

Systemtheoretische Erklärung von Therapie-Prozessen

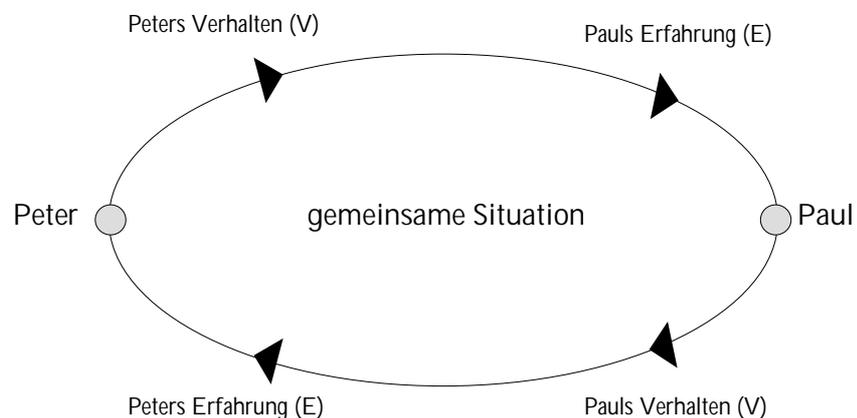
In dieser Arbeit wird versucht, grundlegende Prozesse in der Psychotherapie mit Hilfe von Modellvorstellungen aus der Informationsverarbeitungstheorie zu erklären. Wir müssen hierbei zugunsten der Erörterung einer Reihe grundsätzlicher Probleme auf eine Illustrierung anhand von Beispielen verzichten und bitten gegenüber der die Verständlichkeit der Darlegungen möglicherweise erschwerenden Abstraktheit um Nachsicht.

Beschreibung des Therapieprozesses

Die folgenden Überlegungen gehen von der Prämisse aus, der Mensch sei ein offenes kybernetisches Verhaltenssystem KIRSCH (1971, II, S.76 f.). Psychotherapie ist demnach ganz allgemein die Interaktion zwischen (mindestens) zwei offenen Verhaltenssystemen, die untereinander in Informationsaustausch stehen. Da jedes System zur Umgebung des anderen gehört, unterliegen beide einer wechselseitigen Beeinflussung. Jede gesendete Information ist demnach auch eine Funktion von bereits empfangener Information. Diese (Input-Output-Relation) unterliegt auf beiden Seiten einer jeweilig systemspezifischen Form der Informationsverarbeitung (I.V.). Für eine Analyse des Interaktionsgeschehens zwischen Therapeut und Klient erweist sich die Unterscheidung zwischen allgemeinen und differentiellen Informationsverarbeitungseigenschaften des Systems Mensch - im Sinne von allgemeiner und differentieller Psychologie - als nützlich. Die allgemeinen I.V.-Eigenschaften sind hierbei die Determinanten für die Form von Psychotherapie, die differentiellen bilden ihren Gegenstand. Zwei allgemeine Eigenschaften erscheinen zunächst bedeutsam:

- ▶ Information wird seriell, mit beschränkter Aufnahmekapazität und mit beschränktem Arbeitsgedächtnis verarbeitet (SIMON 1969; KIRSCH 1971, I).
- ▶ Jedes System Mensch verfügt über ein internes Modell seiner Umgebung.

LAING (1966) beschreibt einen Teil der Konsequenzen beider Eigenschaften für eine dyadische Interaktion (Abbildung nach LAING, D. et al. (1971, S. 20):



„Diesem Schema zufolge ist Peters Verhalten gegenüber Paul zum Teil eine Funktion davon, wie Peter Paul erfährt. Wie Peter Paul erfährt ist zum Teil eine Funktion von Pauls Verhalten gegenüber Peter. Pauls Verhalten gegenüber Peter ist wiederum zum Teil eine Funktion davon, wie Paul Peter erfährt und diese Erfahrung wiederum zum Teil eine Funktion von Pauls Verhalten gegenüber Peter. Aus diesem Grunde kann das Verhalten Peters gegenüber Paul und das Pauls gegenüber Peter nicht in einem ausschließlich interbehavioralen Schema (und noch viel weniger in einem intrapersonellen Schema) subsumiert werden, wenn Peter und Paul axiomatische Personen sind. Denn wenn Peter und Paul Personen sind, wird das Verhalten eines jeden gegenüber dem anderen durch die Erfahrung eines jeden vom anderen vermittelt, so wie die Erfahrung eines jeden durch das Verhalten eines jeden vermittelt wird.“ (LAING 1966,S.20f).

Die von LAING gelieferte Beschreibung kann unmittelbar auch auf die psychotherapeutische Situation bezogen werden. Es kann also statt von Peter und Paul auch von Klient und Therapeut die Rede sein.

Betrachten wir im Folgenden das therapeutische Geschehen (und nur der Einfachheit halber) als Abfolge von diagnostischen und darauf bezogenen interventionistischen Einheiten. Der Therapeut steht hinsichtlich der von ihm vorzunehmenden Diagnostik vor einer immens wachsenden Datenflut in der Interaktion mit dem Klienten. Will der Therapeut sich in seinem Handeln auf die anfallenden Daten beziehen, muss er sie - da ja Information nur seriell und in beschränktem Umfang rezipiert und verarbeitet werden kann - in irgendeiner Weise reduzieren und/oder ordnen; jedes Ordnen bedeutet allerdings wegen der impliziten „Chunking“-Prozesse auch gleichzeitig eine Reduktion.

Die spezifische Datenreduktionsweise des Therapeuten kann als eine ihm spezifische Form der Informationsverarbeitung angesehen werden. Die vom Klienten produzierten Daten sind, wie LAING´s Beschreibung verdeutlicht, zum Teil Funktion der Informationsverarbeitungsform des Therapeuten. Es kann also vom Therapeuten zunächst einmal nicht ausgemacht werden, in welchem Ausmaß die vom Klienten in der Interaktion produzierten Daten von den spezifischen I.V.-Eigenschaften des Therapeuten oder des Klienten abhängen. R.M. GREEN jr. (zitiert nach GAL 1973, S.20) hat als eines der Grundgesetze der angewandten Systemtheorie formuliert: „To observe a system means to change it“. Die bisherigen Überlegungen lassen sich durch eine modifizierte Form dieser Aussage zusammenfassen: wird ein System in besonderer Weise beobachtet, verändert es sich in besonderer Weise. Hiermit wird auch die Unzulässigkeit einer Trennung zwischen Diagnostik und Intervention unterstrichen.

Prozessdiagnostik und Störungsbegriff

Der Therapeut kann - wie oben dargelegt - keine Diagnose der Informationsverarbeitungsform des Klienten erstellen, die unabhängig von seiner eigenen Art der Informationsverarbeitung ist. Daher kann die Diagnose

sich zunächst nur auf die jeweilige spezifische Interaktion zwischen gerade diesem Therapeuten und gerade diesem Klienten beziehen. Eine ausschließlich auf diese Interaktion bezogene Aussage wäre jedoch nicht nützlich, da sie keine Rückschlüsse auf diejenigen Prozesse zuließe, die den Klienten erst in diese Interaktion (Therapie) gebracht haben.

Auch die Selbstbeschreibungen des Klienten führen nicht aus der beschriebenen Schwierigkeit heraus. Ihnen gegenüber stellt sich das „Wahrheitsproblem“ auf zweierlei Weise. Einmal ist, wie beschrieben, nicht auszumachen, zu welchem Teil die Aussagen des Klienten Funktion des Therapeutenverhaltens sind. Andererseits kann man auch nicht feststellen, inwieweit die jeweilige Selbstbeschreibung des Klienten Teil seines Problems ist, wobei hier auch noch zwischen Selbstbeschreibung und Selbstwahrnehmung zu unterscheiden ist. Es ist zu berücksichtigen, dass Informationsverarbeitung nicht als isolierte Instanz zwischen Wahrnehmung und Verhalten gesehen werden kann, sondern dass auch die Wahrnehmung - wie z.B. beim Phänomen der „perceptual defense“ - den spezifischen Informationsverarbeitungseigenschaften einer Person unterliegt.

Wie kann eine Diagnostik, d.h. eine durch den Therapeuten vorgenommene Reduktion und/ oder Ordnung der anfallenden Daten aussehen, in der die bisher dargestellten Probleme berücksichtigt werden?

Auszuschließen ist ein Vorgehen, welches zwischen diagnostischen und interventionistischen Phasen zeitlich trennt, denn, „to observe a system means to change it“. Konkret könnte dies bedeuten: ist die Selbstwahrnehmung und damit auch die Selbstbeschreibung des Klienten Teil seines Problems, und verändert sich diese Selbstwahrnehmung/ -beschreibung in der therapeutischen Interaktion, so müsste der Therapeut seine bisherige, auf der Klienten-Selbstbeschreibung beruhende Diagnose korrigieren. Der Therapeut muss also in einer sich über eine bestimmte Zeit erstreckenden Datenerhebung, die vom Klienten produzierten Daten als wahr ansehen. Ist er sich dabei des Problems einer sich verändernden Selbstwahrnehmung des Klienten bewusst, so müsste er diese einer fortlaufenden Kontrolle unterziehen, was offensichtlich seine Strategie ad absurdum führen würde (siehe hierzu auch KAMINSKI 1976, S. 63).

Ein Ordnungsprinzip, welches es erlaubt, auf jede Äußerung des Klienten unter Berücksichtigung der bis dahin angefallenen Daten zu reagieren und welches zugleich die begrenzte Informationsverarbeitungskapazität des Therapeuten in Rechnung stellt, ist die Struktur der natürlichen Sprache und des begrifflichen Denkens. Diese lässt sich in Form einer dynamischen Listenstruktur darstellen. Eine solche Repräsentation erlaubt die Subsumption der auftretenden (Verhaltens-) Ereignisse unter bestimmte Patriarchen als Sammelname für bestimmte Klassen von Verhalten. (Eine Einführung in die Theorie von Listenstrukturen (frame theory) findet sich bei WINSTON (1977 Kap.7).

Es erscheint einsichtig, dass das in einer bestimmten Therapieform festgelegte, spezifische Ordnungsprinzip für diagnostische Daten mit ihrem Störungs- d.h. Krankheitsmodell korrespondiert, bzw. mit ihm identisch ist. Eine solche Datenreduktionsvorschrift und die damit zusammenhängenden Verhaltensvorschriften für den Therapeuten

genden Verhaltensvorschriften für den Therapeuten kennzeichnen jeweils eine bestimmte Therapieform.

Es lässt sich zeigen, dass ein Zusammenspiel beider Vorschriften die Ursache für eines der gegenwärtigen Probleme von Psychotherapie - nämlich die Teilung in mehr oder minder dogmatische Schulen - ist:

Allen Therapieformen liegt die „Entdeckung“ einer jeweilig spezifischen Zugriffsmöglichkeit auf, bzw. Behandlungsmöglichkeit für psychische Prozesse zugrunde. Aus diesen „Entdeckungen“ wurden jeweils Störungs- oder gar Persönlichkeitsmodelle entwickelt, die wiederum als Begründung für die durch die jeweilige Behandlungsform zu charakterisierende Therapieform erhalten müssen. Hierin liegt die Unfähigkeit der bestehenden Therapieformen begründet, ihre Dogmatik zu überwinden. Die Art, in der spezifische Behandlungsmöglichkeiten „entdeckt“ und die aus ihnen resultierenden Konsequenzen begründet werden, führt vielmehr zu einer sich verstärkenden Dogmatisierung; ein jeweilig spezifischer Behandlungsansatz (re-) produziert jeweilig spezifische Ergebnisse.

Im Folgenden soll ein mit dem Ordnungsprinzip dynamische Listenstruktur korrespondierendes Störungsmodell entwickelt werden. Hieraus werden unter Berücksichtigung der bisher diskutierten Probleme Verhaltensvorschriften für den Therapeuten abgeleitet, die bestimmte Beseitigungsbedingungen für eine so verstandene Störung plausibel machen.

Diagnostizieren heißt, qua Modellbildung prognostizieren. Es wurde gezeigt, dass sich die Diagnose des Therapeuten

- ▶ nur auf die Interaktion zwischen ihm und dem Klienten und
- ▶ nur auf einen sehr kurzen Zeitraum, d.h. konkret auf das jeweilig folgende Klientenverhalten beziehen darf.

Die aus seinem jeweiligen, in Listenstruktur repräsentierten Modell der Interaktion abgeleitete Prognose des Therapeuten müsste von ihm als Erwartung hinsichtlich des nächstfolgenden Klientenverhaltens formuliert werden. Diese Erwartung wiederum kann sich auf ein einzelnes Listenelement, eine Liste oder eine Liste von Listen, d.h. eine bestimmte Klasse von Verhalten beziehen, wobei Verhalten als Sammelbegriff für alle Ereignisse in der Interaktion verstanden werden muss. Die Prognose des Therapeuten kann also mehr oder minder spezifisch sein.

Bei zutreffender Verhaltensvoraussage wäre das Modell des Therapeuten bestätigt und könnte zunächst als stabil gelten. Bei nicht zutreffender Prognose müsste er durch Einführung eines neuen Listenelementes - in Form eines neuen Objektes und/oder einer neuen bzw. modifizierten Relation ein neues Modell bilden, daraus neue Prognosen ableiten usw.

Ein bestimmtes Modell bleibt nur so lange gültig, wie die Prognosen des Therapeuten zutreffen. Bei Nichteintreffen eines prognostizierten Verhaltens kann nicht entschieden werden, ob dafür ein falsches Modell des Therapeuten oder eine vom Therapeuten nicht erwartete Veränderung der Informationsverarbeitungsform des Klienten durch die Interaktion die Ursache ist. Die jeweilig abgeleiteten Modelle des Therapeuten können al-

so nicht falsifiziert, sondern nur graduell bestätigt werden; dies heißt, dass post-hoc nicht entschieden werden kann, welches Klientenverhalten bei einem anderen, auf das derzeitige Modell bezogenen Therapeutenverhalten eingetreten wäre.

Die Prognosen des Therapeuten können nur auf Redundanzen, d.h. auf einer von ihm wahrgenommenen Systematik der Interaktions-Ereignisse beruhen. Jede Prognose stellt somit einen Test hinsichtlich der Gültigkeit der Wahrnehmung des Therapeuten bezüglich dieser Systematik dar. Eine Redundanz der Interaktions-Ereignisse kann auch als eine Einschränkung der Freiheitsgrade bezüglich der auf ein Ereignis folgenden möglichen Ereignisse aufgefasst werden. Wenn nun diese Einschränkung als spezifische Verhaltensbeschränkung (Rigidität) des Klienten zu interpretieren wäre, böte sie nicht nur einen Indikator für die bei diesem Klienten vorliegende Störung, sondern wäre die Störung selbst; denn: alles dem Klienten tatsächlich zur Verfügung stehende Verhalten vermochte nicht, sein Problem zu lösen, d.h. seinen Leidensdruck zu mindern. Verhalten in dem hier verstandenen Sinne bezieht Wahrnehmung und Einstellung sowie deren Veränderung mit ein, es ist die spezifische Informationsverarbeitungsform des Klienten. Ziel von Therapie bedeutet damit die Einführung einer höheren Anzahl von Freiheitsgraden in das I.V.-System des Klienten.

Unter den genannten Voraussetzungen würde bei einer so verstandenen Störung der Teil des schon geschilderten Wahrheitsproblems entfallen, in dem angenommen wird, dass die Aussagen des Klienten über sich selbst Teil seines Problems sind, denn:

1. Die Modellbildung des Therapeuten erfolgt im hier und jetzt, d.h., Aussagen des Klienten gehen nur von ihrer jeweilig aktuellen Systematik her ins Modell des Therapeuten ein. Erinnerungstäuschungen des Klienten spielen keine Rolle.
2. Spezifische Verformungen der Aussagenstruktur des Klienten sind bei Feststellung einer ihnen innewohnenden Systematik, und nur so weit, Gegenstand der Modellbildung des Therapeuten.

Wesentliche Voraussetzung dafür, eine vom Therapeuten wahrgenommene Redundanz in der Interaktion auf spezifische Verhaltenseinschränkungen des Klienten zurückführen zu können, ist ein Therapeutenverhalten, welches idealerweise keine Beschränkungen für die Interaktion setzt, d.h. keine Redundanzen erzeugt. Unter dieser Voraussetzung würde auch der zweite Teil des Wahrheitsproblems entfallen.

Therapeuten-Verhalten

Da die letztgenannte Bedingung für Therapeutenverhalten im Konzept der Klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie (ROGERS 1951; TAUSCH 1960) als Non-Direktivität zum einen explizit gefordert wird und zum anderen die Praxis dieser Therapieform dem Vortragenden unter allen anderen am besten vertraut ist, soll im weiteren von dieser Therapieform ausgegangen werden. Dabei sollen Möglichkeiten und Notwendigkeiten einer Erweiterung des Konzeptes unter Berücksichtigung der bisher angestellten Überlegungen erörtert werden.

Als eine Möglichkeit non-direktiven Therapeutenverhaltens in dem Sinne, dass es keine Beschränkung für die Interaktion setzt, mag zunächst Schweigen erscheinen. Jedoch ist auch Schweigen kein „Nicht-Verhalten“. Schweigt auch der Klient, kann zunächst nur gesagt werden, dass er dies unter der Bedingung „schweigender Therapeut“ tut. Gleiches gilt für Sprechen des Klienten bzw. Sprechen in bestimmter Form oder über bestimmte Inhalte. Der Therapeut muss also sein Verhalten variieren, um seine Prognose (Erwartung) in Wenn-dann-Form formulieren zu können. Eine Variationsmöglichkeit wäre die Sequenz „Schweigen-Sprechen“. Eine mögliche Verfeinerung läge in einer bestimmten Frequenz des Wechsels zwischen beiden, sowie in einer Veränderung dieser Frequenz.

Das Konzept der Klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie macht Vorschriften für verbales und nonverbales Therapeutenverhalten.

Vorschriften für verbales Therapeutenverhalten.

Diese Vorschriften besagen, dass der Therapeut (1.) nicht fragen und dass er (2.) die emotionalen Erlebnisinhalte des Klienten verbalisieren soll, ohne dabei lediglich zu paraphrasieren.

Es muss zunächst festgestellt werden, dass die Verbalisation nicht-explizierter emotionaler Erlebnisinhalte in den Äußerungen des Klienten durch den Therapeuten auch eine Form von Fragen sein könnte. Die Verhaltensvorschrift „nicht fragen“ heißt unter dieser Einschränkung, kein Verhalten des Klienten hervorrufen, welches in der Listenstruktur vom letztgezeigten Verhalten entfernt liegt. Mit anderen Worten, der Therapeut soll kein Listenelement abrufen, welches nicht Patriarch der Liste sein könnte, auf der das gezeigte Klientenverhalten dargestellt werden kann.

Verbalisation emotionaler Erlebnisinhalte heißt, der Therapeut expliziert die „analoge Kommunikation“ des Klienten im Sinne von WATZLAWICK, BEAVIN & JACKSON (1967) d.h., er benennt nonverbale Elemente der Klientenäußerung. Seine, des Therapeuten Verbalisation ist insofern Metakommunikation über die Klientenäußerung und damit Subsumption der Klientenäußerung unter einen bestimmten Patriarchen seines dynamischen Listenmodells vom Klienten bzw. von der Interaktion.

(Die Verbalisation emotionaler Erlebnisinhalte dürfte insoweit dem Deuten der Psychoanalyse entsprechen). Ein solches Vorgehen schließt eine verbale, d.h. explizite Bewertung von Klientenäußerungen durch den Therapeuten bereits aus.

Zugleich ergibt sich durch die Verbalisierung die Möglichkeit der Einführung zusätzlicher Freiheitsgrade in das I.V.-System des Klienten; denn der Klient kann zumindest begrifflich, also sprachgebunden (WHORF 1963) nur seriell denken SIMON (1969). Dabei ruft ein jeweils vorangegangenes Listenelement das jeweils folgende auf.

In der Verbalisation des Therapeuten werden nun die nicht explizit genannten, also nicht gedachten Elemente der Klientenäußerung ausdrücklich benannt. Es ist wahrscheinlich, dass hierdurch beim Klienten ein an-

deres Element - hier ein Denk- oder Verhaltensereignis - aufgerufen wird, als dies durch die von ihm selbst explizierten Elemente geschehen wäre. Es könnte auf das vom Klienten geäußerte Element „X“ durch die Verbalisation des Therapeuten ein Element „A“ folgen, welches im vorliegenden Kontext noch nie auf „X“ gefolgt ist. Dies wäre die Einführung einer neuen Relation in das I.V.-System des Klienten.

Auch bezüglich der Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte kann der Therapeut sein Verhalten variieren. Er kann beispielsweise einen größeren oder kleineren Teil der emotionalen Inhalte explizieren; er kann stärker positive Inhalte (z.B. Freude, Zuneigung) oder stärker negative Inhalte (z.B. Hass, Trauer) benennen.

Vorschriften für nonverbales Therapeutenverhalten.

Die Vorschriften für nonverbales Therapeutenverhalten sind u.E. durch zwei Forderungen abgedeckt:

1. die Forderung nach „unconditioned positive regard“ des Klienten durch den Therapeuten,
2. die Forderung nach „Echtheit“ des Therapeuten.

„Unconditioned positive regard“ heißt zunächst, dass das Therapeutenverhalten unter diesem Aspekt nicht variieren darf d.h. keine reaktive Systematik erkennen lassen soll. Diese Forderung deckt sich mit den vorausgegangenen Erörterungen. Unter „positive“ fallen Vorschriften wie beispielsweise: „der Therapeut soll emotional warm sein“ oder „der Therapeut soll aktiv bemüht sein“. Es handelt sich hier um die umgangssprachliche Fassung von Merkmalen des Therapeutenverhaltens, von denen empirisch nachgewiesen wurde, dass sie nicht beschränkend wirken; das Ausmaß an Selbstexploration des Klienten kann als Indikator für einen Teilaspekt von Beschränkung angesehen werden.

Echtheit (oder Selbstkongruenz) betrifft die Konsistenz des Therapeutenverhaltens. Auch dieses Merkmal ist zum einen empirisch als nicht beschränkend ermittelt worden, zum anderen ergibt sich die Problematik von inkonsistentem Therapeutenverhalten auch aus den vorangegangenen Überlegungen: Der Therapeut ruft bei Diskrepanzen zwischen seinem verbalen und nonverbalen Verhalten möglicherweise andere Elemente des Klientenverhaltens auf, als nach den Vorschriften für verbales Therapeutenverhalten erlaubt ist. Dem Therapeuten ginge dabei zugleich die Kontrolle über die Effekte seiner verbalen Verhaltensvariationen verloren, bzw. er käme zu falschen Schlüssen, falls er den Kontrollverlust (hier die Diskrepanz) nicht bemerken würde.

Die Vorschriften für nonverbales Therapeutenverhalten stellen insgesamt die Forderung nach konstanten nicht beschränkenden Bedingungen dar. Sie sind, da sie nicht variieren dürfen, eher als Kontextbedingungen für die Vorschriften zum verbalen (expliziten) Therapeutenverhalten anzusehen.

Heuristiken für Therapeutenentscheidungen.

Im Konzept der Klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie hat der Therapeut Entscheidungen nur hinsichtlich seines verbalen Verhaltens zu treffen. Grundlage für die Therapeutenentscheidungen sind hier, wie in anderen Therapien, eine gewisse Anzahl von Handlungsvorschriften in heuristischer Form; eine Reihe dieser Heuristiken sind allerdings nicht im Therapiekonzept expliziert, sondern bilden sich als Konventionen in jeweiligen Ausbildungs-, Trainings- und Supervisionsgruppen. (Vermutlich läuft dieser Prozess des Erwerbs von Handlungsstrategien in allen Therapieformen in gleicher Weise ab.)

Entscheidungen implizieren immer auch die Möglichkeit von Fehlentscheidungen. Innerhalb der hier entwickelten Modellvorstellungen ist eine Fehlentscheidung als Wahl einer Verhaltensvariante durch den Therapeuten, die Beschränkungen setzt zu interpretieren. Der Therapeut kann diese bemerken oder nicht. Es soll hier zunächst auf den ersten Fall eingegangen werden, da der zweite unter dem Abschnitt "Supervision" diskutiert wird.

Hat der Therapeut eine von ihm verursachte Beschränkung erkannt, muss ihm eine Möglichkeit zur Verfügung stehen, diese wieder aufzulösen. Es erhebt sich somit die Forderung nach Reversibilität der Interaktionsstruktur. Diese Möglichkeit ist dann gegeben, wenn ein Therapiekonzept es zulässt, den therapeutischen Prozess, d.h. die Interaktion, jederzeit zu seinem eigenen Gegenstand zu machen.

Je stärker die gesetzte Beschränkung ist, desto schwieriger ist es und desto länger dauert es, sie wieder aufzulösen. Unter dem Gesichtspunkt therapeutischer Ökonomie ist also eine Risikovermeidungsstrategie derart geboten, dass zunächst immer mit der geringsten Abweichung vom non-direktiven Ideal gearbeitet werden muss.

Unter Voraussetzung von Reversibilität der Interaktionsstruktur sowie von Risikovermeidung kann ins therapeutische Repertoire auch direktives bzw. direktiveres Verhalten aufgenommen werden, wenn der Therapeut bzgl. dieses Verhaltens über den Fortgang der Interaktion überprüfbare Prognosen stellen kann. Auf diese Weise ließe sich jedes Verhalten, das Beschränkungen auflöst, in ein allgemein-therapeutisches Konzept integrieren, als dessen Basis allerdings, wie wir gezeigt zu haben glauben, ein non-direktives Verhalten unabdingbar ist.

Supervision

Jeder Therapeut kann, aktuell oder chronisch, spezifischen Beschränkungen in Wahrnehmung, Einstellung und Verhalten, kurz in seinem Informationsverarbeitungsprozess unterliegen. Er kann seine eigenen Beschränkungen wahrnehmen oder nicht, ohne dabei die wahrgenommenen selbst auflösen zu können. Die Beschränkungen des Therapeuten können sich, wie die des Klienten, als spezifische Beschränkung der Therapeuten-Klienten-Interaktion manifestieren; (bezeichnenderweise wird von

Therapeuten die Hilfe Dritter häufig mit der Begründung in Anspruch genommen, dass die Therapie „irgendwie nicht weiterginge“.)

Es ergibt sich daher zwingend die Notwendigkeit von Supervision mit den folgenden zwei Zielen:

1. Kontrolle bzgl. vom Therapeuten nicht wahrgenommener Beschränkungen.
2. Therapie des Therapeuten, d.h. Auflösung seiner Beschränkungen.

Bezüglich Kontrolle und Therapie des Therapeuten kommen grundsätzlich alle diesbezüglich erörterten Probleme zum Tragen; es entfällt jedoch das Wahrheitsproblem vollständig, wenn die gesamte Interaktion zwischen Therapeut und Klient als Ton- bzw. Ton-Bild-Aufzeichnung in der Supervision vorliegt. Es ist daher nicht nur eine Supervision von Therapie sondern eine auf der Grundlage eben solcher Aufzeichnungen zu fordern.

Literatur

Gal, T. (1973)

Betriebliche Entscheidungsprobleme, Sensitivitätsanalyse und parametrische Programmierung

De Gruyter, Berlin

Kaminski, G. (1976)

Rahmentheoretische Überlegungen zur Taxonomie psychodiagnostischer Prozesse

In: Diagnose der Diagnostik. K. Pawlik (Hrsg.)

Klett, Stuttgart

Kirsch, W. (1971)

Entscheidungsprozesse. Bd. 2: Informationsverarbeitungstheorie des Entscheidungsverhaltens

Betriebswirtschaftlicher Verlag Gabler, Wiesbaden

Laing, D., Philipson, H. & Lee, A.R. (1966)

Interpersonelle Wahrnehmung

Suhrkamp, Frankfurt

Rogers, C.R. (1951)

Deutsch: Die klient-bezogene Gesprächstherapie

Kindler, München 1973

Simon, H.H. (1969)

The sciences of the artificial

Cambridge, MIT Press

Tausch, R. (1960)

Gesprächspsychotherapie

Hogrefe, Göttingen

Watzlawick, P., Beavin, J.H. & Jackson, D.D. (1967)

Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien
Huber, Bern

Winston, P.H. (1977)
Artificial Intelligence
Addison-Wesley

Whorf, B.L. (1963)
Sprache, Denken, Wirklichkeit
Rowohlt, Reinbek