

Zusammenfassung

Psychotherapie als „engagierten Austausch von Wirklichkeitsbeschreibungen“ zu sehen, ermöglicht eine bestimmte diagnostische Perspektive: stellen die ausgetauschten Beschreibungen für das ratsuchende System mehr Optionen bereit als bisher (ein Unterschied, der „einen Unterschied macht“)? Zwei empirische Zugänge werden vorgestellt: 1. Alle zirkulären Therapeutenfragen in einer Familientherapie (17 Sitzungen) wurden auf die implizit enthaltenen Angebote von Wirklichkeitsbeschreibung hin eingeschätzt, die Reaktionen der Familienmitglieder wurden geratet (Akzeptanz oder Ablehnung). 18 thematische Cluster zeigten sich, bei einigen waren im Therapieverlauf Veränderungen nachweisbar. 2. Sämtliche Aussagen einer einzelnen Sitzung aus einer anderen Therapie wurden daraufhin untersucht, welche Angebote von Wirklichkeitsbeschreibungen jeweils pro Äußerung von dem Sprecher an die anderen Beteiligten gemacht wurden, unabhängig ob Therapeut oder Klient. Das Kategoriensystem zeigt die Punkte, an denen der therapeutische Diskurs seine Kraft verliert, indem die Therapeuten eher die Implikationen der Klienten übernahmen, als auf konstruktive Weise einen Unterschied zu deren Beschreibungen zu erzeugen.

Systemische Therapie als engagierter Austausch von Wirklichkeitsbeschreibungen

Empirische Rekonstruktion therapeutischer Interaktionen

Arist von Schlippe, Annette Braun-Brönneke und Karin Schröder
Fachbereich Psychologie der Universität Osnabrück

Das „Kerngeschäft“ systemischer Therapie: über Wirklichkeitskonstruktionen sprechen

Mit der Entwicklung von der Familientherapie zur systemischen Therapie (Reiter et al. 1997) verlagerte sich der Schwerpunkt der Betrachtung von der Familie auf das Geflecht aus Beschreibungen und Bedeutungen, wie es sich im jeweiligen *Problemsystem* konstituiert. Es wird danach gesucht, welche Beschreibungen, welche Kommunikationen, welches Verhalten zusammengenommen das ausmachen, was als „Problem“ erlebt wird und welche Optionen diese Beschreibungen ermöglichen. In *Problemsystemen* werden vielfach Beschreibungen prozessiert, die die Optionen einzelner oder mehrerer Personen im System massiv begrenzen. Die Konsequenz, die v. Foerster (1988) daraus zog, war die Formulierung eines elementaren Imperativs: „Handle stets so, daß du die Anzahl der Möglichkeiten vergrößerst!“ Als Therapie lassen sich mithin (vorwiegend) sprachliche Operationen bezeichnen, die das Ziel verfolgen, die Optionen, die in einem System wahrgenommen werden, zu vermehren. Therapie befaßt sich mit inneren „Landkarten“ von Menschen und es ist erklärtes Ziel jeder Therapie, diese Landkarten anzureichern, in ihnen gemeinsam mit den ratsuchen-

den Systemen neue Wege zu entwickeln. Im therapeutischen Prozeß erfolgt hierzu ein Diskurs darüber, wie Wirklichkeit(en) zu beschreiben seien und welche Alternativen der Konstruktion gefunden werden können. In den seltensten Fällen verändern Therapeuten direkt durch aktives Handeln die Lebensumstände ihrer Klienten und wenn, dann handelt es sich entweder um Mischkontexte zwischen Therapie und sozialer Arbeit oder aber um Kunstfehler des Überengagements. In therapeutischen Gesprächen wird *über Wirklichkeitskonstruktionen gesprochen* – und zwar nicht über irgendwelche, sondern über bedeutsame Aspekte des persönlichen Erlebens, persönlicher Möglichkeiten sowie über Erfahrungen und Beziehungen. Therapie soll im folgenden als „*engagierter Austausch von Wirklichkeitsdefinitionen*“ konzeptualisiert werden (s. auch v. Schlippe u. Kriz 1996): mit jeder therapeutischen Intervention wird ein Angebot gemacht, das vom Klientensystem angenommen, abgelehnt oder ignoriert werden kann. Dies gilt natürlich auch umgekehrt: jede Klientenaussage stellt ihrerseits ein Angebot an den Therapeuten dar, die Wirklichkeit zu beschreiben – und wenn vom Klientensystem überzeugend genug vermittelt wurde, daß es „keinen anderen Ausweg als...“ (z. B. Heimeinweisung, Scheidung, Chronifizierung usw.) gibt, dann erleben sich Therapeuten gemeinsam mit den Ratsuchenden in der Sackgasse. Eine solche Perspektive ermöglicht einen spe-

Systemic Therapy as “committed exchange about reality-constructing.” Empirical reconstructions of therapeutic interactions

Arist von Schlippe, Annette Braun-Brönneke und Karin Schröder

Summary

A systemic viewpoint sees psychotherapy as “committed exchange about reality-constructing.” This opens certain diagnostic perspectives: which descriptions do interventions implicitly contain? Do they offer more options for the help-seeking system than before? In general: do they make a difference “that makes a difference”? Two empirical accesses were needed: (1) Every circular therapist question during a family-therapy process (17 sessions) was analyzed: which implication is suggested to describe reality? The reactions of the

family members were assessed: did they accept or refuse the implication? According to subject, 18 clusters occurred, and in some of them evident changes showed up during the process, revealing the effectiveness of therapy. (2) All interactions in one session were questioned as to which implicit suggestions for reality description were made by any speaker (therapist/client). A set of categories is presented that shows the moments when the therapeutic discourse lost its power when the therapists did not offer any more constructive differences in the descriptions of the clients, but rather took over their implications.

zifischen diagnostischen Zugang auf der Mikroebene des Therapieprozesses: jede therapeutische Interaktion kann daraufhin untersucht werden, ob die ausgetauschten Beschreibungen für das ratsuchende System mehr Optionen bereitstellen als bisher.

Der Einfachheit halber soll der Prozeß an einem idealtypischen Beispiel so expliziert werden, als sei es ein einseitiges Geschehen, in dem nur der Therapeut/die Therapeutin dem Klientensystem Angebote der Wirklichkeitsdefinition macht:

Eine Mutter kommt mit ihrem Kind zur Therapie und legt ihre Wirklichkeitssicht dar: „Mein Junge ist böse!“ Bereits mit der Frage: „Was tut Ihr Sohn, was Sie böse nennen?“ wird eine neue Beschreibung angeboten: es ist ein „Verhalten“, und zwar ein „von jemandem benanntes Verhalten“ statt einer Eigenschaft. Wenn er oder sie nun weiter fragt: „Wann zeigt Ihr Junge dieses Verhalten?“, dann wird die Eigenschaftsbeschreibung weiter dekonstruiert: das Verhalten taucht evtl. nur zu bestimmten Zeiten auf. In ihrer Antwort könnte die Mutter dieses Angebot leicht zurückweisen: „Mein Sohn benimmt sich ständig so!“ – von der Eigenschaftsbeschreibung ist sie dann jedoch bereits abgerückt. Sie könnte aber auch sagen: „Er ist ständig böse!“ und damit alle Angebote verwerfen.

Weiter wäre es möglich zu fragen: „War das eher vor oder nach dem Tode der Großmutter, daß Ihr Sohn entschieden hat,

sich öfter ‚böse‘ zu verhalten?“ oder: „Wer in der Familie regt sich darüber am meisten auf?“ (Angebot: „böse“ ist eine Form von Entscheidung des Sohnes – für die gibt es Gründe und Hintergründe – und diese Entscheidung steht mit Beziehungen im Zusammenhang, und in diesen Beziehungen gibt es Differenzierungen); „Angenommen, Ihr Sohn würde sich entscheiden, sich weniger ‚böse‘ zu zeigen, würden Sie und Ihr Mann dann weniger oder mehr streiten?“ (Angebot: „böse“ ist nicht nur eine Entscheidung, sondern auch veränderbar; und es steht vielleicht mit der Beziehung der Eltern im Zusammenhang); „Wenn ich Sie bitten würde, z. B. jetzt Ihren Sohn dazu zu bringen, daß er sich ‚böse‘ verhält, wüßten Sie, wie Sie das machen könnten?“ (Angebot: es gibt für „böse“ bestimmte Kontextbedingungen, und diese liegen zumindest teilweise auch in Mutters Hand).

In jedem Fall können die in den Fragen implizit enthaltenen Angebote von der Mutter leicht und ohne Gesichtsverlust abgelehnt werden (anders als etwa eine Deutung oder Interpretation). Es ist ein wichtiger Bestandteil des Therapieprozesses, kreativ so lange zu suchen, bis ein Angebot gefunden wurde, das als sinnvolle Änderung in die Landkarte der Familie integriert werden kann. Die Leichtigkeit, mit der die Mutter die Implikationen ablehnen kann, schützt vor Blockierung durch zu starke Widerstände. Sie muß nicht widersprechen. Sie gibt lediglich eine Antwort auf eine Frage. So entsteht, wenn die Therapie (wie gesagt) idealtypisch verläuft, ein lebendiges Bild, in dem mit spielerischer

Leichtigkeit im Prinzip von Versuch und Irrtum nach neuen Beschreibungen gesucht wird. Mit dieser Form prozessualer Diagnostik läßt sich *jede* Verhaltensweise als Intervention ansehen (analog zu dem Axiom, daß es nicht möglich ist, nicht zu kommunizieren) und auf ihre Implikationen hin überprüfen: mit jedem therapeutischen Verhalten wird implizit komplexe Information vermittelt (Schmidt 1985) – ein Aspekt, der in der Praxis oft nicht zur Kenntnis genommen wird: Was bedeutet es z. B. für ein Kind, bei einer kinderpsychiatrischen Untersuchung zuerst zum EEG geführt zu werden?

Die Überlegungen zur Unmöglichkeit, soziale Systeme zielgerichtet zu beeinflussen („instruktive Interaktion“), haben gerade in der systemischen Therapie in besonderem Maße Anstrengungen stimuliert, wie der engagierte Austausch von Wirklichkeitsdefinitionen so gestaltet werden kann, daß einerseits ein größtmögliches Maß an Freiheit der Annahme/Ablehnung gewährleistet ist, andererseits ein Optimum an Möglichkeiten angeboten wird. Durch das zirkuläre Fragen (v. Schlippe u. Kriz 1993), besonders das hypothetische Fragen werden solche Angebote besonders „elegant“ vermittelt. Fragen wie: „Was würde geschehen, wenn Sie nicht mehr ... täten? Was würde geschehen, wenn Sie plötzlich zu ... begännen?“ enthalten das spielerische Angebot einer Beschreibung, in der es mehr als nur die eine Möglichkeit gibt. Und immer bleibt der Weg des „Neins“ offen, ganz im Sinne Tom Andersens, für den das Nein „grundlegend“ ist (1990). Dies sehen wir als eine wesentliche Entwicklungslinie moderner systemischer Therapie: der engagierte Austausch von Wirklichkeitsbeschreibungen, die kreative Suche nach Veränderungsangeboten, ohne dabei Macht auszuüben.

Therapieerfolg aus systemischer Sicht

Was die Definition von „Therapieerfolg“ anbetrifft, befindet sich systemische Therapie u.E. in einem Dilemma – geht es ihr doch darum, einen Standort zu finden, von dem aus das Symptom/Problem eine *Lösung* darstellt – vielleicht zur Zeit sogar die beste. Die positive Konnotation oder das Reframing bietet den methodischen Rahmen, um – etwa im Rahmen einer

Schlußintervention – vorsichtig von einer zu schnellen Veränderung abzuraten. Dies darf kein „Trick“ sein. Zwar geht eine solche neue Beschreibung oft mit einer Verringerung des Problemdrucks einher oder mit Reaktanzphänomenen, doch ist es eine paradoxe Situation, einerseits einem ratsuchenden System zu empfehlen, ein Symptom, zumindest noch eine Zeit lang, beizubehalten und sich gleichzeitig in der Debatte um die Effektivität allein an der Symptomreduktion messen zu lassen.

Die oben in aller Kürze dargelegte Perspektive ermöglicht es, ein theorieimmanentes Erfolgskriterium systemischer Therapie zu bestimmen: Wenn es gelingt, in den Prozeß der gemeinsamen Beschreibungen neue, kreative Elemente einzuführen, die mehr Optionen beinhalten als die bisherigen, dann ist aus systemischer Sicht eine Therapie erfolgreich verlaufen.

Was dies bedeuten kann, soll an zwei unterschiedlichen Beispielen verdeutlicht werden:

1. Eine Frau kam in Therapie, nachdem sie 18 Jahre lang unter bulimischen Symptomen gelitten hatte (bis zu dreimal tägliche Anfälle). In der Therapie ließ sich herausarbeiten, daß die Symptomatik besonders dann auftrat, wenn sie sich in Situationen befand, in denen es eigentlich ihr Bedürfnis gewesen wäre, „nein“ zu sagen, sie aber statt dessen „ja“ sagte. So fand sie eine neue Beschreibung der Störung unter dem Gesichtspunkt des Lösungsversuches: „Es ist *mein kreativer Weg* zwischen ja und nein.“ Diese Beschreibung wurde von der Klientin sehr entlastend erlebt, sie begann zu experimentieren und neue Erfahrungen zu machen. Zum Abschluß der Therapie trat die Symptomatik immer wieder phasenweise auf, verglichen mit den vorhergehenden Zustand jedoch deutlich verringert. Hierfür fand die Klientin die Bezeichnung „Ich bin noch einmal den Weg des Symptoms gegangen“ oder „Manchmal brauche ich es halt noch!“ Diese Beschreibungen waren auch in der 5-Jahres-Katamnese stabil und wurden von der Klientin als hilfreich erlebt, die gelegentliche „Einladung ans Symptom zur Rückkehr“ mache ihr nichts aus.

2. Eine Kollegin berichtet, daß eine Klientin zu ihr kam mit dem Wunsch, sie wolle sich und ihr Symptom besser verstehen. Diese Klientin war wegen einer massiven Zwangssymptomatik drei Monate in einer Klinik behandelt worden. Der Zwang war ihr, wie sie sagte, „abtrainiert“ worden, sie war damit nicht zufrieden, wengleich symptomfrei. Nach drei Sitzungen wird folgende Geschichte erzählt: die Klientin war als Jugendliche über Jahre von ihrem Stiefvater

vergewaltigt worden. Die Mutter wußte dies, verlangte jedoch, daß sie sich mit dem Mann nach wie vor gut stelle, weil sie befürchtete, bei einem Eklat von ihm verlassen zu werden. Jedesmal, wenn die Klientin zu Hause war und der Mutter zuliebe auch den Mann per Handschlag begrüßt hatte, fühlte sie sich besudelt und ekelte sich vor sich selbst. Dies war die innere Situation, in der es zu den Zwangshandlungen kam, ein Weg, der ihr nun verbaut war.

Am Symptom gemessen handelt es sich im ersten Fall nur um eine „Besserung“, im zweiten Fall um eine „Heilung“. Aus hier geschilderter Sicht läßt sich diese Beschreibung durchaus umdrehen: nicht der Zwang, nie mehr ein Symptom zu zeigen, ist dann das Kriterium, sondern der freie, gewährende und vor allem bewußtere Umgang mit sich und den eigenen Möglichkeiten und die entsprechenden damit verbundenen Beschreibungen zeigen jeweils einen Therapieerfolg an.

Schritte zu einer empirischen Rekonstruktion therapeutischer Prozesse

Die Definition von Therapieerfolg als „Einführung kreativer, neuer Beschreibungen im Rahmen des therapeutischen Diskurses“ führt zu einer Operationalisierung, die pragmatische diagnostische Relevanz besitzt, die sich zum anderen aber auch für die empirische Rekonstruktion therapeutischer Prozesse anbietet: Interventionen können als „Angebote“ betrachtet werden, Wirklichkeit auf eine bestimmte Weise zu beschreiben. Die Art dieser Angebote kann untersucht werden, und die jeweilige Reaktion auf dieses Angebot kann erhoben werden. Dies gilt nicht nur für therapeutische Interventionen, vielmehr kann *jede* Aussage in einer Sitzung als „Angebot“ definiert werden, Wirklichkeit zu beschreiben und die Art, wie der engagierte Austausch von Wirklichkeitsbeschreibungen geschieht, qualifiziert die jeweilige Therapie.

Im folgenden soll über zwei empirische Arbeiten berichtet werden, die sich mit verschiedenen Perspektiven auf therapeutische Prozesse befaßten. Sie gingen von den hier kurz skizzierten Operationalisierungen aus.

• In einer ersten Arbeit (Braun-Brönneke 1990) wurden die Fragen der Therapeuten im Verlaufe einer Familientherapie von 17 Sitzungen auf die darin enthaltenen impliziten Angebote von Wirklichkeitsbeschreibung hin untersucht (s. unten).

• In einer zweiten Studie (Schröder 1991) wurde darauf aufbauend ein einziges therapeutisches Gespräch in der Weise analysiert, daß die Äußerungen von Therapeut und Klienten als jeweils wechselseitige Angebote an den anderen angesehen werden (s. unten).

Die Familie im familientherapeutischen Prozeß

Ausgangsmaterial der ersten Analyse war eine abgeschlossene Familientherapie.¹ Die Familie bestand aus der als „depressiv“ bezeichneten Mutter, dem Vater und dem fünfjährigen als „verhaltensgestört“ definierten Sohn („Volker“), der nur gelegentlich an den Sitzungen teilnahm.

Das vorliegende Material wurde verschiedenen Analyseschritten unterzogen:

1. Erstellung von Verlaufsprotokollen für die 17 Sitzungen.
2. Transkription sämtlicher zirkulärer Fragen der Therapeuten.
3. Einschätzung jeder therapeutischen Frage daraufhin, welche *impliziten Angebote zur Wirklichkeitsbeschreibung* in ihnen enthalten waren. Diese Implikationen wurden unter der jeweiligen Frage notiert.
4. Einschätzung der Reaktion der jeweils Angesprochenen hinsichtlich folgender Kategorien:
 - Implikation angenommen
 - Implikation abgelehnt
 - nicht einschätzbar.
 Als angenommen wurde eine Implikation dann gewertet, wenn in der Antwort „ein Unterschied“ zur bisherigen Beschreibung hergestellt wurde. Als abgelehnt wurde eine Implikation dann gewertet, wenn kein Unterschied zur bisherigen Beschreibung erkennbar war.
5. Die Einschätzungen der Untersucherin wurden auf ihre Konsensfähigkeit hin überprüft, indem eine Expertengruppe von fünf erfahrenen Therapeuten bei einem Teil der Stichprobe eine Einordnung der Implikationen vornahm und diese mit denen der Untersucherin verglich. Die Übereinstimmung (84%) wurde als befriedigend angesehen.

¹ Die Therapie umfaßte 17 Sitzungen und war Ende der 80er Jahre abgeschlossen worden. Die Therapeuten waren Haja Molter, Köln, und Peter Eberbach, Bremen; alle Sitzungen lagen auf Video vor

Tabelle 1
Die 18 Cluster

1. Die Ehebeziehung ist ein vom elterlichen Subsystem zu unterscheidendes System. Diese Abgrenzung ist wichtig für das Funktionieren der Familie.
2. Volker hat eine wichtige Funktion für die Familie.
3. Volker ist ein eigenständiges Familienmitglied.
4. Die Familie hat eigene Kompetenzen zur Lösung ihrer Probleme. Die Familie sollte daher die Verantwortung für ihre Probleme wieder selbst übernehmen.
5. Beziehungen können eine unterschiedliche Gestalt haben. Dies ist kein Kriterium für die Wertigkeit der Beziehung.
6. Jedes Familienmitglied ist eine einzige Person. Es braucht daher seinen eigenen Bereich. Dieser sollte klare Grenzen aufweisen.
7. Es gibt eine Vielfalt von Lösungen für Ihre Probleme.
8. Trennung ist ein Thema der Familie. Trennung bedeutet Veränderung und Chance.
9. Es ist in Frage zu stellen, daß Volkers Verhaltensweisen pathologisch sind. Es ist ferner die Kausalkette in Frage zu stellen, daß Volker verhaltensgestört sei und deshalb in die Psychiatrie gehöre.
10. In der Familie bestehen dysfunktionale Beziehungsmodalitäten. Es gibt nützlichere Regeln.
11. Verhalten und Erleben ist zirkulär. Es erfüllt eine Funktion im Kontext der Familie.
12. Es bestehen dysfunktionale Kommunikationsregeln in der Familie. Wir schlagen Ihnen nützlichere vor.
13. Diese Familie lebt nicht auf einer Insel. Sie ist eingebunden in ein größeres soziales Umfeld. Diese Einbindung ist positiv für die weitere Entwicklung der Familie.
14. Die Krankheit von Frau E. hat eine Funktion für die Familie.
15. Familiensysteme sind in einem ständigen Entwicklungsprozeß.
16. Die Familie „hat“ nicht ein krankes Familienmitglied. Vielmehr gibt es Zeiten, in denen es den Familienmitgliedern gelingt, gut miteinander zu leben und solche, in denen dies weniger klappt.
17. Es ist fraglich, ob besondere Menschen notwendigerweise einer besonderen Behandlung bedürfen.
18. Herr E. ist ein kompetenter Vater, der für seine Sichtweisen kämpfen sollte.

6. Die auf diese Weise erfolgte qualitative Analyse des Therapieprozesses ermöglicht einen guten inhaltlichen Überblick über das Geschehen, ist jedoch nach wie vor sehr komplex. Daher wurden in einem nächsten Schritt *inhaltlich vergleichbare Implikationen zu Clustern* zusammengefaßt. Eine ganze Fülle zirkulärer Fragen ließ sich hinsichtlich der darin vermittelten Implikationen beispielsweise auf den Satz zurückführen: „Volker hat eine wichtige Funktion für die Familie“. Diese Zusammenfassung ergab 18 Cluster von unterschiedlichen Inhalten (s. Tabelle 1). Diese Cluster sind so etwas wie ein Spiegelbild der inhaltlichen Auseinandersetzungen im Therapieprozeß: über diese Themenbereiche hinweg bewegte sich der engagierte Austausch von Wirklichkeitsdefinitionen. Die Cluster wurden nicht aus der Theorie abgeleitet, sondern orientierten sich am empirischen Material, gleichwohl spiegeln sie weitgehend familientherapeutisches Gedan-

kengut wieder (darunter auch Überlegungen, wie sie heute, im Licht der Kybernetik 2. Ordnung eher kritisch beurteilt werden, wie etwa Cluster 12). 7. Diese Cluster wurden im nächsten Schritt in Auswertungsmatrizen zusammengestellt. In diesen Matrizen wurde für jede Sitzung die *Häufigkeit* eingetragen, mit der eine zum jeweiligen Cluster gehörende Frage gestellt wurde und die *Art der Reaktion* der Familienmitglieder auf diese Frage („Annahme“, „Ablehnung“, „Nicht einzuordnen“). Auf diese Weise ließ sich der therapeutische Prozeß auf einer Seite zusammenfassen. Tabelle 2 zeigt dies für das Gesamtgeschehen. Es wurden ebenfalls differenzierte Auswertungsmatrizen für die einzelnen Familienmitglieder erstellt, die zeigen, in welchem Ausmaß die einzelnen auf die jeweiligen Fragen der Therapeuten reagierten. Diese Matrizen können aus Platzgründen hier nicht aufgeführt werden (ausführlich: Braun-Brönneke 1990, S. 121 ff).

Die Auswertungsmatrix zeigt, daß im therapeutischen Prozeß verschiedene Cluster in verschiedenen Stadien unterschiedliche Bedeutung besitzen: Cluster 1 ist insgesamt nur wenig bedeutsam (nur einmal wird dazu in Sitzung 1 eine Frage gestellt, zweimal in Sitzung 14), Cluster 13 nur im Mittelteil der Therapie (Sitzung 7–9). Andere Cluster, wie z. B. Nr. 4 ziehen sich recht kontinuierlich durch die gesamte Therapie hindurch. Interessant ist natürlich nicht nur, *welche* Cluster verhandelt wurden, sondern auch, wie sich diese Verhandlungen im Therapieverlauf gestalteten: wie entwickelte sich die Annahme und Ablehnung der Angebote der Therapeuten? Dies zeigt die Auswertungsmatrix nicht sehr übersichtlich.

8. Daher wurden die Matrizen als Ausgangsbasis für die Berechnung eines „Veränderungsquotienten“ (VQ) genommen. Der VQ wurde errechnet als einfaches Maß, um abzuschätzen, ob sich ein Cluster im Therapieverlauf

- verändert
- gleich bleibt oder
- negativ verändert.

Für den VQ wurde zunächst die Gesamtzahl der Implikationen in einem Cluster errechnet. Davon wurden die Implikationen, die als „nicht einzuordnen“ klassifiziert worden waren, abgezogen. Die verbleibende Zahl der Implikationen wurde in zwei Hälften aufgeteilt (bei einer ungeraden Zahl entfiel die mittlere Implikation): in eine zeitlich gesehen *erste* Hälfte, in der um das jeweilige Cluster der Austausch von Wirklichkeitsbeschreibungen stattfand und in die zweite Hälfte. Bei beiden Hälften wurde nun die Zahl der Annahmen und die Zahl der Ablehnungen ins Verhältnis gesetzt. Die beiden gewonnenen Zahlen wurden ihrerseits wieder ins Verhältnis gesetzt nach der Formel in Tabelle 3.

Ein VQ zeigt also, ob die Implikation in der zweiten Hälfte häufiger angenommen, abgelehnt oder gleich geblieben ist. Die VQn ermöglichen keinen direkten Vergleich der Cluster, da nicht von Intervallskalenniveau ausgegangen werden kann. Abgesehen davon sind die Gruppengrößen sehr unterschiedlich, die Zahl der in den jeweiligen Hälften befindlichen Implikationen schwankt stark, so daß ein unmittelbarer Vergleich zu verzerrten

Tabelle 2
Auswertungsmatrix für den Gesamtprozeß

Sitzg. Cluster 1–18
1–17

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1	1=100	1=001		2=110	1=001	2=200												
2																		
3		8=440	1=100		1=100	1=100	1=100	8=431										
4			1=010				2=110	2=011	3=120	4=040	1=001							2=110
5						1=100				1=010								
6		1=010							1=001			2=200						
7			3=021	2=011									2=200	3=030	1=001			
8			1=010	2=011	2=110	2=011	1=010			1=100	2=110	1=001	2=110	2=200	3=210	1=001		
9			1=010	2=011			1=010		1=010				1=010	6=150				
10			1=010						1=010	1=010						1=010		1=001
11				1=100		3=201					1=100	1=100						
12				1=010		1=010	1=010	1=001		1=010	1=001	4=121		1=010		2=020		
13		3=111	2=011	3=201		1=001			1=010			1=010				1=010		2=200
14	2=020	1=001		3=021					1=001			1=010				1=001	2=011	
15				2=011			1=001											
16				7=214														
17			1=001			2=020												

Zeichenerklärung: Zahlenreihe waagrecht (1–18) = die einzelnen Cluster, Zahlenreihe senkrecht (1–17) = die einzelnen Sitzungen. Beispiel einer Eintragung (Cluster Nr. 03 in der 8. Sitzung): 8=431
Das bedeutet: 8: Gesamthäufigkeit, mit der diese Implikation in Fragen in dieser Sitzung vorkommt, davon 4: Ablehnung (Häufigkeit, mit der die Implikation abgelehnt wurde); 3: Zustimmung; 1: Nicht einzuordnen

Tabelle 3
Formel für den Veränderungsquotienten

$$VQ = \frac{\text{Zustimm. i. d. 1. Hälfte} + 1 : \text{Ablehn. i. d. 1. Hälfte} + 1}{\text{Zustimm. i. d. 2. Hälfte} + 1 : \text{Ablehn. i. d. 2. Hälfte} + 1}$$

Die „1“ wurde addiert, um die Möglichkeit einer Division durch Null zu vermeiden.

Dabei bedeutet:

- VQ = 1 Es hat keine Veränderung im zuvor beschriebenen Sinn stattgefunden
- VQ > 1 negative Änderung: Implikation wird in der zweiten Hälfte häufiger *abgelehnt* als in der ersten
- VQ < 1 positive Änderung: Implikation wird in der zweiten Hälfte häufiger *angenommen* als in der ersten

Schlüssen verleiten könnte.² Um eine Aussage darüber treffen zu können, ab welcher Größe ein VQ als „relevant“ zu bezeichnen sei, wurden daher drei Gütekriterien festgesetzt:

- Die zugrundeliegende Anzahl der Implikationen pro Cluster muß ausreichend groß sein. Hier wurde eine Zahl von 6 (d.h. drei pro Hälfte) festgesetzt.

² Ein Cluster hätte z.B. eine „Veränderung“ signalisieren können, auch wenn sich in jeder Hälfte nur ein Item befand. Je nachdem, ob dann das erste angenommen oder abgelehnt ist, würde dann eine „positive“ oder eine „negative“ Änderung konstatiert

- Der VQ muß kleiner als .3 bzw. größer als 1.5 sein. Diese Werte wurden festgesetzt, um die nach oben oder unten hin deutlich größeren Werte abzugrenzen.
- Von einer „relevanten Veränderung“ soll nur dann gesprochen werden, wenn die Tendenz zur Annahme der Implikationen zum Ende der Sitzungen *deutlich erkennbar* ist, d.h. in der zweiten Hälfte des zugehörigen Clusters durfte die entsprechende Implikation maximal noch ein einziges Mal abgelehnt werden.

Tabelle 4 zeigt die Veränderungsquotienten, die Richtungen der Veränderungen und deren Bewertung.

Die VQn, wie sie in der Gesamtmatrix dargestellt sind, ergeben, daß in

10 der 18 Cluster die jeweiligen Implikationen in der zweiten Hälfte eher angenommen wurden (VQ<1), nur vier Cluster (Nr. 4, 10, 11 und Nr. 18) wurden am Ende eher abgelehnt (VQ>1), bei zwei Clustern ergaben sich keine Veränderungen. Natürlich läßt sich darüberhinaus noch eine differenzierte Aufschlüsselung nach Familienmitgliedern vornehmen. Diese ergab, daß von den 13 Clustern, für die sich bei der Mutter VQn berechnen ließen, 8 angenommen, 1 abgelehnt wurden, 4 blieben unverändert. Für den Vater konnten 15 VQn berechnet werden, 9 wurden eher angenommen, keines wurde abgelehnt, bei 6 Clustern fand keine Veränderung statt. Für den Sohn ist die Berechnung schwierig, er nahm nur an fünf Gesprächen teil und wurde nur selten direkt befragt (insgesamt 11 einschätzbare Antworten), so daß die VQn nur für 5 Cluster berechnet werden konnten, davon wurde eines eher angenommen, zwei eher abgelehnt, bei zweien fand keine Veränderung statt.

Eine Wertung der Veränderung für die einzelnen Familienmitglieder hinsichtlich der o.a. Relevanzkriterien war schwierig, da die Häufigkeiten der

Tabelle 4

Veränderungsquotienten gesamt

C1	N	±	Hä	1. Hälfte	2. Hälfte	Veränderungsquotient	Bewertung
01	03	03	01	0.5	2.0	0.25	
02	14	11	05	0.4	6.0	0.06	*
03	11	08	04	2.0	5.0	0.40	
04	25	15	07	2.0	1.2	1.60	
05	04	03	01	0.5	0.5	1.00	
06	13	10	05	0.4	1.3	0.30	
07	07	06	03	0.6	4.0	0.16	*
08	11	08	04	1.0	1.0	1.00	
09	08	06	03	1.5	4.0	0.37	
10	08	08	04	5.0	1.0	5.00	
11	05	03	01	2.0	0.5	4.00	
12	11	09	04	0.5	2.0	0.25	*
13	05	05	02	0.3	3.0	0.11	
14	12	12	06	1.0	7.0	0.14	*
15	07	05	02	0.3	3.0	0.10	
16	06	04	02	3.0	3.0	1.00	
17	01	–	–	–	–	–	
18	04	04	02	1.0	0.3	3.03	

Zeichenerklärung:

C1: Cluster Nr.

N: Anzahl der Fragen/Antworten

±: N abzüglich der Anzahl der nicht einzuordnenden Antworten

Hä: Hälfte von N (bei ungerader Zahl: Hälfte von N-1)

1. Hälfte: Verhältnis von Zustimmung zu Ablehnung

2. Hälfte: Verhältnis von Zustimmung zu Ablehnung

VQ: Veränderungsquotient

VQ = 1 Es hat keine Veränderung im zuvor beschriebenen Sinn stattgefunden

VQ > 1 negative Änderung: Implikation wird in der zweiten Hälfte häufiger *abgelehnt* als in der erstenVQ < 1 positive Änderung: Implikation wird in der zweiten Hälfte häufiger *angenommen* als in der ersten

Bewertung: Einschätzung der Relevanz entsprechend den o. a. Kriterien

Implikationen pro Cluster natürlich bei der Aufschlüsselung geringer wird. Für den Vater ergaben sich drei (Nr. 2, 4, 12), für die Mutter zwei (Nr. 3, 12) relevante Cluster.

Zusammenfassend läßt sich das Ergebnis u.E. dahingehend interpretieren, daß sich die Wirklichkeitsbeschreibungen in der Familie bezüglich der jeweiligen Themen verändert haben. Von der Sicht, die störenden Verhaltensweisen bei Volker und bei Frau E. als Ausdruck von „Krankheit“ zu werten, die von besonders dafür qualifizierten Personen behandelt werden müßten, verändern sich die Beschreibungen in der Familie eher in die Richtung, daß sie als bedeutsame Anteile im Interaktionsgeschehen der Familie gewertet werden, für deren Handhabung die Familie selbst über eigene

Ressourcen verfügt. Interessant ist dabei, daß sich das Cluster 12 trotz seiner im Stil einer „Kybernetik 1. Ordnung“ gehaltenen Sprache (und den entsprechenden Interventionen) in allen Matrizen als bedeutsam erwies. Offensichtlich hilft eine solche Beschreibung, auch wenn sie normativ formuliert ist, Probleme nicht mehr einzelnen Familienmitgliedern zuzuschreiben. Statt der Beibehaltung eines medizinischen Modells psychischer Störungen ist es im therapeutischen System offenbar gelungen, diese gemeinsam als „Familienproblem“ zu beschreiben. Dieses Ergebnis korrespondiert mit Befunden von Retzer et al. (1989), nach denen die Veränderung der Beschreibung der beklagten Störung von „medizinisch und damit nicht beeinflussbar“ zu: „zumindest zum Teil in der Kontrolle des Pa-

tienten bzw. der Familienmitglieder“ mit konstruktiven therapeutischen Effekten einherging.

Die theoretische Überlegung, daß Therapieerfolg nicht „an sich besteht“, sondern jeweils unter bestimmter theoretisch begründeter Perspektive definiert und damit erkennbar wird, ließ sich durch die Studie bestätigen. Aus der Sicht von Therapie als „engagiertem Austausch von Wirklichkeitsbeschreibungen“ läßt sich dann von *Erfolg* sprechen, wenn die Beschreibungen im ratsuchenden System sich durch die Impulse der Therapeuten verändern in Richtung auf Beschreibungen, in denen mehr Optionen bestehen als vorher.

Ein erweitertes Analyseschema für systemtherapeutische Sitzungen

Die oben beschriebene Arbeit führte zu einer zweiten Studie (Schröder 1991), die stärker die *Wechselseitigkeit* des Geschehens erfassen sollte. Die Konzentration der Analyse auf die therapeutischen Interventionen allein könnte implizieren, daß es nur die Therapeuten sind, deren Angebote zu dem Diskurs über Wirklichkeitsdefinitionen beitragen. In dieser Arbeit wurden auch die Kommunikationen von Seiten des ratsuchenden Systems als „Angebote zur Wirklichkeitsbeschreibung“ betrachtet und in die Analyse einbezogen. *Sämtliche* Äußerungen, die im Gespräch fielen, wurden in ihrer wechselseitigen Abhängigkeit voneinander untersucht.

Hierzu wurde ein einziges Gespräch sehr gründlich analysiert, das zwei Therapeuten mit einer Familie im Kontext einer Nachsorgebehandlung in einem Landeskrankenhaus geführt hatten. Die Familie bestand aus Mutter, 61, Vater, 67, und Indexpatientin, der erwachsenen Tochter, 25, („Regina“), die wegen einer „Psychose“ in der Klinik gewesen war; die jüngere Schwester („Sabine“) nahm nicht am Gespräch teil. Gerade im Kontext LKH reduziert sich der engagierte Austausch von Wirklichkeitsbeschreibungen oft auf ein zentrales Thema, nämlich auf den Zwiespalt, ob ein Symptom Ausdruck von „Krankheit“ ist (und daher unkontrollierbar) oder eine Form von Ver-

halten, die zumindest zu einem großen Teil im Bereich der Kontrolle der Beteiligten liegt. Die Einengung auf die Beschreibung „krank“ hat den Vorteil, die Betroffenen deutlich zu entlasten, wird jedoch mit der Delegation von Verantwortung nach außen und damit mit der Erfahrung von Ohnmacht „bezahlt“ (ausführlich: Retzer et al. 1989).

Die beiden Therapeuten waren, anders als in der ersten Arbeit, nicht systemisch ausgebildet. In dem Gespräch zeigt schon der Augenschein, daß die Therapeuten vielfach eher die begrenzenden Beschreibungen der Familie akzeptierten oder sogar übernahmen, als ihrerseits Beschreibungen anzubieten und zu entwickeln, die den Spielraum des Denkens, Wahrnehmens, Erlebens und Verhaltens erweitern könnten.

Entwicklung eines Kategoriensystems

Jede Aussage des Gespräches wurde eingeschätzt. Das Auswertungsschema umfaßte dabei die Kategorien „Implikationen“, „Optionen“, „Reaktion“ und „Neutralität und Konnotation“ der Therapeuten. Die Kategorien werden im folgenden vorgestellt (zusammengefaßt in Tabelle 5).

Ratingskala für die Implikationen und Optionen:

Zu jeder Äußerung wurden von den Ratern im ersten Schritt die darin enthaltenen Implikationen formuliert. Anschließend wurde auf einer Skala eingeschätzt, welche Wahlmöglichkeiten in der Implikation angeboten wurden, diese Skala „Optionen“ war zwischen den Polen „deutlich einengend“ und „deutlich erweiternd“ vierfach gestuft. Diese Qualifizierung der Implikationen ist sehr bedeutsam, da die Suche nach Wirklichkeitsbeschreibungen, die die Optionen der Beteiligten erweitern, im oben definierten Sinne Kernstück von systemischer Therapie ist.

Ratingskalen für die Reaktionen:

a) Akzeptanz, Zurückweisung, Entwertung. Die Reaktionen, die jeweils auf die Äußerungen (d.h. auch auf die in ihr enthaltenen Implikationen) folgten, wurden hinsichtlich der Akzeptanz oder Zurückweisung vierfach gestuft eingeschätzt. Zusätzlich wurde noch eine Kategorie „Entwertung“ eingeführt, um Reaktionen, in denen der Gesprächspartner es vermied, auf die Äußerung überhaupt einzugehen, einschätzen zu können. Da die Kategorien „Akzeptanz, Zurückweisung, Entwertung“ als qualitativ unterschiedlich ange-

Tabelle 5
Das Kategorienschema im Überblick

1. ÄUSSERUNG (wörtlich oder inhaltlich zusammengefaßt)					
2. IMPLIKATIONEN (jeweils die Implikationen, die am zentralsten erscheinen)					
3. OPTIONEN (auf Implikationen bezogen)					
deutlich einengend	1	2	3	4	deutlich erweiternd
4. REAKTIONEN (auf Implikationen bezogen)					
Akzeptanz	()	()	()	()	
Ablehnung	()	()	()	()	
Entwertung	()	()	()	()	
	überhaupt nicht	wenig	etwas	sehr stark	
5. PROBLEMNÄHE (auf Äußerungen bezogen)					
Ablenkung	1	2	3	4	Fokussierung
6. NEUTRALITÄT (auf Äußerungen und Implikationen bezogen)					
deutlich neutral	1	2	3	4	deutlich parteilich
Therapeut steht am ehesten auf der Seite von Mutter (1) Vater (2) Regina (3)					
Therapeut verhält sich der Familie gegenüber neutral (4)					
7. KONNOTATION (auf Äußerungen und Implikationen bezogen)					
deutlich positiv	1	2	3	4	deutlich negativ
Konnotation bezieht sich v. a. auf Mutter (1) Vater (2) Regina (3) gesamte Familie (4)					

sehen werden können, werden sie jeweils getrennt erfaßt.

b) Problemnähe. Mit dieser Kategorie soll die Entfernung der jeweiligen Äußerung vom aktuellen Thema, um das es gerade im Gespräch geht, eingeschätzt werden, um die Bedeutsamkeit des jeweiligen engagierten Austausches einzuschätzen: bleibt die Äußerung beim Thema, fokussiert sie oder lenkt sie eher ab? Die Problemnähe aller Äußerungen im Familiengespräch wurde in ebenfalls vier Stufen zwischen „ablenkend“ und „fokussierend“ eingeschätzt. Diese Kategorie ähnelt der Entwertung, doch ist sie stärker auf der inhaltlichen Ebene von Kommunikation anzusiedeln: bleibt der Sender der konkreten Äußerung „am Ball“ oder springt er auf einen anderen Themenkomplex über?

Ratingskalen für die Therapeutenäußerungen:

a) Neutralität. Diese Kategorie beschreibt den Grad, in dem es dem Therapeuten gelingt, dem vorgestellten Problem gegenüber gelassen zu bleiben, die therapeutische Position zu wahren und sich nicht auf eine Seite ziehen zu lassen (Allparteilichkeit). In der Untersuchung wurde der Grad der gewährten Distanz zum Problem bzw. zu den einzelnen Beschreibungen eingeschätzt. Da diese Variable nur für die Therapeuten gilt, wurden nur die Therapeutenäußerungen eingeschätzt (vier-

fach gestuft von „deutlich neutral“ bis „deutlich parteilich“).

b) Konnotation. Diese Variable erfaßt, welche Konnotationen die Therapeuten in ihren Aussagen vornehmen. Die „Kunst“ systemischer Therapie besteht darin, ein Familienmitglied positiv zu konnotieren, ohne daß gleichzeitig ein anderes negativ definiert wird. Empathie für den einen darf nicht zu Lasten des anderen gehen. Wie auch mit der vorhergehenden Kategorie soll hiermit eine Möglichkeit gegeben werden, die Qualität der therapeutischen Interventionen einzuschätzen (vierfach gestuft von „deutlich positiv“ bis „deutlich negativ“). Bei den Kategorien Neutralität und Konnotation war anzugeben, auf wen in der Familie sich die Äußerung jeweils bezog (Mutter, Vater, Regina oder die gesamte Familie).

Auswertungsschritte

Auf der Grundlage dieses Kategorienschemas wurde in mehreren Auswertungsschritten die Mikroanalyse des Videobandes vorgenommen. In einem ersten Analyseschritt wurde eine Inhaltsangabe des Gesprächs mit einer groben Einteilung in sechs Gesprächsphasen (s. unten) sowie

eine vollständige Transkription vorgenommen.³

Das Transkript wurde anschließend in Sinneinheiten⁴ aufgeteilt. Jede Sinneinheit wurde zunächst von der Untersucherin, dann von zwei ausführlich in das Kategoriensystem eingearbeiteten Ratern auf die implizit unterliegenden Botschaften hin eingeschätzt. Anhand von Videoaufzeichnung und Transkript wurde jede Implikation diskutiert und schließlich angenommen, verworfen oder modifiziert. Dieses Vorgehen diente der Absicherung im Sinne einer konsensuellen Validierung.

Im nächsten Schritt wurde jede Äußerung und Implikation hinsichtlich der Kategorien eingeschätzt. Eine Überprüfung der Ratings erfolgte ebenfalls durch zwei (andere) Rater unabhängig voneinander. Die Interraterreliabilitäten (zwischen .71 und .93) waren befriedigend.

Beispiel für eine vollständige, geratete Transkription:
(Bitte beachten: die Kategorie „Reaktion“ schätzt jeweils die auf die Äußerung folgende Reaktion ein)

Ther. 2: Wie war das denn, als Sie (Regina) alleine waren?

Implikation: a) Reginas Initiative im Haushalt hängt mit der wohnlichen Situation zusammen.

b) Die Aktivität und Sorge der Mutter fördert die Passivität und Zurückhaltung von Regina.

Option: a) deutlich erweiternd
b) eher erweiternd

Reaktion: (Regina)
Akzeptanz: 3
Ablehnung: 2
Entwertung: 2

Problemnähe: 4

R.: Anfangs klappte das schon, später nicht mehr

Implikation: a) Neben der wohnlichen Situation spielt auch die zeitliche Situation für Reginas Initiative im Haushalt eine Rolle.

Option: deutlich erweiternd
Reaktion: (Therapeut 2)

Akzeptanz: 4
Ablehnung: 1
Entwertung: 1

Neutralität: 1

Ther. 2: Sie haben vier Jahre alleine gewohnt, wie haben Sie das während dieser Zeit gemacht?

Implikation: a) Reginas Initiative im Haushalt hängt mit der zeitlichen Situation zusammen.

Option: deutlich erweiternd
Reaktion: (Regina)

Akzeptanz: 4
Ablehnung: 1
Entwertung: 1

Problemnähe: 4

R.: Die ersten zwei Jahre kam ich gut zurecht.

Implikation: a) Es gibt Zeiten, wo Regina alleine zurechtkommt im Haushalt, aber auch Zeiten, wo sie die Hilfe anderer benötigt.

Option: deutlich erweiternd
Reaktion: (Therapeut 1)

Akzeptanz: 2
Ablehnung: 3
Entwertung: 4

Problemnähe: 4

Ther. 1: Und das ging so einigermaßen?

Implikation: a) Wenn Regina sagt „gut“, dann heißt das eher „einigermaßen“.

Option: deutlich einengend
Reaktion: (Regina)

Akzeptanz: 3
Ablehnung: 2
Entwertung: 2

Problemnähe: 4

R.: Ja

Implikation: a) Wenn Regina sagt „gut“, dann heißt das „einigermaßen“.

Option: deutlich einengend
Reaktion: (Eltern)

Akzeptanz: 1
Ablehnung: 3
Entwertung: 4

Problemnähe: 4

Mutter/Vater: Da hatte Regina auch nur ein kleines Zimmer

Implikation: a) Nach Maßstab der Eltern ist Regina noch zu keinem Zeitpunkt selbständig im Haushalt gewesen.

Option: deutlich einengend
Reaktion: (Therapeut 1)

Akzeptanz: 3
Ablehnung: 2
Entwertung: 1

Problemnähe: 3

Ther. 1: Aber das Zimmer sauberhalten, das ging?⁵

Implikation: a) Regina ist grundsätzlich in der Lage, ein Minimum an anfallenden Hausarbeiten zu bewältigen.

⁵ Offensichtlich möchte der Therapeut mit seiner Frage hier Zustimmung von den Eltern bekommen und einen Konsens herstellen. Dabei übernimmt er die Maßstäbe der Eltern und grenzt so die Fähigkeiten Reginas ein: Selbständigkeit bezieht sich auf das „Sauberehalten eines Zimmers“

b) Es gilt der Maßstab der Eltern, wie Regina beurteilt werden kann.

c) Es ist wichtig, die Zustimmung der Eltern zu bekommen.

Option: a) eher einengend
(s. Fußnote)

b, c) deutlich einengend

Reaktion: (Regina)

a) Akzeptanz: 4
Ablehnung: 1
Entwertung: 1

b, c) Akzeptanz: 3
Ablehnung: 2
Entwertung: 2

(Eltern)

a) Akzeptanz: 1
Ablehnung: 4
Entwertung: 3

b, c) Akzeptanz: 4
Ablehnung: 1
Entwertung: 1
Problemnähe: 4

Antworten: (gleichzeitig von allen Dreien):

R.: Ja

Implikation: Regina ist grundsätzlich in der Lage, ein Minimum an anfallenden Hausarbeiten zu bewältigen.

Option: eher einengend

Vater: Zum Teil.

Mutter: Regina wurde von ihrer Vermieterin als „schmuddelig“ bezeichnet.

Implikation: Nach Maßstab der Eltern ist Regina noch zu keinem Zeitpunkt selbständig im Haushalt gewesen.

Option: deutlich einengend

Reaktion: (Therapeut 2)

Akzeptanz: 3
Ablehnung: 2
Entwertung: 1

Problemnähe: 3

Ther. 2: Wie haben Sie (Regina) das genau gemacht, damals in Ihrer Wohnung? Die Wäsche haben Sie nach Hause gegeben, und saubergehalten haben Sie?

Implikation: Es ist wichtig vom Maßstab der Eltern auszugehen, und die Zustimmung der Eltern zu bekommen.

Option: deutlich einengend

Reaktion: (Regina)

Akzeptanz: 3
Ablehnung: 1
Entwertung: 1

Problemnähe: 4

R.: Anfangs schon, aber nicht mehr zum Schluß.

Implikation: Regina übernimmt den Blickwinkel der Eltern.

Option: eher einengend

Reaktion: (Therapeut 1)

Akzeptanz: 3
Ablehnung: 1
Entwertung: 1

Problemnähe: 4

³ Da es in der Darstellung auch dieser Arbeit nur darum geht, die Auswertungsmethode zu demonstrieren, wird auf die inhaltlichen Aspekte der Analyse nicht weiter eingegangen, auch wenn sie im Rahmen der Arbeit eine große Rolle spielten

⁴ Jede Äußerung, die eine in sich abgrenzbare Aussage darstellte, galt als zu analysierende Einheit

Tabelle 6
Im Gespräch verhandelte Grundbotschaften

Das Problem
1. Regina ist das Problem.
2. Die familiäre Interaktion ist das Problem.
3. Regina ist für die Probleme verantwortlich.
4. Die Krankheit ist für die Probleme verantwortlich.
5. Ein Problem oder Verhalten kann über die Zeit, den situativen und interaktionellen Kontext differenziert und spezifiziert werden.
Die Kontrolle
6. Ich bestimme den aktuellen Gesprächsinhalt.
7. Ich bestimme über die richtige Sichtweise.
8. Regina sollte kontrolliert werden.
9. Ich akzeptiere den Standpunkt des Gesprächspartners.
10. Die Meinungen, Sichtweisen von jedem Mitglied haben gleiches Gewicht.
11. Es gibt Spielregeln, an die man sich zu halten hat.
Die Ressourcen
12. Regina ist unabhängig.
13. Regina kann ihre Probleme selber lösen.
14. Die Eltern sind gute Eltern.
15. Wir Eltern sind uns einig.
16. Das Familiengespräch ist für die Familie positiv, wichtig und sinnvoll.
17. Es gibt positive Seiten an den Familienmitgliedern.
18. Es gibt keine positiven Seiten an Regina.
Die Klärung
19. Jedes Familienmitglied hat bestimmte eigene Erwartungen an das Familiengespräch.
20. Es ist wichtig, eigene Vorstellungen über sich, Bedürfnisse aneinander, Sichtweisen übereinander und Beziehungen zueinander zu klären.

Ther. 1: Was glauben Sie, woran das gelegen haben könnte?

Implikation: a) Der Therapeut bestätigt den Blickwinkel der Eltern, daß Regina nicht selbständig im Haushalt ist.
b) Es ist wichtig, daß Regina über die psychischen Hintergründe ihrer wechselnden Initiative im Haushalt reflektiert.

Option: a) deutlich einengend
b) eher erweiternd

Reaktion: (Regina)
Akzeptanz: 2
Ablehnung: 4
Entwertung: 3

Problemnähe: 4

Die gerateten Transkripte wurden hinsichtlich verschiedener Perspektiven ausgewertet, durch die jeweils eine unterschiedliche Analyseebene für das Gespräch deutlich wird.⁶

Grundbotschaften

Ähnlich wie in der ersten Studie bietet die Zusammenfassung der Implikatio-

⁶ Diese werden hier exemplarisch vorgestellt. Für Interessenten ist die Originalarbeit einsehbar (Schröder 1991)

nen einen schnellen Überblick über die in dem Gespräch verhandelten Themen. Da hier sämtliche Äußerungen geratet wurden, sind hier die „Grundbotschaften“, wie sie die Familie anbietet und wie sie die Therapeuten formulieren, zusammen aufgeführt (Tabelle 6).

Analyse hinsichtlich der Kategorien und Gesprächsphasen

In diesem Schritt wurden die im Gespräch verhandelten Themen differenziert aufgeschlüsselt und zwar auf der Ebene des Gesamtsystems und separat für die einzelnen Personen. Das Gespräch war anfangs in sechs Phasen aufgeteilt worden:

- Erwartungen an die Sitzung,
- Reginas Engagement im Haushalt,
- Positive Seiten aller Familienmitglieder,
- Bedeutung der Schwester Reginas,
- Reginas „Eßproblematik“,
- Zufriedenheit mit dem Familiengespräch.

Diese Aufteilung ermöglichte, zu betrachten, ob sich die Kategorien hin-

Fazit für die Praxis

Ziel der beiden beschriebenen Arbeiten war es, mögliche Analyse-schemata zu entwickeln, mit Hilfe derer sich zum einen die Komplexität therapeutischen Geschehens auf eine handhabbare Größenordnung reduzieren lassen kann und mit Hilfe derer es zum anderen möglich wird, „Therapieerfolg“ aus systemischer Perspektive zu qualifizieren. Die Analyse der in den jeweiligen Äußerungen enthaltenen Implikationen scheint dabei ein gangbarer Weg, das „Kerngeschäft“ von Therapie wissenschaftlich erfassbar zu machen, nämlich den engagierten Austausch von Wirklichkeitsbeschreibungen im therapeutischen Prozeß zu rekonstruieren. Der Vergleich unterschiedlicher Therapieformen oder Extremgruppenvergleiche gebesserter und nicht gebesserter therapeutischer Verläufe auf der Ebene der Implikationen dürfte zu interessanten und aussagefähigen Resultaten führen.

Die globale Einschätzung der Implikationen der therapeutischen Fragen/Interventionen, wie sie oben vorgenommen wurde, stellt dabei so etwas wie eine diagnostische „Lupe“, die anschließende feinere und differenzierte Kategorisierung so etwas wie ein „Mikroskop“ auf die Wechselseitigkeit der Interaktionsprozesse in der Therapie dar. Mit beiden Instrumenten läßt sich einschätzen, inwieweit der therapeutische Diskurs eine engagierte Qualität hat, innerhalb dessen es um die Veränderung von einengenden Wirklichkeitsbeschreibungen geht.

sichtlich der in den jeweiligen Phasen verhandelten thematischen Bereiche unterscheiden. Es zeigten sich deutliche Schwankungen in den einzelnen Gesprächsphasen und Kategorien. Zur Veranschaulichung sei hier für die Kategorie Optionen eine kurze Diskussion vorgenommen.

Insgesamt wird deutlich, daß sich in diesem Gespräch die Mehrzahl der Einschätzungen der Kategorie Optionen in problematischen Bereichen („eher einengend“ = 2)

bewegen. Nur in der dritten Gesprächsphase („Positive Seiten aller Familienmitglieder“) zeigen sich vermehrt Optionen in Richtung „eher erweiternd“, dies hat möglicherweise mehr mit dem spezifischen Thema zu tun als mit der Akzeptierung der Interventionen. Es gelingt dem therapeutischen System ganz offenbar nicht, im Gesprächsprozess in einen Prozeß von Beschreibungen einzutreten, der durch eine zunehmende Erweiterung der Optionen gekennzeichnet wäre. Erkennbar hohe Schwankungen verweisen dabei darauf, daß immer wieder Anläufe gemacht werden, erweiternde Interventionen anzubieten, jedoch gelingt es nicht, diese Angebote in einen gemeinsamen, neue Optionen erschließenden „Multilog“ zu überführen (ausführliche grafische Darstellung: Schröder 1991, S. 138ff).

Differenzierung hinsichtlich der Gesprächsteilnehmer

Wie auch bei den anderen Kategorien stellt sich hier die Aufgabe, die potentielle Vielfalt der möglichen Werte auf eine handhabbare Komplexität zu reduzieren. Eine Analyse der Gesamtzahl der Äußerungen für jeden Gesprächsteilnehmer ließ leicht erkennen, daß die Personen in sehr unterschiedlichem Ausmaß das Wort ergreifen, ein „engagierter Austausch“ im oben definierten Sinn fand praktisch nur zwischen Mutter und Therapeut 1 statt. Beide Therapeuten ver-

mitteln häufiger erweiternde Optionen, doch ist aus den Ergebnissen ist deutlich ablesbar, daß eher *sie* die Wirklichkeitsbeschreibungen der Familie übernehmen als umgekehrt. Durchgängig bleibt das Gespräch zwar problemnah, doch gelingt es nicht, in einen „Multilog“ einzusteigen, in den die Erweiterung von Möglichkeiten eingeführt wird. Ähnliche Ergebnisse fanden sich auch bei der Analyse bezogen auf die Einzelpersonen und auf die Variablen „Neutralität“ und „Konnotation“ der Therapeuten und folgender Reaktion der Familienmitglieder. Es besteht kein klares, förderliches, wechselhaftes Zusammenspiel zwischen Therapeuten und Familie. Positive Zusammenhänge mit erweiternden Optionen und vermehrt darauf folgenden akzeptierenden Reaktionen ließen sich nur für die dritte Gesprächsphase sichern.

Wir danken Jürgen Kriz, Osnabrück, und Jürgen Hargens, Meyn, für kritische Rückmeldungen zum Manuskript.

Literatur

Andersen T (1990) Das Reflektierende Team. Modernes Lernen, Dortmund
Braun-Brönneke A (1990) Die Familie im familientherapeutischen Prozeß. Osnabrück: Unveröffentlichte Diplomarbeit am Fachbereich Psychologie der Universität

Foerster H v (1988) Aufbau und Abbau. In: Simon F (Hrsg), S 19–33
Kriz J (1990) Pragmatik systemischer Therapie-Theorie II: Der Mensch als Bezugspunkt systemischer Perspektiven. System Familie 3: 97–107
Reiter L, Brunner E, Reiter-Theil S (Hg) (1988) Von der Familientherapie zur systemischen Perspektive. Springer, Berlin Heidelberg New York
Retzer A, Simon F, Weber G, Stierlin H, Schmidt G (1989) Eine Katamnese manisch-depressiver und schizo-affektiver Psychosen nach systemischer Familientherapie. Familiendynamik 14: 214–235
Schlippe A v, Kriz J (1993) Skulpturarbeit und zirkuläres Fragen. Integrative Therapie 19: 222–241
Schlippe A v, Kriz J (1996) Das „Auftragskarussell“ – eine Möglichkeit der Selbstsupervision in der systemischen Therapie und Beratung. System Familie 9: 106–110
Schlippe A v, Schweitzer J (1996) Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
Schmidt G (1985) Systemische Familientherapie als zirkuläre Hypnotherapie. Familiendynamik 10: 241–264
Schröder K (1991) Therapeutische Arbeit mit Familien am Landeskrankenhaus. Osnabrück: Unveröffentlichte Diplomarbeit am Fachbereich Psychologie der Universität
Simon F (Hrsg) (1988) Lebende Systeme. Springer, Berlin Heidelberg New York