1988, 1989, 1992a, 1992b, 1992c, 1993, 1994, 1996, 2006a, 2006b, 2009).

### **6.2.1 Verstehen**

Verstehen ist einer der elementarsten Prozesse der Psychotherapie: Der Therapeut muss den Klienten verstehen, um überhaupt zu wissen, worum es dem Klienten geht, was seine Probleme sind, welche Intentionen er hat. Ohne Verstehen kann der Therapeut sich kein

Modell vom Klienten bilden; ohne Verstehen kann er somit auch nicht sinnvoll intervenieren. Daher: *Ohne Verstehen kann es keine sinnvolle Therapie geben!*

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 gibt es kein zielgerichtetes Handeln: Verstehen ist damit die Basisvoraussetzung strukturierten therapeutischen Handelns.

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.

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!

### **6.2.2 Sprachproduktion**

Wir gehen hier aus von dem Sprachproduktionsmodell von Herrmann (1982, 1984) 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.)

In Abbildung 6.1 ist der Prozess der Sprachproduktion (in seiner erweiterten Form) schematisch dargestellt.

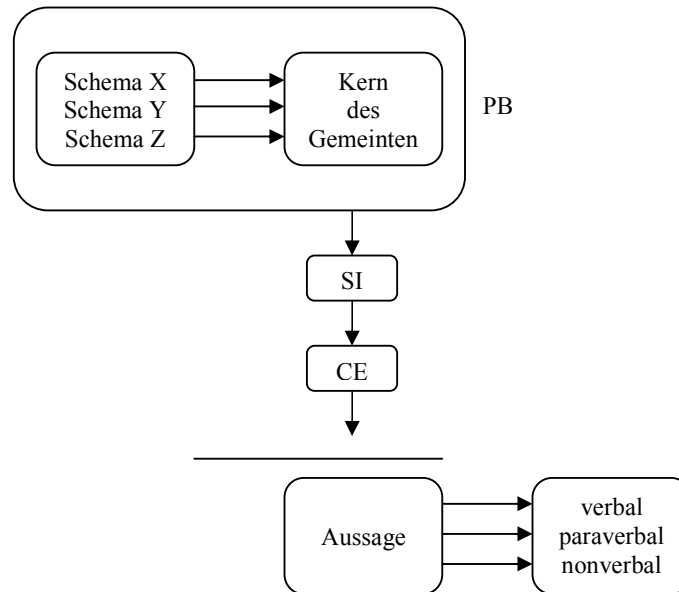


Abbildung 6.1: Der Prozess der Sprachproduktion

### 6.2.2.1 Die propositionale Basis

Herrmann (1982) geht davon aus, dass man Gesagtes und Gemeintes auseinanderhalten muss. Grundlage des jeweils vom Sprecher Gemeinten ist die sogenannte „propositionale Basis“ (PB), 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 Bedeutungs-Verleihung mit gegeben, können von der Person prinzipiell rekonstruiert werden.

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“ (s.u.): 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“).

### **6.2.2.2 Der semantische Input**

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* (SI; 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.

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.

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.

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.

### **6.2.2.3 Lexikalische Enkodierung**

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.

### **6.2.2.4 Verstehen des Gemeinten**

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 ist immer eine 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-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).

In der Therapie geht es in sehr hohem Maße darum zu verstehen, was *die Konstruktionen des Klienten* sind, was die Schemata, 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.

#### **6.2.2.5 Belegbarkeit des Verstandenen**

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“.

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.

#### **6.2.3 Wissen und Verstehen**

### 6.2.3.1 Bedeutung von Wissen

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 Verarbeitung) 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).

### **6.2.3.2 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.

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.

## **6.2.4 Verarbeitungsmodi des Verstehens**

### **6.2.4.1 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

- 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.

#### **6.2.4.2 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:

- 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.

#### **6.2.4.3 Ergänzungsverhältnis von synthetischem und analytischem Modus**

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.

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 konsistentes 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 „umzuschalten“: auf eine Phase der Modellbildung und Elaboration sollte eine Phase der Modellprüfung und Revision folgen.

#### **6.2.5 Modell-Bildung**

### 6.2.5.1 Einleitung

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 therapeutischen Informationsverarbeitung angesehen werden. Wir möchten 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.

### 6.2.5.2. Modell-Ebenen

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

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

Um auf Grund 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.

<b>Auf der <i>Inhaltsebene</i> kann sich der Therapeut Leitfragen stellen wie:</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>– Was sind die relevanten, zu bearbeitenden Probleme des Klienten?</li><li>– Was macht diese Probleme des Klienten überhaupt problematisch?</li><li>– Welches sind die besonders zentralen Aspekte eines Problems und welche Aspekte sind weniger zentral?</li><li>– Welche Vorstellungen hat der Klient darüber, wie der Zielzustand aussehen soll?</li></ul>



<b>Auf der <i>Bearbeitungsebene</i> kann ein Therapeut an Leitfragen arbeiten wie:</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>– Definiert der Klient in der therapeutischen Arbeit einen Arbeitsauftrag?</li><li>– Welche Art von Perspektive nimmt der Klient bei der Analyse seiner Probleme</li></ul>



überwiegend ein?

- Vermeidet der Klient die Auseinandersetzung mit bestimmten Problemen/Inhalten?
- 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).

### **6.2.5.3 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.

### 6.2.5.3.1 Dispositionelles 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.

<b>Synthetisches Störungsmodell</b>
<p>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</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– 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;</li><li>– Annahmen über die zentralen Probleme des Klienten: die Definition der Probleme ist, anders als die Diagnosen, bereits idiosynkratisch, genau auf den Klienten abgestimmt;</li><li>– Annahmen über die zentralen Themen und Fragestellungen des Klienten: um welche Themen soll es gehen? Was will der Klient in der Therapie behandeln?</li><li>– Annahmen über internale Determinanten: Hypothesen über relevante Motive, Ziele, Selbstkonzepte, Überzeugungen, usw. des Klienten;</li><li>– Annahmen über Handlungsstrategien und konkrete Vorgehensweisen des Klienten;</li><li>– Annahmen über Reaktionen der Umwelt auf den Klienten und dessen Verhalten;</li><li>– Annahmen über Beziehungen und soziale Einbettungen des Klienten.</li></ul>

### **Analytisches Störungsmodell**

Hier werden alle offenen Fragen des Therapeuten vermerkt:

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

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.*

#### **6.2.5.3.2 Situationsmodell**

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 internale 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.

## 6.2.6 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.

### 6.2.6.1 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.

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.

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.

#### **6.2.6.2 Elaboration**

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, 2003). Um dies zu vermeiden, sind Prozesse der Modellprüfung wesentlich.

#### **6.2.6.3 Prüfung**

Der therapeutische Verstehensprozess muss unbedingt als ein sich abwechselnder Bottom-up-tow-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.

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?

### **6.3 Spezielle Aspekte des Verstehensprozesses: Implikationsstrukturen und therapeutische Explikationen**

#### **6.3.1 Implikationsstrukturen**

Es ist wesentlich, einen Aspekt der Sprachproduktion gesondert und im Detail herauszuarbeiten: Dies ist der Aspekt der sogenannten „*Implikationsstrukturen*“. Implikationsstrukturen und deren Verstehen sind im Therapieprozess von allergrößter Bedeutung.

Man muss sich klar machen, dass *jede* Aussage, unabhängig davon, ob es sich um Sprachliches (gesprochene Sprache) oder um Kognitionen handelt, eine Implikationsstruktur hat: Jede explizite, d.h. bewusste, klare und fokale Aussage hat ein Netz von unklaren, nicht fokalen und z.T. nicht einmal bewusst repräsentierten Aussagen: Eine Implikationsstruktur. Diese besteht aus einem Netzwerk von weiteren Aussagen, die der expliziten Aussage Bedeutungen und z.T. weitergehende und manchmal weitreichende Bedeutungen verleihen: *Die explizite Aussage ist damit immer nur ein Teil eines viel umfassenderen Bedeutungsnetzwerks.*

Begriffe, Konzepte oder Aussagen-Teile der expliziten Aussage weisen dabei auf weitergehende implizite Bedeutungselemente hin: Dadurch enthält jede explizite Aussage Indikatoren auf implizite Bedeutungselemente.

Betrachtet man z.B. die Aussage: „Mein Vater ist ärgerlich“, dann kann man den Satz nur verstehen, wenn man die Bedeutungsstruktur von „Vater“ und die von „ärgerlich“ „mitdenkt“, wenn man also (automatisch) das implizite Bedeutungsnetzwerk der Aussage-Elemente mit



berücksichtigt. Dies sind jedoch sogenannte „semantische Netzwerke“, also Implikationen, die eine allgemeine oder „durchschnittliche“ Bedeutung (Bock, 1990) definieren: Jemand, der den obigen Satz hört, kann das „Bedeutungsnetzwerk“ (die „lexikalische Bedeutung“; Bock, 1990) von „Vater“ und von „ärgerlich“. Und er kann den Satz nur dann verstehen, wenn er diese Implikationen „mitdenkt“. Und der Sprecher kann diesen Satz nur dann sinnvoll äußern, wenn er beim Sprechen diese Implikationen „mitdenkt“, d.h. wenn er sie „meint“, ohne sie jedoch explizit auszudrücken.

Im therapeutischen Kontext sind aber vor allem *idiosynkratische Bedeutungen* relevant. Es sind die individuellen Bedeutungen von Worten und Aussagen, die ein Klient ihnen jeweils verleiht: Wenn ein Klient von „ärgerlich“ spricht, dann kann er damit etwas sehr Spezifisches meinen, *was damit auch mehr oder weniger von der „lexikalischen Bedeutung“ abweichen kann*. Damit verleiht der Klient dem Wort aber eine hochgradig *idiosynkratische Implikationsstruktur!*

Ein Therapeut muss damit verstehen, *was ein Klient mit Konzepten und Aussagen meint*, d.h. er muss verstehen, welche ganz individuelle, auf den Klienten bezogene Bedeutung der Klient den Konzepten und Aussagen verleiht (vgl. Sachse, 1992a, 2003). *Der Therapeut muss somit die jeweiligen, spezifischen Implikationsstrukturen verstehen!*

Die hier relevanten Implikationsstrukturen sind somit Aspekte der propositionellen Basis des Klienten: *Die Frage ist hier, was ein Klient mit einer Aussage meint*, d.h. in welche Struktur weiterer Aussagen er seine explizite Aussage einbettet, d.h. welche Implikationsstruktur der Klient der Aussage *verleiht*.

Sagt ein Klient z.B.: „Die Leistungssituation hat mir Angst gemacht“, dann kann man sich als Therapeut zuerst fragen, was der Klient explizit (also im Text deutlich ausgedrückt) gesagt hat: Man weiß, es geht um Leistungssituationen und um Angst und um: Leistungssituationen machen Angst. Der Aussage liegen aber nun viele Implikationen zugrunde, von denen man sofort erkennt, *dass* es sie geben muss, die man aber nicht kennt und auf die man durch Fragen hinweisen kann:

- Was meint *der Klient* mit „Leistungssituationen“?
- Was sind „Leistungssituationen“ für den Klienten?
- Was an ihnen macht dem Klienten Angst?
- Was genau meint der Klient mit Angst?

*Alle diese Fragen lassen sich aus der Aussage ableiten. Damit zeigen sie zwingend, dass es eine Implikationsstruktur geben muss* (denn wenn nicht, gäbe es keine offenen Fragen) *und* die Fragen weisen auf die Inhalte hin, die man nun wissen müsste, um die Implikationsstruktur zu verstehen: Damit sind die Fragen „Vektoren“ oder „Spuren“ oder „Indikatoren“, die auf die (noch nicht klaren) Inhalte der Struktur hinweisen.

Das Beispiel zeigt deutlich:

- Jede explizite Aussage ist in implizite Aussagen „eingebettet“.
- Die impliziten Aussagen „erläutern“ Konzepte der expliziten Aussage, verleihen ihr eine (tiefere) Bedeutung.
- Man kann an eine Aussage immer viele Fragen stellen.
- *Dies zeigt, dass die Implikationsstruktur immer umfangreicher ist als die explizite Struktur.* (Dies ist konsistent mit der Aussage von Hörmann (1976a, 1976b, 1983) und Herrmann (1982), dass das Gemeinte immer umfangreicher ist als das Gesagte!)
- Die Fragen, die man stellen kann, sind immer Indikatoren für oder Spuren zu den noch nicht klaren Inhalten der Implikationsstruktur – mit diesen Fragen „kommt man der Struktur auf die Schliche“.
- Man kann also sagen, dass *jede explizite Aussage von Klienten* in ein Netz von impliziten Aussagen eingebettet ist, die man als Implikationsstruktur bezeichnen kann, die man als Therapeut verstehen (rekonstruieren) muss, um überhaupt verstehen zu können, was der Klient damit meint.

### **6.3.2 Charakteristika von Implikationsstrukturen**

Implikationsstrukturen einer Aussage können, wie ausgeführt, eher semantischer oder eher idiosynkratischer Art sein.

In der Therapie spielen, wie ausgeführt, vor allem idiosynkratische Implikationsstrukturen eine Rolle, also die Frage, was *der Klient* ganz speziell unter einem Konzept (wie z.B. „Angst“) versteht, was der Klient ganz speziell damit verbindet.

Implikationsstrukturen können ganz unterschiedlich *umfangreich* und unterschiedlich „*tief*“ sein. So hat eine Aussage wie „ich habe mich gestoßen“ eine eher geringe und „flache“ Struktur; die Aussage „die Situation X macht mir Angst“ umfasst jedoch Konzepte, die unter Umständen viele Annahmen (über die eigene Person, die Situation, die Art der Bedrohung usw.) enthalten, die tief in die Schema-Struktur einer Person führen können.

Das bedeutet: Um eine Aussage verstehen zu können,

- braucht man manchmal nur wenig Information über implizite Bedeutungen;
- benötigt man manchmal aber sehr viele Informationen und deren Beschaffung kann viel Zeit und einen hohen (Klärungs-)Aufwand bedeuten.

Wenn man von „Implikationen“ spricht, meint man immer Aspekte, die zu einem gegebenen Zeitpunkt (noch) nicht klar sind (sonst wären die Aspekte „explizit“).

Dabei muss man *immer* davon ausgehen, *dass sie dem Therapeuten* nicht klar sind: Solange der Therapeut die Aussage nicht wirklich versteht, kennt er die zugrunde liegenden Implikationen nicht, d.h. diese sind ihm nicht klar. Macht er sie deutlich und klar, also übersetzt er gewissermaßen die impliziten Bedeutungen in explizite, dann macht er zuerst mal *sich selbst* die Bedeutung klar.

Nun kann es aber auch sein (und ist sehr oft der Fall!), dass Klienten selbst die Bedeutung einer Aussage (oder einer Annahme, die sie selbst haben, aber gar nicht offen aussprechen) gar nicht klar ist: *Dann versteht der Klient die Implikationsstruktur selbst nicht* (manchmal erkennt er gar nicht, dass es eine gibt).

Vielfach weisen Klienten Schemata auf, die in hohem Maße ihre Verarbeitungsprozesse und ihr Handeln determinieren und die im Denken und Sprechen großen Einfluss haben – den Klienten ist aber völlig unklar, wie diese Schemata heißen (und oft auch, dass sie überhaupt existieren). In diesem Fall haben die Klienten sehr bedeutsame und sehr tiefe Implikationsstrukturen, die ihnen gar nicht klar sind: Sie sind nicht explizit, d.h. die Klienten können sie nicht bewusst kognitiv repräsentieren und damit können sie diese auch nicht verstehen (die Strukturen sind damit nicht nur aus der Sicht des Therapeuten implizit, sondern auch aus der Sicht des Klienten).

Verwenden wir also hier das Wort implizit, dann meinen wir zunächst mal, dass die Bedeutung einer Aussage den Therapeuten unklar ist bzw., dass sie in der Kommunikation zwischen Therapeut und Klient nicht „klar auf den Punkt“ gebracht, nicht deutlich in Worte gefasst worden ist (sie ist also „aus der Sicht des Therapeuten“ implizit oder aus der Sicht der Therapeut-Klient-Kommunikation, d.h. die Implikationen sind in der therapeutischen Kommunikation nicht expliziert). Darüber hinaus kann sie aber auch dem Klienten unklar, implizit sein.

Macht ein Therapeut die implizite Bedeutung explizit, dann macht er diese zuerst mal für sich bzw. in der Kommunikation mit dem Klienten explizit. Diese „Explikation“ (also die vom

Therapeuten geleistete Übersetzung von impliziten in explizite Bedeutung) macht dem Klienten die Bedeutung aber nur dann explizit, wenn diese ihm vorher implizit war. Im Therapieprozess ist dies in aller Regel der Fall – aber es muss nicht in jedem Einzelfall so sein (manchmal ist eine Bedeutung dem Klienten schon klar, dem Therapeuten aber noch nicht – das passiert vor allem zu Therapiebeginn, wenn der Therapeut noch kein Modell über den Klienten hat).

### **6.3.3 Explikationen durch den Therapeuten**

Der Therapeut kann nun verstehen, was die implizite Bedeutung einer Aussage ist und diese deutlich und klar in Worten formulieren: *Dann „übersetzt“ er die implizite Bedeutung in eine explizite Bedeutung.* Diese ist dann klar in Sprache repräsentiert, verständlich und prüfbar. Realisiert der Therapeut eine solche Intervention, dann nennen wir es eine „Explizierung“.

*Explizierungen sind im Therapieprozess von großer Bedeutung:* Denn macht der Therapeut eine Explizierung, die der Klient als zutreffend empfindet, dann werden unmittelbar Bedeutungen klar, die bisher unklar waren. Und handelt es sich dabei um wichtige Inhalte, z.B. um relevante Schema-Aspekte, dann kann die Bearbeitung direkt auf diese Aspekte übergehen und damit weg gehen von peripheren Aspekten. *Dabei bringen Explizierungen den Therapieprozess oft deutlich und schlagartig voran.* Explizierungen ermöglichen oft „qualitative Sprünge“ im Therapieprozess: Weg von der Berichtsebene, hin auf tiefe Inhalte. Explizierungen helfen daher den Klienten im Explizierungsprozess sehr oft sehr deutlich voran. Die Klienten „kreisen“ nicht mehr, sie „stochern nicht mehr im Nebel“, sondern sie wissen nun, an welchen Stellen sie ansetzen müssen.

Explizierungen sind vor allem bei Klienten von großer Bedeutung, die wenig Zugang zu Affekten, zu ihren Verarbeitungsprozessen und insgesamt zu internalen Vorgängen haben: Hier helfen oft „vertiefende Fragen“ kaum weiter, da die Klienten die Fragen gar nicht beantworten können: Explizierungen durch den Therapeuten bringen dann aber den Erkenntnisprozess des Klienten aktiv voran.

### **6.3.4 Wie kann ein Therapeut Explizierungen machen?**

Es ist für Therapeuten überhaupt nicht einfach, Explizierungen zu machen: Im Gegenteil gehören Explizierungen zu den sehr anspruchsvollen Interventionen. Daher möchten wir hier

näher darauf eingehen, wie ein Therapeut Informationen verarbeiten muss, damit er implizite Inhalte verstehen und das Verstandene dann für den Klienten formulieren kann.

Explizierungen können vom Therapeuten in drei Verarbeitungsschritten gemacht werden. Wir möchten das an dem Beispiel einer Aussage eines Klienten illustrieren.

Eine Aussage liefert unmittelbar „Daten“ an den Therapeuten. Diese Daten beruhen auf

- der *verbalen Aussage*: Auf den Text, den der Klient vermeidet und den darin enthaltenen expliziten Bedeutungen;
- der *paraverbalen Information*: Der Betonung, der Pausenstruktur usw.;
- der *nonverbalen Information*: Wie der Klient sitzt, welchen Gesichtsausdruck er macht, welche Gesten er macht usw.

Alle diese Informationen kann der Therapeut im ersten Schritt im *synthetischen Modus* verarbeiten: Er kann versuchen, unmittelbare Schlüsse aus der Information zu ziehen und so versuchen zu verstehen, was zu verstehen ist.

Wir möchten dies an einem Beispiel illustrieren: Ein Klient von mir (R.S.) kommt in die Stunde, offenbar (nonverbal) verärgert. Ich frage ihn, was ihn geärgert hat und er sagt (auch paraverbal ist der Ärger zu hören, er ist deutlich aufgebracht): „Ich habe mal wieder dieses Scheiss-Auto nicht in die Parklücke gekriegt.“

Daraus kann ich schließen:

- Es ist dem Klienten nicht gelungen, sein Auto einzuparken.
- Dies ist ihm offenbar schon öfter passiert.
- Dies ärgert ihn.
- Aus dem Ärger kann man schließen, dass er von sich erwartet hat, dass er es kann.
- Aus dem Ärger kann man schließen, dass das „Nicht-einparken-können“ hoch relevant ist und persönlich etwas Negatives über ihn aussagt.

Diese Schlüsse sind überwiegend datengestützt („bottom-up“), obwohl (bei der Interpretation von Ärger) auch schon Wissen über die Implikationsstruktur von Ärger einfließt).

Soweit der synthetische Modus: Er liefert die *Ausgangsinformationsbasis* für alle weiteren Verarbeitungsprozesse.

Wenden wir nun (als zweiten Schritt) den analytischen Modus an: In diesem Modus fragen wir uns, was *nicht* zu verstehen ist und *wir formulieren Fragen, die auf die unklaren und fehlenden Inhalte hinweisen: Auf diese Weise schaffen wir Hinweise auf die impliziten Inhalte. Denn sobald eine Aussage Fragen aufwirft, heißt dies per definitionem, dass es eine implizite*

*Bedeutungsstruktur geben muss!* Denn die Fragen, die man aufgrund des vorliegenden Textes nicht beantworten kann, zeigen zwingend, dass der Aussage implizite, nicht klare Bedeutungen zugrunde liegen müssen (sonst gäbe es gar keine Fragen!). Und die Fragen, die man nun stellen kann, weisen darauf hin, *welche* Bedeutungen man sucht, d.h. welche Informationen man braucht, um diese Fragen beantworten zu können.

An den obigen Text kann man nun folgende Fragen stellen:

- Was ist so schlimm daran für den Klienten, sein Auto nicht einparken zu können?
- Was bedeutet das für den Klienten?
- Was genau ärgert ihn daran?
- Als was interpretiert er sein Handeln?
- Was genau erwartet er von sich?

Die Fragen machen deutlich, *dass* der Klient sein Handeln in einer bestimmten (idiosynkratischen und nicht zwingenden) Weise interpretiert; dass er sein Handeln als negativ interpretiert und dass er Erwartungen hat, die er nicht erfüllt. Damit wird deutlich, dass es eine hoch relevante Implikationsstruktur geben muss; aufgrund der vorhandenen Informationen kann man die Fragen aber nicht beantworten, man kann nicht auf die Implikationsstruktur schließen.

Um nun hypothetische (!) Schlüsse auf die Implikationsstruktur zu ziehen, muss man einen *dritten Schritt* machen: Man muss („top-down“) Wissen auf die Fragen anwenden: Der Therapeut muss relevantes Wissen aktivieren, mit dessen Hilfe er die aufgeworfenen Fragen sinnvoll und belegbar beantworten kann.

Hypothesen über die relevante Implikationsstruktur gewinnt man erst in diesem dritten Schritt: *Der Anwendung von Wissen!* In diesem Schritt kann der Therapeut sein Wissen auf die Information anwenden, um mit dessen Hilfe die Fragen (hypothetisch) beantworten zu können.

Zwei Wissensbasen hat der Therapeut hier nun zur Verfügung:

1. Sein psychotherapeutisches Wissen, das er auf den Klienten und auf die konkrete Aussage anwenden kann.
2. Sein bisheriges Klientenmodell, d.h. ein klienten-spezifisches Wissen, das er im Laufe des Therapieprozesses über den Klienten gebildet hat.

Der Therapeut weiß nun aus der bisherigen Therapie, dass der Klient ein Schema hat von „ich bin ein Versager“ und ein kompensatorisches Schema von „ich muss immer erfolgreich sein“. Damit weiß der Therapeut, dass der Klient

- dazu neigt, auch triviale Situationen als Leistungssituationen zu interpretieren
- und dazu neigt, ein „Scheitern“ in solchen Situationen als „Versagen“ zu interpretieren,
- hohe Erwartungen an Leistung und Erfolg hat,
- dazu neigt, sich stark zu ärgern, wenn sein Verhalten diese Erwartungen nicht erfüllt.

Der Therapeut hat nun mit seinem Klienten-Modell ein Wissen, das er sinnvoll und begründet auf die gegebene Situation anwenden kann: Und aufgrund dieses Wissens kann er nun versuchen, die aufgeworfenen Fragen zu beantworten.

Der Therapeut kann nun *als Hypothese* dieses Wissen auf das Beispiel anwenden, um die aufgeworfenen Fragen zu beantworten:

- Was so relevant ist am „Nicht-einparken-können“ ist, dass der Klient *das als persönliches Versagen interpretiert*.
- Der Klient ärgert sich, weil sein „Versagen“ massiv gegen seine Erwartungen verstößt.
- Was ihn besonders ärgerlich macht ist, dass dies „schon wieder“ geschieht – eine, aus seiner Sicht, *erneute* Niederlage.

Mit dieser Hypothese kann der Therapeut nun wesentliche Teile der Implikationsstruktur für sich explizit machen, er kann sie so *verstehen*. Und dieses Verstehen kann der Therapeut nun nutzen, um dem Klienten eine *Explikation* einer Aussage vorzuschlagen, mit der er auch dem Klienten implizite Bedeutungen explizit macht. Er kann z.B. sagen: „Sie empfinden das nicht-einparken-können als persönliches Versagen und das ärgert sie maßlos.“ Mit dieser Aussage, wenn der Klient sie akzeptiert,

- können Therapeut und Klient nun direkt an Schema-Elementen ansetzen und diese weiter klären,
- müssen sie weder über Längen von Autos oder Größen von Parklücken, noch über die Fähigkeit des Einparkens sprechen.

Die Explizierung des Therapeuten führt, falls sie vom Klienten akzeptiert wird, sofort in den Kern des Klärungsprozesses!

### **6.3.5 Explizierung: Eine gut belegbare Hypothese**

Es ist ganz wesentlich zu sehen, dass eine Explizierung zweierlei ist oder sein sollte:

1. Sie sollte gut belegbar sein.
2. Sie ist immer eine Hypothese.

Es ist deutlich, dass oben ausgeführte Explizierung eine hochgradig belegbare Schlussfolgerung ist. Jeder Aspekt der Schlussfolgerung ist begründbar und die Schlüsse

selbst sind nachvollziehbar: Dies gilt sowohl für die „bottom-up“-Schlüsse, als auch für die „top-down“-Schlussfolgerungen. Wäre die Aussage nicht in solcher Weise belegbar, dann müsste man sie als „spekulativ“ einstufen.

Der Therapeut könnte, würde er vom Klienten oder von einem Supervisor gefragt, im Detail erläutern, durch welche Informationen und welche Schlussfolgerungen er darauf gekommen ist; und alle Schlussfolgerungen sind nachvollziehbar und stimmig. Dies ist eine wesentliche Voraussetzung für Explizierungen: *Sie müssen belegbar sein!*

Der Therapeut soll *nicht spekulieren*, also keine Schlüsse ziehen, die er nicht begründen kann, keine Informationen herausziehen, die sich sachlich nicht begründen lassen. Bei den „bottom-up“-Schlüssen soll sich der Therapeut an die vom Klienten stammende Information halten und keine Informationen „erfinden“; bei den „top-down“-Schlüssen muss der Therapeut begründen, wie das herangezogene Wissen auf den Klienten passt und darf nicht „irgendwelche“ Informationen heranziehen.

Man erkennt hier, dass dies eine komplexe Aufgabe ist, die vom Therapeuten eine hohe Expertise verlangt: Denn der Therapeut muss nicht nur komplexe Schlüsse ziehen, er muss sie vor allem „in Realzeit“ ziehen, so schnell, wie der Klient ihm Daten liefert. Man sieht auch: Therapeutische Arbeit erinnert hier an Sherlock Holmes und seine Fähigkeiten! Man sieht auch: Verstehen ist ein hochkomplexer, kreativer und intelligenter Akt und ist in gar keiner Weise manualisierbar und kann auch von nicht Trainierten kaum bewältigt werden!

Ein Therapeut sollte nie vergessen, dass eine Explizierung, selbst dann, wenn sie gut belegbar ist, immer „nur“ eine Hypothese ist (und nicht „die Wahrheit“: Therapeuten sollten *niemals* glauben, dass die Tatsache, dass sie etwas denken, schließen oder verstehen bedeutet, dass sie damit schon „die Wahrheit“ erkannt hätten – leider trifft das nicht auf alle Therapeuten zu!).

Aus der Tatsache, dass eine Explizierung immer eine Hypothese ist, folgt zwingend, dass der Therapeut diese dem Klienten *immer zur Prüfung vorlegen muss*: Letztlich entscheidet *immer der Klient*, ob er die Explizierung als zutreffend akzeptiert oder nicht. Und nur dann, wenn er sie als zutreffend akzeptiert, bildet sie eine „Konsens-Plattform“ für weitere therapeutische Arbeit!

Trifft die Explizierung zu, dann hat der Klient in aller Regel ein unmittelbares Evidenz-Erleben: Er weiß und fühlt, dass die Formulierung „trifft“, er spürt, dass die Bedeutung „sitzt“. Er hat einen Eindruck von: „Ich hätte es nicht treffender formulieren können.“ Und damit kann er den Inhalt der Explizierung auch unmittelbar in seinen Kenntnisstand und sein eigenes Verstehen seiner Schemata o.ä. integrieren.



Trifft die Explizierung nicht zu, dann hat der Klient eher ein Störgefühl, ein Gefühl von „stimmt irgendwie nicht“, „trifft es nicht richtig“ oder „erreicht mich nicht“. Solche Störgefühle sollten Klient und Therapeut *sehr ernst* nehmen, denn es sind Signale dafür, dass die Explizierung nicht stimmt oder dafür, dass der Klient sie (noch) nicht annehmen kann: In jedem Fall haben nun Therapeut und Klient keine Konsens-Plattform, von der aus sie weiterarbeiten können. Der Therapeut soll dem Klienten mit der Explizierung nichts „aufdrücken“, er soll vielmehr *den Explizierungsprozess fördern*: Daher muss der Therapeut eine Explizierung *immer* als eine Hypothese auffassen, die vom Klienten validiert werden muss!

### **6.3.6 Explizierungen aufgrund psychologischen Wissens**

Es ist für einen Therapeuten auch möglich, Verstehenshypothesen nicht aus dem Klienten-Modell, sondern auch aus seinem psychotherapeutischen Wissen abzuleiten. Dafür ein Beispiel. Eine Klientin sagt: „Das ist mir gestern wieder aufgefallen, dass es mir unheimlich viel ausmacht, wenn ich merke, ich erzähle jemandem was und der hört mir überhaupt nicht zu.“

Im synthetischen Modus kann man aus der Aussage schließen:

- Es macht der Klientin „unheimlich viel aus“, wenn ihr jemand nicht zuhört.
- Dies passiert ihr öfter.
- Also hat sie eine starke Erwartung, dass man ihr volle Aufmerksamkeit gibt, wenn sie redet.
- „Jemand“ weist darauf hin, dass dies nicht personen-spezifisch ist.

Im analytischen Modus ist als erstes wieder deutlich, dass es implizite Annahmen geben muss, denn es ist nicht zwingend, dass es einem „unheimlich viel“ ausmacht, wenn einem jemand nicht zuhört. Relevante Fragen sind daher:

- Was genau wird in der Klientin ausgelöst? Ärger? Enttäuschung?
- Warum genau triggert es sie, wenn man ihr keine Aufmerksamkeit gibt?
- Was erwartet die Klientin von anderen und wie stark erwartet sie dies?

Hier kann ein Therapeut aus seinem psychologischen Wissen schon eine erste Hypothese ableiten: Ein Therapeut kann wissen,

- dass Klienten besonders dann „allergisch“ darauf reagieren, wenn sie keine Aufmerksamkeit erhalten, wenn sie ein hohes Wichtigkeitsmotiv und ein Schema „ich bin

nicht wichtig“ aufweisen (also wenn sie einen histrionischen Persönlichkeitsstil aufweisen);

- dass sie besonders dann ärgerlich reagieren, wenn sie ein deutliches Regel-Setzer-Schema aufweisen („es steht mir zu, dass mir jemand uneingeschränkte Aufmerksamkeit gibt, wenn ich rede“).

Aus den Klienten-Daten plus Wissen kann der Therapeut nun *gezielte Fragen* stellen, um die Struktur zu klären, z.B.: „Macht Sie das ärgerlich?“ – Frage nach Regel-Schema.

Oder der Therapeut kann eine Explizierung anbieten wie: „Wenn Sie jemandem etwas erzählen, erwarten Sie im Grunde von ihm volle Aufmerksamkeit.“ (Eine Explizierung ist dies, weil die Klientin dies nicht explizit gesagt hat und man auch nicht weiß, ob ihr das überhaupt selbst klar ist!).

Der Therapeut könnte auch explizieren: „Im Grunde kränkt es Sie, wenn Ihnen jemand nicht zuhört.“ (auch das hat die Klientin nicht explizit gesagt).

Als Therapeut sollte man aber beachten: Explizierungen, die man aus einem bereits gut validierten Klienten-Modell ableitet, sind per definitionem „*näher am Klienten*“ als Explizierungen, die Therapeuten aus psychotherapeutischem Wissen ableiten: Daher muss ein Therapeut mit Hypothesen dieser Art deutlich vorsichtiger umgehen als mit Hypothesen aus dem Klienten-Modell: Denn diese Hypothesen sind deutlich weniger gut im Hinblick auf den konkreten Klienten begründet! Auf keinen Fall darf ein Therapeut eine solche Hypothese „für die Wahrheit“ halten und sie dem Klienten „überstülpen“!

### **6.3.7 Therapeuten können oft Implikationen vor dem Klienten erkennen**

Therapeuten mit hoher Expertise können die angegebenen Schlüsse meist sehr gut und sehr sicher ziehen: Dadurch können sie oft Implikationsstrukturen aus relativ wenig Informationen ableiten. Und sie können oft solche Implikationen manchmal schneller erkennen und verstehen als ein Klient selbst.

Therapeuten mit hoher Expertise können später im Therapieprozess, wenn sie schon ein gutes Klienten-Modell gebildet haben, oft relevante Schema-Aspekte rekonstruieren, lange bevor der Klient diese versteht. Damit steht dem Therapeuten dann die Verstehensgrundlage für die „Intervention Explizierung“ zur Verfügung.

### **6.3.8 Explizierungen haben Voraussetzungen**

Ob ein Therapeut aber im Therapieprozess eine Explizierung machen sollte oder nicht, hängt von einigen Voraussetzungen ab: Denn diese müssen gegeben sein, damit ein Klient die Explizierung überhaupt verstehen, annehmen und umsetzen kann. Sieht ein Therapeut diese Voraussetzungen nicht als gegeben an, dann sollte er Explizierungen nicht realisieren, selbst wenn sein Verstehen diese ermöglichen würde. Er kann diese Explizierungen dann später – an passender Stelle – noch realisieren.

Um eine Explizierung zu realisieren, sollte

- eine vertrauensvolle Therapeut-Klient-Beziehung etabliert sein, denn nur so kann sich der Klient öffnen und kann Interventionen vom Therapeuten annehmen;
- der Klient kein ausgeprägtes Vermeidungsniveau mehr aufweisen, zumindest sollte er bezüglich der explizierten Inhalte nicht defensiv sein;
- sollte der Klient in seinem Klärungs- und Erkenntnisprozess so weit sein, dass er die Explizierung des Therapeuten verstehen und sinnvoll einordnen kann: Hat ein Klient noch nicht einmal verstanden, dass er dysfunktionale Schemata aufweist, dann kann er auch die Explizierung eines spezifischen Schema-Inhalts gar nicht nachvollziehen.

Daher sollten Therapeuten, wenn sie Explizierungen realisieren, nicht nur prüfen, ob diese belegbar sind: Sie sollten auch prüfen, ob sie zu dem augenblicklichen Erkenntnisstand des Klienten „passen“, *also ob der Klient sie verstehen und nachvollziehen kann*. Ansonsten kann es sein, dass die Explizierung zwar zutreffend ist, der Klient sie aber dennoch nicht versteht.

Therapeuten sollten auch abschätzen,

- wie gut belegt und fundiert ihre Explizierungshypothese ist;
- wie gut der Klient sie nachvollziehen kann.

Da ein Therapeut durch eine Explizierung ja den Explizierungsprozess des Klienten fördern will, sollte er den Klienten nicht „auf eine falsche Spur bringen“ und ihm auch „keine Inhalte aufdrücken“.

Ist sich ein Therapeut nicht ganz sicher, so kann er stärker *deutlich* machen, dass er eine Hypothese äußert oder er kann den Klienten explizit bitten, die Explizierung gründlich zu prüfen. Der Therapeut kann also Aussagen machen wie:

- „Wenn ich Sie richtig verstehe, dann...“
- „Korrigieren Sie mich, wenn es nicht stimmt, aber mein Eindruck ist...“

Oder:

- „Bitte schauen Sie mal, ob das, was ich sage, zutrifft: ...“

### 6.3.9 Modellbildungsprozesse

Die oben angegebenen drei Schlüsse

- aus dem synthetischen Modus,
- aus dem analytischen Modus,
- aus dem Wissen

sind, dies ist wahrscheinlich deutlich geworden, natürlich nicht nur Vorgehensweisen, um Explizierungen des Therapeuten zu ermöglichen. Vielmehr sind es allgemeine Vorgehensweisen des Therapeuten, *um das Klientenmodell zu bilden*: Denn das Klientenmodell ist niemals nur eine reine „Speicherung“ von Klienten-Daten: Es ist vielmehr eine sehr aktive *Verarbeitung* von Daten. Und diese Verarbeitung impliziert, dass Therapeuten immer

- sehr sorgfältig auf die einlaufenden Daten des Klienten achten und sie im synthetischen Modus verarbeiten, also erste (schon wissensbasierte) Schlüsse aus den Daten ziehen, um zu verstehen, was unmittelbar zu verstehen ist;
- im analytischen Modus Fragen an diese Informationen entwickeln, um explizit zu machen, was noch nicht zu verstehen ist;
- ihr Wissen in Form von psychotherapeutischem Wissen und ihrem Klientenmodell auf die Informationen und die Fragen anwenden, um zu verstehen, was der Klient meint und worum es geht.

Durch diese Anwendung von Wissen

- können Therapeuten relativ schnell entscheiden, welche der „einlaufenden“ Informationen relevant ist und welche nicht; und damit auch entscheiden, auf welche Informationen sie ihre Aufmerksamkeit lenken müssen und auf welche nicht; und damit entscheiden können, welche Informationen sie weiter verarbeiten und speichern sollten und welche nicht;
- können Therapeuten die Informationen „zu Kernen verdichten“; sie können z.B. Schlüsse ziehen über relevante Schemata und damit haben sie zentrale „Problemkerne“ herauskristallisiert; dann müssen sie nur noch diese zentralen Kerne speichern und können alle peripheren, irrelevanten Informationen über den Klienten wieder vergessen.

Dies ist wesentlich: Da auch Therapeuten nur über begrenzte Verarbeitungs- und Gedächtniskapazitäten verfügen, müssen sie Informationen auf zentrale Aspekte „verdichten“, zentralisieren: Und sich nur noch mit hoch relevanten, zentralen Aspekten befassen. Und mit

diesem Prozess des Verdichtens und Zentralisierens von Information sollten sie im Therapieprozess möglichst früh beginnen, indem sie möglichst schnell zentrale Hypothesen bilden und diese systematisch testen.

Was Therapeuten nicht tun sollten, ist, unsystematisch und unverarbeitet „Informationen zu sammeln“, denn damit sammelt man „Müll“ und überlastet *sehr* schnell seine Kapazitäten. Sinnfrei ist es auch, dicke Klienten-Akten anzulegen, denn auf dem Papier nützen Informationen dem Therapeuten nichts: *Nützlich für den Therapeuten sind nur solche Informationen, die er schnell zugänglich, gut organisiert und strukturiert „im Kopf“ hat und die ihm helfen, Informationen vom Klienten effektiv zu verarbeiten!* Und dies kann nur zentrale Information sein, Information über hoch relevante Problemaspekte des Klienten.

Daher gilt für den Therapeuten: *Nicht Informationen sammeln – Informationen effektiv verarbeiten!*

## **Literatur**

- Anderson, J.R. (1978). Arguments concerning representations for mental imagery. *Psychological Review*, 85, 249-277.
- Becker, K. & Sachse, R. (1998). *Therapeutisches Verstehen*. Göttingen: Hogrefe.
- 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.
- Caspar, F. (1982). Widerstand in der Psychotherapie. In: R. Bastine et al. (Hrsg.), *Grundbegriffe der Psychotherapie*, 451-454. Weinheim: Edition Psychologie.
- 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.
- DeBeaugrande, R. & Colby, B. (1979). Narrative models of action and interaction. *Cognitive Science, 3*, 43-66.
- 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.
- Gäbler, B. & Sachse, R. (1992a). Psychotherapeuten als Experten. In: L. Montada (Hrsg.), *Bericht über den 38. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Trier, 1, 663-664*. Göttingen: Hogrefe.
- Gäbler, B. & Sachse, R. (1992b). Psychotherapeuten als Experten: Unter welchen Voraussetzungen können Psychotherapeuten die komplexe sprachliche Information ihrer Klienten verarbeiten? In: R. Sachse, G. Lietaer & W.B. Stiles (Hrsg.): *Neue Handlungskonzepte der Klientenzentrierten Psychotherapie, 133-142*. Heidelberg: Asanger.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Le Ny, J.F. (1993). Wie kann man mentale Repräsentationen repräsentieren? In: J. Engelkamp & T. Pechmann (Hrsg.), *Mentale Repräsentationen*, 30-39. Bern: Huber.
- Lehnert, W.G. (1980). *Affects units and narrative summarization (Technical Report No. 179)*. Yale University, Department of Computer Science.
- 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.
- 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. Köln: GwG.
- Sachse, R. (1989). Zur allgemeinpsychologischen 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). Flexibilität der Intentionsbildung im Therapieprozeß. In: L. Montada (Hrsg.), Bericht über den 38. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Trier, 1, 665-666. 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. (1993). Empathie. In: A. Schorr (Hrsg.), *Handwörterbuch der Angewandten Psychologie*, 170-173. Bonn: Deutscher Psychologen-Verlag.
- Sachse, R. (1994). Der Einfluß von Expertise und Lageorientierung auf den Informationsverarbeitungsprozeß von Therapeuten. In K. Pawlik (Hrsg.), 39. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, 601. Hamburg: Psychologisches Institut I der Universität Hamburg.
- Sachse, R. (1996). Empathisches Verstehen. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapie: Techniken, Einzelverfahren und Behandlungsanleitungen*, 24-30. Berlin: Springer.
- Sachse, R. (2001). *Psychologische Psychotherapie der Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2002). *Histrionische und narzisstische Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2003). *Klärungsorientierte Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2006a). Psychotherapie-Ausbildung aus der Sicht der Expertise-Forschung. In: R. Sachse & P. Schlebusch (Hrsg.), *Perspektiven Klärungsorientierter Psychotherapie*, 306-324. Lengerich: Pabst.



- Sachse, R. (2006b). Therapeutische Informationsverarbeitung. In: B. Strauß, F. Hohagen & F. Caspar (Hrsg.), *Lehrbuch Psychotherapie*, Teilband 2, 1359-1386. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2009). Psychotherapeuten als Experten. In: R. Sachse, J. Fasbender, J. Breil & O. Püschel (Hrsg.), *Grundlagen und Konzepte Klärungsorientierter Psychotherapie*, 269-291. 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.
- 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 Intensionsbildung von Psychotherapeuten. In: R. Sachse, G. Lietaer & W.B. Stiles (Hrsg.), *Neue Handlungskonzepte der Klientenzentrierten Psychotherapie*, 113-132. Heidelberg: Asanger.