

„Therapie“ und „Evaluation“ – nützlich, schön, respektvoll?

Erstveröffentlichung 1990 in: Zeitschrift f. systemische Therapie 8(1): 41-48

Zusammenfassung: Als kritischer Punkt in der Diskussion therapeutischer Praxis erweist sich das Thema „Evaluation“. Im vorliegenden Aufsatz wird der Frage nachgegangen, welche Konsequenzen sich ergeben aus dem Anwenden der vorgeschlagenen Evaluationskriterien „Nutzen, Schönheit, Respekt“ (LUDEWIG 1988a). Dabei scheint das jeweilige Verständnis der Beziehung von „Therapie“ und „Evaluation“ von Bedeutung zu sein: Was geschieht, wenn von „Therapie“ und „Evaluation“ als unterscheidbaren sozialen Systemen ausgegangen wird?

Eine Gewichtung der vorgeschlagenen Kriterien wird vorgenommen. „Respekt“ wird dabei als Leitkriterium vorgeschlagen und im Zusammenhang mit Fragen einer „therapeutischen Ethik“ diskutiert.

Summary: „Therapy“ and „Evaluation“: Useful, Beautiful, Full of Respect?

„Evaluation“ appears as a critical aspect when discussing therapeutic practice. The present paper now follows the question, which consequences result from applying the criteria „utility, beauty, respect“ to evaluation as proposed by LUDEWIG (1988a). The preferred understanding of the relationship between „therapy“ and „evaluation“ seems to be of special interest: what happens when „therapy“ and „evaluation“ are handled as distinguishable social systems?

The proposed criteria are then discussed concerning their relative significance: „respect“ is proposed as leading-criterion, the topic of „therapeutic ethics“ being brought into mind.

Nutzen, Schönheit, Respekt als Grundkategorien von 'Evaluation'

LUDEWIG (1988a) stellt die Frage „Wann Ist Therapie gelungen?“ explizit und beantwortet sie innerhalb seines umfassenderen Modells einer systemisch begründeten Klinischen Theorie im psychosozialen Bereich (1987,1988b). In diesem Zusammenhang entwickelt er unter der Prämisse, von „Problem-Systemen“ auszugehen, die Vorstellung: dass Therapie verstanden werden könne „als die Verwirklichung von Aktivitäten des Therapeuten, die es dem/den Kunden erleichtern, eine andere als die bisher getroffene Auswahl aus seinem/Ihrem Verhaltensrepertoire zu treffen“ (1988a, S.107); vgl. die Unterscheidung von „Klienten“ und „Kunden“ bei DE SHAZER 1988), Die Platzierung dieser Aktivitäten in einen öffentlichen Kontext bringt die Auffassung mit sich, Therapie als „gesellschaftlich zu verantwortende Institution“ zu verstehen. Sie hat sich somit sozialer Legitimation zu vergewissern, sowie in ihrer Durchführung der ständigen Aufmerksamkeit dafür, „ob der eingeschlagene Weg weiter verfolgt, korrigiert oder ganz und gar aufgegeben werden soll“ (1988a, S. 107). Nutzen, Schönheit und Respekt werden vorgeschlagen als diejenigen Grundkategorien, deren Anwendung bei der Evaluation von Therapie sowohl Beliebigkeit ausschalten als auch ökologische Angemessenheit gewährleisten soll.

„Nutzen“ wird gleichgesetzt mit dem „Nutzen, den die Beteiligten der Therapie zuschreiben“ (S. 109), indem sie „Wohlwollen und Zufriedenheit in Bezug auf das therapeutische Vorgehen und das diesem Vorgehen zugeschriebene Ereignis kommunikativ“ ausdrücken (S. 110). Nutzen erscheint als Kriterium naheliegend und ubiquitär (Wer käme zur Therapie, wenn er sich nichts davon verspräche? Wer würde sie dann finanzieren? Und wer würde sich sonst Therapeut nennen wollen?). Zum anderen kommt die Operationalisierbarkeit von nützlicher Therapie offensichtlich deren Einschätzung als „seriös“ zugute (vgl. z.B. WEAKLAND et al. 1974: „Wir halten den systematischen Vergleich zwischen dem, was eine Behandlung vorgibt zu leisten, und dem, was sich als ihre beobachtbaren Ergebnisse erweist, für die grundlegende Aufgabe von Evaluation.“, S. 163, Übers.: W. L.).

„Schönheit“ bezieht sich „auf die Form der dabei vorgenommenen Maßnahmen und ihre Folgen“ (LUDEWIG 1988a, S. 110). Das Moment des „Passens“ gewinnt dabei ausschlaggebende Bedeutung. So werden die Interventionen des älteren Milton ERICKSON nicht nur wegen ihrer Effizienz gerühmt, sondern auch wegen ihrer Eleganz und Sparsamkeit (LANKTON & LANKTON 1983; O'HANLON 1987).

„Respekt“ schließlich komme zum Ausdruck, „wenn der Therapeut seine Kunden, ihre Beziehungen und ihre Form der Lebensbewältigung so weit akzeptiert, dass er sich darauf beschränkt zu prüfen, ob er im Hinblick auf das Anliegen der Kunden ein Therapieangebot macht oder nicht“ (1988a, S. 111).

Im Rahmen eines Verständnisses von Therapie als sozialem System (sowohl im strengen Sinn LUHMANNs (1984, 1988c), als auch unter der Prämisse des von LUDEWIG (1988a, b) formulierten „Mitglied“-Konzepts) scheint klar, dass es sich bei Nutzen, Schönheit, Respekt nur um Kategorien für mitgeteilte Bewertungen über Nutzen, Schönheit, Respekt handeln kann.

Eine Therapie, die z.B. „genutzt“ hat, ist demnach zu verstehen als eine Therapie, die als „genutzt habend“ beschrieben wurde (einem Beobachter gegenüber durch einen Beobachter). Deutlich wird, dass damit die Frage der Evaluation von Therapie beschränkt werden muss auf ein soziales System - und zwar „Evaluation“. Ein Beobachter, der seine eigenen Vorstellungen über Therapie/Therapie-Evaluation beobachtet, ist auch denkbar. In der Terminologie LUHMANNs (1984, 1985, 1988a, b) handelt es sich dann um ein psychisches System, das sich innerhalb seines eigenen Modus (Bewusstheit) autopoietisch reproduziert. In der Beschreibung LUHMANNs stellen sich psychische und soziale Systeme ihre eigene Komplexität wechselseitig zur Verfügung, produzieren füreinander „Rauschen“, dessen Rezeption und Verarbeitung für Anschlussmöglichkeiten sorgt (bei sozialen Systemen in Form von Kommunikation, bei psychischen in Form von Vorstellungen).

Somit werden sowohl die Schwierigkeiten einer Evaluation von Therapie deutlich, als auch erstaunliche Ergebnisse von Untersuchungen zum Verhältnis von Selbst-Report und Fremdbeobachtung verständlich (z.B. GURMAN & BASS 1961; LIPINSKI & NELSON 1974; CROMWELL, OLSON & FOURNIER 1976. Für eine Standortbestimmung auf dem „neuesten“ Stand vgl. STEINER & REI-

TER 1988). Bedeutet die Mitteilung, eine Therapie habe (x) genutzt, mehr als diese Mitteilung? Es bleibt anscheinend offen, ob die Mitteilung „Die Therapie hat (x) genutzt“ koindiziert mit einer gleichlautenden „privaten“ Vorstellung darüber. Dies wird zunächst für jeden unbefriedigend bleiben, der sich als darauf angewiesen erlebt, seine Effizienz im Sinne einer „harten“ Realität nachzuweisen. Mögliche Konsequenzen werden an späterer Stelle angesprochen.

Unterscheiden von System und Umwelt

Auf der Grundlage des bisher Gesagten gilt hier: „Evaluation von Therapie“ wird angesehen als die kooperierende Unterscheidung und Benennung (= Beobachtung) von Ereignissen, die unter der Überschrift „Therapie“ sinngemäß zusammengefasst wurden. Kriterien (wie z.B. Nutzen, Schönheit, Respekt) dienen der Markierung von Kooperation und werden somit u.a. zu ihrem eigenen Beobachtungsfokus: Für wen ist es wie nützlich (schön, respektvoll), wenn der Gebrauch der Kategorie „Nutzen“ („Schönheit“, „Respekt“) kooperative Evaluation von Therapie z.B. erleichtert? (re-entry: „Eine Unterscheidung wird in den Bereich, den sie differenziert, wieder eingeführt“ LUHMANN 1982, S. 371; vgl. auch 1988d).

„Evaluation von Therapie“ sei somit der Name für ein spezielles soziales System. Unter der Prämisse, Nutzen, Schönheit und Respekt als Grundkriterien zu verwenden, seien in diesem System besonders anschlussfähig kommunikative Beiträge in Form von Beobachtungen, die sich aus dem Gebrauch dieser Kategorien ableiten.

Daraus ergeben sich Fragen: Gilt „Evaluation“ als eigenständiges System mit eigenen Grenzen (und die Möglichkeit der Beschreibung basaler Selbstreferenz (s.o.) könnte das vermuten lassen), dann gehörte „Therapie“ für Evaluation in den Bereich der Umwelt. Gilt „Evaluation“ als mitkonstituierendes Element von „Therapie“ (und dafür sprechen die vielen Notwendigkeiten zumindest für identifizierte Therapeuten), könnte sich die spezifische Erarbeitung von Evaluationskriterien als Falle erweisen: Die Falle könnte darin bestehen, Nutzen, Schönheit, Respekt als „Kriterien von Evaluation“ zu begreifen, und nicht so sehr als „Kriterien von Therapie“. Folgende Fragen mögen die Falle verdeutlichen: Ist es (unter der Prämisse, Nutzen, Schönheit, Respekt als Kriterien zu benutzen) das Ziel von Therapie, anlässlich ihrer Beendigung Nutzen, Schönheit, Respekt konstatieren zu können? Oder ist es vielleicht das Ziel von solcher Evaluation, Therapie zu Nutzen, Schönheit, Respekt zu verhelfen? Oder beides? D.h.: Gilt Evaluation (bewusst oder unbewusst, implizit oder explizit) als „abhängige Variable“ und Therapie als „unabhängige“? Oder umgekehrt? Der Prozess des Ko-Operierens könnte dabei aus dem Auge verloren werden.

Nächste Schritte: Adjektivieren und weiter unterscheiden

Offensichtlich geht es nun darum, die Kategorien Nutzen, Schönheit, Respekt zu „adjektivieren“ (sie also im Wortsinn jemandem „anzutun“): nützlich, schön, respektvoll.

Die sich anschließenden Fragen lauten: „nützlich, schön, respektvoll“ für wen? Von wem berichtet wem gegenüber? Und weiter: Für wen sei diese Kombination (nützlich, schön, respektvoll) nützlich, schön und Ausdruck von Respekt? An dieser Stelle erweisen sich möglicherweise weitere Unterscheidungskategorien als hilfreich. SIMON (1984) beschreibt die jeweilige und relationale Einschätzung von „gut/böse“, „aktiv/passiv“ sowie „stark/schwach“ als grundlegende Bewertungen, die Beziehungsdefinitionen zugrunde liegen. Multikulturelle Untersuchungen (OSGOOD et al. 1975) legen dies ebenso nahe wie die Untersuchungen von MEHRABIAN zu den Basiskomponenten nonverbalen Verhaltens (z.B. 1971, 1972; MEHRABIAN & KSIONZKY 1974). Die von ihm abgeleiteten Grundkonzepte „evaluation“ (hier: emotionale Zuwendung), „status/potency“ (Status/Macht) und „responsiveness“ (Empfänglichkeit/Reaktionsbereitschaft) scheinen der OSGOODSchen Dreiteilung zu entsprechen.

Auch hier bleibt unter der Prämisse der für Therapie geltenden Domäne sozialer Systeme die Frage: Wer unterscheidet (und benennt) wem gegenüber wie „gut/böse“, „aktiv/passiv“, „stark/schwach“? Und zu welchem Zweck? Und für wen ist diese Unterscheidung dann wieder nützlich? Schön? Ausdruck von Respekt? Für wen nicht?

Zum „wie“ mögen MEHRABIANs Untersuchungen zur Einstellungs-Encodierung und -Dekodierung via unterschiedlicher nonverbaler Einheiten Hinweise liefern. „Gut/böse“ entspricht z.B. offensichtlich „evaluation“, was mit Hilfe von Variablen wie Berührungsverhalten, Blickkontakt u.a. operationalisiert wird.

Schwierigkeiten

Ko-Operieren ist nicht in jedem Fall als „harmonisches“ Geschehen zu verstehen. Beispielsweise unterscheiden ALTMAN & LETT (1970, S. 191) vier Arten (ko-operierender) Handlungen, die sie aus dem Gebrauch der Kriterien „funktionale“ und „strukturelle Unterscheidung“ gewinnen (kongruent, komplementär, kompetitiv, antagonistisch). Konstatierte „antagonistische“ Nicht-Übereinstimmung erweist sich formal ebenso als kooperative Handlung wie z.B. sich ergänzende gegenseitige Zustimmung (vgl. „Problem“-System). Desweiteren ergeben sich Komplikationen aus einem Bereich, den SIMON (1984) skizziert. Er beschreibt, dass der „gesamte Lebenskontext des Menschen (. . .) in unserer arbeitsteiligen Gesellschaft (...) in zwei Bereiche gespalten (ist): einen, in dem Gefühle die Regeln der Interaktion bestimmen (das ist die Zweierbeziehung oder die Familie), und einen, in dem die sogenannten Sachzwänge diese Regeln bestimmen (das ist das öffentliche Leben, die Arbeitswelt)“ (S. 344). Als „gesund“ bzw.

„normal“ erweise sich derjenige, der die Regeln der beiden Kontexte auseinanderhalten könne, sie nicht verwechsle. Dabei stehe für den familiären Bereich Kommunikation im Mittelpunkt (analoge Beziehungsgestaltung), für den öffentlichen Bereich der Inhaltsaspekt (digitales Verständnis). Ein wesentliches Merkmal des öffentlichen Bereichs sei somit die Ja/Nein-Dichotomisierung unter der .Prämisse von Ambivalenzfreiheit“ (S. 345).

Das soziale System „Therapie“ scheint nun mit einer Falle konfrontiert. Zum einen ist es nicht identisch mit dem System „Familie“ („Paar“, etc.), sondern gehört zu dessen „Umwelt“. Dies markiert schon der übliche Sprachgebrauch: in Therapie gehen, Therapie aufsuchen, Therapie mitmachen. Es heißt in der Regel nicht: „Wir machen Therapie miteinander“ („wie wir miteinander eine Familie sind“). Zum anderen qualifizieren die üblicherweise mit Therapie verbundenen Beobachtungen von Rapport, Mitteilen intimer Daten, Intensität, Vertrauen, etc. das System „Therapie“ als quasifamiliär. Damit ist eine Grauzone angedeutet, ein Wandern zwischen den Welten: Die für das Zurechtfinden in der familiären Beziehungsgestaltung notwendigen analogen (d.h. mindestens etwas unscharfen) Unterscheidungen in den Grundkategorien „gut/böse“, „stark/schwach“ und „aktiv/passiv“ geraten in Konflikt mit dem für öffentliche Kontexte vorwiegend geltenden Ambivalenzausschluss: Eine Therapie ist im öffentlichen Kontext entweder als „nützlich“ oder als „nicht nützlich“ zu bezeichnen. Schön? Ja oder nein! Respektvoll? Ja oder nein! Lässt sich Therapie auf die Forderung nach Ambivalenzfreiheit ein, verliert sie den quasifamiliären Anstrich, wird eindeutig als „öffentlicher“ Kontext erkennbar, und gelegentlich beklagen dies Klienten mit dem Hinweis auf Paulus (1. Korinther 13, insbesondere Vers 2).

Der öffentliche Kontext für psychosoziale Praxis enthält sowohl Legitimationszwänge wie auch die Notwendigkeit von Effektivitätsnachweisen. Beides erweist sich als eher antagonistisch (s.o.) zu einem Akzeptieren von und Leben mit Ambivalenz. Was möchte ein öffentlicher Kontext mit einer teilweise nützlichen Therapie anfangen? Vermutlich als erstes ein Reframing dieser teilweise nützlichen in eine eben teilweise auch nicht nützliche (überflüssige?). Bestenfalls ergibt sich eine etwas unbefriedigende Darstellung im Sinne von: „Für alle ein Preis und ein Dämpfer“ (ZIMMER 1988).

Gewichtung der Kriterien

Eine einfache Aneinanderreihung der Kriterien Nutzen, Schönheit und Respekt impliziert auf den ersten Blick eine Gleichrangigkeit. Der Eindruck könnte entstehen, es handele sich um eine Checkliste, deren einzelne Elemente nacheinander abgehakt werden könnten. Eine genauere Betrachtung erbringt jedoch deutliche Hinweise dafür, dass es angebracht erscheint, eine Asymmetrisierung einzuführen. Dies scheint sowohl aus einem eher inhaltlichen als auch einem formalen Blickwinkel angebracht. Unter formalen Gesichtspunkten dominiert der Aspekt der Anschlussfähigkeit. LUHMANN (1988e) verweist darauf, dass die Anschlussfähigkeit von Unterscheidungen in hohem Maß von deren Asymmetri-

sierung abhängt. Er schlägt vor, „Unterscheidungen nicht völlig seitenneutral zu handhaben, sondern durch eine leichte Präferenz für die eine Seite zu markieren“ (1988e, S. 50). Sowohl in Form von Widerspruch wie auch in Form von Zustimmung erleichtert das Kenntlichmachen von Präferenzen ein Fortsetzen von Kommunikation.

Als eher inhaltlich kann die Frage aufgefasst werden, welches der genannten Kriterien sich nun besonders anbietet für ein Herausheben aus der reinen Aufzählung. Gängige Asymmetrisierung in Richtung „Nutzen“ (vgl. RITSCHER 1987) könnte auf den ersten Blick die Entscheidung bestimmen. Übliche Legitimation nach außen bezieht sich dann in der Regel auch auf zählbare Momente: Anzahl (besser noch: Steigerungsrate) der erreichten Klienten, Anzahl der notwendigen Kontakte bis zur Zielerreichung, etc.

Eine sich solcherart dokumentierende Anpassung an eine normative Kosten-Nutzen-orientierte Erwartungsstruktur mag zunächst manchen Unsicherheiten vorbeugen: Der binäre Schematismus Norm erfüllt (genutzt)/Norm nicht erfüllt (nicht genutzt) ermöglicht dabei eine Reduktion von Komplexität, die sowohl Anschlussfähigkeit, eigene Handlungskompetenz als auch schnelleres Feedback ermöglicht. Außerdem lässt sich eine solche Grundlage relativ leicht auf Klienten übertragen, so dass genügend Spielraum bleibt, sich von „Misserfolgen“ abzugrenzen: „Die Etikettierungsanstrengungen enttäuschter Therapeuten - wie sie die Geschichte der Psychiatrie begleiten lassen sich dann auch als Anstrengungen verstehen, ihre autopoietische Reproduktion als Experten wiederherzustellen“ (SCHLEIFFER 1988, S. 245).

Hier nun wird m.E. deutlich markiert, wie das Thema „therapeutische Ethik“ in den Vordergrund gerät. Fragen des therapeutischen Selbstverständnisses, der Transparenz, der Verantwortung kommen hier zum Tragen, bis hin zur Begründung der Gesichtspunkte, unter denen Evaluation und Therapie in ein Verhältnis zueinander gebracht werden.

„Respekt“ als Meta-Kriterium

Das Thema einer „Therapeutischen Ethik“ wird in besonderem Maß von REITER-THEIL (1988a, b, c, d) in den Vordergrund gerückt. In ihrer Auseinandersetzung mit den ethischen Grundlagen traditioneller Therapieverfahren sieht sie die Berücksichtigung der Entwicklungsperspektive als bedeutsam an. Sie diskutiert den Vorzug einer Anwendung des KOHLBERG'schen Modells der moralischen Entwicklung auf therapeutisch-ethische Fragen und erkennt das Erreichen einer „postkonventionellen“ Moral als eine Art integrierendes Element unterschiedlicher Therapieansätze. Insbesondere der Begriff „Autonomie“ erweist sich dann als kritisch für eine Einschätzung therapeutischer Arbeit. Sowohl unter einem subjektorientierten Ansatz, wie auch bei einer Fokussierung auf selbstreferentielle Systeme gewinnt der Umgang mit „Autonomie“ Bedeutung. Dies m.E. allerdings mit unterschiedlichen Konnotationen.

In einem subjektorientierten Ansatz wird „Berücksichtigen von Autonomie“ eher als Ziel aufgefasst (Förderung der autonomen Selbst-Darstellung von Menschen sowie deren Reflektieren in Bezug auf ethisch motivierte Begrenzungen). Bei einer Fokussierung auf selbstreferentielle Systeme meint „Berücksichtigen von Autonomie“ das Erkennen eines Organisationsprinzips: „Eigenkomplexität (...) ermöglicht und (...) erzwingt, dass bei jeder Aktivität das System zunächst einmal und vorrangig auf sich selbst reagiert (...), bevor es auf dieser Grundlage mit seiner Umwelt in Kontakt treten kann“ (WILLKE 1988b, S. 45). Der Unterschied liegt auf der Hand: Beim ersteren gilt „Autonomie“ als Ziel, beim zweiten als Ausgangspunkt, den es zu berücksichtigen gilt.

Die „Medaille“ dieser beiden Seiten stellt der/die BeobachterIn dar, der/die Beobachtungen mit Hilfe eigener Erwartungsstrukturen einordnet. Die jeweiligen unterschiedlichen Konsequenzen für das Verständnis von Therapie stehen im Rahmen dieses Aufsatzes nicht weiter im Vordergrund. Beide verbindend scheint mir eine „Ethik des Beobachtens“ zu sein, die sich in die Tat umsetzt im Berücksichtigen der eigenen Einschränkung: Reduktion von Komplexität, d.h. berücksichtigen, dass es auch anders sein könnte (Kontingenz). Insofern trifft WILLKES Begriff der „Risikoanalyse“ (1988a) m.E. den Kern.

Wenn es aber darum geht, Therapie als (Angebot zu einem) Risiko zu verstehen, wird m.E. deutlich, dass bei ihrer Evaluation eine Asymmetrisierung in Richtung Nutzen zu riskant erscheint, „weil in komplexen Wirkungszusammenhängen jedes Handeln mehr nichtintendierte als intendierte Wirkungen hat“ (WILLKE 1988b, S. 41). Damit gerät auch „Schönheit“ (Angemessenheit) in die zweite Reihe, da sie sich auf den Weg bezieht, auf dem ein Nutzen erreicht wurde. Das Leit-Kriterium hat sich also zu bewähren im Umgang mit dem nicht eindeutig Kalkulierbaren, und damit mit der Perspektive, dass Menschen (auch anders) wählen können. M.E. bietet sich somit „Respekt“ als Leit-Kriterium an.

In einem solcherart skizzierten Verständnis wäre Respekt dann eine Art Meta-Kategorie, die den Rahmen dafür schafft, Nutzen und Schönheit (Angemessenheit) zu verstehen. Respekt meint dann: Operational definierter Nutzen (der Arbeit) und operational definierte Angemessenheit (der Arbeit) erhalten ihre Bedeutung durch die Intention der Arbeitenden (Therapeuten, Klienten). „Nicht die Erreichung gegebener Ziele ist mehr als das vordringliche moralische Problem (anzusehen?, Anm.WL), sondern die Setzung der Ziele“ (REITER-THEIL 1988a, S. 25). Aus dem Blickwinkel identifizierter Therapeuten erweisen sich dabei TOMMs (1988, 1989) Überlegungen zur „therapeutischen Intentionalität“ als bedeutsam.

Daraus ergeben sich Konsequenzen für die Operationalisierung von „Respekt“. Während Nutzen und Schönheit sich eher über Fragen erfassen lassen, die etwas „Begrenztes“ (Abgeschlossenes, Eingegrenztes) thematisieren (vgl. in Bezug auf verschiedene Kontexte: LOTH 1989), bietet es sich an, Fragen zu Respekt auf etwas Offenes, Unabgeschlossenes zu beziehen. Dies erscheint nicht nur sinnvoll in Bezug auf ein „Authentizitätsdilemma“ zu sein, das sich bei verbalem Austausch über Respekt leicht einstellen kann (vgl. LUHMANN 1984, 1988c), sondern auch im Hinblick auf die Berücksichtigung des stets

eingegrenzten Verständnisses von Autonomie. Hypothetische Fragen bieten sich an zur Einschätzung von möglichen Alternativen zum Erreichten: Was wäre, wenn das Ziel nicht erreicht worden wäre? usw. (vgl. im Hinblick auf verschiedene Kontexte: LOTH 1989).

Wesentlich scheint mir dabei zu sein, mit Klienten eine Übereinstimmung darüber zu schaffen, dass es nicht darum geht „etwas wegzumachen“, sondern darum „etwas hinzuzufügen“, so dass Klienten anschließend über wenigstens zwei Varianten bezüglich des Anmeldethemas verfügen: das „Symptom“ und ein „Nicht-Symptom“. Ziel wäre dann nicht das Wegmachen eines Symptoms, und auch nicht der Erwerb eines Nicht-Symptoms, sondern im Grunde die Bereitschaft und Fähigkeit dazwischen wählen zu können und dies zu reflektieren.

Im Sinne einer „konsumentenorientierten Therapie“ (REITER-THEIL 1988a) gewinnt dann auch der Aspekt an Bedeutung, wieweit Klienten bereits vor Beginn der „eigentlichen“ Therapie die Möglichkeit zu wählen eingeräumt wird, z.B. durch präzise Informationen, die eine Entscheidung für oder gegen die angebotene Therapie ermöglichen („informed choice“).

Darüber könnte, wieder bezogen auf die Überlegung zu „Evaluation als System“ der Gedanke an Bedeutung gewinnen, inwieweit die gängige temporale Gliederung, Evaluation am Ende oder nach, jedoch frühestens nach Beginn der „therapeutisch“ genannten Ereignisfolge stattfinden zu lassen, verändert wird zu: Evaluation bereits vor Beginn einer Therapie. Dies klingt erstaunlich, aber m.E. beinhaltet z.B. DE SHAZERS Ansatz (z.B. 1988) genau dies: Indem er den Geltungsbereich seiner Theorie der Kurztherapie, und damit die Bedingungen für das Stattfinden von Therapie, dermaßen eng fasst, einschließlich der Unterscheidung von Klienten und Kunden, hat er Evaluation bereits ins Spiel gebracht (als Vorwärts-Koppelung), bevor möglicherweise Therapie im herkömmlichen Sinn begonnen hat.

LIITERATUR:

Altman, Irwin & Lett, Evelyn E.: The Ecology of Interpersonal Relationships: A Classification System and Conceptual Model. In: McGrath J. E. (Hrsg.) Social and Psychological Factors in Stress. New York: Holt, Rinehart & Winston, S. 177-201, 1970

Cromwell, Richard E.; Olson, David H. & Fournier, David G.: Tools and Techniques for Diagnosis and Evaluation in Marital and Family Therapy. Family Process 15: 1-49, 1976

DeShazer, Steve: Therapie als System. Entwurf einer Theorie. In: Reiter, L., Brunner, E. J. & Reiter-Theil, S. (Hrsg.), S. 217-230, 1988

Gurman, Ernest B. & Bass, Bernard M.: Objective Compared with Subjective Measures of the Same Behavior in Groups. J. of Abnormal and Social Psychology 63: 368-374, 1961

Keeney, Bradford P.: Ästhetik des Wandels. Hamburg: ISKO, 1987

- Lankton, Stephen & Lankton, Carol: *The Answer Within: A Clinical Framework of Ericksonian Hypnotherapy*. New York: Brunner/Mazel, 1983
- Lipinski, David & Nelson, Rosemary: *The Reactivity and Unreliability of Self-Recording*. *J. of Consulting and Clinical Psychology* 42: 118-123, 1974
- Loth, Wolfgang: *Einige Gedanken zum Anwenden von Nutzen, Schönheit, Respekt als Evaluationskriterien für Therapie*. *System Familie* 2(4): 244-247, 1989
- Ludewig, Kurt: *10+ 1 Leitsätze bzw. Leitfragen. Grundzüge einer systemisch begründeten Klinischen Theorie im psychosozialen Bereich*. *Z. system. Therapie* 5: 178-191, 1997
- : *Nutzen, Schönheit, Respekt - Drei Grundkategorien für die Evaluation von Therapien*. *System. Familie* 1: 103-114, 1988a
- : *Problem - „Bindeglied“ klinischer Systeme. Grundzüge eines systemischen Verständnisses psychosozialer und klinischer Probleme*. In: Reiter, L., Brunner, E. J. & Reiter-Theil, S. (Hrsg.), S. 231-249, 1988b
- Luhmann, Niklas: *Autopoiesis, Handlung und kommunikative Verständigung*. *Z.f. Soziologie* 11(4): 366-379, 1982
- : *Soziale Systeme. Grundriß einer allgemeinen Theorie*. Frankfurt: Suhrkamp, 1984
- : *Die Autopoiesis des Bewußtseins*. *Soziale Welt* 36: 402-446, 1985
- : *Was ist Kommunikation?* In: Simon, F. B. (Hrsg.), S. 10-18, 1988a
- : *Selbstreferentielle Systeme*. In: Simon F. B. (Hrsg.), S. 47-54, 1988b
- : *Therapeutische Systeme - Fragen an Niklas LUHMANN*. In: Simon, F. B. (Hrsg.), S. 124-138, 1988c
- : *Sozialesystem Familie*. *System Familie* 1(2): 75-91, 1988d
- : *Frauen, Männer und George Spencer Brown*. *Z.f. Soziologie* 17: 47-71, 1988e
- Mehrabian, Albert: *Silent Messages*. Belmont, Ca.: Wadsworth, 1971
- : *Nonverbal Communication*. Chicago, Ill.: Aldine, 1972
- & Ksionzky, Sheldon: *Some Determiners of Social Interaction*. *Sociometry* 35: 588-609, 1974
- O'Hanlon, William H.: *Taproots: Underlying Principles of Milton Erickson's Therapy and Hypnosis*. New York: Norton, 1987 (dtsh: 1989, Eckpfeiler. Hamburg: ISKO)
- Osgood, Charles; May, William H. & Mison, Murray S.: *Cross-cultural Universals of Affective Meaning*. Urbana, Ill.: University of Illinois Press, 1975
- Reiter, Ludwig; Brunner, Ewald & Reiter-Theil, Stella (Hrsg.): *Von der Familientherapie zur systemischen Perspektive*. Berlin: Springer, 1988

- Reiter-Theil, Stella: Autonomie und Gerechtigkeit. Das Beispiel der Familientherapie für eine therapeutische Ethik. Berlin: Springer, 1988a
- : Therapie und Ethik in systemischer Perspektive. Zur Entwicklung eines allgemeinen Orientierungsrahmens. In: Reiter, L., Brunner, E. J. & Reiter-Theil, S. (Hrsg.) S. 21-40, 1988b
- : Zwischen Moralismus und Skeptizismus. Auf dem Weg zu einer vernünftigen Ethik der Familientherapie. System Familie 1(3): 181-190, 1988c
- : Mit Lust angesteckt, eingezwängt und abgerackert. Ober Gefühle bei der Sexualtherapie. System Familie 1(4): 254-255, 1988d
- Ritscher, Wolf: Kontexte von Erfolg und Mißerfolg: technisch-wissenschaftliches Paradigma, konstruktivistische Epistemologie und Parameter der Veränderung des Therapiesystems. Z. system. Therapie 5(4): 242-249, 1987
- Schleiffer, Roland: .Eine funktionale Analyse dissozialen Verhaltens. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 37: 242-247, 1988
- Simon, Fritz B.: Warum es so schwer fällt, „gut“ und „böse“, „aktiv“ und „passiv“, „stark“ und „schwach“ zu unterscheiden. Familiendynamik 9: 339-351, 1984
- : (Hrsg.): Lebende Systeme. Wirklichkeitskonstruktionen in der systemischen Therapie. Berlin: Springer, 1988
- Steiner, Egbert & Reiter, Ludwig: Der Beitrag der Theorie selbstreferentieller Systeme zur Präzisierung von Forschungsfragen in der systemischen Therapie. System Familie 1(2): 115-123, 1988
- Tomm, Karl: Das systemische Interview als Intervention: Teil II. Reflexive Fragen als Mittel der Selbstheilung. System Familie 1(4): 220-243, 1988
- : Das systemische Interview als Intervention: Teil III. Lineale, zirkuläre, strategische oder reflexive Fragen? System Familie 2(1): 21-40, 1989
- Weakland, John H.; Fisch, Richard; Watzlawick, Paul & Bodin, Arthur: Brief Therapy: Focused Problem Resolution. Family Process 13: 141-168, 1974
- Willke, Helmut: Therapeutisches Handeln – Eine Risikoanalyse. Z. system. Therapie 6(2): 110-114, 1988a
- : Systemtheoretische Grundlagen des therapeutischen Eingriffs in autonome Systeme. In: Reiter, L., Brunner, E. J. & Reiter-Theil, S. (Hrsg.) S. 41-50, 1988b
- Zimmer, Dieter E.: Für alle ein Preis und ein Dämpfer. Psychotherapie ist wirksam, aber warum eigentlich. Die Zeit 30/1988: 32

Wolfgang Loth (Bergisch Gladbach)
kopiloth@t-online.de

