

Stellungnahme zur Theorie und Praxis der Systemischen Therapie

zum

**Antrag auf Anerkennung der systemischen
Weiterbildung für den Erwerb des Zertifikats**

„Klinische/r Psychologe/in/Psychotherapeut/in BDP“

beim

**Berufsverband Deutscher Psychologinnen
und Psychologen (BDP)**

Antragsteller:

Arbeitsgemeinschaft Systemische Therapie (AGST)

**Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Familientherapie (DAF)
Dachverband für Familientherapie und systemisches Arbeiten (DFS)
Systemische Gesellschaft (SG)**

Verfasst im Auftrag der drei Fachverbände von
Dipl.-Psych. Dr. Dr. Guido Strunk, Forschungsinstitut für Systemwissenschaften, München (FIS)

in Zusammenarbeit mit
Dipl.-Psych. Dr. Marie-Luise Conen (DAF)
Dipl.-Psych. Anni Michelmann (DFS)
Dipl.-Psych. Dr. Kurt Ludewig (SG)

Literaturangabe:

Strunk, G. 1998. *Stellungnahme zur Theorie und Praxis der Systemischen Therapie zum Antrag auf Anerkennung der systemischen Weiterbildung für den Erwerb des Zertifikats "Klinische/r Psychologe/in Psychotherapeut/in BDP" beim Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen.*

INHALT

1. EINLEITUNG	2
2. THEORETISCHE GRUNDLAGEN.....	4
3. DIE SYSTEMISCHE THERAPIE	6
3.1 SYSTEMISCHES DENKEN	6
3.2 KLINISCHE THEORIE	9
3.3 STÖRUNGSBEGRIFF AUF GRUNDLAGE MATHEMATISCHER SYSTEMTHEORIEN	14
4. DIE PRAXIS DER SYSTEMISCHEN THERAPIE.....	16
4.1 THERAPEUTISCHE GRUNDHALTUNG UND BEZIEHUNGSGESTALTUNG	16
4.2 PRINZIPIEN SYSTEMISCHER PRAXIS	18
4.3 SETTING UND PRAXISVARIANTEN	22
4.4 INDIKATION UND ANWENDUNGSFELDER	24
5. ABGRENZUNG ZU ANDEREN THERAPIESCHULEN.....	27
5.1 WAS IST NEU AM SYSTEMISCHEN ANSATZ?	27
5.2 ABGRENZUNG ZUR VERHALTENSTHERAPIE	31
5.3 ABGRENZUNG ZU TIEFENPSYCHOLOGISCH FUNDIERTER PSYCHOTHERAPIE.....	33
5.4 ABGRENZUNG ZUR GESTALTHERAPIE	36
5.5 ABGRENZUNG ZUR GESPRÄCHSPSYCHOTHERAPIE	38
6. WIRKSAMKEITSNACHWEISE DER SYSTEMISCHEN THERAPIE.....	40
6.1 SEKUNDÄRANALYSEN ZUR SYSTEMISCHEN THERAPIE.....	41
6.2 EIN ÜBERBLICK ÜBER 16 NEUERE KONTROLLIERTE STUDIEN	43
7. DER INSTITUTIONELLE RAHMEN DER SYSTEMISCHEN THERAPIE (STAND 1998).....	60
7.1 WEITERBILDUNG	60
7.2 VERBÄNDE	63
7.3 PUBLIKATIONEN	63
7.4 TAGUNGEN	64
7.5 INTERNATIONALE ZUSAMMENARBEIT	64
8. GRUNDLEGENDE LITERATUR UND LEHRBÜCHER ZUR SYSTEMISCHEN THERAPIE (STAND 1998).....	65
9. KONTROLLIERTE SYSTEMISCHE THERAPIESTUDIEN DER LETZTEN JAHRE (STAND 1998)	67
10. AUSWAHL NICHTKONTROLLIERTER SYSTEMISCHER THERAPIESTUDIEN (STAND 1998).....	69
11. AUSWAHL MATHEMATISCH-SYSTEMTHEORETISCHER ARBEITEN.....	71
12. LITERATURLISTE DER GESAMTEN IN DIESER ARBEIT ZITIERTEN LITERATUR.....	74

1. Einleitung

Die Systemische Therapie ist historisch aus den Familientherapien hervorgegangen, kann aber als deren Weiterentwicklung betrachtet werden. Sie ist in ihrem aktuellen Verständnis ein eigenständiges Psychotherapie-Verfahren mit eigener klinischer Theorie und Methodologie.

Die wissenschaftliche Begründung der Systemischen Therapie wurzelt in einem theoretischen Bezugsrahmen - „Systemisches Denken“ -, der in den letzten Jahren in wissenschaftlichen Fachkreisen unterschiedlicher Ausrichtung zunehmende Beachtung gefunden hat. Diese Denkweise fasst im wesentlichen Gedanken und Konzepte konstruktivistischer Erkenntnistheorie und moderner Systemtheorie zusammen.

Damit gibt es vielfältige interdisziplinäre Bezüge zur Mathematik und den Naturwissenschaften, etwa zur mathematischen Theorie nichtlinearer dynamischer Systeme, der theoretischen Biologie (Autopoiese), der theoretischen Physik (Kybernetik und Synergetik), der theoretischen Chemie (Theorie dissipativer Strukturen) und zu den Sozialwissenschaften (Theorie selbstreferentieller Systeme, Kommunikations- und Dialogtheorie).

Psychotherapeutische Verfahren entwickelten sich historisch auf der Grundlage eines individuumzentrierten Krankheitsmodells, welches bis heute als das vorherrschende betrachtet werden kann. Jedoch kam es schon früh zu vereinzelt praktischen Versuchen mit familientherapeutischen Settings und Behandlungsmethoden, so z.B. in den individualpsychologisch geleiteten Familienberatungsstellen im Wien der 20er Jahre (vgl. Bruder-Bezzel, 1991) oder in Freuds Behandlung des „kleinen Hans“, die ja eher die Behandlung dessen Vaters war. Aber erst seit den 50er Jahren begannen familientherapeutische Verfahren sich allmählich durchzusetzen.

Die Familientherapien entwickelten sich aus den verschiedenen individuumzentrierten Ansätzen, so auch der Psychoanalyse, der Verhaltenstherapie und humanistischen Ansätzen. Analytisch stand zunächst die Mutter-Kind-Dyade im Vordergrund. Bald verschob sich jedoch der Fokus auf die gesamte Familie. Dabei wird das Familienmitglied, welches traditioneller Weise als Patient¹ bezeichnet wird, als „Symptomträger“ aufgefasst. Da Familien- oder Paarbeziehungen auf vielerlei Art „gestört“ sein können, wurden je nach Schulzugehörigkeit verschiedene diagnostische Familien-Typologien entwickelt.

Neben einer Übertragung von individuumbezogenen Konzepten auf die Familien (z.B. Persönlichkeitsmerkmale wie „hysterische Familie“), wurde zunehmend nach eigenständigen theoretischen Konzepten für Mehrpersonenkonstellationen gesucht. So kam es zu einer Anbindung an die aus den Naturwissenschaften stammenden Konzepte der Systemtheorie. Erste Erfolge des systemtheoretischen Denkens in der Psychologie brachten die Ansätze der Kommunikationstheorie (Watzlawick). Damit ließ sich z.B. eine Familie als System begreifen, das sein inneres Gleichgewicht wahrt, indem es spezifischen Beziehungsregeln folgt. „Mit der Kommunikationspsychologie vollzog sich der entscheidende Übergang zum transpersonalen Denken. [...] Die Systemtheorie machte es möglich, menschliches Verhalten als eigenständiges, überindividuelles Phänomen zu beschreiben, das sich aus seinem jeweiligen *Kontext* erklären ließ. Damit war das psychologische Denken um die Dimension des Kontextuellen erweitert, hatte den Schritt zur *Systemwissenschaft* vollzogen“ (Ludewig, 1992, S. 42).

Die Entwicklung zur *Systemischen Therapie* vollzog sich jedoch erst in einem weiteren Schritt, der historisch zwar als logische Weiterführung des eingeschlagenen Weges er-

¹ Personenbezogene Begriffe beziehen sich natürlich auf beide Geschlechter.

scheint, in seinen Folgen aber als so umwälzend anzusehen ist, dass sich eine eigenständige psychotherapeutischen Behandlungsform entwickelte: Die Familientherapie vollzieht den Übergang vom individuumzentrierten Ansatz zur Mehrpersonenkonstellation, indem sie die Zuschreibung einer Störung zu einer Person (ein Familienmitglied) durch andere Personen (die Familie) relativiert und nun ihrerseits der Familie als ganzer diese Störung zuweist. Die Systemische Therapie hinterfragt auch diese Zuschreibung, indem sie sich eine umfassende erkenntnistheoretische Position zu eigen macht, die des Konstruktivismus (zur Entwicklung der Systemischen Therapie als eigenständigem Ansatz vergleiche z.B. Ludewig, 1992; Reiter, 1994; von Schlippe & Schweitzer, 1996).

2. Theoretische Grundlagen

Der Konstruktivismus hat als erkenntnistheoretische Position eine lange Geschichte. Bereits Kant hat seine „Kritik der reinen Vernunft“ begonnen mit der Feststellung, „daß die Dinge, die wir anschauen, nicht das an sich selbst sind, wofür wir sie anschauen [...] und als Erscheinungen nicht an sich selbst, sondern nur in uns existieren können“ (Kant, 1983, B 59). Eingang in die theoretischen Grundlagen der Systemischen Therapie fanden vor allem die Arbeiten der Biologen Humberto Maturana und Francisco Varela sowie des Soziologen Niklas Luhmann. Alle drei Theoretiker können als Systemtheoretiker und Begründer moderner Systemtheorien aufgefasst werden (Grundlegende Arbeiten: Maturana, 1982; Maturana & Varela, 1987; Luhmann, 1984).

Als Neurobiologe beschäftigt sich Maturana mit Erkenntnisprozessen und Kognitionen von Individuen. Der Systembegriff umfasst damit allgemein biologische Systeme, wie z.B. das menschliche Nervensystem. Aus der biologischen Perspektive erscheint das Nervensystem in sich operational geschlossen. Alle im weitesten Sinne kognitiven Operationen finden in ihm - und nur in ihm - statt. Nervenimpulse können sich immer nur auf Nervenimpulse beziehen. Daher bilden die folgenden vier Thesen den Kern der Kognitionstheorie Maturanas (1982):

1. Menschliches Erkennen ist ein biologisches Phänomen, das nicht durch die Objekte der Außenwelt, sondern durch die *Struktur des erkennenden Organismus determiniert wird*.
2. Menschen haben ein *operational und funktional geschlossenes* Nervensystem, das nicht zwischen internen und externen Auslösern differenziert; daher sind Wahrnehmung und Illusion, innerer und äußerer Reiz im Prinzip ununterscheidbar.
3. Menschliche Erkenntnis resultiert aus „privaten“ Erfahrungen, ist als Leistung des Organismus grundsätzlich *subjektgebunden* und damit unübertragbar. „Private Erfahrungen“ können jedoch kommuniziert werden.
4. Der Gehalt kommunizierter Erkenntnisse richtet sich nach der *biologischen Struktur des Adressaten*. Das heißt, dass der kommunikative Austausch von Erfahrungen beim Adressaten die Fähigkeit voraussetzt, diese Erfahrungen zumindest prinzipiell, d.h. kognitiv und auch emotionell, „nachvollziehen“ zu können. Da in einer Kommunikation nämlich zumindest zwei autonome Systeme aufeinander treffen, ist eine gewisse sog. „strukturelle Ähnlichkeit“ der beiden Systeme für das Gelingen der Kommunikation grundsätzlich unerlässlich.

Diese Positionen finden sich ähnlich auch in psychologischen Theorien, z.B. in Piagets Entwicklungstheorie, in Informationsverarbeitungsansätzen, sowohl der Allgemeinen als auch der Entwicklungspsychologie. Der Mensch als informationsverarbeitendes System gilt in diesen Ansätzen, als aktiver „Erfinder“ seiner Umwelt, die zwar außerhalb seiner selbst wahrgenommen wird, aber nur „in ihm“ gedeutet und erfahren oder erklärt werden kann.

Für die Systemische Therapie bedeutet diese Erkenntnisposition eine aufklärerische Stärkung des Individuums, welches in diesem Lichte als aktiver sinngebender Erfinder und damit als Gestalter seiner Welt erscheint. Ähnlich werden die Folgerungen für die Intervenierbarkeit in lebende Systeme verstanden. Die Möglichkeit einer direkten kausalen Steuerung eines Individuums wird grundsätzlich in Frage gestellt. Psychotherapie muss sich an den Bedürfnissen und Motivationslagen der als autonom verstandenen Klienten orientieren. Dies belegt in den letzten Jahren zunehmend die Psychotherapie-

forschung (Orlinsky & Howard, 1986; Ambühl & Grawe, 1988). In der Systemischen Therapie wird dieser Umstand nicht nur beschrieben und zur Kenntnis genommen, sondern theoretisch schlüssig begründet und gezielt zur Methode der Behandlung erhoben.

Die Systemische Therapie kann jedoch nicht allein aus der Theorie autopoietischer Systeme nach Maturana begründet werden. Zwar beschreibt Maturana nicht nur allgemein biologische Systeme, sondern zudem die besonderen Eigenschaften von Menschen (eigenständiger Phänomenbereich des Humanen), indem er sie als Gemeinschaftswesen kennzeichnet und ihre besonderen kommunikativen Bedürfnisse - er spricht vom Menschen als einem „*linguierenden und emotionierenden System*“ - hervorhebt, dennoch bleibt der Fokus der Theorie das autonome biologische System.

Der Soziologe Niklas Luhmann (1984) überträgt Maturanas Ansatz auf soziale Systeme. Der Mensch selber wird nicht mehr auf seine biologischen Funktionen reduziert, vielmehr ist vom biologischen System ein psychisches System zu unterscheiden (Bewusstseinsfunktionen). Treten Menschen in Interaktion, so entsteht zudem ein qualitativ neues System, nämlich ein *durch die Interaktion definiertes soziales System*. Diese Trennung der Ebenen wird von Luhmann selbst am treffendsten beschrieben, indem er definiert: „Wir gehen davon aus, dass die sozialen Systeme nicht aus psychischen Systemen geschweige denn aus leibhaftigen Menschen bestehen“ (Luhmann, 1984, S. 346), sondern aus Kommunikationen. Luhmann definiert diese drei Systeme nach den Prinzipien, die Maturana für biologische Systeme postuliert. Jedes dieser Systeme ist in sich operational geschlossen. So finden biologische Vorgänge nur auf biologischer Ebene statt. Bewusstseinsinhalte sind auf das Bewusstsein beschränkt und Kommunikation bezieht sich auf Kommunikation. Solche nur auf sich selbst bezogenen Systeme werden als *selbstreferentielle Systeme* bezeichnet. Trotz der operationalen Geschlossenheit ist jedes der Systeme durch die anderen „verstörbar“. Damit ist gemeint, dass die biologischen Vorgänge, obwohl sie den Menschen als Lebewesen definieren, sein Denken oder Fühlen nicht direkt determinieren aber unspezifisch beeinflussen.

Die Konzepte von Maturana und von Luhmann bilden den metatheoretischen Rahmen, vor dessen Hintergrund für die Systemische Therapie verschiedene klinisch relevante Settings, Methoden, Praxisvarianten, Supervisionskonzepte und auch außerklinische Anwendungen in anderen Bereichen, z.B. der Organisationsentwicklung, ausgearbeitet wurden und werden.

Die Einflüsse auf die Systemische Therapie können jedoch nicht allein mit den beiden genannten Ansätzen erschöpfend umschrieben werden. Die Einflüsse, die das inzwischen breite Spektrum der Systemischen Theorie und Praxis anregen, zählen anthropologische Arbeiten (z.B. Gertz, 1973; Foucault, 1978), Bezüge zur postmodernen Philosophie (z.B. Derrida, 1988; Lyotard, 1984), der Dialogtheorie und narrativen Ansätzen (z.B. Rorty, 1979; Gadamer, 1988), Strömungen des sozialen Konstruktivismus (z.B. Shotter, 1993; Gergen, 1994) und physikalisch-mathematische Systemtheorien über nichtlineare dynamische Systeme (z.B. Haken, 1992; Prigogine, 1987).

3. Die Systemische Therapie

Die Systemische Therapie verfügt über eine eigenständige klinische Theorie, die auf Grundlage der allgemeinen Systemtheorien entwickelt wurde. Sie verfügt über ein differenziertes Menschenbild, aus dem sich therapeutische Grundhaltungen, methodische und ethische Implikationen ergeben.

Sowohl in ihrem Verständnis vom Menschen, als auch in ihrer klinischen Theorie unterscheidet sich die Systemische Therapie grundsätzlich von tiefenpsychologischen, verhaltenstherapeutischen, gesprächstherapeutischen Verfahren und der Gestalttherapie. Die Systemische Therapie weist eine eigene Praxeologie auf. Es lässt sich beobachten, dass andere Schulen der Psychotherapie sich immer häufiger systemischen Instrumentariums bedienen (z.B. Kotje-Birnbacher, 1997).

„Das Feld der systemischen Psychotherapie stellt zweifelsohne eine der wesentlichen therapeutischen Schulrichtungen der Gegenwart dar, die in ihrer kurzen Geschichte einen beeindruckenden Elaboriertheitsgrad in Praxis und Theorie erreicht hat“ (Schiepek, 1993, S. 8).

In ihrer klinischen Theorienbildung stützt sie sich im wesentlichen auf die genannten systemtheoretischen Ansätze, die einen Rahmen bestimmen, der Systemische Therapie als übergreifenden Ansatz kennzeichnet. Systemische Psychotherapie ist kein eklektisches Sammelbecken unterschiedlicher Systemtheorien. Vielmehr leitet sich aus den allgemeinen erkenntnistheoretischen Sichtweisen eine Grundausrichtung ab, die genügend weit ist, um eine Vielfalt von Praxisvarianten und theoretischen Innovationen zu ermöglichen.

So versteht sich Systemische Psychotherapie nicht als einseitige Rezipientin wissenschaftlicher Forschung, sondern stellt ihrerseits Forschungs- und Untersuchungsmöglichkeiten von therapeutischen Prozessen und von medizinischen wie von psychosozialen Versorgungsstrukturen bereit, die sich auf dem *Systemischen Denken* begründen. Die Systemische Psychotherapie verfolgt eine forschungsfreundliche Politik und unterstützt die Kooperation zwischen Praxis- und Forschungseinrichtungen.

3.1 Systemisches Denken

„Unter *systemisch* wird hier eine allgemeine Sichtweise der Welt verstanden, die Systeme zur Einheit ihres Denkens macht. Diese Sicht impliziert eine Theorie des Seins, des Erkennens und des Werdens, die als Orientierung für die Praxis des Lebens dient“ (Ludewig, 1987, S. 180).

Systeme als Einheiten des Denkens werden immer von einem denkenden Individuum hervorgebracht. Auf einer abstrakten Ebene bedeutet daher *Systemisches Denken* zunächst die Anerkennung, dass Systeme die Konstruktionen von „Beobachtern“ sind. Daher ist ein *System* eine durch einen „Beobachter“ hervorgebrachte Einheit, die er als zusammengesetzt betrachtet.

Die Realität, auf die sich der „Beobachter“ bei der Konstruktion von Systemen stützt, ist nicht objektivierbar. Sie stellt zunächst allein eine private Weltsicht dar.

Dennoch sind Konstruktionen kommunizierbar. „Beobachter“ sind keine solipsistischen Wesen, die einsam in sich abgeschlossen existieren. Sie sind vielmehr mit anderen Beobachtern sprachlich gekoppelt.

Ein „Beobachter“ ist also ein autonom organisiertes (*autopoietisches* und daher *struktur-determiniertes*) Lebewesen und damit von außen weder instruierbar noch bestimmbar, sondern allenfalls *verstörbar* (dieser Aspekt der autonomen „Selbstorganisation“ zeichnet zunächst jedes Lebewesen aus). Die spezifisch menschlichen Eigenschaften eines Beobachters ergeben sich aus seinen Möglichkeiten sich mit anderen „Beobachtern“ durch Sprache strukturell zu koppeln (der Mensch als *linguierendes* und *emotio-nierendes System*, s. o. S. 5).

Der so definierte Rahmen eines *Systemischen Denkens* bildet die Brille, durch die ein Systemischer Therapeut die Welt sieht. Jede Meinung, jede Aussage, jede Feststellung, jedes Verhalten, ob vom Therapeuten selbst oder vom Klienten, ob von Institutionen, Gruppierungen (politisch oder nicht), von Medien, oder auch von Wissenschaftlern oder einer *scientific community*, sind Aussagen oder Verhaltensweisen autonomer Systeme. Systemisches Denken umfasst, nicht nur einzelne Personen. Nach Luhmann (1984) lassen sich größere soziale Einheiten anhand ihrer Kommunikationen ebenfalls als autonome Systeme auffassen. So definiert sich z.B. das soziale System einer Jugendkultur durch ihren besonderen Gebrauch von Sprache und Redewendungen, der abgrenzt und „Themen“ ihres „Lebensgefühls“ umschreibt.

Vor diesem Hintergrund ist einem Systemischen Therapeuten bewusst, dass auch Therapie als ein autonomes System verstanden werden kann. Therapeut und Klient bilden ein kommunikatives System über ein gemeinsames Thema, nämlich ein leidvoll erlebtes Problem und dessen Linderung. Systemisches Denken operiert häufig mit der Einsicht, dass diese gemeinsame therapeutische Kommunikation auch nur ihrer eigenen operativen Logik folgen kann. Ein Systemischer Therapeut sucht daher durch geeignete Methoden, z.B. auch durch personelle Unterstützung zusätzliche „Beobachter“ in die Therapie mit einzubauen. Darauf begründen sich verschiedene Praxisformen Systemischer Therapie, wie z.B. die Anwesenheit eines therapeutischen Teams (s. u. S. 22).

Aus dem Systemischen Denken folgt zudem, dass auf Seiten der Hilfesuchenden ebenfalls ein System in der Therapie zugegen ist, unabhängig davon, ob es sich dabei um eine Einzelperson, eine Familie oder eine andere soziale Einheit handelt. Da nach Luhmann mindestens drei Systemklassen unterschieden (biologisches-, bewusstseins-, sozial-kommunikatives System), diese aber jeweils mit den gleichen theoretischen Begriffen beschrieben werden können, kann ein einzelner Klient ebenso als System verstanden werden, wie z.B. eine Familie. Da jeder Indexklient definitionsgemäß ein „Beobachter“ ist, besitzt er außerdem eine kognitive und kommunikative Repräsentation jener Personen, die im Umfeld seines Problems, bzw. seiner Störung eine Rolle spielen. Sind diese Personen in der Therapie nicht zugegen, so bezieht der Systemische Therapeut sie über die internalisierten Repräsentationen des Klienten dennoch mit ein.

Im Unterschied zu Verfahren, die auf Individuen oder auf bestimmte Mehrpersonen-Settings ausgerichtet sind (Gruppen-, Paar- und Familientherapie), setzt Systemische Therapie kein bestimmtes Setting voraus. Sie eignet sich vielmehr für die klinische Arbeit mit allen Hilfesuchenden, also sowohl mit Paaren, Familien, Gruppen und anderen sozialen Systemen, wie z.B. Heimen und Schulklassen, als auch mit einzelnen Individuen (vgl. Weiss & Haertl-Weiss, 1988).

Die Systemische Therapie bietet damit den theoretischen Rahmen für die folgenden Anwendungsformen:

- Systemische Psychotherapie (Einzelpsychotherapie)
- Systemische Paartherapie

- Systemische Familientherapie
- Systemische Gruppentherapie

Parallel zu diesen Unterteilungen haben sich systemische Ansätze auch in verschiedenen anderen Kontexten bewährt. Systemisches Arbeiten umfasst damit auch Systemische Organisationsberatung und Systemische Supervision (Brandau, 1991; Kronbichler, 1993; Schiepek 1994; von Schlippe & Schweizer, 1996; verschiedene Anwendungsfelder Systemischer Therapie und Beratung finden sich auch in Kapitel 4.4, S. 24ff dieser Stellungnahme)

3.2 Klinische Theorie

Systemisches Denken liefert einen Rahmen für eine Weltsicht und die Interpretationsmöglichkeit für verschiedene andere Weltsichten. Damit ist *Systemisches Denken* nicht auf Therapie beschränkt. Um das *Systemische Denken* jedoch konkret auf die Psychotherapie zu beziehen, hat die Systemische Therapie, aufbauend auf den theoretischen Kernannahmen, eine eigenständige klinische Theorie entwickelt. Elemente einer umfassenden Konzeptualisierung einer klinischen Theorie aus systemischer Perspektive liegen vielfältig in der entsprechenden Literatur vor. Den Versuch, diese Elemente zu einer übergreifenden klinischen Theorie zusammenzufassen, unternahm Kurt Ludewig 1992. Einige zentrale Bestandteile dieses Konzeptes werden hier exemplarisch vorgestellt:

3.2.1 Das Mitglied-Konzept

Um die in der Biologie bewährten Konzepte Maturanas und die aus der Soziologie stammende Theorie Luhmanns für eine klinische Theorie nutzen zu können, wurde die Einführung des Konzepts des „*Mitglieds*“ vorgeschlagen (Ludewig, 1992, S. 109f).

Menschen verhalten sich aus systemischer Sicht weniger nach einem festen Programm, wie es ein Rollenbegriff nahe legen würde, sondern eher flexibel, autonom, rekursiv und auf unterschiedliche Themen bezogen. Als der flexiblere Begriff wurde daher der Begriff des *Mitglieds* definiert. Ein *Mitglied* ist nicht ein Mensch, so wie auch eine Rolle kein menschliches Wesen ist. Ein Mensch verkörpert vielmehr eine Mitgliedschaft. Die Mitgliedschaft ihrerseits moduliert das Bild, das ein „Beobachter“ von der entsprechenden Person erhält. So verkörpert jemand, der mit seiner Frau über seine Kinder spricht ein andere Mitgliedschaft, als wenn er wenig später mit seinem Chef über einen Auftrag redet. Ein Mensch verkörpert eine Mitgliedschaft im Rahmen einer Kommunikation. Genauer gesagt, generiert das Mitglied die Kommunikation. Aus dieser Kommunikation kann ein „Beobachter“ die aktuelle Mitgliedschaft eines Menschen erschließen. Damit qualifiziert die Kommunikation die *Mitglieder*, welche die Kommunikation ihrerseits generieren. Kommunikation, wenn sie gelingt, generiert wiederum eine *Sinngrenze*, das „Thema“. Die genannten Zusammenhänge beschreiben im Verständnis der Systemischen Therapie ein allgemeines Konzept für soziale Systeme: *Soziale Systeme entstehen immer dort, wo Kommunikation gelingt, und sich so eine Sinngrenze bildet. Diese Kommunikation qualifiziert Mitglieder, die von den kommunizierenden Individuen verkörpert werden.*

„Die Unterscheidung zwischen Mensch und Mitglied befreit von der Annahme, die Therapie müsse Menschen verändern. Angestrebt wird vielmehr, leidvolle Mitgliedschaften in Problemsystemen zu beenden“ (Ludewig, 1992, S. 114).

Die Einführung des Mitgliedkonzeptes bringt für die Definition sozialer Systeme im Rahmen einer klinischen Theorie noch weitere Vorteile und Folgerungen, auf die hier nicht näher eingegangen werden kann. Erwähnt werden soll jedoch zumindest, dass Maturanas biologische und Luhmanns soziologische Theorien durch dieses Konzept logisch widerspruchsfrei für die Psychotherapie verbunden werden (für eine Begründung siehe Ludewig, 1992, S. 91ff und S. 107ff).

3.2.2 Der Gegenstand der systemischen klinischen Theorie als kommunikativer Prozess

Üblicherweise bildet den Kern einer klinischen Theorie die Theorie über die Genese der zu behandelnden Störung. Hier wird vor dem Hintergrund des *Systemischen Denkens* und des *Mitgliedkonzeptes* jedoch ein Ansatz vertreten, welcher sich grundlegend von den traditionellen Vorstellungen verabschiedet. Die Aussage, dass ein Mensch eine psychische Störung *besitzt*, oder gar psychisch gestört *ist*, ist aus systemischer Sicht eine beobachterabhängige Aussage. Auch wenn es sich bei dem „Beobachter“ um einen klinisch geschulten Diagnostiker handelt, kann dieser seine Beobachtung wohl begründen, jedoch nicht beweisen. Über die Beobachterabhängigkeit von diagnostischen Prozessen ist in der Klinischen Psychologie und der Psychiatrie immer wieder gestritten worden, z.B. im Zuge der Psychiatriekritik der 70er Jahre. Diese Diskussion wird von der Systemischen Therapie nicht wieder aufgerollt. Die Systemische Therapie stellt vielmehr eigene, systemische Diagnosemethoden zur Verfügung (z.B. Schiepek, 1986, 1991; Ludewig et al. 1983; Gehring, 1993) und ist in der Lage mit Klassifikationen wie dem ICD oder dem DSM zu arbeiten, indem sie konsequent, auch dem Klienten gegenüber jede Diagnostik als Möglichkeit und nicht als Gewissheit so zum Thema der Behandlung macht, dass alternative Sichtweisen im Sinne einer Umdeutung möglich werden. Diagnosen mit *objektivem Existenzanspruch* und der Klassifizierung eines Menschen als gestört, werden von der Systemischen Therapie aus theoretischen und pragmatischen Gründen nicht genutzt.

Ausgangspunkt systemischer Konzepte war die Feststellung, dass viele Hilfesuchende unabhängig von übergeordneten Normen bestimmte beunruhigende Situationen als therapiebedürftiges Problem deuten (Goolishian & Anderson, 1988). Nehmen Menschen ein leidvoll erlebtes Problem wahr, so löst dies u.U. vermehrte aktive Auseinandersetzung mit der „Störung“, sowohl kognitiv als auch kommunikativ aus. Es kommt zu zunehmenden emotionalen Verunsicherungen. Unabhängig davon, ob diese Person das „Problem“ aktiv gegenüber Menschen ihres Vertrauens zum Thema eines sozialen Systems macht, oder ob es zum Thema wird, weil gerade dies vermieden wird: *ein Problem wird zu einem „relevanten“ Problem, indem es - wie auch immer - das Thema eines sozialen Systems wird.*

Während so zum einen auf die kommunikativen Aspekte verwiesen wird, steht jedoch im Mittelpunkt ein leidvoll erlebtes Problem. Die Kommunikationsinhalte des sozialen Systems sind daher zum anderen stark emotionaler Natur. Beide Aspekte, Kommunikation und Emotion kennzeichnen den von Maturana beschriebenen eigenständigen Phänomenbereich des Humanen (der Mensch als linguierendes und emotionierendes System). Während in der Systemischen Therapie zunächst die kommunikativen Merkmale sozialer Systeme im Vordergrund standen, widmet sich die Theoriebildung nun zunehmend spezifisch emotionalen Konzepten (vgl. Welter-Enderlin, 1996; Levold, 1997; Ludewig, 1997).

Analog zu diesen Vorüberlegungen können vier Phasen, wie folgt, zu vier verschiedenen sozialen Systemen ausdifferenziert werden.

1. **Problemsystem.** Ein Sachverhalt wird kommunikativ als „Problem“ und damit als unerwünscht bewertet.
2. **Hilfesuchendes System.** Die Betroffenen meinen, ihre Lage nicht aus eigener Kraft ändern zu können und beschließen, professionelle Hilfe zu suchen.

3. **Klinisches System.** Hilfesuchende und Helfer klären die Situation im Gespräch, um Maßnahmen einzuleiten, die geeignete Instanz zu bestimmen und die Hilfesuchenden an diese Instanz zu verweisen.
4. **Therapiesystem.** Im Falle einer Therapie bilden Hilfesuchende und klinische Helfer ein System mit einem gemeinsam formulierten Thema - dem „Therapieauftrag“, den die Therapeuten mit den Klienten erarbeitet haben (vgl. Ludewig, 1992, S. 114).

Die Unterscheidung dieser vier Phasen und der entsprechenden Systeme hat weitreichende Konsequenzen für die Systemische Therapie:

1. Die theoretische Ausarbeitung zum *Problemsystem* stellt die eigentliche Störungstheorie der systemischen Therapie dar (siehe dazu unten).
2. Arbeiten zum *klinischen System* führen zu der Unterscheidungen verschiedener psychosozialer Hilfesysteme. So werden bei Ludewig (1992) vier Grundarten professionellen Helfens im Rahmen klinischer Hilfesysteme unterschieden (Anleitung, Beratung, Begleitung und Therapie). Sie dienen als Rahmen zur Reflexion des Hilfsangebotes, darauf hin, ob es im Interesse der Hilfesuchenden angelegt ist, oder ob vom Helfer eher eigene Ziele verfolgt werden. Diese Konzepte betreffen die Beziehungsgestaltung in der Systemischen Therapie. Zudem begründen sie die Nützlichkeit systemischer Konzepte im Bereich der Koordination verschiedener Helfersysteme, z.B., etwa in der gemeindepsychologischen niederschweligen Hilfe, der Jugendhilfe oder in der Arbeit mit multiprofessionellen Teams.
3. Ausarbeitungen zum *Therapiesystem* umfassen Arbeiten zur Beziehungsgestaltung zwischen Therapeuten und Klienten ebenso wie ethische Richtlinien, und natürlich die Begründung der verschiedenen Praxisformen und Verfahren der Systemischen Therapie und der Systemischen Supervision.

Die Darstellung der Arbeiten zu allen vier Phasen würde den Rahmen dieses Papiers bei weitem sprengen, daher soll hier nur auf die Störungstheorie eingegangen werden. Die folgende Darstellung der systemischen Störungstheorie orientiert sich weitgehend an Ludewig (1992, S. 116ff).

3.2.3 Problemsysteme

Problemsysteme sind eigenständige Soziale Systeme, die kommunikativ im Umkreis von Problemen entstehen. Unter einem „Problem“ versteht man zunächst jedes Thema einer Kommunikation, die etwas als unerwünscht (schwierig, hinderlich, falsch, störend, unpassend usw.) und veränderbar wertet - das heißt, für veränderungsbedürftig und -fähig hält. Die genannte Definition schließt alle im Alltag als problematisch - oder unerwünscht und veränderbar - betrachteten Sachverhalte ein. Unabänderliches (wie manche Umweltbedingungen, körperliche Defekte, chronische Erkrankungen usw.) werden demgegenüber als „*Schwierigkeiten*“ bezeichnet. Sie werden nur dann zu Problemen, wenn man darüber kommuniziert, sei es im Hinblick auf Veränderung (etwa: „Ich will kein Diabetiker sein“) oder was die Folgen angeht („Ich will kein Insulin spritzen“).

Im Rahmen der klinischen Theoriebildung muss zudem Beachtung finden, dass Sachverhalte solange keine behandelbaren Probleme bilden, solange sie von den Betroffenen nicht als solche benannt werden. Dies führt besonders im Zwangskontext, z.B. in der Therapie mit Gewalttätern zu wichtigen Folgerungen. Sie betreffen den Konflikt zwi-

schen dem institutionellen Auftrag, der Therapie als Maßnahme fordert, beim Klienten aber keine Problemeinsicht voraussetzen kann. Im Zwangskontext erweitert sich das klinische System aus Therapeut und Klient um die Institution. Ähnliches gilt für alle üblen Schicksale, die außer „einsamen“ Klagen keine kommunikativen Folgen haben. Setzt sich aber der Klagende - der auch ein Außenstehender, z.B. ein Vertreter sozialer Ordnungsinstanzen sein kann - in der Kommunikation durch, kann ein *Problemsystem* entstehen. Wird es von einem Außenstehenden begründet, z.B. im Zwangskontext, spricht man von einem *fremdinduzierten Problemsystem* (zur Diskussion von Systemischer Therapie im Rahmen von Zwangskontexten vgl. Levold, 1993; Pleyer, 1996; Connen, 1996; Wagner, 1996).

Lebensprobleme

Um die klinisch relevanten Probleme einzugrenzen, wurde der Begriff „*Lebensproblem*“ eingeführt, der allgemeine Konflikte ebenso ausschließt wie sachliche Herausforderungen und intellektuelle Debatten. *Lebensprobleme* sind subjektiv erlebte, leidvolle Probleme, die das Thema sozialer Systeme bilden können, wenn das Verhalten (oder die Seinsweise) eines Menschen von diesem selbst oder von anderen negativ bewertet wird und dies negative Emotionen - Leiden - auslöst. *Lebensprobleme* kristallisieren sich zu Systemen, wenn negative Wertungen (und der implizite Appell, etwas zu verändern) den Betroffenen emotional so nahe gehen, dass sie sich zumeist in ein Netz von Klagen sowie wechselseitigen Anklagen und Schuldzuweisungen verstricken.

Die Besonderheit dieser Systeme liegt also in der „*emotionalen Verstörung*“. Die Beteiligten handeln „defensiv“ oder „aggressiv“, wollen einander veranlassen, die als unberechtigt und kränkend empfundene Äußerung zurückzunehmen. Das engt den Spielraum ihrer Kommunikation jedoch immer mehr ein. Obwohl Leiden zu Handlungen disponiert, die das Leiden beenden sollen, führen Kommunikationen in Problemsystemen häufig zu chronifizierten Leidensmustern und zu gravierenden Beziehungsproblemen.

Klinische Problemsysteme

Aus klinischer Sicht können nur solche *Lebensprobleme* interessieren, die Leiden verursachen und zum Nachsuchen um professionelle Hilfe führen. Ein klinisch relevantes Problemsystem wird zum „*klinischen Problem*“, wenn es entsprechend umformuliert und in seinem Umkreis ein klinisches System erzeugt wird. Führt das gemeinsam definierte Thema in der Folge zur Therapie, geht das klinische Problem in ein anderes über: das „Therapieproblem“.

Die Beziehung zwischen Lebensproblem und Problemsystem

Lebensprobleme sind nach obiger Definition subjektiv erlebte leidvolle Phänomene, die vom Betroffenen als veränderungsbedürftig bewertet werden. Sie sind damit auf das individuelle Erleben eines Menschen bezogen.

Systemisches Denken fordert, diese Ebene nicht mit der Ebene „kommunizierter Lebensprobleme“ zu vermischen.

Während innerpsychisches Leid im Sinne eines Lebensproblems nicht direkt beobachtbar ist, wird es im kommunikativen Rahmen eines Problemsystems zwar offensichtlich, aber eben nur so weit, wie es kommuniziert wird.

Der Begriff der Kommunikation kann hier als relativ weit aufgefasst werden. Er umfasst auch non- und paraverbale Aspekte und findet auf allen Sinneskanälen statt. Jede so verstandene Kommunikation löst in den an ihr beteiligten Personen Emotionen aus und führt zu einem Mitschwingen mit den kognitiven und emotionalen Inhalten der Kommunikation (vgl. Ludewig, 1997).

Die Kunst des systemischen Therapeuten besteht darin, sich jederzeit bewusst zu sein, dass Kommunikation in einem sozialen System, wie es das Problemsystem ist, nicht ermöglicht, subjektive Lebensprobleme objektiv zu erschließen.

Daraus ergeben sich mindestens zwei ethische Folgerungen für die systemische Therapie: 1.) Ein Therapeut sollte nicht versuchen so zu tun, als könne er die Lebensprobleme von Menschen objektiv aufdecken. 2.) Da ein Therapeut nur mit dem arbeiten kann, was im Verlauf einer Kommunikation zum Thema wird, sollte er im Rahmen der Beziehungsgestaltung ein Klima schaffen, welches es dem Klienten ermöglicht auch solche Lebensprobleme zu äußern, die er aus verschiedenen Gründen bisher nicht angesprochen hat (Ludewig, 1997).

3.3 Störungsbegriff auf Grundlage mathematischer Systemtheorien

Ein weiterer Zugang zum Störungsbegriffes der Systemischen Therapie ist im Zuge empirischer Arbeiten zu spezifischen medizinischen und psychischen Störungsbildern vor dem Hintergrund mathematischer Systemtheorien entstanden.

Die mathematischen Grundlagen der *Theorie nichtlinearer dynamischer Systeme* und ihrer Spielarten, der Chaostheorie, der Synergetik und der Theorie dissipativer Strukturen, lassen sich aus verschiedenen Gründen gut auf die oben skizzierten Kernannahmen konstruktivistischer Erkenntnistheorien beziehen. Systeme werden auch hier als operational geschlossen aufgefasst, nämlich aus Elementen bestehend und durch Relationen zwischen diesen Elementen operational verbunden.

Mathematisch sind diese Elemente durch Variablen beschreibbar. Relationen werden durch mathematische Operationen abgebildet, so dass ein System durch Differentialgleichungen modelliert werden kann. Jeder Zustand des Systems zum Zeitpunkt t ergibt sich durch Berechnung auf Grundlage der Variablenwerte zum genau vorhergehenden Zeitpunkt. So werden die modellierten Systeme einer mathematischen Analyse zugänglich (Top-Down-Systembeschreibungen).

Eine Analyse von Zeitreihendaten aus empirischen Systemen erlaubt es zudem, bestimmte Systemeigenschaften zu identifizieren, ohne dass ein theoretisches Modell für das System vorher bekannt wäre (Bottom-Up-Systembeschreibungen; Verfahren für die Systemanalyse aus psychologischer und psychiatrischer Sicht wurden im Kontext systemischen Arbeitens vorgestellt, vgl. Schiepek und Strunk, 1994).

Daraus resultiert ein entsprechend neu formuliertes Verständnis von Krankheit und Gesundheit, das sog. Konzept der „*Dynamischen Krankheiten*“ (Glass & Mackey, 1977; Mackey & an der Heiden, 1982; Mackey & Milton 1987; an der Heiden, 1993). Dem Konzept der *Dynamischen Krankheiten* liegt die Vorstellung zugrunde, dass der menschliche Organismus ein komplexes System interagierender Entitäten ist. Diese Auffassung beschränkt sich nicht nur auf die materielle Seite der menschlichen Existenz (Moleküle, Zellen, Organe etc.), sondern berücksichtigt die Tatsache, „... dass der Mensch ein Beziehungsgeflecht umfasst, zu dem mindestens die Hauptkomponenten Körperlichkeit, Fühlen, Wahrnehmen, Denken und Verhalten gehören, von denen jede mit jeder interagiert“ (an der Heiden, 1993, S. 52).

In der Theorie nichtlinearer dynamischer Systeme kann das Konzept des „*Attraktors*“ als das zentrale Bestimmungsstück dynamischen Systemverhaltens verstanden werden. Ein Attraktor beschreibt allgemein ein stabiles Verhalten eines Systems. Ein Attraktor vieler dynamischer Systeme, auch des Menschen, ist die Homöostase.

Für den Menschen sind verschiedene homöostatische Subsysteme beschrieben, wie Körpertemperatur und Blutdruck. Ein homöostatisches System ist ständig bestrebt einen bestimmten Zustand einzuhalten, - dynamisch ausgedrückt versucht es Veränderungen aufzuheben, einen Gleichgewichtszustand zu erreichen. Löst man sich beim Homöostaseprinzip vom Phänomen einer angestrebten „Unveränderlichkeit“, so kann man auch oszillierende Zustände als stabile Zustände auffassen. Z.B. kann der Herzrhythmus oder der Atemrhythmus als stabil, im Sinne einer stabilen Frequenz beschreiben werden. Auf der Grundlage mathematischer Methoden konnten auch für hoch komplexe Verhaltensweisen stabile, qualitative Eigenschaften nachgewiesen werden. So können Zyklen be-

liebig „verschlungen“ sein, bevor sie von vorne beginnen („*Torus-Attraktoren*“). Das Systemverhalten kann aber auch so komplex sein, dass nur in einer aufwendigen mathematisch-empirischen Analyse eine stabile Ordnung nachgewiesen werden kann („*chaotischer-* oder auch *seltsamer Attraktor*“). Wie die Homöostase sind auch diese Attraktoren selbstorganisierte Eigenleistungen der sie generierenden Systeme. Sie sind nicht von außen vorgegeben, sondern entstehen aus den Wechselwirkungen zwischen den Systemkomponenten.

Schon in der traditionellen psychiatrischen Nosologie werden psychische Störungen vielfach nach ihren Verlaufsgestalten beschrieben (Kraepelin, 1898/1909). Solche Verlaufsgestalten werden in der *Theorie dynamischer Krankheiten* als Attraktoren verstanden. Auch diese „kranken“ Attraktoren sind eine autonom organisierte Eigenleistung des Systems, sie können a) durch eine Verschiebung in den Parametern der Energiezufuhr (sog. *Kontrollparameter*) oder b) durch eine starke „Verstörung“ des Systems (z.B. durch Live-Events oder Traumata) ausgelöst werden.

Die mathematischen Ansprüche an die Theorienbildung und die empirischen Methoden in diesem Zweig der modernen Systemwissenschaften führen zu einer interdisziplinären Zusammenarbeit mit Mathematikern, Physikern und Informatikern. Dennoch gibt es in der Klinischen Psychologie und der psychiatrischen Forschung ein eigenständiges Forschungsprogramm und „Systemwissenschaftliches Forschungskonzept“. Dabei handelt es sich um ein zunächst genuin im Systemischen Denken verwurzeltes Forschungsgebiet (z.B. Kriz, 1992; Reiter, 1992, 1994; Schiepek, 1993; 1994; Schiepek und Strunk, 1994; Manteufel, 1995; Reiter & Steiner, 1994; Empt & Schiepek, 1997; von Schlippe & Schweitzer, 1996, Ludewig, 1996).

Der Mathematiker an der Heiden (1993), kommt in diesem Sinn für das Konzept der *Dynamischen Krankheiten* zu drei Folgerungen für die psychotherapeutische Praxis, die mit den therapeutischen Grundhaltungen der Systemischen Therapie gut übereinstimmen.

- 1) Da das gleiche System sowohl „krank“ als auch „gesund“ sein kann, ohne dass sich seine Struktur ändert, ist der „gesunde“ Systemzustand in Form einer Selbstheilungskapazität im System jederzeit vorhanden.
- 2) Interventionen setzen aus dieser Sicht a) an den Parametern des Systems an oder stützen sich b) auf eine Verstörung des Systems. Beide Interventionsmöglichkeiten können erfolgreich sein. Heilung setzt keine Problemkenntnis voraus.
- 3) Wiederherstellung der Gesundheit muss nicht notwendigerweise bedeuten, dass die gleichen Attraktoren, die vor der Erkrankung realisiert wurden, wieder angestrebt werden.

4. Die Praxis der Systemischen Therapie

Die Methoden und Praxisvarianten der Systemischen Therapie entwickeln sich ständig weiter. Schon jetzt ist eine solche Vielzahl an Techniken, Interventionsformen und Settings beschrieben, dass der Versuch, einen vollständigen Überblick geben zu wollen, im Rahmen dieser Stellungnahme sicher nicht möglich ist. Innerhalb der Systemischen Therapie spricht man inzwischen von Verfahren mit gewissen Familienähnlichkeiten. Das grundlegende Kriterium dieser Familienähnlichkeit systemischer Praxisvarianten ist das *Systemische Denken* und seine Folgerungen für das Menschenbild und die therapeutische Grundhaltung der Systemischen Therapie.

4.1 Therapeutische Grundhaltung und Beziehungsgestaltung

In der Systemischen Therapie wird der *Klient als Experte* für sein Leben und seine Lebensprobleme aufgefasst (vgl. Andersen & Goolishian, 1992). Der Systemische Therapeut ist daher *unvoreingenommen* und enthält sich jeder Zuschreibung von Bewertungen und/oder Klassifikationen, die den Klienten zu der Einsicht bewegen sollen, dass es für seine Probleme eine bestimmte allgemeingültige Sichtweise gibt.

Der Klient kommt aus systemischer Sicht mit einem Anliegen in die Therapie. Der Therapeut kann Angebote für mögliche Inhalte und Methoden der Behandlung machen. Aus Anliegen und Angebot erarbeiten Klient und Therapeut einen Therapieauftrag. *Der Therapeut enthält sich möglichst jeder Äußerung, die begründet auf ein „Expertentum“ dem Klienten ein anderes als das genannte Anliegen unterstellt oder ihn zu einer bestimmten Behandlungsmethode oder zu einem bestimmten Inhalt drängt* (Ausnahmen hierzu ergeben sich aus Problemlagen, wie Misshandlungen und Missbrauch Schwächerer).

Fehlt dem Klienten, z.B. im Umfeld von Kontrollinstitutionen ein persönliches Anliegen, so arbeitet die Systemische Therapie mit einer für sie typischen Technik: Die Institution oder die Person, die vom Klienten die Therapie verlangt, wird über die Repräsentation, die der Klient von der Institution oder der Person hat, in die Therapie mit einbezogen.

Die Orientierung am Anliegen des Klienten und die Ausarbeitung eines Auftrages (unter Verzicht auf Pathologisierungen) begründet die Lösungsorientierung der Systemischen Therapie. Eine wichtige Aufgabe, vor allem in der Anfangsphase der Therapie (aber auch später immer wieder) ist daher die Klärung, woran der Klient für sich erkennen würde und woran der Therapeut es dem Klienten anmerken würde, dass eine „Besserung“ eingetreten ist. Je genauer das Therapieziel unter Einbeziehung aller Ebenen menschlichen Lebens (körperlich, emotional, zwischenmenschlich, ...) vom Klienten beschrieben wird, um so leichter können Wege dahin ausgearbeitet werden.

Die *Ressourcenorientierung* der Systemischen Therapie hinterfragt die Aussagen des Klienten darauf hin, ob er in der Vergangenheit schon einmal in die Nähe seines Idealzustandes gekommen sei, wann er z.B. symptomfrei war, oder es ihm auch nur ein wenig besser ging. Systematisch wird die Meinung des Klienten herausgearbeitet, welche Bedingung für diese positiven Ereignisse nötig waren. So wird ein Wissen von den Ressourcen des Klienten aufgebaut und einer gezielten Nutzung nach und nach zugänglich.

Auch hier gilt die unvoreingenommene Grundhaltung des Therapeuten, der geduldig nichts überstürzt und keine Lösungen ohne *Fit* (Passung für die gesamte Lebenswelt des Klienten) aufzudrängen versucht.

Diese therapeutische Grundhaltung bezieht sich auf ein Menschenbild, wie es aus dem Systemischen Denken folgt: Systemische Therapie betrachtet Menschen als autonome Systeme. Heilung muss daher von „innen“ kommen. Die Versuche der Steuerung oder der gezielten deterministisch geplanten Intervention in diese Systeme erzeugt u.U. nur Widerstand. Eine tatsächliche Steuerung, an der Autonomie des Einzelnen vorbei, ist nicht möglich. Die Möglichkeit der Therapie besteht darin, durch Kommunikation (strukturelle Koppelung) eine „Verstörung“ des Klientensystems anzustreben, die neue Sichtweisen eröffnet, den Handlungsspielraum erweitert und die Ressourcen des Klienten sichtbar und nutzbar macht.

Der Mensch gilt damit als kreativer „Erfinder“ seiner Umwelt und seiner selbst. Er wird in der Systemischen Therapie als ganzheitliches bio-psycho-soziales System aufgefasst. Problemlösungen können von daher auf verschiedenen Ebenen des Systems ansetzen.

4.2 Prinzipien systemischer Praxis

Vereinfachend lässt sich sagen, dass Systemische Therapie die genannten therapeutischen Grundhaltungen aktiv verfolgt. Die Ressourcen- und Lösungsorientierung und verwandte Grundhaltungen sind damit nicht nur „Haltungen“ dem Klienten gegenüber, sondern zugleich die Zielrichtung und Leitschnur, an der sich der Therapeut orientiert und auf die er das Gespräch ausrichtet. Die Systemische Sicht weist dem Therapeuten die Rolle des Gesprächsleiters, des Experten für die Kommunikation und des therapeutischen Prozesses zu, der immer bemüht ist, das Gespräch nach den genannten Prinzipien auszurichten. Dazu hat die Systemische Therapie eine ganze Reihe von Kommunikationstechniken entwickelt.

1. Konstruktives Fragen

Konstruktive Fragen sind den Klienten/das Klientensystem „öffnende“ Fragen, die seine Reflexion anregen und neue Sichtweisen ermöglichen. Sie sollen etwas Unerwartetes in den Dialog einführen und nicht einfach der Abfrage von Informationen (im Unterschied zu anamnestischen Fragen) dienen. Primär dienen sie der Ressourcenaktivierung und der Eröffnung neuer Sichtweisen. Sie sind daher häufig ziel- und zukunftsorientiert. Aber auch an der Vergangenheit orientierte Fragen sind möglich, wenn diese dem Klienten neue Möglichkeiten eröffnen und Ressourcen aktivieren. Man kann konstruktive Fragen unterscheiden nach Eröffnungsfragen („Angenommen, dieses Gespräch (diese Therapie) war hilfreich, woran merken Sie das?“), Erkundungsfragen („Abgesehen von Ihrem Problem, was läuft bei Ihnen am besten?“), Zukunftsfragen („Wenn über Nacht ein Wunder geschieht und das Problem im Schlaf verschwindet, woran merken Sie dies am nächsten Tag?“).

Da Kommunikation als sinnerzeugende Tätigkeit verstanden wird, ist die therapeutisch erwünschte Erzeugung eines neuen Sinns daran gebunden, dass dieser einen Unterschied zum vorherigen macht. Systemische Fragetechniken dienen daher häufig dazu Unterschiede möglichst detailliert herauszuarbeiten („Was ist anders, wenn es Ihnen gut geht?“). Hierzu dienen spezielle Fragetechniken, die häufig *Skalierungsfragen* genannt werden. Hier werden alle Frageweisen psychologischer Fragebogentechniken kreativ im Gespräch genutzt („Auf einer Skala zwischen eins, für es geht Ihnen schlecht und zehn, für es geht Ihnen gut, wo stehen Sie heute?“ „Was hat die Verbesserung/Verschlechterung um x Punkte seit dem letzten Mal bewirkt?“ „Was müsste geschehen, damit sie einen Punkt weiter Richtung Gesundheit gelangen?“). Auch hier sind verschiedene Untergruppen von Fragen unterschieden worden.

Sollen Unterschiede zwischen dem Problem und einer möglichen Lösung explizit gemacht werden, kann es sinnvoll erscheinen, spezielle problemorientierte Fragen, z.B. Verschlimmerungsfragen zu stellen („Was müssten Sie oder andere tun, damit es Ihnen richtig schlecht geht?“). Häufig ist es möglich im Unterschied dazu, ein „Lösungsverhalten“ klarer herauszuarbeiten.

Viele Fragetechniken, wie z.B. die „Wunderfrage“ gehen auf die Arbeiten des Brief Family Therapy Center in Milwaukee, USA um Steve de Shazer, Insoo Kim Berg, Eve Lipchik und andere zurück (z.B. de Shazer, 1988; de Shazer et al., 1986, Berg & de Shazer, 1993).

Die wohl wichtigste Fragetechnik der frühen Systemischen Therapie ist das *zirkuläre Fragen* (vgl. Selvini Palazzoli et al., 1977). Der Klient wird dabei angeregt über die Sichtweisen anderer Mitglieder des Problemsystems zu reflektieren, indem er gefragt wird, was z.B. ein bestimmtes Familienmitglied sagen würde, wenn der Klient dieses oder jenes täte. Es interessiert hier nicht objektiv, was das betreffende Familienmit-

glied wirklich tun würde, sondern welches Bild sich der Befragte von dem Familienmitglied macht. Man kann verschiedene Unterformen zirkulären Fragens unterscheiden, z.B. nach Inhaltsbereichen wie der gegenwärtigen Situation im Gegensatz zu zukunftsorientierten möglichen Situationen.

2. Reframing, Umdeutungen

Eine der wichtigsten Techniken systemischer Gesprächsführung ist das Reframing, bzw. das Umdeuten. Der Systemische Therapeut stellt in jeder seiner Äußerungen einen Interpretationsrahmen zur Verfügung, der dem Systemischen Denken entspricht. Schon in einzelnen Formulierungen gelingt es, den Kontext von Symptomen oder Symptomverbesserungen aus einem anderen, einem systemischen Blickwinkel zu betrachten. Schuldzuweisungen können aufgelöst werden, wenn der „Sinn“ von Symptomen im Beziehungssystem des Indexklienten hinterfragt wird. Es werden einfache Ursache-Wirkungs-Analogien aufgelöst zu einem umfassenderen Verständnis unter Einbeziehung vielfältiger Einflüsse, wie Kontext, Prozess und Zirkularität. Dabei geht der Therapeut konsequent vom Systemischen Denken aus, nachdem jedes Verhalten als sinnvoll verstanden werden kann, wenn der Kontext mit berücksichtigt wird. Es wird daher auf die Sinnhaftigkeit von Verhalten in bestimmten Kontexten attribuiert und nicht auf Personeneigenschaften. Sinnhaftigkeit ergibt sich z.B. aus der Bedeutung des Verhaltens für das Gesamtsystem. Eine positive Konnotation wertet jedes Verhalten, auch Symptome, zunächst als besondere Fähigkeit, die aber eventuell nicht zum Kontext passt. So werden die Nachteile bestimmter Verhaltensweisen hinterfragt und zu erschließen versucht, an welcher Stelle sie einen Vorteil bieten (vg. Schlippe & Schweitzer, 1996, S. 177ff).

3. Rollenspiele

Zu allen aufgeführten Themen und Inhaltsbereichen lassen sich Rollenspiele durchführen. Auch hier sind eine Reihe unterschiedlicher Vorgangsweisen und spezieller Instruktionen beschrieben. Für die Arbeit mit Familien werden als spezielle Techniken Familienskulpturen oder Familienrekonstruktionen beschrieben. In der Arbeit mit Familienskulpturen werden die Familienmitglieder dazu ermuntert, ihr familiäres System in der Form einer Skulptur darzustellen. Dazu kann zunächst ein Familienmitglied als „Bildhauer“ ausgewählt werden, der die anderen Familienmitglieder im Raum so anordnet, wie es seinem Erleben von z.B. emotionaler Nähe, dargestellt in räumlicher Nähe, entspricht. Aber auch Aspekten typischer Mimik oder Gestik, Gefühlen der Über- oder Unterlegenheit kann auf ähnliche Weise Ausdruck verliehen werden. Hier sind vielfältige Möglichkeiten beschrieben worden (vgl. Schlippe & Schweitzer, 1996).

4. Symbolische Darstellungen

In der Arbeit mit Einzelklienten können relevante Beziehungsmuster auch anhand symbolischer Darstellungen erfragt werden. Hier können altbekannte Szeno-Materialien ebenso genutzt werden, wie auch neutrale Spielpuppen aus Brettspielen („Mensch-Ärgere-Dich-Nicht-Figuren“). Zudem liegen spezielle Materialien der Systemischen Therapie vor, wie das Familienbrett (Ludewig et al. 1983) oder das FAST - Familiensystem (Gehring, 1993).

5. Visualisierung von Systemen

Speziell für die Arbeit mit Familien werden in der Systemischen Therapie *Genogramme* eingesetzt (McGoldrick & Gerson, 1990; Heidl, 1987; 1988). Genogramme stellen Familienstrukturen graphisch dar. Dazu gehen Informationen über Verwandtschaftsverhältnisse, Ehegemeinschaften oder Lebensgemeinschaften, aber auch über Krankheiten, schwere Symptome, über Berufe und ähnliches mit ein. Je nach Anliegen in der Therapie kann ein Genogramm mehrere Generationen umfassen, wobei von der Herkunftsfamilie des Indexklienten ausgegangen wird. Genogramme bilden in der therapeutischen Arbeit den Hintergrund für ein neues Verständnis der Gegenwart. Im Vordergrund steht nicht so sehr die Visualisierung an sich, sondern viel mehr das Sprechen darüber. Eher als Systemdiagnose wurde in den frühen Ansätzen der strukturellen Familientherapie von Minuchin (1977) ein Satz von Symbolen für Systemzeichnungen, die sog. *Familien-Landkarte* (Family Mapping) vorgeschlagen. Diese Symbole eignen sich zum Darstellen verschiedener Personenkonstellationen. Es muss sich dabei also nicht um Familien handeln. Dargestellt werden Beziehungsqualitäten wie Allianzen, Koalitionen, offene oder verdeckte Konflikte, etc. Von Schiepek (1986; 1991) wurden idiographische Systemmodelle vorgeschlagen, die Kovariationen zwischen verschiedenen Variablen aufzeigen. Die Variablen werden mit den Klienten erarbeitet und können auch innerpsychische Aspekte umfassen, die in den Worten des Klienten notiert werden.

6. Externalisierungen

Systemische Therapie geht davon aus, dass nicht der Mensch gestört ist. Die Arbeit mit Kindern hat gezeigt, dass es ihnen leichter fällt sich auf die therapeutische Arbeit einzulassen, wenn das Problem nicht ihnen zugeschrieben wird. Das Problem wird im therapeutischen Gespräch zu einer eigenständigen Person, einem bösen Geist, einem Verführer zum „Ungezogen-Sein“, von der Person des Kindes gelöst. Dies hilft konstruktive Fragen zu stellen, in dem Sinn, wie es sich gegen den bösen Geist wehren könne. Auch bei der Arbeit mit Familien und mit Einzelklienten hat sich diese Technik bewährt. Für die Arbeit mit Erwachsenen ergeben sich Externalisierungen schon bei der konsequenten Nutzung bestimmter Formulierungen im therapeutischen Gespräch, die zwischen Person und Problem trennen („Wie hat das Problem ihr Leben beeinflusst?“).

7. Paradoxien

In der frühen Familientherapie der strategischen Schule, wurde diese Interventionsform perfektioniert (Selvini Palazzoli et al., 1977; Haley, 1978). Die Verschreibung eines genau zum Fall „passenden“ Paradoxons setzte aber zunächst eine gute Kenntnis des zu behandelnden Verhaltens voraus. Zur Erzeugung neuer Sichtweisen durch Kommunikation nutzen Systemische Therapeuten häufig unspezifische Paradoxien. Dies ist besonders dort hilfreich, wo Klienten sehr festgefahren sind. Hier kann es z.B. auch helfen, das therapeutische Gespräch paradoxer Weise auf irgend etwas Belangloses zu richten und dort zu verharren. Diese Verstörung wird vom Klienten vielfach als besondere Technik missverstanden, die er zu verstehen sucht. U. U. kann es ihm so aus eigener Kraft gelingen, neue Sichtweisen zu erfinden. Nicht selten haben Hausaufgaben paradoxen Charakter.

8. Reflektieren

Die Systemische Therapie bemüht sich im besonderen Maße darum, die Reflexionsfähigkeit des Klienten zu stärken. Die Zirkularität reflexiver Prozesse wird auch in der Therapie selbst als Methode zur Gestaltung des therapeutischen Dialoges genutzt. So haben Rückmeldungen und Kommentare des Therapeuten grundsätzlich reflektierenden Charakter. Es werden mögliche Sichtweisen präsentiert, die den Möglichkeitsraum des Klienten erweitern sollen. Auf einen Wahrheitsanspruch wird dabei prinzipiell verzichtet. Häufig werden sogar verschiedene auch widersprüchliche Sichtweisen präsentiert um zu demonstrieren, wie unterschiedlich und reichhaltig die Wahrnehmungsmöglichkeiten sein können. Für die Systemische Therapie sind verschiedene Methoden und Verfahrensweisen für Rückmeldungen und Kommentare entwickelt worden. Besondere Settingvarianten nutzen Methoden der Reflexion in einem Therapeutischen Team (Live-Supervision), auch vor den Klienten, wie bei dem von Tom Andersen eingeführten Reflecting Team (Andersen, 1990; siehe dazu auch unten S. 22).

4.3 Setting und Praxisvarianten

Weder die klinische Theorie noch die Methoden systemischen Arbeitens beschränken die Systemische Therapie auf die Arbeit mit Mehrpersonen- oder mit Einzelpersonen-Systemen (s. o. S. 7). Dies ist eine besondere Stärke und ein besonderes Kennzeichen Systemischer Therapie.

Die systemische Praxis findet mittlerweile in allen Bereichen biomedizinischer und psychosozialer Tätigkeit Anwendung. Dazu sind insbesondere die Arbeit in der Psychiatrie, der Psychosomatik, der Suchtbehandlung und den psychotherapeutischen Beratungsstellen und Praxen zu zählen.

Neben der spezifischen Anwendung in Psychotherapie und klinischer Supervision sind in den letzten Jahren theoretische und praktische Erkenntnisse entstanden, die sich auch auf andere Arbeitsgebiete psychosozialer Versorgung anwenden lassen. Systemisches Arbeiten findet zunehmend mehr Verbreitung in Bereichen wie Lebens-, Paar und Familienberatung, Mediation, nicht-klinischer Supervision sowie Organisationsentwicklung und -beratung. In allen diesen Arbeitsbereichen sind systemisch weitergebildete Psychologen tätig.

4.3.1 Der Rahmen einer Systemischen Therapie

Systemische Therapien sind in der Regel Kurzzeittherapien. Sie dauern im ambulanten Setting selten länger als 15-25, bis maximal 40 Sitzungen (vgl. die unten aufgeführten kontrollierten und nicht kontrollierten Psychotherapiestudien, 43ff, 68ff). Die Frequenz der Sitzungen wird an die Bedürfnisse des Klienten und dessen Problematik angepasst und variiert zwischen einer Sitzung pro Woche und mehrwöchigen Abständen zwischen den Sitzungen.

Die Strukturierung der Sitzung ist je nach institutionellem Rahmen, personellen Möglichkeiten und bevorzugter Praxisvariante unterschiedlich. Besonders in diesem Bereich kann die Systemische Therapie innovative und eigenständige Konzepte vorweisen (siehe unten).

Allgemeines

Eine Sitzung mit einem einzelnen Klienten umfasst in der Regel ca. 45-60 Minuten, mit Familien ca. 90 Minuten. Es sind Gruppen und Einzelsettings möglich. Bei größeren anwesenden Systemen und auch in der Paar- und Familientherapie kann ein Therapeutenteam mit dem System arbeiten, während bei Einzelklienten ein Therapeut gesprächsführend mit dem Klienten tätig ist. Meistens beschließt eine Abschlussintervention die Sitzung. Hier wird dem/den Klienten u.a. wertschätzend zurückgemeldet, was sie an Ressourcen erkennen ließen, um ihnen dann Empfehlungen bzw. Kommentare vorzutragen.

Das therapeutische Team

Neue Sichtweisen zu produzieren fällt dem Klienten nicht leicht, da sie in ein kommunikatives System - Problemsystem - so eingebunden sind, dass ein „Herausziehen am eigenen Schopfe“ nötig wäre. Auch der Therapeut kann in dieses System „hineingezo-

gen“ werden. Einige Praxisformen der Systemischen Therapie nutzen daher in der therapeutischen Arbeit ein Team, welches die Interaktion zwischen Therapeut und Klient durch eine Einwegscheibe oder über eine Videoanlage beobachtet. Die Ausarbeitung der Abschlussintervention findet dann mit dem Therapeuten im Team statt und wird nach kurzer Beratungszeit dem Klienten durch den Therapeuten zurückgemeldet.

Reflektierendes Team

Die Diskussion im Team, über die Situation der Klienten, kann bei der Einhaltung gewisser Gesprächsführungsregeln auch direkt vor den Klienten stattfinden (vgl. Andersen, 1990; Schlippe & Schweitzer, 1996). Klient und Team tauschen so die Rollen. Das Team verlässt die Beobachterperspektive und der Klient nimmt diese ein. Klienten fällt es hier leichter, sich auf andere Sichtweisen ihres Problems einzulassen. Wie auch in der sonst üblichen Abschlussintervention steht jedoch nicht im Vordergrund, den Klienten zu einer bestimmten Sichtweise zu drängen, sondern vielmehr zu zeigen, wie vielfältig Sichtweisen sein können. Häufig wird dies zu erreichen versucht, indem im Team bewusst verschiedene Sichtweisen (auch konträre) vertreten werden. Je nach Komplexität der Probleme des Klienten kann es zudem sinnvoll sein, die Reflexion des Teams auf einen Fokus zu beschränken.

Systemische Therapie ist vielfach ein kreatives Umgehen mit den Möglichkeiten menschlicher Kommunikation. Dies sensibilisiert für die Bedeutung einzelner Worte oder Formulierungen. Systemische Techniken werden daher in ihrer Vermittlung an Ausbildungskandidaten möglichst explizit anhand von Beispiel-Fragen und Rollenspielen geübt. *Systemische Therapie ist damit eine lern- und lehrbare Technik.* Mit zunehmendem Einblick in die Bedeutung der einzelnen Gesprächsregeln gelingt es den Ausbildungskandidaten auch zunehmend kreativ im Rahmen der beschriebenen Paradigmata auf verschiedene Klientensysteme einzugehen.

Der Methodenreichtum der Systemischen Therapie beruht auf solch kreativen Ausweitungen, z.B. auf nonverbale Kommunikation, auf der oben beschriebenen Nutzung von Rollenspielen und Skulpturen.

Auch für Abschlussinterventionen sind Standardbeispiele beschrieben, die vom Therapeuten an seine und die Bedürfnisse der Klienten angepasst werden können.

4.4 Indikation und Anwendungsfelder

Weder die theoretischen Arbeiten der Systemischen Therapie noch die praktischen Techniken begrenzen die Systemische Therapie auf ein bestimmtes Klientel. Vielmehr wird ein allgemeines Modell von Krankheit und Gesundheit vertreten, welches prinzipiell auf jeden Störungsbereich des ICD anwendbar ist. Dies spiegelt sich z.B. auch in den vielfältigen Praxisberichten systemisch arbeitender Therapeuten in Systemischen Fachzeitschriften (Zeitschrift für systemische Therapie, Familiendynamik, System Familie, Systeme, Kontext und Systema) wieder. Hier werden Erfahrungsberichte, Settingvarianten, Evaluationsstudien, besondere Zugangsweisen und Behandlungsmethoden diskutiert und vorgestellt.

In kontrollierten Therapievergleichsstudien (siehe auch Kapitel 6.2) wird der erfolgreiche Einsatz Systemischer Einzel- und Familientherapie bei Störungen berichtet, wie z.B.: Alkoholismus, Depression, Kindesmisshandlung, ergänzende Psychotherapie bei schwerem chronischem Asthma bronchiale und Allergien, Drogenmissbrauch bei Jugendlichen, Anorexia nervosa und Bulimia nervosa, Verhaltensstörungen bei Jugendlichen, Kindliche Störungen, wie oppositional disorders, Ängste, conduct disorders, adjustment, Aufmerksamkeitsstörungen bei Kindern, funktionale Enuresis und funktionale Enkopresis.

In dieser Aufzählung nicht aufgeführt sind die Störungen der meist heterogenen Populationen, wie sie sich z.B. im normalen Praxisalltag ergeben können.

Ganz ähnliche Aufschlüsselungen ergeben sich für die meisten „nichtkontrollierten“ Studien (s. u. S. 68f): Psychotische Patienten (5 Studien, umfassen kindliche Psychosen und Psychosen bei Jugendlichen, manisch-depressive und schizo-affektive Psychosen), Essstörungen (3 Studien), Alkoholmissbrauch, conduct disorders bei Kindern und Jugendlichen, Drogenabhängigkeit, ergänzende Psychotherapie bei Asthma bronchiale. Die meisten im Anhang zitierten Studien umfassen jedoch den weiten Bereich ambulanter und stationärer Kinder- und Jugend-, sowie Erwachsenen - Psychiatrie.

Zunehmend finden sich in der systemischen Literatur auch gezielt störungsspezifische Adaptationen des systemischen Vorgehens. Adaptiert werden jedoch nicht die Inhalte, die sich ja eben nicht an einem allgemeinen Störungswissen orientieren, sondern die kommunikativen Zugangsweisen zu verschiedenen Klientengruppen. In diese Richtung weist auch der für die Systemische Therapie formulierte Ansatz der „*Klinischen Konstellation*“ nach Reiter (1990, 1992), der störungsspezifisches Wissen aus Medizin, Verhaltensmedizin, und anderen Disziplinen so reinterpretiert, dass es sich mit den Grundlagen Systemischen Denkens widerspruchsfrei in Einklang bringen lässt. Ludewig (1992) formuliert auf Grundlage dieses Ansatzes *Klinische Konstellationen* für das Syndrom der Hyperaktivität, der jugendlichen Magersucht und der psychotischen Krise. Reiter (1990) beschreibt die *Depressiv-Suizidale Klinische Konstellation*.

4.4.1 Anwendungsfelder systemisch therapeutischer und beraterischer Tätigkeit

Die Anwendungsfelder systemisch therapeutischer und beraterischer Tätigkeit umfassen die Bereiche (für einen umfassenderen Überblick über die Anwendungsgebiete des Systemischen Denkens vgl. Schlippe und Schweitzer, 1996):

- **Erziehungs- Familienberatung.**

Z.B. Hahn und Müller (1993).

- **Psychosomatik.**

Beiträge zur familienpsychosomatischen Theorienbildung stammen z.B. von Wirsching und Stierlin (1982), Stierlin (1988), Simon (1995), Reiter und Hasiba (1996).

Arbeiten zu einer systemisch inspirierten stationären Psychosomatik finden sich bei Petzold (1979), Kröger, Bergmann und Petzold (1986).

Für den Bereich der Essstörungen können exemplarisch Arbeiten von Minuchin, Rosman und Baker (1981), Weber und Stierlin (1989), Schmidt (1989), Petzold et al. (1991), Gröne (1995) und Russinger (1992; 1995) genannt werden.

- **Medizin.**

Zur Therapiemethodik bei körperlichen Krankheiten z.B. Retzer (1988).

Weiss und Haertel-Weiss (1988), Weiss (1989) und Friedrichs (1990) geben Anregung für die allgemeinmedizinische Praxis.

Bei Häuser (1989) finden sich Übertragungen Systemischen Denkens in die medizinische Klinik.

Für die Pädiatrie gibt es integrative Konzepte zur Betreuung asthmakrankter Kinder von Könning et al. (1994).

Für die begleitende Familientherapie bei Krebserkrankungen - insbesondere Brustkrebs - finden sich Arbeiten bei Wirsching und Stierlin (1981), Stierlin et al. (1983), Wirsching (1990), Hasiba (1996).

- **Psychiatrie.**

Z.B. Familientherapie bei Psychosen: Stierlin et al. (1986), Weber et al. (1987), Weber und Retzer (1991), Simon et al. (1989), Simon (1990), Schmidt (1992), Schweitzer (1993), Retzer (1994).

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie: z.B. Ludewig, Schwarz und Kowark (1984), Pleyer (1983), Rotthaus (1986; 1990).

In der Sozialpsychiatrie: z.B. Wedekind und Georgi (1990), Vollhard und Keller (1990), Deissler (1990), Spengler (1992), Schweitzer et al. (1995), Ellebracht und Vieten (1993).

Keller (1988; 1996) sowie Deissler, Schug und Jänicke (1992) entwickelten spezielle am Reflecting Team orientierte Helferkonferenzen für den psychiatrischen Kontext.

- **Drogen- und Suchttherapie.**

Konzepte und Grundsätzliches: z.B. Kaufmann und Kaufmann (1983), Schmidt (1988), Osterhold und Molter (1992) und Vorpapel und Hinsch (1996), Efran, Helfner und Lukens (1988), Herwig-Lempp (1988, 1994).

Speziell bei Alkohol: Efran, Hefener und Lukens (1989), Kröger (1994) und Berg und Miller (1995).

- **Jugendhilfe und Sozialarbeit.**

Z.B. zur Therapie dissozialer Jugendlicher: Schweitzer (1987)

In der Jugendhilfe: Friedlmayer (1992), Russinger und Brandl-Nebehay (1994), Conen (1996, 1996a).

Sexueller Missbrauch: z.B. Sheinberg (1993), Klammer (1993), Collmann, Hawellek und Schlippe (1993), Trepper und Barrett (1986, 1991) und Rupp (1995).

- **Kinder- und Jugendheime.**

Z.B. Börsch und Conen (1987), Schweitzer und Reuter (1991); Conen (1990, 1992), Brönneke (1992), Schindler (1996), Friedlmayer (1994).

- **Schulpsychologie.**

Testdiagnostik und Familienstrukturen: Henning und Knödler (1985).

„Familien-Schule-Interviews“: Aponte (1976), Schug, Hahn und Kämmer (1985).

Präventionsarbeit bei Schulproblemen: Ergenzinger (1995), Molnar und Lindquist (1990).

Lehrerfortbildungen: Schug, Hahn und Kämmer (1985), Brauckmann (1985).

Lehrersupervision: Ehinger und Henning (1994), Voss (1996).

Schulsozialarbeit: Brunner (1992).

Schulische Organisationsentwicklung: Lüde (1996) und Strunk (1996).

Vernetzung von Schule und Jugendhilfe: Engel (1996).

Lehr- und Lernmethoden, allgemeine- und Fachdidaktik (Physik, Mathematik und Sport), Förderungsdiagnostik für integrative Grundschulen: für einen Überblick: Huschke-Rhein (1989; 1990; 1992), Voss (1996).

Systemisches Arbeiten findet jedoch zunehmend auch in der Organisationsberatung, Teamsupervision, der Managementpraxis (z.B. Gester, Heitger & Schmitz, 1993; König & Volmer, 1993) und der Beratung von Politikern (Grau & Hargens, 1992) statt.

5. Abgrenzung zu anderen Therapieschulen

Die Systemische Therapie versteht sich als eigenständige und klar abgrenzbare psychotherapeutische Schulrichtung. Diese Überzeugung stützt sich auf zwei grundsätzliche Argumente. Das erste betrifft die theoretischen Wurzeln, das zweite die Geschlossenheit des Ansatzes.

Die Eigenständigkeit eines Ansatzes ruht auf den drei Säulen Forschung, Theorie und Behandlung. Erst wenn alle drei Aspekte logisch ineinander überführbar sind, kann eine Therapieform als geschlossenes System betrachtet werden. Aus den obigen Ausführungen zu den theoretischen Ansätzen in der Systemischen Therapie dürfte erkennbar geworden sein, dass dies für die Systemische Therapie im besonderen Maße gilt. Aufbauend auf den Prinzipien Systemischen Denkens werden eigenständige theoretische Konzepte formuliert, diese regen eine eigenständige Forschungstätigkeit über Psychotherapie und angrenzende Gebiete an, bis hin zu Arbeiten über die gesellschaftliche Bedeutung therapeutischer Hilfe und psychologischer Forschung. Diese Forschungstätigkeit nutzt zum Teil neuartige Methoden der nichtlinearen physikalischen Forschung, begründet aber auch an klassischer Methodik orientierte psychologische Messinstrumente für die Forschung und die Praxis. Ebenso wie Theoriebildung und Forschung Hand in Hand gehen, lassen sich die Praxiskonzepte der Systemischen Therapie logisch stringent auf die beiden Bereiche beziehen - genauso, wie diese wiederum durch Variationen und Innovationen von Praktikern zu neuer Forschung angeregt werden.

Aus der Innenperspektive der familientherapeutischen Verfahren wurde schon früh die systemische Orientierung als neuartig gewertet und in der Folge von den Familientherapien unterschieden. Historisch wird in der Systemischen Therapie vom „*Übergang einer Kybernetik erster Ordnung zu einer Kybernetik zweiter Ordnung*“ gesprochen (von Foerster, 1982). Der Versuch auch den „Beobachter“, der kybernetische Beschreibungen formuliert kybernetisch zu beschreiben (2. Ordnung der Kybernetik), mündet zwangsläufig in der Feststellung, dass die Kybernetik des „Beobachters“ seine Beobachtung determiniert. Das Verlassen des Weltbildes, welches besagt, dass man Systeme nach kybernetischen Regeln objektiv beschreiben kann, um darauf aufbauend gezielt steuern und intervenieren zu können, wird damit generell in Frage gestellt. Dass die Systemische Therapie durch diesen Perspektivenwechsel nicht mehr an die Arbeit mit einer realen Familie gebunden ist, auch wenn es in der Therapie um diese geht, wurde bereits deutlich.

Angesichts der breiten Wirkung der neueren Systemtheorien in der Öffentlichkeit und in den Naturwissenschaften sind auch in psychoanalytischen und verhaltenstherapeutischen Ansätzen vereinzelt Verweise auf Ideen aus den Systemwissenschaften zu finden (für die Verhaltenstherapie z.B. Lieb, 1995, für die Psychoanalyse z.B. Kotje-Birnbacher, 1997).

5.1 Was ist neu am Systemischen Ansatz?

Bei der Systemischen Therapie handelt es sich um eine therapeutische Ausrichtung, die konsequent moderne Systemtheorien zur Grundlage einer eigenständigen klinischen Theorie wählt. Daraus folgt ein besonderes Verständnis vom Menschen und seinen sozialen Beziehungen. Die Folgerungen aus dem Systemischen Denken für die Theorie und Praxis unterscheidet die Systemische Therapie grundlegend von anderen therapeuti-

schen Ansätzen. Sie besitzt einen hohen Elaboriertheitsgrad und ein großes Innovationspotential. Insbesondere sollen hier die oben zum Teil schon erläuterten Aspekte und Prinzipien der Systemischen Therapie benannt werden.

Beachtung des Beobachters

Die erkenntnistheoretische Position der Systemischen Therapie fußt auf der Feststellung, dass alles Gesagte von einem Beobachter gesagt wird (vgl. Maturana, 1982). Daraus folgt die prinzipielle Gleichwertigkeit auch verschiedener Weltansichten. Diese Perspektive stärkt den Einzelnen, indem sie seine subjektiven Lebenserfahrungen aufwertet. Die Subjektivität des Einzelnen wird jedoch verstanden als eingebunden in die soziale Aktivität der Kommunikation. Das Konzept des Beobachters, der im Spannungsfeld zwischen privater Welterfahrung und konsensueller Abstimmung mit anderen steht, bildet den Kern des Systemischen Denkens.

Anerkennung der Autonomie

Die Systemische Therapie stützt sich in ihren Grundlagen auf Systemtheorien, denen gemeinsam ist, dass sie Systeme als autonome Einheiten auffassen. Elemente eines Systems sind nämlich all jene Komponenten, die die Funktionsweise des Systems mitbestimmen. Damit ergibt sich eine Systemgrenze, innerhalb derer sich jedes Verhalten aus der Systemstruktur erklärt. Als notwendige Randbedingungen autonomer Systeme sind in der Systemumwelt materielle, energetische und informative Kontexte gegeben. Lebende, bewussteinfähige Systeme sind materiell, energetisch (Nahrungsaufnahme) und informativ (Kommunikation) offen. Keine dieser Randbedingungen determinieren jedoch das Systemverhalten. Eine Einflussnahme auf ein System wird nach systemeigenen Operationsregeln verarbeitet und gedeutet. Bewussteinfähige Systeme sind damit autonome „Erfinder“ ihrer Umwelt. Als solche können sie von außen nicht gesteuert werden. Die therapeutische Arbeit Systemischer Therapeuten orientiert sich in vielerlei Hinsicht an diesem Konzept der Autonomie, indem sie die Berechtigung von Lebensläufen als Folge derer Eigendynamik respektiert, Sinnfindungen und kognitive Konstruktionen anregt und die Ressourcen und Stärken der Klienten nutzt. Systemische Therapie geht vom Anliegen der Klienten aus, trägt zur Formulierung klarer Aufträge bei und beschränkt ihre Interventionen auf den Bereich, der sich aus diesen Aufträgen ergibt. Damit wird im besonderen Ausmaß die Autonomie der Klienten respektiert.

Kommunikation

Die Anerkennung des Menschen als biologisches, psychisches und soziales System verweist besonders auf die Bedeutung der Sprache. Während die biologische und psychische Ebene in sich geschlossen den Menschen als Individuum kennzeichnen, kommt der sozialen Ebene die Bedeutung zu, durch Kommunikation Beziehungen zu anderen Menschen aufzubauen. Die Möglichkeit durch Kommunikation Beziehungen aufbauen zu können, kennzeichnet den Menschen im besonderen Maße als Mensch. Nach Maturana (1982) wird der Mensch nur zum Mensch unter Menschen. Auch kommunikative Systeme können als autonom aufgefasst werden (vgl. Luhmann, 1984). Die Komponenten eines kommunikativen Systems sind Kommunikationen (verbal und nonverbal). Der semantische und grammatikalische Gehalt der Kommunikation determiniert ihren Fortlauf. Auch Kommunikation wird damit als geschlossenes autonomes System mit eigenen Spielregeln begriffen. Kommunikative Inhalte können sich auf die Ebenen biologi-

scher und psychischer Vorgänge beziehen, sind jedoch nicht mit ihnen identisch. Dies hat weitreichende Implikationen für das Verständnis von Problemsystemen und deren Dynamik, aber auch für die therapeutische Kommunikation. In Problemsystemen wird psychischen Problemen durch Kommunikation ein Sinn zugeschrieben. Es werden Beschreibungen, Erklärungen und Forderungen nach Veränderung und Lösungsmöglichkeiten formuliert. In der Therapeutischen Kommunikation werden diese Beschreibungen, Erklärungen, Forderungen und Lösungsmöglichkeiten reflektiert, konkretisiert, hinterfragt, durchlässig gemacht für alternative Sichtweisen. Dabei orientiert sich der Systemische Therapeut an der Nützlichkeit einer Beschreibung oder Erklärung, etc. für die Lösung des Problems.

Geeigneter Umgang mit Komplexität

Die Systemische Therapie bemüht sich um ein ganzheitliches Bild vom Menschen, der als komplexes biologisches, psychisches und soziales System verstanden wird. Die aus den modernen Systemtheorien abgeleiteten klinischen Implikationen und Methoden erlauben einen Umgang mit dieser Komplexität, ohne a-priori Einschränkungen auf linear-kausale Störungs- und Behandlungsmodelle vornehmen zu müssen. Damit eröffnet sich ein unvoreingenommener Zugang zu den Lebenswelten, wie sie die Klienten für sich wahrnehmen.

Modelle einfacher Regelkreise können nach den Erkenntnissen neuerer mathematischer Systemtheorien als zu eng bezeichnet werden. Sie werden in der Systemischen Therapie aufgegeben zu Gunsten allgemeiner Systemmodelle, die neben der Homöostase auch andere komplexere Verhaltensweisen beschreiben können. Betrachtet man den Menschen als bio-psycho-soziales System, mit mehr als drei Variablen und existiert mindestens eine nichtlineare Beziehung zwischen den Elementen (man beachte hier z.B. dass jeder sensorische Input im psychischen System nichtlinear abgebildet wird - Weber-Fechner-Gesetz), so verliert dieses System schnell seine Instruierbarkeit und kausale Steuerbarkeit (der mathematische Beweis dieser Aussage ist das *Poincaré-Bendixon-Theorem*, vgl. Schuster, 1989, S. 105). Die Systemische Therapie legt, im Einklang mit den modernen Naturwissenschaften, ein neues Verständnis von der Funktionsweise komplexer Systeme ihrer therapeutischen Praxis zugrunde.

Methodische Akzentsetzungen

Ressourcenorientiertheit

Für Systemische Therapeuten ist die Ressourcenorientiertheit ein integraler Bestandteil ihrer Arbeit. Bestehende Fähigkeiten, hilfreiche Verhaltensweisen und der Kontakt zu unterstützenden Bezugspersonen werden gestärkt und zur Problemlösung genutzt. Die Systemische Therapie hat spezielle Techniken zur Ressourcenaktivierung entwickelt, wie z.B. konstruktive Fragetechniken, die dazu dienen, neue Sichtweisen aufzuzeigen. Während die Klienten zu Beginn einer Therapie oftmals primär defizitorientierte Deutungen ihrer Situation geben, sollen neue Sichtweisen eröffnet werden, die trotz allem bestehende Stärken aufzeigen. Auch bisherige Problemlöseversuche und das Bemühen in der Therapie werden als Stärken aufgezeigt und genutzt (vgl. z.B. de Shazer, 1988; de Shazer et al., 1986, Berg & de Shazer, 1993).

Auftrags- und Lösungsorientiertheit

Die Systemische Therapie erhebt sowohl die Lösungsorientierung als auch die Ressourcenorientierung zu gezielten Methoden der Behandlung. Auch die Lösungsorientierung meint in der Systemischen Therapie mehr als das selbstverständliche Anstreben einer Lösung, nämlich ein methodisches Vorgehen, welches konsequent die Kommunikation in der Therapie auf mögliche Lösungen ausrichtet. Auch hier sind spezielle Fragetechniken entwickelt worden, wie z.B. die „Wunderfrage“ (vgl. de Shazer, 1988; de Shazer et al., 1986, Berg & de Shazer, 1993). Es wird möglichst konkret herausgearbeitet, welche Ziele der Klient durch die Therapie anstrebt und wie sich diese in seinem Lebensumfeld auswirken würden. So ist es von zentraler Bedeutung für den therapeutischen Prozess, dass sowohl Klient als auch Therapeut in der Lage sind zu beschreiben, woran erkannt werden kann, dass eine Linderung der Probleme, in Richtung der vom Klienten angestrebten Ziele erreicht wurde.

Abkehr von einfachen Kausalitätsannahmen

Für das Verständnis komplexer bio-psycho-sozialer Systeme ist vielfach eine Erweiterung einfacher, linearer Kausalitätsannahmen nötig. Dies folgt aus der operativen Schließung autopoietischer Systeme (Maturana, 1982), zeigt sich in der Analyse kommunikativer Prozesse (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1969) und ist physikalisch für nichtlineare dynamische Systeme nachweisbar (z.B. Schuster, 1989). Die Erweiterung des Kausalitätsbegriffs fordert eine konsequente Zurückhaltung gegenüber einfachen Interventionsmethoden, zugunsten einer umsichtigen, am Klienten orientierten Kontextsteuerung, die darauf abzielt, Bedingungen zu schaffen für eine lösungsorientierte Selbstorganisation des Klientensystems.

Konzepttreue Arbeit mit Einzel- und Mehr-Personen-Systemen

Die Systemische Therapie bietet einen theoretischen Rahmen und die dazu passenden praktischen Methoden, die schlüssig die Arbeit sowohl mit Einzel- als auch mit Mehr-Personen-Systemen möglich macht. Biologische, psychische und soziale Systeme werden in ihrer Besonderheit berücksichtigt, ihr Bezug aufeinander gezielt beachtet.

Im folgenden wird eine Abgrenzung der Systemischen Therapie zur Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie, Gestalttherapie und Gesprächspsychotherapie vorgenommen. Natürlich ist es im Rahmen dieser Stellungnahme nicht möglich die jeweiligen Therapieformen in ihrer Komplexität ausführlich gegen die Systemische Therapie abzugrenzen. Daher wurden im folgenden nur einige wenige Aspekte zu der jeweiligen Therapieform herausgegriffen und vergleichend zur Systemischen Therapie dargestellt.

5.2 Abgrenzung zur Verhaltenstherapie

Im Zuge der „kognitiven Wende“ kam es zu internen Richtungsdiskussionen und neuen Definitionsversuchen in der Verhaltenstherapie. Innerhalb der praxisorientierten Literatur zur VT findet sich nach Maderthaner (1994 unter Verweis auf Kanfer, Reinecker & Schmelzer 1991) zunehmend eine Einigung auf die Eckpunkte „*Problemlöseorientierung*“, „*emanzipatorisch*“ und „*allgemeinpsychologisch*“. Greift man diese drei Begriffe auf und betrachtet sie vergleichend mit der Theorie und Praxis der Systemischen Therapie, so lassen sich folgende prinzipielle Unterschiede konstruieren:

a.) *Problemlöseorientierung*

Die Problemlöseorientierung der Verhaltenstherapie setzt eine detaillierte Erklärung der Probleme der Klienten voraus. Auftretens- und Entstehungsbedingungen sowie Gründe für die Aufrechterhaltung der Störung werden systematisch herausgearbeitet und in kausale Zusammenhänge gestellt, aus denen dann eine Lösung des Problems abgeleitet werden kann, z.B. durch die Beseitigung der aufrechterhaltenden Bedingungen. Detailliertes Problemwissen ist damit eine notwendige Voraussetzung zur Entwicklung von Lösungsstrategien. Auch die Systemische Therapie nutzt Problemwissen für verschiedene Störungsbilder. Dennoch verzichtet sie in ihrer praktischen Arbeit weitgehend auf die „*Problemorientierung*“, die im Begriff der Problemlöseorientierung anklingt. Systemische Therapie ist primär lösungsorientiert. So erscheint es aus systemischer Sicht nicht nötig, die Lösung aus der exakten Kenntnis des Problems abzuleiten. Während die Verhaltenstherapie primär eine Problembeseitigung anstrebt, zielt die Systemische Therapie auf die zielgerichtete Stärkung der Ressourcen des Klienten. Daher werden z.B. Momente des „*well-being*“ (im Sinne der WHO) von Systemischen Therapeuten analysiert, um mit dem Klienten ein Wissen zu erarbeiten, wie diese Momente in Zukunft dauerhaft erreicht werden können. Natürlich nutzt ein Systemischer Therapeut dabei Störungswissen, genauso wie ein Verhaltenstherapeut Wissen über Ressourcen nutzt, was aber bei dem einen im Hintergrund steht, ist beim anderen Methode (und umgekehrt). Das Verständnis der Systemischen Therapie von Gesundheit als *well-being* steht im Einklang mit der von der WHO gegebenen Definition, die „*Gesundheit*“ ausdrücklich nicht als bloßes Fehlen von „*Krankheit*“ auffasst.

b.) *Emanzipatorischer Anspruch*

Nach der kognitiven Wende und dem Verlassen eines einseitigen Determinismus wandelte sich der Therapiestil der Verhaltenstherapie grundlegend. Die therapeutische Beziehung wird zu einer kooperativen Arbeitsbeziehung, eine „*therapeutische Allianz*“ zwischen Patient und Therapeut (Kanfer et al. 1991). Die Beziehungsgestaltung orientiert sich an Transparenz und Kooperation, d.h., „*Entscheidungen werden, wo immer es geht, gemeinsam getroffen und die Entscheidungsgrundlagen offengelegt, damit der Klient 'mitdenken' und während des Therapieprozesses selbst psychologisches Wissen erwerben kann*“ (Maderthaner, 1991, S. 114). Der „*neue*“ Therapiestil entspricht weniger dem eines Arztes als dem eines Pädagogen. Der Klient soll lernen, wie er „*ein Wissenschaftler für die eigene Person wird*“ (Mahoney & Thoresen, 1974). Trainingsprogramme geben neben der Behandlung einen weitreichenden Einblick in die verhaltenstherapeutisch gedeuteten Mechanismen der Krankheit. Der emanzipatorische Anspruch der Verhaltenstherapie liegt damit vor allem in der Wissensvermittlung um die Mechanismen

der Störung begründet. Der Klient soll lernen die Zusammenhänge zu verstehen sowie gezielt und eigenständig Lösungsstrategien zu nutzen.

Die Systemische Therapie nutzt hingegen primär die Phantasien und Meinungen des Klientensystems über die Mechanismen ihrer Störung. Diese Orientierung am *Klienten, als Experte für seine Probleme* folgt aus dem emanzipatorischen Ansatz der Systemischen Therapie, der jedes Individuum als „Erfinder“ seiner Umwelt betrachtet. In der Systemischen Therapie werden weniger Zusammenhänge über die Probleme vermittelt als Möglichkeiten zu hinterfragen und kritisch zu reflektieren. Der Klient soll lernen für sich nützliche Verhaltens- und Denkmöglichkeiten zu entwickeln. Immer wieder soll er diese hinterfragen, um flexibel und offen auf die Erreichung seiner Ziele, unter Nutzung seiner Ressourcen und Möglichkeiten, hinarbeiten zu können.

c.) Allgemeinpsychologisch

Die Verhaltenstherapie versteht sich seit je her als konsequente Anwendung psychologischer und vor allem allgemeinpsychologischer Erkenntnisse. Damit ist es ein Verdienst der Verhaltenstherapie, Psychotherapie nach wissenschaftlichen Kriterien zu bewerten und sich auf gesicherte Erkenntnisse aus den Grundlagenwissenschaften zu stützen. Diese Sicht wird von der Systemischen Therapie uneingeschränkt getragen. Allerdings erscheint gerade aus naturwissenschaftlicher Sicht neuerdings, neben der Methode der isolierten Variation ein weiteres Paradigma relevant. Das Forschungsparadigma der Theorie nichtlinearer dynamischer Systeme. Zeitreihenanalysen aus Einzeltherapiefällen, sowie die Erstellung von Computersimulationen mit exemplarischem Charakter und zum Zweck der Abschätzung der Möglichkeiten und Grenzen von Vorhersagen, erscheinen in der modernen Physik beinahe relevanter als das klassische Experiment. Je nach Fragestellung erscheint es heute zunehmend wichtig, auch diese Methoden in der psychologischen Forschung neben denen einer herkömmlichen Vorgehensweise nutzen zu können (vgl. Schiepek & Strunk, 1994). Auf die Bemühungen der Systemischen Therapie in dieser Hinsicht wurde schon hingewiesen.

5.3 Abgrenzung zu tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie

Die theoretischen Ansatzpunkte der Tiefenpsychologie können zusammenfassend auf die drei Aspekte: „Begriff des Unbewussten“, „Dynamik des Seelischen Geschehens“ und „Konzeption der Persönlichkeit“ komprimiert werden. Schon für Freud waren diese Begriffe Leitgedanken.

Nach Meinung der Tiefenpsychologie ist das seelische Geschehen nicht nur als bewusst anzusehen. Vielmehr werden tiefenseelische Vorgänge angenommen, die als Grundlage der Persönlichkeit und als Grundlage der gesamten psychischen Aktivität angesehen werden. Das meint, dass sich das psychische Geschehen nicht nur in der Form willkürlich gesteuerter und bewusster Vorgänge vollzieht, sondern stark von dynamisch-unbewussten Prozessen geprägt wird.

Der Begriff der Persönlichkeit umfasst daher sowohl die dynamisch-unbewussten Prozesse, als auch die darauf aufbauenden Bereiche des Bewusstseins. Die Gesamtpersönlichkeit setzt sich also aus der Tiefenpersönlichkeit und der bewussten Persönlichkeit zusammen („Schichtenauffassung des Seelischen“) und wächst in einem lebendigen Entwicklungsprozess heran. Damit ist jede Persönlichkeit ein individuell historisches Ergebnis ihrer Entwicklung.

a) Grundsätzlich unterschiedliche Perspektiven

Die psychoanalytisch-tiefenpsychologische Perspektive richtet sich primär auf das innerpsychische Geschehen im Individuum. Erklärungsmodelle und Bestimmungsstücke tiefenpsychologischer Theorie und Praxis beziehen sich damit auf innerpsychische Konstrukte und deren Funktionsmechanismen. Das Schichtenmodell der Persönlichkeit mit dem Unbewussten und Bewussten und die Instanzen des Seelischen mit „Ich“, „Es“ und „Über-Ich“ sind Konstrukte zur Beschreibung innerpsychischer Phänomene. Aus der Interaktion dieser Bestimmungsstücke erklärt sich menschliches Verhalten. Aus der Entwicklung der Instanzen im Verlauf der psychosexuellen Entwicklung ergeben sich grundlegende Aspekte der Persönlichkeit und möglicher neurotischer Störungen eines Menschen. In den Anfängen der Psychoanalyse erscheint der Mensch als primär solipsistisches Wesen. Erst die Hinwendung zur „Ich-Psychologie“, der Objekt-Beziehungs- und Bindungstheorien zeigte zunehmend Mechanismen der Interaktion und damit der sozialen Einflüsse menschlichen Verhaltens auf. Die Perspektive bleibt aber auch hier auf die tiefenpsychologischen Verarbeitungsregeln gerichtet.

Die Systemische Theorie und Therapie hat nicht tiefenpsychologische Aspekte zum Thema als vielmehr zwischenmenschliche und soziale. Der Mensch wird als biologisches, psychisches und soziales Wesen aufgefasst. Diese verschiedenen Ebenen bilden jeweils Systeme unterscheidbarer Operationalität, die aber aufeinander einwirken, im Sinne der strukturellen Koppelung. Das Verhalten des Einzelnen ist daher immer vom jeweiligen aktuellen Zustand dieser Koppelungsprozesse mit determiniert. Die Perspektive der Systemischen Therapie richtet sich daher weniger auf die einzelnen beteiligten Systeme, sondern mehr auf die Art ihrer Verwobenheit, also auf die auftretenden Interaktionen.

b) Analyse und Kausalität

Die Analyse psychischer Vorgänge wie sie von der Psychoanalyse verstanden wird, meint unter anderem die Erklärung von innerpsychischen Vorgängen mittels kausaler Zusammenhänge zwischen den Analyseeinheiten.

Die Systemische Therapie nutzt hingegen keine linear-kausalen Analyseeinheiten. Jedes Systemverhalten ist das Ergebnis komplexer Systemzusammenhänge, die erst in ihrer Gesamtheit das Systemverhalten bestimmen. Die Analyse einzelner Zusammenhänge hilft unter der Perspektive der Systemischen Therapie nicht, das Gesamtsystem zu verstehen, da dieses etwas qualitativ anderes ist als die Summe seiner Einzelteile oder Einzelzusammenhänge. Analyse, kausale Erklärung und Verstehen der Systemzusammenhänge bilden daher keine grundlegende Herangehensweise Systemischer Therapeuten.

c) Unbewusstes, Dynamik, Persönlichkeit

Die Systemische Therapie stützt sich nicht auf innerpsychische Prozesse. Die Annahme von Prozessen dynamisch-unbewusster Schichten der Persönlichkeit und deren Wechselwirkung mit der bewussten Ebene stehen prinzipiell nicht im Widerspruch zu systemischen Auffassungen. Jedoch wird der Mensch aus systemischer Sicht als ein geschlossenes autonomes System verstanden, welches eine Einsicht in seine „tieferen“ Schichten nur vermittelt über das Medium der Kommunikation erlaubt. Nach der Auffassung der Systemischen Therapie gehorchen kommunikative Prozesse jedoch eigenen (grammatikalischen, semantischen) Gesetzen.

Die Dynamik menschlichen Verhaltens wird durch die Systemische Therapie daher primär in dem kommunikativen, d.h. sinnkonstruierenden Verhalten von Individuen gesehen. Auch die Therapie wird in diesem Sinne als kommunikatives Verhalten gedeutet. Daher wird der Fokus nicht so sehr auf unbewusste Prozesse des Individuums gerichtet, als vielmehr auf die sinnerzeugende Deutung der Lebenswelten des Klienten. Eine besondere Bedeutung kommt dabei dem Kontext von Deutungen zu. Der gesamte Kontext des bio-psycho-sozialen Systems beeinflusst nach Ansicht der Systemischen Therapie die Welt- und Eigensicht eines Menschen. Kontextinformationen wirken jedoch nicht linear kausal auf ein Individuum ein. Vielmehr unterliegt es seiner autonomen Wahrnehmung zu werten, was es als relevanten Kontext akzeptiert und wie es darauf reagiert.

Die Systemische Therapie wählt andere Wege des Zugangs zum Klienten. So wird die Autonomie des Klienten anerkannt und gestärkt, indem die Systemische Therapie den Klienten als Experten für seine Probleme würdigt. Sie arbeitet daher nicht mit Deutungen, die auf Grundlage einer allgemeinen Theorie, mit Hilfe eines Experten für diese Theorie erschlossen werden. Systemische Therapie geht nicht davon aus, dass Probleme aus innerpsychischen Faktoren zunächst erklärt werden müssen, bevor eine Besserung möglich wird, da aus systemischer Sicht Problemwissen nicht zwingend notwendig ist für Lösungswissen. Die Systemische Therapie regt den Klienten durch vielfältige Interventionsformen und Settingvarianten (siehe Kapitel 4) zur selbständigen Exploration und Reflexion an. Dabei wird die Kommunikation vornehmlich auf Aspekte wie Ressourcen und Stärken, sowie auch auf Lösungswissen der Klienten gelenkt.

d) Historische Perspektive

Die Psychoanalyse kann primär als historische Perspektive gekennzeichnet werden. Die Gestalttherapie hingegen betont die Verankerung im Hier und Jetzt. Systemische Therapie ist primär zukunftsorientiert. Immer wieder wird der Klient dazu eingeladen, seine Therapieziele explizit zu machen und eine problemfreie Zukunft zu imaginieren. Die Systemische Therapie leugnet Voraussetzungen und Auslöser für die zu bewältigenden Probleme zwar nicht, sie weist ihnen aber den Charakter von Narrativen zu und insofern von Veränderlichem. Anders die tiefenpsychologischen Schulen, die in den Vorbedingungen nicht nur Sinngebungen, sondern Kausalitäten sehen.

e) Widerstand

Das tiefenpsychologische Konzept des Widerstandes tritt in der Systemischen Therapie nicht auf. Die Orientierung am Widerstand als Leitlinie im therapeutischen Gespräch wird in der Systemischen Therapie nicht angestrebt. Statt dessen geht der Systemische Therapeut vom Willen des Klienten zur Kooperation aus. Der Klient wird verstanden als aktiv um die Lösung seiner Probleme bemüht. Der Therapeut schafft einen geeigneten therapeutischen Rahmen, der die Kooperation mit dem Klienten fördert. So gelingt es, sich direkt an den Zielen der Klienten zu orientieren, ihre Ressourcen zu nutzen und ihre Motivation für Veränderung zu stärken.

5.4 Abgrenzung zur Gestalttherapie

In der Gestalttherapie spielt das Prinzip der „organismischen Selbstregulation“ nach Kurt Goldstein eine wichtige Rolle (vgl. Schwarzinger & Stumm, 1994). Nach Perls (1976) wird in diesem Sinne alles Leben und Verhalten nach dem Prinzip der Homöostase reguliert.

Der homöostatische Prozess läuft ununterbrochen ab, er wird in der Gestalttherapie verstanden als steter Übergang von Bedürfnisspannung zu Bedürfnisbefriedigung. Wie auch andere humanistische Therapieschulen geht auch die Gestalttherapie von einer dem Menschen innewohnenden Wachstumstendenz aus. Dabei ist der Mensch beständig um die Wahrung und Ausarbeitung seiner „guten Gestalt“ bemüht (vgl. Perls, 1976; Petzold, 1973).

Probleme und psychische Störungen treten auf, wenn unvollkommene Gestalten, in Form unvollendeter Erfahrungen, frustrierter Strebungen und Wünsche oder unbewältigter Aufgaben, sog. „unerledigte Geschäfte“ (z.B. Entwicklungsaufgaben, wie die Ablösung vom Elternhaus) zunehmend die Tendenz haben, die aktuelle Figurenbildung und Bedürfnisbefriedigung zu stören.

a) Gestalttheorie

Die prozesshafte und selbstregulative Beschreibung allen Lebens steht der systemischen Auffassung sehr nahe. Die Systemische Theoriebildung übernahm - dort, wo sie sich auf mathematisch-naturwissenschaftliche Selbstorganisationstheorien bezieht - an vielen Stellen die Interessen gestalttheoretischer Forschung und entwickelte sie weiter. Die Begrenzung auf homöostatische Prozesse wird von der systemischen Theoriebildung jedoch durch allgemeine Selbstorganisationskonzepte ergänzt. So ergeben sich für die Funktionsmechanismen komplexer Systeme qualitativ neue Folgerungen, wie z.B. für die selbstregulative Autonomie der betrachteten Systeme und deren Intervenierbarkeit und Steuerbarkeit, die sich in vielen Aspekten von einfachen Systemvorstellungen, wie z.B. Regelkreismodellen unterscheiden (siehe S. 29 und S. 15).

Durch die Erkenntnisse mathematischer Systemtheorien, wie z.B. der aus der Physik stammenden Synergetik, kam es in den letzten Jahren aber auch zu einer Wiederbelebung der gestalttheoretischen Wahrnehmungsforschung im Rahmen eines Forschungsparadigmas komplexer nichtlinearer dynamischer Systeme. Die Arbeiten von Stadler und Kruse (z.B. 1990) zu diesem Thema fassen Wahrnehmungsprozesse als dynamische Systeme mit nichtlinearem Charakter auf. Hier zeigt sich eine enge Verwandtschaft zu den Konzepten Dynamischer Krankheiten (z.B. Glass & Mackey, 1977; s. S. 13f), die im gleichen theoretischen Kontext diskutiert werden.

b) Selbstregulation und Störungsbegriff

Die Gestalttherapie vertritt die Auffassung einer beständigen Dynamik menschlicher Selbstregulation. Störungen in diesen Selbstregulationsprozessen können, wenn sie die Kompensationsfähigkeit des Individuums übersteigen, zu psychischen oder psychosomatischen Störungen führen. Dies zeigt sich im Verlust von „Kontaktfähigkeit“ mit sich selbst und anderen. Perls (1976, Ergänzungen von Hartmann-Kottek-Schroeder, 1983) beschreibt typische Grundmuster dysfunktionalen Kontaktverhaltens, wobei weitreichend tiefenpsychologische Konzepte genutzt werden. Aber auch an anderer Stelle nimmt die Gestalttherapie auf tiefenpsychologische Konzepte Bezug (z.B. Widerstand,

Übertragung), wenn sie auch vielfach umgedeutet und abgewandelt werden. Hier treten daher die Unterschiede zur systemischen Theorienbildung und Praxis in ähnlicher Weise zutage, wie sie schon für die tiefenpsychologischen Schulen dargestellt wurden. Die Systemische Therapie nutzt in Praxis und Theorie keine explizit innerpsychischen Erklärungsmodelle. Es ergeben sich zwar keine unvereinbaren Gegensätze zwischen den Auffassungen, da der Fokus der Systemischen Therapie auf einem anderen Phänomenbereich liegt (Betonung sozialer Systeme gegenüber innerpsychischen Systemen). Dennoch ergeben sich aus dem von der Systemischen Therapie vorgeschlagenen Perspektivenwechsel andere Folgerungen für die Theorie und Praxis, als sie von der Gestalttherapie und tiefenpsychologischen Schulen vorgeschlagen werden, wie z.B. die Konzepte der Kooperation statt Widerstand, der Ressourcen und Lösungsorientierung, etc.

c) Praktische Aspekte

Therapeutisch wird in der Gestalttherapie eher direktiv gearbeitet. Vom Therapeuten angeleitete Stimulationen und Übungen, durch Rollenspiele, Körperübungen, etc. sollen Bewusstheit fördern und nachhaltige Erfahrungen im „Hier und Jetzt“ ermöglichen. Dabei soll der Therapeut nicht nur Feedback liefern, sondern schöpferisch an der Schaffung neuer Erfahrungen teilnehmen.

Die therapeutische Arbeit in der Systemischen Therapie setzt gelegentlich auch direktive bzw. stimulative Übungen und auch Rollenspiele ein. Der Schwerpunkt der Interaktion liegt jedoch nicht in der Aktualisierung des Problems, sondern in der Schaffung neuer Sichtweisen für das aktuelle Problem. Der Therapeut regt die Exploration des Klienten an, stellt konstruktive Fragen, die den Klienten „öffnen“ für mögliche neue Sichtweisen. Dabei gilt richtungsweisend jedoch immer eine Orientierung an den Zielen des Klienten, seinen Ressourcen und Stärken. So werden nicht explizit nachhaltige Erfahrungen im Sinne einer Bereicherung der Lebens- und Selbsterfahrung der Klienten angestrebt, als vielmehr das Erleben neuer Sichtweisen, für die in den Augen der Klienten eindeutig festgefahrenen Lebenswelten. Einfache linear-kausale Interpretationen sollen ersetzt werden durch offenere Konzepte.

5.5 Abgrenzung zur Gesprächspsychotherapie

Die Gesprächspsychotherapie vertritt eine Persönlichkeitstheorie, die mit dem Begriff des „Selbst“ operiert. Das Selbst differenziert sich im Verlauf der frühkindlichen Entwicklung aus den Körperwahrnehmungen in der Interaktion mit der Umwelt. Nach Rogers (1977) ist diese theoretische Konzeption eher am Prozess der Persönlichkeitsentwicklung als an deren Struktur interessiert. Rogers geht von der Annahme einer universellen Aktualisierungstendenz und einer auf Wachstum ausgerichteten Selbstverwirklichungstendenz aus, „die den Menschen in Richtung auf das bewegt, was als Wachsen, Reife, Lebensbereicherung bezeichnet wird“ (Rogers, 1983, S. 491). Auf Grundlage der Selbstkonzept-Theorie begründet sich das Krankheitsmodell der Gesprächspsychotherapie. Kommt es durch eine fortschreitende Inkongruenz zwischen Selbst und Erfahrung, sowie zwischen Verhalten und Selbst zu einer Desorganisation des Selbst, so wird diese als bedrohlich erlebt. Die zunehmende Inkongruenz ist die Grundlage von Angst. Nach Rogers (1973) liegt eine psychische Fehlanpassung dann vor, wenn der Organismus vor dem Bewusstsein wichtige Körper- und Sinnes-Erfahrungen leugnet, die demzufolge nicht symbolisiert und die Gestalt der Selbst-Struktur organisiert werden. Wenn diese Situation vorliegt, gibt es eine grundlegende oder potentielle psychische Spannung. Jede Erfahrung, die nicht mit dem Selbst im Einklang steht kann als Bedrohung wahrgenommen werden. Je häufiger diese Wahrnehmungen sind, desto starrer wird die Selbst-Struktur organisiert, mit dem Ziel sich zu erhalten. Eine Reorganisation und Integration der inkongruenten Erfahrungen setzen ein angstfreies Klima voraus, welches in der Therapie vom Therapeuten erzeugt werden soll.

Aus diesem kurzen Abriss können in Anlehnung an Rogers (1977, S. 21f) einige Eckpfeiler der theoretischen und praktischen Ausrichtung der Gesprächspsychotherapie formuliert werden.

1. Bestimmte Einstellungen des Therapeuten sind notwendige und hinreichende Bedingungen für eine erfolgreiche Therapie (vgl. Rogers, 1957). Diese Einstellungen sind unabhängig von der Störung, ob neurotisch, psychotisch oder normal, gleichermaßen anwendbar.
2. Konzentration auf die phänomenale Welt des Klienten: Die wahrgenommene und subjektiv erfahrene Umwelt ist für das Individuum Realität.
3. Eher Interesse am Prozess der Persönlichkeitsentwicklung als an der Persönlichkeitsstruktur.

Die Systemische Therapie stimmt in ihrer Grundeinstellung mit den genannten Aspekten durchaus überein. Dennoch sind auch hier die Unterschiede unübersehbar.

a) Therapeutische Techniken

Rogers postuliert drei Basisvariablen der Begegnung zwischen Therapeut und Klient, die, wenn sie vom Therapeuten verwirklicht werden, eine angstfreie Atmosphäre schaffen, die eine Selbstaktualisierung und Reorganisation der Selbst-Struktur des Klienten ermöglichen. „Positive Wertschätzung und emotionale Wärme“, „Echtheit“ und „Einführendes Verstehen“ genügen demnach als notwendige und hinreichende Bedingung für eine erfolgreiche Therapie. Auf der Ebene der Technik der Systemischen Therapie werden verschiedene Methoden und Praxisvarianten vorgeschlagen, die zwar ebenfalls getragen sind von einer „nicht an Bedingungen geknüpften Wertschätzung“, aber als spezifische Techniken eben doch darüber hinaus gehen. So werden gezielt Ausnahmen

von den Problemen erfragt oder bisherige Lösungsversuche exploriert. In diesem Sinne arbeitet die Systemische Therapie systematisch und zielgerichtet auf die Erarbeitung von Lösungswissen hin.

b) Selbst

Im Gegensatz zur Psychoanalyse geht die Gesprächspsychotherapie von allgemeinen innerpsychischen Mechanismen aus. In einem konkreten Fall muss daher nicht die spezielle Konstellation der inneren Struktur dieses Klienten erfasst werden, wie es für die Psychoanalyse gilt. So genügt es aus der Sicht der Gesprächspsychotherapie ein angstfreies Klima zu schaffen, um die Mechanismen der Selbstaktualisierung wieder in Gang zu setzen.

Diese Konzeption der Selbstkonzept-Theorie begründet das Krankheitsmodell der Gesprächspsychotherapie. Während, ähnlich wie in anderen Therapieschulen auch, vornehmlich innerpsychische Aspekte in die Störungstheorie einfließen, betont die Systemische Therapie die sozialen und kommunikativen Aspekte, d.h. die Bildung eines Problemsystems auf der Grundlage eines Lebensproblems. Innerpsychische Mechanismen werden nicht gelehrt. Vielmehr wird der „Kristallisationspunkt“ einer Störung in der Kommunikation mit der sozialen Umwelt gesehen. Psychische Störungen werden in der Systemischen Therapie daher weniger mit Konzepten des Selbst als mit Konzepten des sozialen Systems beschrieben und behandelt.

c) Prozessorientierung

Auch die Prozessorientierung gilt als wichtiges Bestimmungsstück, welches beiden Therapieformen gemeinsam ist. Während die Gesprächspsychotherapie die Persönlichkeitsentwicklung auf der Grundlage ihres Persönlichkeitsmodells unter einer Prozesshaften Perspektive betrachtet, richtet sich die Prozessorientierung der Systemischen Therapie auf kommunikative Prozesse wie z.B. die Therapie selbst oder die Entstehung und Auflösung von *Problemsystemen*.

6. Wirksamkeitsnachweise der Systemischen Therapie

Die Systemische Therapie ist in den vergangenen Jahren vermehrt in kontrollierten und nicht kontrollierten Psychotherapiestudien untersucht worden. Im Gegensatz zu den meist positiven Befunden hält sich jedoch hartnäckig die Auffassung, dass es bisher wenig gesicherte Informationen über die tatsächliche Wirksamkeit dieses Ansatzes gibt.

Grawe, Donati und Bernauer (1994) untersuchten in ihrer umfangreichen Sekundäranalyse der kontrollierten Psychotherapiestudien bis 1983 acht kontrollierte Studien zur „systemorientierten Familientherapie“. Der größte Teil davon wurde zwischen 1975 und 1977 veröffentlicht (sieben von acht Studien, eine 1983). Die Frage der Wirksamkeit Systemischer Therapie weitgehend auf dem Stand von 1977 zu beurteilen, einem Zeitpunkt, zu dem es die Systemische Therapie im eigentlichen Sinne noch gar nicht gab, scheint wenig sinnvoll.

Seit Mitte der 70er Jahre haben sich nicht nur die Konzepte der systembezogenen Therapie von der Konfession zur Profession gefestigt, sondern wurden auch umfangreiche Studien publiziert, viele der qualitativ guten Studien erschienen noch fünf bis zehn Jahre vor „Psychotherapie im Wandel“. Daher ist der von Grawe, Donati und Bernauer getroffenen Bewertung der Systemischer Therapie kaum Bedeutung zuzusprechen.

Wie die Erfahrungen zeigen, ergeben sich für Metaanalysen allgemein drei schwerwiegende Problemkomplexe.

1. *Methodik.* Immer wieder werden Probleme der Auswertungsalgorithmen diskutiert, besondere Probleme treten jedoch schon im Vorfeld einer Sekundäranalyse auf, wenn es darum geht, relevante Studien ausfindig zu machen. Computergestützte Literaturrecherchen zur Systemischen Therapie scheitern oft daran, dass der Name „Systemische Therapie“ nicht immer im Titel oder im Abstract der Arbeit auftaucht. Vielfach wurden frühe Arbeiten einfach unter dem Begriff Familientherapie veröffentlicht.
2. *Bewertung.* Auch ausgeklügelte metaanalytische Algorithmen schützen nicht davor, eine abschließende Bewertung abgeben zu müssen. Angesichts der methodischen Unsicherheiten, die Metaanalysen bergen, können viele Ergebnisse nur unter Vorbehalten als gesichert angenommen werden. Die in den Methoden angestrebte Objektivität verliert sich häufig dadurch, dass die Methoden nicht mehr kritisierbar sind, wenn sie, wie z.B. im Berner-Kodiersystem nahezu tausend Items auf einhundert Seiten umfassen.
3. *Problem der Zeit.* Therapiestudien brauchen Zeit. Es vergehen Jahre, von der letzten Datenerhebung bis zur Veröffentlichung. Gleiches gilt für nachfolgende Metaanalysen. Metaanalysen bilden damit eine mehr oder minder weit zurückliegende Vergangenheit ab. Eine relativ junge Therapieform wie die Systemische Therapie hat damit besonders zu kämpfen. Neuere Analysen zeigen, dass Systemische Therapie weit besser untersucht wurde, als bisher angenommen und in ihrer Wirksamkeit so gut belegt ist, dass einige Autoren (Shadish et al., 1993) die Ansicht vertreten, dass man in weiteren Evaluationsstudien auf Kontrollgruppendesigns verzichten können.

6.1 Sekundäranalysen zur Systemischen Therapie

Erst in neueren Arbeiten wird die Systemische Therapie und/oder Familientherapie als eigene Therapieschule geführt. Systemische Einzeltherapie wird überhaupt erst in letzter Zeit wahrgenommen. Ältere Metaanalysen führen die Systemische Therapie noch häufig unter den nicht behaviouralen Familientherapien. Aus diesem Grund kann hier nur eine unvollständige Auflistung des bisherigen Standes der Wirksamkeitsforschung zur Systemischen Therapie im Lichte von Sekundärstudien gegeben werden. Daher soll ein kurzer Überblick über die wichtigsten Stationen der bisherigen Sekundärforschung mit Schwerpunkt im deutschsprachigen Raum vorgestellt werden.

Heekerens (1988) konstatierte, dass ein Effektivitätsnachweis gerade für die Systemische Familientherapie noch ausstehe. Allerdings untersucht er die vorhandenen Studien nicht näher, sondern beschäftigt sich zunächst mit der Frage, welche Studien überhaupt herangezogen werden könnten. 1989 vergleicht Heekerens behaviourales Elternttraining mit nicht-behaviouraler Familientherapie in Hinblick auf ihre Effektivität. In diesen Vergleich gingen zwei systemische Studien ein: Brunk, Henggeler und Whelan (1987) und Szykula et al. (1987). Nach einer detaillierten Diskussion zur Frage der anzulegenden Gütekriterien kommt Heekerens zum Ergebnis, dass keine Effektivitätsunterschiede festzustellen seien. Allerdings sei der Interpretierbarkeit aufgrund methodischer Einschränkungen Grenzen gesetzt. 1990 bzw. 1991 untersucht der gleiche Autor Effektivitätsstudien zur Familientherapie bei Problemen von Kindern und Jugendlichen. Nun sind insgesamt fünf systemische Studien in die Sekundäranalyse eingeschlossen: Scully (1982), Bennun (1986), Brunk, Henggeler und Whelan (1987), Russel et al. (1987) und Szykula et al. (1987). Heekerens kommt diesmal zu folgenden Ergebnissen: Kontrollgruppenuntersuchungen fehlen noch völlig, während Vergleichsgruppenstudien für die strategische, strukturelle und Systemische Familientherapie zu finden sind. Diese Ansätze sind ebenso effektiv wie die damit verglichenen psychotherapeutischen Verfahren.

Carr untersuchte 1991 insgesamt zehn Studien zum Mailänder Ansatz der Systemischen Therapie. Davon sind allerdings nur vier als kontrolliert zu bezeichnen: Bennun (1986), Bennun (1988), Green und Herget (1989a und b) und Simpson. Carr kommt zu folgenden Ergebnissen: In den untersuchten Studien wurde Systemische Familientherapie evaluiert, die von Klinikern mit unterschiedlicher Erfahrung, in unterschiedlichen kulturellen Kontexten und in unterschiedlichen Phasen der Elaborierung Systemischer Therapie durchgeführt wurden. Daher leitet der Autor nur vorläufige Schlussfolgerungen ab: Insgesamt ist es in ca. 66% - 75% der Fälle zu Verbesserungen im Symptombereich gekommen. Systemveränderungen (im Familiensystem) sind in ca. 50% der Fälle aufgetreten. Die Verbesserungen blieben zur 6-Monats-Katamnese und darüber hinaus bestehen. Die Behandlungsdauer war insgesamt recht kurz (5 - 10 Sitzungen).

Bommert et al. (1990) gelangen aufgrund einer zusammenfassenden Analyse verschiedener Sekundäranalysen aus dem angloamerikanischen Raum zu der Einschätzung, dass mit einer Erfolgsquote von etwa zwei Drittel der Fälle „die Effektivität der Familientherapie (besonders der nichtbehaviouralen Familientherapie) als sicher gelten“ kann (Bommert et al., 1990; S. 105).

Shadish et al. (1993) untersuchten in einer groß angelegten Metaanalyse die Effekte von Paar- und Familientherapien. Sie ermittelten insgesamt 163 Studien bis 1988 (62 Paar-, 101 Familientherapien). Dabei wurden auch unveröffentlichte Untersuchungen berücksichtigt. Unter den Untersuchungen befanden sich 14 zur Systemischen Therapie. Als wichtigste Ergebnisse formulierten die Autoren in ihrer Zusammenfassung (Shadish et al. 1997):

- 1.) Familientherapie insgesamt ist wirksam. Hinsichtlich der Effektivität sind keine signifikanten Unterschiede zwischen 1.) verhaltenstherapeutisch-psychoedukativen, 2.) systemischen, 3.) psychodynamischen und 4.) eklektischen Paar- und Familientherapien zu finden (die Effektstärken liegen zwischen $d=0.28$ für die systemischen und 0.58 für die eklektischen Ansätze). Dieser Befund wird in der Literatur weitgehend bestätigt (z.B. Bergin & Garfield, 1994; Kazdin, 1994; Smith, Glass & Miller, 1980).
- 2.) „Die paar- und familientherapeutische Wirksamkeits-Forschung ist im allgemeinen gleich gut oder besser als die Wirksamkeits-Forschung in den meisten anderen Bereichen der Psychotherapie“ (Shadish et al., 1993, S. 30f).
- 3.) Speziell für systemische Paar- und Familientherapie kommen Shadish et al. (1997) zu der Feststellung: “Es gibt sehr viel mehr gute Studien zur systemischen ... Paar- und Familientherapie, als bisher angenommen. Sie stehen bezüglich der Solidität der empirischen Forschungsbasis auf einer Stufe mit den verhaltenstherapeutischen Behandlungsformen“ (Shadish et al., 1997, S. 16).

Shadish et al. trennten in einer weiteren Sekundäranalyse (Datenbasis 105 Studien) die Auswertungen für Paar- und Familientherapie. Dabei zeigen sich für die Paartherapie keine Unterschiede zwischen den fünf Gruppen, jedoch für die Familientherapie signifikant stärkere Effekte der verhaltenstherapeutischen Familientherapien gegenüber den eklektischen und den unklassifizierbaren Ansätzen, jedoch wieder keine Unterschiede zwischen verhaltenstherapeutischen, systemischen, psychodynamischen und humanistischen Familientherapien (Shadish et al., 1997).

Die einzigen gefundenen Unterschiede beruhen nach Einschätzungen der Autoren höchst wahrscheinlich auf messmethodischen Unterschieden, die systematisch zwischen Paar- und Familientherapie auftreten. Verbindliche Forschungsmethoden, die für Paar- und Familientherapie gleichermaßen gelten würden, ließen mit größter Wahrscheinlichkeit auch diese Unterschiede verschwinden. Zu diesem Schluss gelangen die Autoren auf Grund von Regressionsanalysen, die die unterschiedlichen Methoden statistisch kontrollieren (vgl. Shadish et al., 1997, S. 15f).

Vergleiche zwischen Familientherapie und Einzeltherapie zeigen nach ersten Befunden über die Gesamtzahl von 23 Studien keine signifikanten Unterschiede (Shadish et al., 1997). Systemische Familientherapie ist oft Familientherapie ohne Familie, in diesem Sinne sind in die Studien von Shadish und Mitarbeitern auch einzeltherapeutische Settings eingegangen.

Die Problemstellungen der Studien zur Systemischen Therapie umfassen weite Bereiche des ICD. In einer Arbeit von Treffehn (1997) fanden sich in 16 kontrollierten neueren Psychotherapievergleichsstudien zur Systemischen Therapie schwerpunktmäßig die Problembereiche: Alkoholprobleme, Angst, Aufmerksamkeitsstörungen, Depression, Drogenmissbrauch, Essstörungen, Kindesmisshandlung und -vernachlässigung, Störungen des Kinder- und Jugendalters.

6.2 Ein Überblick über 16 neuere kontrollierte Studien

Treffehn (1997) hat nach eingehender Literaturrecherche 16 neuere (ab 1983 bis 1997) kontrollierte Psychotherapievergleichsstudien zur Systemischen Therapie der bei Grawe et al. (1994) vorgeschlagenen Bewertung unterzogen.

Die systematische Analyse der Qualität der Untersuchungen wurde mit Hilfe des „Beurteilungsbogens zur Analyse von kontrollierten Psychotherapiestudien“ vorgenommen, wie er von der Berner Gruppe um Grawe konzipiert wurde. Der Beurteilungsbogen umfasst 975 Items auf 63 Seiten und erfordert einen Zeitaufwand von ca. 8-9 Stunden pro zu beurteilender Studie. Aufbauend auf der Systematik des Beurteilungsbogens wurden Überblickstabellen entworfen, die die wichtigsten Variablen der kontrollierten Studien wiedergeben.

Auch hier zeigt sich:

1. Die Qualität systemischer Therapiestudien ist mindestens gleich gut wie, wenn nicht besser als in anderen Therapieansätzen. Gruppengrößen, Verfahren der Zuweisung zu den Bedingungen und deren Überprüfung; Sicherung der Behandlungsintegrität durch Supervision und Therapiemanuale, strenge Einschlusskriterien bei der Auswahl der Klienten, eine große Zahl anerkannter Messinstrumente sowie saubere statistische Auswertung und vorsichtige Interpretationen weisen den kontrollierten Studien zur Systemischen Therapie einen hohen methodischen Standard nach.
2. Systemische Therapie wirkt. Die berichteten Ergebnisse weisen in beinahe allen Fällen gleich gute Ergebnisse wie die Vergleichstherapien nach. Lagen signifikante Unterschiede vor, so sprachen diese fast immer für die systemische Behandlungsbedingung.

Anmerkung zu den Tabellen:

Die folgenden 16 Tabellen wurden für den Rahmen dieses Antrages neu zusammengestellt. Sie umfassen daher nicht alle Informationen, die sich nach der Analyse durch den „Beurteilungsbogen zur Analyse von kontrollierten Psychotherapiestudien“ ergeben haben und bei Treffehn (1997) angegeben sind.

Insbesondere sind hier nicht wiedergegeben: Angaben zur Dauer der Therapien (in Wochen), zu der Dauer einzelner Sitzungen, dem Abstand zwischen den Sitzungen, der Zahl der Abbrecher, soziodemographische Daten und Geschlecht der Klienten, die genauen Messzeitpunkte und Angaben über die Darreichungsform, die Datenerheber und das Setting der Datenerhebung, Angaben zur Behandlungszufriedenheit und zusätzliche Ergebnisse der Untersuchungen, die nicht direkt mit dem Therapievergleich zu tun hatten.

Nicht kontrollierte Studien

Auf Seiten 68ff findet sich zudem eine Auflistung nicht kontrollierter Studien zur Systemischen Therapie. Im Rahmen dieser Studien konnten der Systemischen Therapie - zum Teil anhand erheblicher Stichprobenumfänge - ein weiter Wirkungsbereich, hohe Patientenzufriedenheit und gute katamnestiche Erfolge nachgewiesen werden.

Kontrollierte Studie

Nr.	Autor/en	Jahr	Titel	
01	Bennun	1986	Evaluation family therapy: A comparison of the Milan and problem solving approaches	
Therapieeinrichtung		Forschungsinstitution		Land
Psychiatrisches Krankenhaus; Gemeindepsychiatrischer Dienst; beide im „National Health System“		Dept. of Psychology, Larkby, Exeter		Großbritannien
Veröffentlichungen:				
Bennun, I. (1986) Evaluation family therapy: A comparison of the Milan and problem solving approaches. Journal of Family Therapy, 8 S. 225-242				
	Bedingung A	Bedingung B	Bedingung C	
Kurzbeschreibung	Systemische Familientherapie (Mailänder Ansatz)	Familientherapie nach Problemlöseansatz (beruht auf der Sozialen Lerntheorie)		
Setting / Rahmenbedingungen (allgemein)	ambulante Familiengespräche, durchgeführt von einem einzelnen Therapeuten. In den ersten 1 ½ Jahren in einem Psychiatrischen Krankenhaus, dann in den letzten 1 ½ Jahren im Gemeindepsychiatrischen Dienst, innerhalb der Regelversorgung			
Besonderheiten	mit einem Team hinter der Einwegscheibe			
Behandlungsintegrität (allgemein)	Es wurde versucht, sich so nah wie möglich an die Vorgaben des jeweiligen Ansatzes zu halten			
Besonderheiten	Live Supervision durch den/die Beobachter hinter der Einwegscheibe	Gruppensupervision		
Gruppengrößen				Summe
In der Vorauswahl	13	14		27
Prä	>10	>10		23
Post	10	10		20
Katamnese	7	6		13
Anzahl Therapeuten	1 (Autor)	4		
Mittlere Sitzungszahl	8,3 (0,9)	8,5 (0,8)		
Zuweisungsverfahren zu den Bedingungen (Überprüfung, Begünstigung?):				
Fortlaufende Zuweisung für Alkoholranke und Depressive; Zufallsverfahren für die übrigen; kein Matching. Eine Begünstigung einer Gruppe ist nicht gegeben. Eine nachträgliche Prüfung auf Vergleichbarkeit der Gruppen hat nicht stattgefunden.				
Indexklienten	Diagnosen (Anzahl)		Homogenisierung	
Kinder Jugendliche und Erwachsene	Alkoholprobleme (6) Depression (4) Essstörungen (2) andere (6)		heterogen	
Therapeuten				
Berufsgruppen	Erfahrung		mögliche Unterschiede	
Keine Angaben	Keine Angaben; in dem in A verwendeten Team befand sich jeweils mindestens ein mit dem Ansatz vertrauter Beobachter		keine bedeutsamen erkennbar	
Gemessene Variablen nach Grawe (1994)				
Hauptsymptomatik, für alle Patienten gleich definiert; Veränderungen im zwischenmenschlichen Bereich; Psychophysiologische Maße				
Eingesetzte Instrumente / erhobene Variablen				Reliab.
Severity of Alcohol Dependence Questionnaire (SADQ) Beck Depression Inventory (BDI) Fear Questionnaire Gewicht in kg Häufigkeit von Wutanfällen Anzahl der Stunden, die mit einer bestimmten Tätigkeit verbracht wurden modifiziertes Personal Questionnaire				.85 Keine Angaben
signifikante Ergebnisse zum Zeitpunkt Post		signifikante Ergebnisse nach Katamnese		
bei allen Klienten trat eine deutliche Besserung der Symptome ein (keine statistische Prüfung möglich); B erzielte weniger Veränderungen 2. Ordnung (Personal Questionnaire): manchmal wurden die Symptombesserungen nicht von Strukturveränderungen begleitet		Katamnese in Form einer telefonischen Nachbefragung (weitere Hilfe suchen; Häufigkeit der Symptomwiederkehr): A: 0/7 Hilfe; 2/7 Symptome B: 1/6 Hilfe; 3/6 Symptome		

Kontrollierte Studie

Nr.	Autor/en	Jahr	Titel	
02	Bennun	1988	Treating the System or Symptom: Investigating Family Therapy for Alcohol Problems	
Therapieeinrichtung		Forschungsinstitution		Land
Community mental health setting; specialist alcohol unit; beide im National Health Service		Dept. of Psychology, University of Exeter		Großbritannien
Veröffentlichungen:				
Bennun, I. (1988) Treating the System or Symptom: Investigating Family Therapy for Alcohol Problems. Behavioural Psychotherapy, 16 S. 165-176				
	Bedingung A	Bedingung B	Bedingung C	
Kurzbeschreibung	Systemische Familientherapie (Mailänder Ansatz)	Familientherapie nach Problemlöseansatz (beruht auf der Sozialen Lerntheorie)		
Setting / Rahmenbedingungen (allgemein)	ambulante Familiengespräche, durchgeführt von einem einzelnen Therapeuten			
Besonderheiten	mit einem Team hinter der Einwegscheibe			
Behandlungsintegrität (allgemein)	Orientierung an den Vorgaben der Therapieansätze; manchmal zusätzliche Beratung durch ein Mitglied der „alcohol unit“ für den Patienten			
Besonderheiten	Live Supervision durch den/die Beobachter hinter der Einwegscheibe und Diskussion nach der Sitzung	14-tägige Gruppendiskussionen zum Fortgang der Fälle;		
Gruppengrößen				Summe
In der Vorauswahl	?	?		16
Prä	?	?		16
Post	?	?		?
Katamnese	?	?		?
Anzahl Therapeuten	1 (Autor)	5		
Mittlere Sitzungszahl	8	9		
Zuweisungsverfahren zu den Bedingungen (Überprüfung, Begünstigung?):				
Zufallsverfahren; kein Matching; Zuordnung der Klienten in der Gruppe B zu den fünf Therapeuten durch Zufallsverfahren; Unterschiede in den Bedingungen sind nicht signifikant; eine Begünstigung einer Bedingung liegt nicht vor				
Indexklienten	Diagnosen (Anzahl)		Homogenisierung	
Elternteil mit Alkoholproblem	Alkoholprobleme über im Mittel 9 Jahre (Range: 3-16 Jahre); 3 hatten Blackouts im vorangegangenen Jahr		nicht ausdrücklich, dürfte aber einigermaßen gegeben sein	
Therapeuten				
Berufsgruppen	Erfahrung		mögliche Unterschiede	
keine Angaben	keine Angaben		keine erkennbar	
Gemessene Variablen nach Grawe (1994)				
Hauptsymptomatik; für alle Patienten gleich definiert; Veränderungen im zwischenmenschlichen Bereich				
Eingesetzte Instrumente / erhobene Variablen				Reliab.
Marital Adjustment Test (MAT - allgemeine Zufriedenheit in der Beziehung)				.77 (Retest)
Family Satisfaction Rating (FS - Zufriedenheit in der Familie; gemittelt für Eltern und Jugendliche)				.75
Severity of Alcohol Dependence Questionnaire (SADQ)				.85
signifikante Ergebnisse zum Zeitpunkt Post		signifikante Ergebnisse nach Katamnese		
Prä-Post Verbesserungen in allen Maßen für beide Bedingungen		Alle Werte knapp über den Post - Werten; trotz Besserung immer noch Residualstress für die Paare (MAT); Trotz signifikanter Verringerung der Abhängigkeit, liegen die SADQ-Werte immer noch im oberen Bereich leichter Abhängigkeit		

Kontrollierte Studie

Nr.	Autor/en	Jahr	Titel
03	Blume & Wendorff	1997	Zur Evaluation lösungsorientierten und problemorientierten Vorgehens im Vergleich. 2. Veränderungen im lösungsorientierten und problemorientierten Therapieprozeß

Therapieeinrichtung	Forschungsinstitution	Land
A: eine Praxis für Psychotherapie in Dortmund; B: Zentrum für Psychotherapie der Ruhr-Universität, Bochum	Ruhr-Universität Bochum	Deutschland

Veröffentlichungen:
Blume, E. & Wendorff, D. (1997) 1. Zur Evaluation lösungsorientierten und problemorientierten Vorgehens im Vergleich. 2. Veränderungen im lösungsorientierten und problemorientierten Therapieprozeß. Ruhr-Universität Bochum: unveröffentlichte Diplomarbeit.

	Bedingung A	Bedingung B	Bedingung C
Kurzbeschreibung	Lösungsorientierte Therapie	Verhaltenstherapie	
Setting / Rahmenbedingungen (allgemein)	vermutlich beide im Einzelsetting;		
Besonderheiten			
Behandlungsintegrität (allgemein)	Supervision für beide Bedingungen; Videoanalyse von Sitzungen ergab: die Bedingungen unterschieden sich signifikant (Absicherung des Unterschiedes zwischen verhaltenstherapeutischer und lösungsorientierter Behandlung)		
Besonderheiten			

Gruppengrößen				Summe
In der Vorauswahl	?	?		?
Prä	48 (19 Klienten wurden aus einer früheren Untersuchung hinzugenommen)	31		79
Post	?	?	?	?
Katamnese	keine durchgeführt			
Anzahl Therapeuten	4	7		
Mittlere Sitzungszahl	3	3		

Zuweisungsverfahren zu den Bedingungen (Überprüfung, Begünstigung?):
anfallende Stichproben. Die Überprüfung ergab unterschiedliche Durchschnittsalter (A: 39; B: 33), jedoch keine Unterschiede in den Effektivvariablen. Das Setting von nur 3 Sitzungen begünstigt die Gruppe A, die auch in anderen Studien einen kürzeren Behandlungsaufwand zeigt als eine Verhaltenstherapie.

Indexklienten	Diagnosen (Anzahl)	Homogenisierung
Jugendliche und Erwachsene	keine Angaben	vermutlich heterogen

Therapeuten		
Berufsgruppen	Erfahrung	mögliche Unterschiede
Psychologen	A: wenig; B: in Fortbildung	keine Angaben

Gemessene Variablen nach Grawe (1994)
Globale Erfolgsbeurteilung; Individuell definierte Problematik; Sonstige Befindlichkeitsmaße; Veränderungen im Persönlichkeits- oder Fähigkeitsbereich; Veränderungen im zwischenmenschlichen Bereich.

Eingesetzte Instrumente / erhobene Variablen	Reliab.
Peri SC (Demoralisierung)	.93 (α)
Selbstakzeptierungsskala (SESA)	.9 (α)
Stimmungsthermometer (habituelle Stimmung aus Sicht des Klienten)	?
Sense Of Coherence (SOC - Kohärenzgefühl)	.84 (α)
Life Orientation Test (LOT - Optimismus)	.84 (α)
Kuchen (selbstbestimmter Lebensanteil)	?
IPC (internale Kontrollüberzeugung, externale K. Machtlosigkeit; externale K. Fatalismus)	.54-.71 (α)
Hakemp (Handlungsorientierung bei Misserfolg, der Planung von Handlungen, der Ausführung von Handlungen)	.7-.78 (α)
P1 (Zielerreichung, vor Therapie)	?
E2 (Zielerreichung: a: nach Therapie, b: maximale Zielerreichung, c: Wahrscheinlichkeit maximaler Zielerreichung)	?
Erfolgsfragebogen (E-FB1-3 - Problemveränderung, Veränderung anderer Probleme, neue Probleme)	?

signifikante Ergebnisse zum Zeitpunkt Post	signifikante Ergebnisse nach Katamnese
Prä-Post Verbesserungen: A in Peri SC; A in SESA; beide im Stimmungsbarometer; A in SOC; A im Kuchen; B in IPC-Int; A in IPC-Fat; A in Hakemp Miß; A in P1/E2-a; A vs. B: in A zeigten sich höhere Verbesserungen als in B auf Peri SC und SESA; tendenzielle Vorteile für A in SOC, IPC-FAT, P1/E2a	Keine Katamnese durchgeführt

Kontrollierte Studie

Nr.	Autor/en	Jahr	Titel
04	Brunk et al	1987	Comparison of Multisystemic Therapy and Parent Training in the Brief Treatment of Child Abuse and Neglect

Therapieeinrichtung	Forschungsinstitution	Land
vermutlich im Rahmen der Jugendhilfe	College of William and Mary Williamsburg, Virginia; Dept. of Psychology, Memphis State University	USA

Veröffentlichungen:

Brunk, M. Henggeler, S.W. & Whelan, J.P. (1987) Comparison of Multisystemic Therapy and Parent Training in the Brief Treatment of Child Abuse and Neglect. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55 S. 171-178

	Bedingung A	Bedingung B	Bedingung C
Kurzbeschreibung	Multisystemische Therapie (Ähnlichkeiten zu strategischen und strukturellen Ansätzen, jedoch stärkere Betonung der kognitiven und außerfamiliären Variablen für Problemaufrechterhaltung)	Elterntraining (lerntheoretisch) Grundlage ist die Annahme eines Misshandlungsteufelskreises	
Setting / Rahmenbedingungen (allgemein)	in beiden Bedingungen gab es Behandlungsdruck von außen (gerichtliche Auflagen, etc.)		
Besonderheiten	ambulant, mit jeder Familie allein in ihrem Zuhause oder im Klinik-Setting	ambulant, in insgesamt 4 Elterngruppen im Klinik-Setting	
Behandlungsintegrität (allgemein)			
Besonderheiten	Die Therapeuten trafen sich jede Woche für eine Stunde mit einem multisystemischen Supervisor	Die Therapeuten wurden von einem lizenzierten Klinischen Psychologen supervidiert	

Gruppengrößen				Summe
In der Vorauswahl	?	?		90
Prä	21	22		43
Post	16	17		33
Katamnese	keine durchgeführt			
Anzahl Therapeuten	2	4		
Mittlere Sitzungszahl	8	8		

Zuweisungsverfahren zu den Bedingungen (Überprüfung, Begünstigung?):
Zufallsverfahren; für ein zweifaktorielles Design wurde zudem zwischen Misshandlung und Vernachlässigung unterschieden. Hier wurde die Zuweisung gematcht. Die Überprüfung der Zuweisung zeigt ein höheres Alter in A, für vernachlässigte Kinder und deren Mütter. Eine Begünstigung einer Bedingung ist nicht anzunehmen.

Indexklienten	Diagnosen (Anzahl)	Homogenisierung
Misshandelnder/Vernachlässigender Elternteil	bestätigter Verdacht auf Kindesmisshandlung oder Vernachlässigung; keine sexueller Missbrauch.	Nicht ausdrücklich, jedoch klare Definition der Diagnosen und Matching für Misshandlung und Vernachlässigung.

Therapeuten		
Berufsgruppen	Erfahrung	mögliche Unterschiede
Psychologen	master's degree; die Therapeuten beider Bedingungen waren etwa gleich erfahren und mit ihrer Methode identifiziert.	Keine erkennbar

Gemessene Variablen nach Grawe (1994)
Individuell definierte Problematik; Sonstige Befindlichkeitsmaße; Veränderungen im Persönlichkeits- oder Fähigkeitsbereich; Veränderungen im zwischenmenschlichen Bereich.

Eingesetzte Instrumente / erhobene Variablen	Reliab.
Symptom Checklist-90 (SCL-90 - global severity index) Behaviour Problem Checklist (BPC - total score - overall perception of child behaviour problems) Family Environment Scale (FES - 3 dimensions: relationship, personal growth, system maintenance) Family Inventory of Life Events and Changes (FILE - overall stress level perceived by parents) Treatment Outcome Questionnaire (TOQ - 3 categories for perceived treatment needs & changes in needs: individual, family, social system) Beobachtungsmaße für Eltern-Kind-Interaktion (4 interaction sequences: 1. Parental effectiveness - attention control; 2. Parental effectiveness - action control; 3. Child passive noncompliance, 4. Parental unresponsiveness)	?
	92%-98% (Interrater.)

signifikante Ergebnisse zum Zeitpunkt Post	Katamnese
Prä-Post Verbesserungen für A u. B in SCL 90 und FILE; Prä-Post Verbesserungen für A u. B in TOQ (Interaktion: B-Eltern weniger Probleme mit ihren „social system“, A nicht. A-Therapeuten berichten größere Abnahme von „family problems“ als B-Therapeuten; A war insgesamt B überlegen in den Beobachtungsmaßen (größerer Verbesserungen in A, häufig keine Änderungen in B)	Keine Katamnese durchgeführt

Kontrollierte Studie

Nr.	Autor/en	Jahr	Titel
05	Green & Herget	1989 / 1991	Outcomes of Systemic / Strategic Team Consultation

Therapieeinrichtung	Forschungsinstitution	Land
Redwood Center, Berkeley	California School of Professional Psychology, Berkely/Alameda	USA

Veröffentlichungen:
 Green, R.J. & Herget, M. (1989) Outcomes of Systemic / Strategic Team Consultation: II. Three-Year Followup and a Theory of "Emergent Design". Familie Process, 28 S. 419-437
 Green, R.J. & Herget, M. (1989) Outcomes of Systemic / Strategic Team Consultation: I. Overview and One-Month Results. Family Process, 28 S. 37-58
 Green, R.J. & Herget, M. (1991) Outcomes of Systemic / Strategic Team Consultation: III. The Importance of Therapist Warmth and Active Structuring. Family Process, 30 S. 321-336

	Bedingung A	Bedingung B	Bedingung C
Kurzbeschreibung	systemisch - strategische Team Konsultation im Falle von „therapy impasses“, also bei Problemen mit der herkömmlichen Therapie	herkömmliche (siehe A) Therapie (eklektisch)	
Setting / Rahmenbedingungen (allgemein)			
Besonderheiten	Vor der Sitzung.: Hypothesengenerierung mit dem Team, während der Sitzung ist das Team hinter der Einwegscheibe anwesend und kommuniziert über Telefon mit dem Therapeut/Klienten, vor der Einwegscheibe. Die Arbeit ist zielorientiert, nutzt keine paradoxen Interventionen		
Behandlungsintegrität (allgemein)	Klare Beschreibung der Struktur des Vorgehens; alle Therapeuten hatten vor Beginn der Studie über 7 Monate wöchentliches Team-Training		
Besonderheiten			

Gruppengrößen				Summe
In der Vorauswahl	11	11		22
Prä	11	11		22
Post	11	11		22
Katamnese (nach 3 Jahren)	8	8		16
Anzahl Therapeuten	insgesamt 11, in 4 Teams mit Supervisor			
Mittlere Sitzungszahl	8 (nach Konsultation, vorher zwischen 4-59)	9..5		

Zuweisungsverfahren zu den Bedingungen (Überprüfung, Begünstigung?):
 Je ein Fall eines jeden der 11 Therapeuten wurde mit Konsultation und ohne Konsultation weitergeführt. Die beiden Fälle unterscheiden sich nicht hinsichtlich der Dauer des Problems vor der Konsultation. Es wurde ein Matching nach Schwierigkeit vorgenommen und dann zufallsverteilt. Die Zuweisungen wurden verglichen auf Grundlage des FES (siehe unten) und unterschieden sich nicht signifikant. Eine Begünstigung liegt für A vor. U.U. kann die Studie nicht als Therapievergleichsstudie betrachtet werden, da A gleich B plus einem Zusatz ist.

Indexklienten	Diagnosen (Anzahl)	Homogenisierung
Jugendliche (55%); Paare und Familien	heterogene Probleme mit einer Dauer von 3 Monaten bis zu 3 Jahren (gilt für 64%)	Stichproben sind heterogen, jedoch Matching nach Schweregrad

Therapeuten		
Berufsgruppen	Erfahrung	mögliche Unterschiede
Psychologen	von unerfahren (2.75 Jahre) bis erfahren (8,4 Jahre)	keine bedeutsamen erkennbar

Gemessene Variablen nach Grawe (1994)
 Globale Erfolgsbeurteilung; individuell definierte Problematik, Veränderungen im zwischenmenschlichen Bereich

Eingesetzte Instrumente / erhobene Variablen	Reliab. ?
Goal Attainment Scaling (GAL - 3 Ziele und „composite score“) Client Rating of Change Questionnaire (CRC - Einschätzung der zielgerichteten Veränderung und der Therapiezufriedenheit) Therapist Rating of Change Questionnaire (TRC - Einschätzung der zielgerichteten Fortschritte des Klienten) Family Environment Scale - Form R (FES)	

signifikante Ergebnisse zum Zeitpunkt Post	signifikante Ergebnisse nach Katamnese
A Klienten erzielten höhere Werte in den meisten Effektmaßen: GAS-Hauptziel, GAS-composite-score, CRC-global, TRC-global	Katamnese benutzte GAS; zwischen Prä-Messung und Katamnese ergeben sich bessere Werte für A. Zwischen Post-Messung und Katamnese ergeben sich im Mittel keine Unterschiede.

Kontrollierte Studie

Nr.	Autor/en	Jahr	Titel	
06	Gustafsson et al.	1986	Family Therapy in the Treatment of Severe Childhood Asthma	
Therapieeinrichtung		Forschungsinstitution		Land
Pediatric Outpatient Dept. of the University Hospital, Linköping		Dept. of Child Adolescent Psychiatry, University Hospital, Linköping		Schweden
Veröffentlichungen:				
Gustafsson, P.A. Kjellman, N.-I. M. & Cederblad, M. (1986) Family Therapy in the Treatment of Severe Childhood Asthma. Journal of Psychosomatic Research, 30 S. 369-374				
Kurzbeschreibung	Bedingung A	Bedingung B	Bedingung C	
	medizinische Asthmabehandlung plus Familientherapie (Struktureller Ansatz)	medizinische Asthmabehandlung		
Setting / Rahmenbedingungen (allgemein)	ambulante, evtl. stationäre Notaufnahmen; vermutlich in beiden Bedingungen mindestens Teile der Familie beteiligt			
Besonderheiten				
Behandlungsintegrität (allgemein)	keine Angaben			
Besonderheiten				
Gruppengrößen				Summe
In der Vorauswahl	10	10		Auswahl der schwersten Fälle aus 600
Prä	9 plus 1 Pilotfall minus 2, die nicht an den Familiensitzungen teilnahmen	8		18
Post	9	8		16
Katamnese (18 Monate)	?	?		?
Anzahl Therapeuten	2	1		
Mittlere Sitzungszahl	8,8 (2-21)	?		
Zuweisungsverfahren zu den Bedingungen (Überprüfung, Begünstigung?):				
Zufallszuweisung; eine nachträgliche Prüfung auf Vergleichbarkeit der Bedingungen wurde nicht vorgenommen; es handelt sich im eigentlichen Sinne um keine echte Psychotherapievergleichsstudie.				
Indexklienten	Diagnosen (Anzahl)	Homogenisierung		
Kinder / Jugendliche	schweres, chronisches Asthma bronchiale; mittlere Krankheitsdauer 7 Jahre (Range: 4 - 14); zusätzliche Allergien.	Nicht ausdrücklich; jedoch enge Einschlusskriterien (Diagnose, Medikamente). Daraus folgt eine gute Homogenität.		
Therapeuten				
Berufsgruppen	Erfahrung	mögliche Unterschiede		
A: Psychologe, Sozialarbeiterin plus ärztliche Betreuung; vermutlich Pädiater	A: erfahren (keine genaueren Angaben) B: unklar	keine bedeutsamen erkennbar		
Gemessene Variablen nach Grawe (1994)				
Globale Erfolgsbeurteilung; Hauptsymptomatik, für alle Patienten gleich definiert; Sonstige Befindlichkeitsmaße; Psychophysiologische Maße.				
Eingesetzte Instrumente / erhobene Variablen				Reliab.
General paediatric assessment clinical grading (Gesamtsituation, Schweregrad) peak expiratory flow (PEF - Atmung) emergency in-patient days (Tage Notfall-stationär) emergency room visits (Notfall-ambulant) days with functional impairment according to parents' diaries (Beeinträchtigung im Alltag) No. of doses of beta-2-agonists (Medikamentengebrauch) No. of nights with beta-2-agonists (nächtlicher Medikamentengebrauch) continuous steroid treatment				keine Angaben
signifikante Ergebnisse zum Zeitpunkt Post		signifikante Ergebnisse nach Katamnese		
Prä-Post: Klienten in A verbesserten sich in: general paediatric assesment, clinical grading, PEF, No. of dose beta-2-agonists, No. of nights with beta-2-agonists, positiver Trend (p=.06) in emergency in-patient days; keine signifikanten Prä-Post Verbesserungen in B; A vs. B. größere Verbesserung in A im general paediatric assessment.		1 ½ Jahre nach der Familientherapie wurden keine signifikanten Veränderungen in der Krankheitsaktivität festgestellt.		

Kontrollierte Studie

Nr.	Autor/en	Jahr	Titel
07	Joanning et al.	1992	Treating Adolescent Drug Abuse: A Comparison of Family Systems Therapy, Group Therapy, and Family Drug Education

Therapieeinrichtung	Forschungsinstitution	Land
Family Therapy Clinic of the accredited program, Lubbock area, Texas (?)	Iowa State University; University of Georgia; Texas Woman's University	USA

Veröffentlichungen:
Joanning, H. Quinn, W. Thomas, F. & Mullen, R. (1992) Treating Adolescent Drug Abuse: A Comparison of Family Systems Therapy, Group Therapy, and Family Drug Education. Journal of Marital and Family Therapy, 18 (4) S. 345-356

	Bedingung A	Bedingung B	Bedingung C
Kurzbeschreibung	Family Systems Therapy (Integration Struktureller und Strategischer Familientherapie, in der Durchführung orientiert am Mailänder Ansatz)	Adolescent Group Therapy (Integration von Sozialen Kompetenztraining, Kognitiver Entwicklung und der Rollentheorie)	Family Drug Education (repräsentativ für Drogen-Bildungsprogramme)
Setting / Rahmenbedingungen (allgemein)			
Besonderheiten	ambulant, Familiensetting; ein Therapeut plus Team	ambulant; Jugendliche in Gruppen ohne Eltern (Eltern waren nur in der 1. Sitzung anwesend)	Gruppen von 3-4 Familien; Informationspräsentation, Filme und Diskussionen (persönliche Belange wurden vermieden)
Behandlungsintegrität (allgemein)	Supervision in allen Bedingungen; Befolgung detaillierter Therapiemanuale; obwohl alle Therapeuten und ein Gruppenleiter der C-Bedingung aus dem gleichen „doctoral family therapy program“ stammten, wurden sie nach ihren Vorerfahrungen für die einzelnen Bedingungen ausgewählt;		

Gruppengrößen				Summe
In der Vorauswahl	?	?		?
Prä	40	52	28	134
Post	31	23	28	82
Katamnese (6 Monate)	?	?	?	34
Anzahl Therapeuten	3	3	2	
Mittlere Sitzungszahl	7-15 (9 Familien wurden von der Auswertung ausgeschlossen, da diese nur 6 Sitzungen erhalten hatten)	12	6	

Zuweisungsverfahren zu den Bedingungen (Überprüfung, Begünstigung?):
Zufallsverfahren; die Überprüfung der Vergleichbarkeit der Bedingungen ergab keine Unterschiede; eine leichte Begünstigung von A scheint durch die Therapeuten und die ausgewählten Messmittel gegeben zu sein.

Indexklienten	Diagnosen (Anzahl)	Homogenisierung
Jugendliche	starker Verdacht auf / bzw. nachgewiesener Drogenmissbrauch (ausgeschlossen waren jedoch: „...if they were using narcotics, injecting substances, abusing solvents, or showing obvious signs of addiction...“ S. 346f)	heterogen; weiter Range von ersten Anzeichen von Drogenmissbrauch, bis hin zu Abhängigkeit.

Therapeuten

Berufsgruppen	Erfahrung	mögliche Unterschiede
A und B: master's degree in a helping profession. C: einer in Therapieausbildung plus ein Programmentwickler.	A: >5 Jahre professional B: >5 Jahre mit Jugendlichen C:>5 Jahre als „Air force instructor“ / teaching experience	keine bedeutsamen erkennbar

Gemessene Variablen nach Grawe (1994)

Hauptsymptomatik, für alle Patienten gleich definiert; Veränderungen im zwischenmenschlichen Bereich; Veränderungen im Arbeits- oder Berufsbereich.

Eingesetzte Instrumente / erhobene Variablen

Parent-Adolescent Communication Questionnaire (exchange of factual emotional information among family members)
Family Coping Strategies (F-Copes - measure of family adaptation to stress)
Self Report Family Inventory (family health, communication, cohesion, expressiveness, directive leadership, conflict)
drug-use and problem behaviour assessment (best estimate of drug-use vs. not use; „the adolescent's drug use and problem behaviour thought to drug related was assessed using a decision tree based upon urinalyses, a drug involvement survey, videotaped family assessment interviews, therapist evaluations, school records, and legal involvement“ (S. 349).

Reliab.
Keine Angaben

signifikante Ergebnisse zum Zeitpunkt Post	signifikante Ergebnisse nach Katamnese
Prä-Post „drug-use“ (2 Kategorien, „not using“ gegeben durch negative Urinprobe und fehlende Anzeichen im Verhalten, „possibly sing / using“): A besser als B, A besser als C; „not using“: A: 54%, B: 16%, C: 28%; keine Unterschiede zwischen B und C; keine Unterschiede (nach ANOVA) in den anderen Effektmaßen; die Gesamtstichprobe der Jugendlichen nahm eine Verbesserung der Kommunikation mit ihren Eltern wahr, die Eltern teilten diese Wahrnehmung jedoch nicht.	Aufgrund nicht kontrollierbarer Umweltfaktoren (plötzliche ökonomische Krise in der Gegend) und Verweigerung weiterer Messungen konnten nur 34 von 82 Familien befragt werden. Die Folge war eine unzureichende Stichprobe.

Kontrollierte Studie

Nr.	Autor/en	Jahr	Titel
08	Lask & Matthew	1979	Childhood asthma. A controlled trial of family psychotherapy

Therapieeinrichtung	Forschungsinstitution	Land
The Hospital of Sick Children, London	The Hospital of Sick Children, London	Großbritannien

Veröffentlichungen:
Lask, B. & Matthew, D. (1979) Childhood asthma. A controlled trial of family psychotherapy. Archives of Disease in Childhood, 54 S. 116-119

	Bedingung A	Bedingung B	Bedingung C
Kurzbeschreibung	medizinische Asthmabehandlung plus Familientherapie (Struktureller Ansatz)	medizinische Asthmabehandlung	
Setting / Rahmenbedingungen (allgemein)			
Besonderheiten	ambulant; im Familiensetting in der Klinik	ambulant; mindestens mit Teilen der Familie; in der Klinik	
Behandlungsintegrität (allgemein)	Keine Angaben		
Besonderheiten			

Gruppengrößen				Summe
In der Vorauswahl	?	?		?
Prä	21 Klienten in 17 Familien	16 Klienten in 16 Familien		37
Post	18	11		29
Katamnese	keine durchgeführt			
Anzahl Therapeuten	keine Angaben	keine Angaben		
Mittlere Sitzungszahl	6	6		

Zuweisungsverfahren zu den Bedingungen (Überprüfung, Begünstigung?):
Zufallszuweisung; die Überprüfung der Vergleichbarkeit erbrachte: keine Unterschiede in Schweregrad, Alter, Sozialer Klasse, Psychologischer Gesundheit; geringe Unterschiede in Medikamenten. Eine Begünstigung einer Bedingung ist nicht erkennbar.

Indexklienten	Diagnosen (Anzahl)	Homogenisierung
Kinder	Asthma bronchiale; mittlerer bis schwerer Grad.	Relativ homogen

Therapeuten		
Berufsgruppen	Erfahrung	mögliche Unterschiede
A: Pädiater plus Therapeut B: Pädiater	Keine Angaben	Keine Angaben

Gemessene Variablen nach Grawe (1994)
Sonstige Befindlichkeitsmaße; Psychophysiologische Maße

Eingesetzte Instrumente / erhobene Variablen	Reliab.
day-wheeze (Keuchen; auf „diary cards“ durch die Eltern) activity limitation (Einschränkungen; auf „diary cards“ durch die Eltern) peak expiratory flow rate (PEFR - Atmung) forced expiratory volume (FEV - Atmung) thoracic gas volume (TGV - Atmung)	Keine Angaben

signifikante Ergebnisse zum Zeitpunkt Post	signifikante Ergebnisse nach Katamnese
Prä-Post: PEFR verbessert in A, nicht in B; A vs. B: A besser als B in TGV; A besser B in day-wheeze,	Keine Katamnese durchgeführt.

Kontrollierte Studie

Nr.	Autor/en	Jahr	Titel
09	Russel et al.	1987	An Evaluation of Family Therapy in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa

Therapieeinrichtung	Forschungsinstitution	Land
Mausley Hospital, London		Großbritannien

Veröffentlichungen:
 Russel, G.F.M. Szmukler, G.I. Dare, C. & Eisler, I. (1987) An Evaluation of Family Therapy in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. Archives of General Psychiatry, 44 S. 1047-1056

	Bedingung A	Bedingung B	Bedingung C
Kurzbeschreibung	Familietherapie (strukturell - strategisch; Zuordnung nach Heekerens (1991, S. 61)	Unterstützende Einzeltherapie (unterstützend, edukativ, problemzentriert)	
Setting / Rahmenbedingungen (allgemein)	In einer 1. Stufe erfolgte eine stationäre Behandlung in einer Spezialklinik für Essstörungen. In der 2. Stufe folgte die Psychotherapie.		
Besonderheiten	ambulant; alle Mitglieder des Haushaltes wurden eingeladen	ambulant; Einzeltherapie	
Behandlungsintegrität (allgemein)	Therapeuten behandelten jeweils in beiden Therapiebedingungen; waren in beiden Ansätzen gleich ausgebildet; in A und B jeweils einen Supervisor (Autoren); in jeder Bedingung eine Stunde Gruppensupervision/Woche; Live-Supervision (?); keine sonstigen Behandlungen, bis auf evtl. Gabe von Antidepressiva, wenn notwendig.		
Besonderheiten			

Gruppengrößen				Summe
In der Vorauswahl				80
Prä	40	40		80
Post	26	26		52
Katamnese	keine echte durchgeführt			
Anzahl Therapeuten	4 behandelten in beiden Bedingungen			
Mittlere Sitzungszahl	in A u. B. maximal ein Jahr, 14 tägigen Sitzungen in den ersten drei Monaten und danach flexibel etwa alle drei Wochen			

Zuweisungsverfahren zu den Bedingungen (Überprüfung, Begünstigung?):
 Zufallszuweisung kurz vor der Entlassung aus der stationären Behandlung plus Matching. Matching auch für Familien. Die nachträgliche Überprüfung auf Vergleichbarkeit erbrachte keine Unterschiede, bis auf einen kürzeren stationären Aufenthalt bei A (M=8,8 Wochen) gegenüber B (M=12,1 Wochen)

Indexklienten	Diagnosen (Anzahl)	Homogenisierung
Jugendliche und Erwachsene	Anorexia nervosa nach DSM-III und weiteren Kriterien; Bulimia nervosa nach DSM III-R und weiteren Kriterien.	Matching für Klienten nach Schweregrad der depressiven Symptome (Wakefield Self-Assessment Depression Inventory, CCEI & clinical rating scale), Schweregrad der Symptome der Essstörung (MRS & Eating Attitude Test), „prognostic indices of anorexia nervosa (Gewichtverlust, Dauer der Krankheit, Alter bei Krankheitsbeginns). Matching der Familien nach Expressed-Emotion-Score des Eating Attitude Tests beider Elternteile, CCE, Intaktheit der Familie.

Therapeuten		
Berufsgruppen	Erfahrung	mögliche Unterschiede
3 Sozialarbeiter und 1 Psychologe	In beiden Ansätzen gleich erfahren; 3 erhielten zusätzliches Training an Instituten für Psychotherapie.	Keine bedeutsamen erkennbar.

Gemessene Variablen nach Grawe (1994)
 Globale Erfolgsbeurteilung; Hauptsymptomatik, für alle Patienten gleich definiert; Sonstige Befindlichkeitsmaße; Veränderungen im sexuellen Bereich, Psychophysiologische Maße.

Eingesetzte Instrumente / erhobene Variablen	Reliab.
Morgan and Russel Scales for Anorexia Nervosa (5-dimensionen: nutritional status, menstrual function, mental state, psychosexual adjustment, socioeconomic status; und average outcome score); Morgan and Russel Scales for Bulimia Nervosa (5-dimensionen: nutritional status, menstrual function, mental state, psychosexual adjustment, socioeconomic status; und average outcome score); categories of general outcome based on weight and menstrual function based on Margan and Russel (general assessment of good, intermediate poor outcome; body weight (weight and patient's ability to maintain her weight above 85% of average body weight (ABW) Crown-Crisp Experimental Index (CCEI - aspects of psychological adjustment (depressive symptoms, obsessiveness) „need für readmission to hospital“	

signifikante Ergebnisse zum Zeitpunkt Post	signifikante Ergebnisse nach Psychotherapie
Die Klientinnen wurden vor der Psychotherapie stationär behandelt. Die Prä-Messung fand zum Beginn des stationären Aufenthaltes statt, die Post Messung an ihrem Ende. Die Prä-Post-Unterschiede sind damit für die Psychotherapie irrelevant, da diese erst im Anschluss daran stattfand.	Nur für Anorexia Nervosa konnten signifikante Ergebnisse nachgewiesen werden: A vs. B: A besser als B in „categories of general outcome“ (A: 6 von 10 good vs. B: 1 von 11 good; A: 9 von 10 good + intermediate vs. B: 2 von 11); A größerer Gewichtszuwachs als in B (A:+3.4% B:-8.3%) signif. Unterschiede im zeitlichen Verlauf der ABW, jedoch widersprüchlich, da Interaktion mit dem Alter; A: 5 von 10 schafften es ihr Gewicht über 85% ABW zu halten, in B nur 1 von 11.

Kontrollierte Studie

Nr.	Autor/en	Jahr	Titel
10	Szapocznik et al.	1983	One-Person Family Therapy: Some Evidence for the Effectiveness of Conducting Family Therapy Through One Person

Therapieeinrichtung	Forschungsinstitution	Land
Spanisch Family Guidance Center, University of Miami, Florida	University of Miami, Florida	USA

Veröffentlichungen:

Szapocznik, J. Kurtis, W.M. Foote, F.H. Perez-Vidal, A. & Hervis, O. (1983) Conjoint versus One-Person Family Therapy: Some Evidence for the Effectiveness of Conducting Family Therapy Through One Person. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51 S. 889-899

	Bedingung A	Bedingung B	Bedingung C
Kurzbeschreibung	Conjoint Family Therapy (Strategische Kurzzeit-Familientherapie; maximal zwei Einzelsitzungen erlaubt)	One-Person Family Therapy (Strategische Kurzzeit-Familientherapie; maximal zwei Familiensitzungen erlaubt)	
Setting / Rahmenbedingungen (allgemein)			
Besonderheiten	ambulant; mit der gesamten Familie oder wenigstens mit wichtigen Subsystemen	ambulant, mit dem Indexpatienten	
Behandlungsintegrität (allgemein)	Abgrenzung durch Angabe der jeweils maximal erlaubten Einzel- / Familiensitzungen; genaue Beschreibung der jeweils benutzten Techniken		
Besonderheiten			

Gruppengrößen				Summe
In der Vorauswahl				62
Prä				
Post	18	19		37
Katamnese (6 u. 12 Monate)				24
Anzahl Therapeuten	insgesamt 5			
Mittlere Sitzungszahl	max. 12	max. 12		

Zuweisungsverfahren zu den Bedingungen (Überprüfung, Begünstigung?):

Zufallszuweisung; die nachträgliche Überprüfung der Vergleichbarkeit erbrachte: B-Eltern berichteten höhere Pathologie-Level im BPC Inadequate Development und Socialized Delinquency; B tendentiell schwerer Drogenmissbrauch. Eine Begünstigung einer Bedingung ist nicht erkennbar.

Indexklienten	Diagnosen (Anzahl)	Homogenisierung
Jugendliche	Drogenmissbrauch; keine Notwendigkeit zur stationären Behandlung oder Entgiftung; keine Psychosen	nicht ausdrücklich, jedoch enge Einschlusskriterien und weitgehend homogene Stichprobe.

Therapeuten

Berufsgruppen	Erfahrung	mögliche Unterschiede
Sozialarbeiter (master's degree)	beträchtliches Training und Erfahrung in struktureller Familientherapie; mittlere Erfahrung von 8 Jahren (Range: 3-23)	keine bedeutsamen erkennbar.

Gemessene Variablen nach Grawe (1994)

Hauptsymptomatik, für alle Patienten gleich definiert; Sonstige Befindlichkeitsmaße; Veränderungen im Persönlichkeits- oder Fähigkeitsbereich; Veränderungen im zwischenmenschlichen Bereich.

Eingesetzte Instrumente / erhobene Variablen

Psychiatric Status Schedule (PSS - total pathology score, drug abuse score, 4 macroscales: subjectiv distress, behavioural disturbance, reality testing);

Behaviour Problem Checklist (BPC - conduct, personality, inadequacy-immaturity, socialized delinquency);

Structural Family Task Ratings (FTR - total family pathology score; 6 scales: family structure, flexibility, resonance, developmental stage, identified patienthood, conflict resolution);

Family Environment Scale (FES - cohesion, expressiveness, conflict, independence, achievement orientation, intellectual-cultural orientation, active recreational orientation, moral religious emphasis, organization, control).

Reliab.
.9-.98 (Interrater)
.79-.93 (Retest)
.83-.98 (Retest)
.68-.86 (Retest)

signifikante Ergebnisse zum Zeitpunkt Post	signifikante Ergebnisse nach Katamnese
Prä-Post: Verbesserungen in allen klinischen Maßen (PSS, BPC, FTR); FES: Anstieg von family mean score und Identifizierter Patient score in Expressiveness und Moral Religious Orientation für beide Bedingungen, in cohesion steigen die Identifizierter Patient scores in B an und fallen in A ab. A vs. B: Unterschiede in BPC Inadequate Development und Social Delinquency (mehr Probleme in B)	FTR flexibility; in BPC social delinquency und inadequate development verbesserten sich B-Klienten weiter, während A-Klienten sich von Post zur Katamnese verschlechterten; in PSS drug-abuse verbesserten sich B-Klienten weiter, während A-Klienten sich verschlechterten..

Kontrollierte Studie

Nr.	Autor/en	Jahr	Titel
11	Szapocznik et al.	1986	Conjoint versus One-Person Family Therapy: Further Evidence for the Effectiveness of Conducting Family Therapy Through One Person With Drug-Abusing Adolescents

Therapieeinrichtung	Forschungsinstitution	Land
Spanisch Family Guidance Center, University of Miami, Florida	University of Miami, Florida	USA

Veröffentlichungen:

Szapocznik, J. Kurtis, W.M. Foote, F.H. Perez-Vidal, A. & Hervis, O. (1986) Conjoint versus One-Person Family Therapy: Further Evidence for the Effectiveness of Conducting Family Therapy Through One Person With Drug-Abusing Adolescents. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54 S. 395-397

	Bedingung A	Bedingung B	Bedingung C
Kurzbeschreibung	Conjoint Family Therapy (Strategische Kurzzeit-Familientherapie; maximal zwei Einzelsitzungen erlaubt)	One-Person Family Therapy (Strategische Kurzzeit-Familientherapie; maximal zwei Familiensitzungen erlaubt)	
Setting / Rahmenbedingungen (allgemein)			
Besonderheiten	ambulant; mit der gesamten Familie oder wenigstens mit wichtigen Subsystemen	ambulant, mit dem Indexpatienten	
Behandlungsintegrität (allgemein)	Abgrenzung durch Angabe der jeweils maximal erlaubten Einzel- / Familiensitzungen; genaue Beschreibung der jeweils benutzten Techniken		
Besonderheiten			

Gruppengrößen				Summe
In der Vorauswahl				
Prä				
Post	17	18		35
Katamnese (6 u. 12 Monate)				
Anzahl Therapeuten	insgesamt 5			
Mittlere Sitzungszahl	max. 15	max. 15		

Zuweisungsverfahren zu den Bedingungen (Überprüfung, Begünstigung?):
Zufallsverfahren; die nachträgliche Prüfung auf Vergleichbarkeit der Bedingungen ergab nur geringe Unterschiede, die nicht über Zufallerscheinungen hinausgehen. Eine Begünstigung einer Bedingung ist nicht erkennbar.

Indexklienten	Diagnosen (Anzahl)	Homogenisierung
Jugendliche	Drogenmissbrauch; keine Notwendigkeit zur stationären Behandlung oder Entgiftung; keine Psychosen. Hauptsächlich Marihuana, Barbiturate, Alkohol, mittlere Dauer des Drogenmissbrauchs: 2,5 Jahre.	nicht ausdrücklich, jedoch enge Einschlusskriterien und weitgehend homogene Stichprobe.

Therapeuten		
Berufsgruppen	Erfahrung	mögliche Unterschiede
Sozialarbeiter (master's degree)	beträchtliches Training und Erfahrung in struktureller Familientherapie; mittlere Erfahrung von 8 Jahren (Range: 3-23)	keine bedeutsamen erkennbar.

Gemessene Variablen nach Grawe (1994)
Hauptsymptomatik, für alle Patienten gleich definiert; Sonstige Befindlichkeitsmaße; Veränderungen im Persönlichkeits- oder Fähigkeitsbereich; Veränderungen im zwischenmenschlichen Bereich.

Eingesetzte Instrumente / erhobene Variablen	Reliab.
Psychiatric Status Schedule (PSS - total pathology score, drug abuse score, 4 macroscales: subjectiv distress, behavioural disturbance, reality testing);	.9-.98 (Interrater)
Behaviour Problem Checklist (BPC - conduct, personality, inadequacy-immaturity, socialized delinquency);	.79-.93 (Retest)
Structural Family Task Ratings (FTR - total family pathology score; 6 scales: family structure, flexibility, resonance, developmental stage, identified patienthood, conflict resolution);	.83-.98 (Retest)
Family Environment Scale (FES - cohesion, expressiveness, conflict, independence, achievement orientation, intellectual-cultural orientation, active recreational orientation, moral religious emphasis, organization, control).	.68-.86 (Retest)

signifikante Ergebnisse zum Zeitpunkt Post	signifikante Ergebnisse nach Katamnese
multivariater Haupteffekt über die Zeit für die 4 BPC scales, 6 PSS macroscales; multivariater Haupteffekt für Bedingungen für die 7 FTR scales; univariate Effekte für Zeit: Prä-Post-Verbesserungen in allen klinischen Maßen außer PSS reality testing impairment macroscale (Klienten mit reality testing impairment waren von der Studie ausgeschlossen).	multivariater Haupteffekt über die Zeit für BPC, PSS, FTR; multivariater Haupteffekt für Bedingungen für FTR; univariate Effekte für Zeit: Post-Katamnese-Verbesserungen in allen klinischen Maßen außer PSS reality testing, subjective distress und FTR conflict resolution; B scheint Familienbeziehungen langfristig stärker zu verbessern.

Kontrollierte Studie

Nr.	Autor/en	Jahr	Titel
12	Szapocznik et al.	1986	Bicultural Effectiveness Training (BET): An Experimental Test of an Intervention Modality for Families Experiencing Intergenerational / Intercultural Conflict

Therapieeinrichtung	Forschungsinstitution	Land
Spanisch Family Guidance Center, University of Miami, Florida	University of Miami, Florida	USA

Veröffentlichungen:
 Szapocznik, J. Rio, A. Perez-Vidal, A. Kurtis, W. Hervis, O. & Santisteban, D. (1986b) Bicultural Effectiveness Training (BET): An Experimental Test of an Intervention Modality for Families Experiencing Intergenerational / Intercultural Conflict. *Hispanic Journal of Behavioural Sciences*, 8 (4) S. 303-330

	Bedingung A	Bedingung B	Bedingung C
Kurzbeschreibung	Bicultural Effectiveness Training (fokussiert auf Generations-Konflikte, die als interkulturelle Konflikte behandelt werden; relativ strukturiert; psychoedukativ)	Structural Family Therapy	
Setting / Rahmenbedingungen (allgemein)	beide im Familiensetting und ambulant		
Behandlungsintegrität (allgemein)	Therapeuten hielten sich an Vorgaben; Interventionen wurden konsistent mit dem jeweiligen Anstz durchgeführt; die beiden Bedingungen wurden in einer klar unterscheidbaren Weise durchgeführt		
Besonderheiten			

Gruppengrößen				Summe
In der Vorauswahl				41
Prä				
Post	16	15		31
Katamnese	keine durchgeführt			
Anzahl Therapeuten	1	3		
Mittlere Sitzungszahl	11,9 (s=3,7)	11,9 (s=3,7)		

Zuweisungsverfahren zu den Bedingungen (Überprüfung, Begünstigung?):
 Zufallszuweisung; die nachträgliche Prüfung auf Vergleichbarkeit der Bedingungen ergab: A-Familien schienen gesünder auf SFSR structure und resonance; A-Jugendliche „kränker“ in PSS total and reality testing. Eine Begünstigung einer Bedingung ist nicht erkennbar.

Indexklienten	Diagnosen (Anzahl)	Homogenisierung
Jugendliche	Generationskonflikte und interkulturelle Probleme; in 61% sind die Probleme mit den Jugendlichen als ein vorgeschobener Therapieanlass zu sehen. Jugendliche hatten starke Verhaltensprobleme (innerhalb 0,5 s einer klinischen Stichprobe).	Nicht ausdrücklich; jedoch enge Einschlusskriterien

Therapeuten

Berufsgruppen	Erfahrung	mögliche Unterschiede
Psychologen und Sozialarbeiter (master's degree)	mindestens zwei Jahre Erfahrung	Keine Angaben

Gemessene Variablen nach Grawe (1994)

Hauptsymptomatik, für alle Patienten gleich definiert; Sonstige Befindlichkeitsmaße; Veränderungen im Persönlichkeits- oder Fähigkeitenbereich; Veränderungen im zwischenmenschlichen Bereich.

Eingesetzte Instrumente / erhobene Variablen	Reliab.
Psychiatric Status Schedule (PSS - total pathology score, drug abuse score, 4 macroscales: subjectiv distress, behavioural disturbance, reality testing);	.9-.98 (Interrater)
Behaviour Problem Checklist (BPC - conduct, personality, inadequacy-immaturity, socialized delinquency);	.79-.93 (Retest)
Bicultural Involvement Questionnaire (BIQ - biculturalism, cultural involvement, Hispanicism, Americanism)	.79-.94 (α) .5-.79 (Retest)
Structural Family System Ratings (SFSR - structure, flexibility, identified patienthood, resonance, developmental stage, conflict resolution)	.83-.98 (Retest)

signifikante Ergebnisse zum Zeitpunkt Post	signifikante Ergebnisse nach Katamnese
Prä-Post: Verbesserung der Familienstruktur (SFSR) in beiden Bedingungen; A- und B-Mütter berichteten weniger Verhaltensprobleme (BPC) der Jugendlichen; verminderte Psychopathologie für A und B; A vs. B: A funktioneller auf SFSR structure, flexibility, resonance, conflict resolution; in A steigen biculturalism scores stärker an (in B keine Verbesserungen).	Keine Katamnese durchgeführt

Kontrollierte Studie

Nr.	Autor/en	Jahr	Titel
13	Szapocznik et al.	1988	Engaging Adolescent Drug Abusers and their Families in Treatment: A Strategic Structural Systems Approach

Therapieeinrichtung	Forschungsinstitution	Land
Spanisch Family Guidance Center, University of Miami, Florida	University of Miami, Florida	USA

Veröffentlichungen:
Szapocznik, J. Perez-Vidal, A. Brickman, A.L. Foote, F.H. Santisteban, D. & Hevis, O. (1988) Engaging Adolescent Drug Abusers and their Families in Treatment: A Strategic Structural Systems Approach. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56 S. 552-557

	Bedingung A	Bedingung B	Bedingung C
Kurzbeschreibung	Strategic Structural Systems Engagement	Engagement as Usual (repräsentativ für ambulante Einrichtungen in der Umgebung der Forschungseinrichtung)	
Setting / Rahmenbedingungen (allgemein)	im telefonischen Erstkontakt und evtl. weiteren Gesprächen (so oft der Therapeut innerhalb von 3 Wochen für sinnvoll hält) sind je nach Bedingung unterschiedliche „engagement levels“ erlaubt;		
Besonderheiten	hier ist ein deutlich höheres engagement erlaubt als in B; die Art des Widerstandes wird analysiert und der Therapeut interveniert entsprechend		
Behandlungsintegrität (allgemein)	klare Festlegung, welches Therapeutenverhalten in welcher Bedingung erlaubt ist; Überprüfung der Einhaltung durch unabhängigen „clinical research supervisor“, der die Mitschriften der Therapeuten nach „engagement level“ ratete und stichprobenartig bei Telefonkontakten anwesend war; je nach Widerstandstyp andere (festgelgte) Interventionen durch den Therapeuten		
Besonderheiten			

Gruppengrößen				Summe
In der Vorauswahl	56	52		108
Prä	52	22		74
Post	43	13		56
Katamnese	keine durchgeführt			
Anzahl Therapeuten	1			
Mittlere Sitzungszahl	?	?		

Zuweisungsverfahren zu den Bedingungen (Überprüfung, Begünstigung?):
Zufallszuweisung; die nachträgliche Prüfung auf Vergleichbarkeit der Bedingungen ergab: keine Unterschiede der Anzahl der Kontakte zwischen Therapeut und Klient. Eine Begünstigung ist dadurch gegeben, dass der einzige Therapeut ein Familientherapeut ist.

Indexklienten	Diagnosen (Anzahl)	Homogenisierung
Jugendliche	Drogenmissbrauch; hauptsächlich Marihuana, Cocain	nicht ausdrücklich; jedoch enge Einschlusskriterien und weitgehend homogene Stichprobe.

Therapeuten		
Berufsgruppen	Erfahrung	mögliche Unterschiede
Psychologe (doctoral degree)	15 Jahre Therapieerfahrung, in den letzten 5 Jahren als Struktureller Familientherapeut	nur ein Therapeut

Gemessene Variablen nach Grawe (1994)
Hauptsymptomatik, für alle Patienten gleich definiert; Sonstige Befindlichkeitsmaße; Veränderungen im Persönlichkeits- oder Fähigkeitsbereich; Veränderungen im zwischenmenschlichen Bereich;

Eingesetzte Instrumente / erhobene Variablen	Reliab.
differential engagement rates differential termination rates Psychiatric Status Schedule (PSS - total pathology score, drug abuse score, 4 macroscales: subjectiv distress, behavioural disturbance, reality testing); Client Oriented Data Acquisition Process (CODAP - drug type, frequency of use)	.9-.98 (Interrater)

signifikante Ergebnisse zum Zeitpunkt Post	signifikante Ergebnisse nach Katamnese
Engagement: hochsignifikante Unterschiede zwischen A und B (Prä-Post-Vergleich): engaged A: 52 von 56, engaged B: 22 von 52 - die anderen waren jeweils not-engaged; Behandlung: Prä-Post Verbesserungen für beide Gruppen auf allen PSS-Skalen; 80% der Klienten waren zum Ende der Behandlung drogenfrei.	Keine Katamnese durchgeführt.

Kontrollierte Studie

Nr.	Autor/en	Jahr	Titel
14	Szapocznik et al.	1989	Structural Family versus Psychodynamic Child Therapy for Problematic Hispanic Boys
Therapieeinrichtung		Forschungsinstitution	
Spanisch Family Guidance Center, University of Miami, Florida		University of Miami, Florida	
		Land	
		USA	
Veröffentlichungen:			
Szapocznik, J. Rio, A. Murray, E. Cohen, R. Scopetta, M. Rivas-Vasquez, A. Hervis, O. & Posada, V. & Kur (1989) Structural Family versus Psychodynamic Child Therapy for Problematic Hispanic Boys. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57 S. 571-578			

	Bedingung A	Bedingung B	Bedingung C
Kurzbeschreibung	Structural Family Therapy	Individual Psychodynamic Child Therapy	Recreational Control Condition (reine Erholungsaktivitäten; kein Versuch in traditionell therapeutischen Bereichen tätig zu werden)
Setting / Rahmenbedingungen	ambulant; Familiensetting	ambulant; Kind wurde in einem Spielzimmer behandelt; Mutter wurde kurz als „adjunctive aid“ gesehen	ambulant; Jungen trafen sich in Gruppen zu reinen Erholungsaktivitäten
Besonderheiten			
Behandlungsintegrität	jeweils eine Sitzung von Beginn / Mitte / Ende der Behandlung von 17 zufällig ausgewählten Fällen, wurden anhand einer Integritäts-Checkliste geratet. 60,8% wurden tatsächlich als zur Bedingung passend geratet, dieser nicht ideale Wert (mindestens 75%) geht jedoch nicht auf psychodynamische Anteile in dieser Bedingung zurück.	jeweils eine Sitzung von Beginn / Mitte / Ende der Behandlung von 19 zufällig ausgewählten Fällen, wurden anhand einer Integritäts-Checkliste geratet. 77,9% wurden tatsächlich als zur Bedingung passend geratet.	Integrität wurde wöchentlich durch direkte Beobachtung überprüft
Besonderheiten			

Gruppengrößen				Summe
In der Vorauswahl	102 von 979 screened			
Prä	31	27	30	88
Post	26	26	17	69
Katamnese (12 Monate)	23	21	14	58
Anzahl Therapeuten	1 Psych. + 1 Sozial.	1 Psych. + 1 Sozial	2	
Mittlere Sitzungszahl	ca. 15	ca. 21	ca. 14	

Zuweisungsverfahren zu den Bedingungen (Überprüfung, Begünstigung?):
Zufallszuweisung; die nachträgliche Prüfung auf Vergleichbarkeit der Bedingungen ergab: keine wesentlichen Unterschiede in den Effektmaßen oder DSM-III Diagnosen. Eine Begünstigung einer Bedingung ist nicht erkennbar.

Indexklienten	Diagnosen (Anzahl)	Homogenisierung
Jungen, durchschnittliches Alter: 9 Jahre und 2 Monate	32% oppositional disorders, 30% anxiety, 16% conduct, 12% adjustment, 10% others (gleichverteilt in den Bedingungen)	homogen; strikte Einhaltung der Einschlusskriterien.

Therapeuten

Berufsgruppen	Erfahrung	mögliche Unterschiede
A und B: Klinische Psychologinnen (so ausgewählt, dass sie in Alter, Geschlecht, ethnischer Zugehörigkeit, Beruf, Erfahrung und Sprachkenntnissen vergleichbar waren) und je eine Sozialarbeiterin. C: bachelor in education / home economics	A und B: ca. 12 Jahre und starke Bindung zum Ansatz; C: mindestens 3 Jahre Erfahrung als „Lehrer“	keine zwischen A und B

Gemessene Variablen nach Grawe (1994)

Hauptsymptomatik, für alle Patienten gleich definiert; Veränderungen im Persönlichkeits- oder Fähigkeitsbereich; Veränderungen im zwischenmenschlichen Bereich;

Eingesetzte Instrumente / erhobene Variablen

Attrition (Abbrecherrate)
Revised Child Behaviour Checklist (RCBC - total score, internalizing, externalizing)
Revised Behaviour Problem Checklist (RBPC - conduct disorder, socialized aggression, attention problems - immaturity, anxiety - withdrawal, motor tension excess, psychotic behaviour)
Children's Depression Inventory (CDI - Depression)
abbreviated version of Children's Manifest Anxiety Scale (MAS - Ängste)
Psychodynamic Child Rating Scale (PCRS - Intrapersonal Extrapersonal; basiert auf einer Testbatterie aus Wechsler Intelligence Scale for Children (subtests: Similarities, Comprehension, Picture Completion, Picture Arrangement, Block Design, und den Tests: Bender Gestalt, House-Tree-Person-Test, Kinetic Family Drawing, Kinetic Peer Drawing, TAT (cards: 1, 4, 7 BM and 17 BM), standardized child and parent interviews als Material für 8 Ratings auf 5-stufigen Likert Skalen: intellectual functioning, ego functioning, emotional adjustment, psychosexual development, self-concept, family relation, peer relation, aggression control)
Structural Family System Ratings (SFSR - structure, flexibility, identified patienthood, resonance, developmental stage, conflict resolution)

Reliab.

.8 (Interrater)
.65 (total)
Item-Scalen:
.21-.7
.83-.93 (Retest)

signifikante Ergebnisse zum Zeitpunkt Post	signifikante Ergebnisse nach Katamnese
Abbrecher: keine Unterschiede zwischen A und B; höhere Abbrecherrate in C als in A und B; Prä-Post: Verbesserungen für alle Effektmaße außer SFSR total; A vs. B vs. C: A besser als B in RCBC-total; A und B besser als C in PCRS-total, aber keine signif. Unterschiede untereinander; signif. Interaktion für Bedingung mit Zeit für PCRS Interpersonal.	Alle 3 Gruppen erhalten die Verbesserungen aufrecht, unterscheiden sich aber nicht signifikant voneinander; dramatische Effekte auf SFSR: A verbesserte sich von Post zu Katamnese (Anstieg von Prä zu Post zu Katamnese signif.); C zeigt weitgehend keine Veränderungen; B verschlechterte sich von Post zu Katamnese (Verschlechterung von Prä zu Post zu Katamnese signif.).

Kontrollierte Studie

Nr.	Autor/en	Jahr	Titel
15	Szykula et al. & Sayger et al.	1987 / 1992	Child-Focused Behavior and Strategic Therapies: Outcome Comparison

Therapieeinrichtung	Forschungsinstitution	Land
freestanding community based outpatient child psychiatric clinic	University of Utah School of Medicine; The Western Institute of Neuropsychiatry	USA

Veröffentlichungen:
 Szykula, S. A. Morris, S.B. Sayger, T.V. & Sudweeks, C. (1987) Child-Focused Behavior and Strategic Therapies: Outcome Comparison. *Psychotherapy*, 24 S. 546-551
 Sayger, T. Szykula, S.A. & Sudweeks, C. (1992) Treatment Side Effects: Maternal Positive and Negative Attributes of Child-Focused Family Therapy. *Child and Family Behavior Therapy*, 14 (1) S. 1-9

	Bedingung A	Bedingung B	Bedingung C
Kurzbeschreibung	Behavioural Therapy	Strategic Family Therapy	
Setting / Rahmenbedingungen (allgemein)	ambulant		
Besonderheiten			
Behandlungsintegrität (allgemein)	Supervision mit acht Jahren klinischer Erfahrung in Verhaltenstherapie und vier Jahren in Strategischer Familientherapie; Therapeuten in einem „predoctoral one year internship“ hatten sechs Monate supervidierte Erfahrung in jedem der beiden Modelle, waren jedoch durch „coursework“ vertrauter mit Verhaltenstherapie.		
Besonderheiten			

Gruppengrößen				Summe
In der Vorauswahl				
Prä	27	29		56
Post	27	22		49
Katamnese	keine durchgeführt			
Anzahl Therapeuten	insgesamt 2			
Mittlere Sitzungszahl	6,5 (s=2,99)	8,95 (s=8,52)		

Zuweisungsverfahren zu den Bedingungen (Überprüfung, Begünstigung?):
 Zuweisung zu den Bedingungen und zu den Therapeuten mittels Zufallszuweisung. Die nachträgliche Prüfung auf Vergleichbarkeit der Bedingungen ergab: keine Unterschiede in Alter, Geschlecht, Sozialer Klasse, Anzahl der Sitzungen, Schweregrad; Diagnosen etwa gleichverteilt. Die Messmittel und das Setting, sowie die Therapeuten scheinen einen Bevorzugung der VT zu begründen. Die Autoren sind jedoch eher FT eingestellt.

Indexklienten	Diagnosen (Anzahl)	Homogenisierung
Kinder und Jugendliche	Oppositional disorder (A: n=8 / B: n=9); Conduct disorders (4/5), Attention deficit disorder (6/4), Overanxious disorder (6/3), Depression (0/0), Funktional enuresis (2/0), Funktional encopresis (1/1)	recht heterogene Störungsbilder, jedoch Versuch der Gleichverteilung zwischen den Bedingungen.

Therapeuten

Berufsgruppen	Erfahrung	mögliche Unterschiede
Psychologen (predoctoral 1 year internship)	6 Monate supervidierte Erfahrung in jedem Ansatz; jedoch vertrauter mit VT durch „coursework“	keine bedeutsamen erkennbar

Gemessene Variablen nach Grawe (1994)

Globale Erfolgsbeurteilung; Individuell definierte Problematik, Hauptsymptomatik, für alle Patienten gleich definiert; Veränderungen im zwischenmenschlichen Bereich;

Eingesetzte Instrumente / erhobene Variablen	Reliab.
Consumer Satisfaction (improvement in major complaint)	>.7 (Inter-rater) .68 (Retest)
Severity Rating Index (referred child's symptoms, family members who also exhibit symptoms, interfering factors)	
Side Effects Survey (changes in areas others than main target complaint: self (parent), spouse, marriage, another child,...)	
Target Complaint Improvement (change in major target complaint)	

signifikante Ergebnisse zum Zeitpunkt Post	signifikante Ergebnisse nach Katamnese
beide Bedingungen scheinen beinahe gleich effektiv zu sein; A-Klienten mit einem höheren severity score waren zufriedener mit der Behandlung; Verbesserungen im major referral problem in Abhängigkeit vom Schweregrad: A: 100% high severity / 100% low severity, B: 73% high severity / 91% low severity; A-Mütter berichteten 100 side effects (84 positive / 16 negative), B-Mütter berichteten 78 side effects (64 positive / 14 negative); die beiden Gruppen unterscheiden sich in „another child positive side effects“ und „child-child positive side effects“ (in beiden Bedingungen jeweils mehr positive als negative side effects).	Keine Katamnese durchgeführt.

Kontrollierte Studie

Nr.	Autor/en	Jahr	Titel
16	Wells & Egan	1988	Social Learning and Systems Family Therapy for Childhood Oppositional Disorder: Comparative Treatment Outcome

Therapieeinrichtung	Forschungsinstitution	Land
Dept. of Psychiatry, Children's Hospital National Medical Center, George Washington University School of Medicine		USA

Veröffentlichungen:
Wells, K.C. & Egan, J. (1988) Social Learning and Systems Family Therapy for Childhood Oppositional Disorder: Comparative Treatment Outcome. Comprehensive Psychiatry, 29 (2) S. 138-146

	Bedingung A	Bedingung B	Bedingung C
Kurzbeschreibung	Social Learning-Based Parent Training	Systems Family Therapy (strategisch-strukturell)	
Setting / Rahmenbedingungen (allgemein)	ambulant; Weiterbildungseinrichtung; kinderpsychiatrische Abteilung in einem großen städtischen Kinderkrankenhaus. Alle Personen, die vom Therapeuten als wichtig für Erziehung erachtet wurden oder die wichtige Rollen in der Familie einnahmen, wurden zu den Sitzungen eingeladen (in beiden Bedingungen).		
Besonderheiten			
Behandlungsintegrität (allgemein)	Supervision und Training durch Supervisor		
Besonderheiten			

Gruppengrößen				Summe
In der Vorauswahl				
Prä				24
Post	9	10		19
Katamnese	keine durchgeführt			

Anzahl Therapeuten	11 (in der ersten Jahreshälfte behandelte die Hälfte der Therapeuten in Bedingung A, die andere Hälfte in Bedingung B; im darauffolgenden Halbjahr wurden die Bedingungen getauscht; die Therapeuten erhielten jeweils zu Beginn des Halbjahres ein Training in der speziellen Behandlungsmodalität, die sie verwenden sollten)		
Mittlere Sitzungszahl	min. 8 bis max. 12	min. 8 bis max. 12	

Zuweisungsverfahren zu den Bedingungen (Überprüfung, Begünstigung?):
Zufallszuweisung, eine nachträgliche Prüfung auf Vergleichbarkeit der Bedingungen wurde nicht durchgeführt. Eine Begünstigung einer Bedingung ist eher für A erkennbar.

Indexklienten	Diagnosen (Anzahl)	Homogenisierung
Kinder und Mütter	childhood oppositional disorder (DSM-III); Kind zeigte in 50% oder häufiger Nichtfolgeleistung auf elterliche Anordnung in einer kurzen (15 Minuten) klinischen Beobachtung vor Beginn der Behandlung.	Nach Angaben der Autoren homogen

Therapeuten		
Berufsgruppen	Erfahrung	mögliche Unterschiede
Psychologen (in predoctoral 1 year internship)	wenig Erfahrung	keine bedeutsamen erkennbar.

Gemessene Variablen nach Grawe (1994)
Hauptsymptomatik, für alle Patienten gleich definiert;

Eingesetzte Instrumente / erhobene Variablen	coding system for measurement of oppositional child behaviour and other relevant dimensions of parent-child interaction (ermöglicht das Codieren von Mutter-Kind-Interaktionsketten in 30 Sekunden Intervallen)	Reliab. 74%-89%
---	---	---------------------------

signifikante Ergebnisse zum Zeitpunkt Post	signifikante Ergebnisse nach Katamnese
A-Eltern erzielten bessere Resultate in attends plus rewards und contingent attention; A-Kinder verbesserten sich stärker in compliance to good commands und compliance to total commands; 3 Kinder in B verbesserten ihr level of compliance (eines davon dramatisch).	Keine Katamnese durchgeführt.

7. Der institutionelle Rahmen der Systemischen Therapie (Stand 1998)

7.1 Weiterbildung

Die Fort- und Weiterbildung in Systemischer Therapie in Deutschland wird in der Hauptsache von privaten Instituten organisiert und getragen. Daneben gehören einführende Kurse in die Systemische Therapie zum Lehrplan einiger universitärer Institute aus Psychologie und Medizin, z.B. in Münster, Freiburg, Magdeburg, Oldenburg, Osnabrück, Heidelberg, Bochum. Als Fortentwicklung von familientherapeutischen Ansätzen greift die Weiterbildung in Systemischer Therapie auf die beruflichen und didaktischen Kenntnisse von Jahrzehnten zurück. Die LehrtherapeutInnen der meisten Institute sind in der Regel klinische Diplom-PsychologInnen mit langjähriger Berufs- und Lehrerfahrung, teilweise auch psychotherapeutisch qualifizierte Ärzte und angehörige anderer Berufsgruppen.

Die Standards und Richtlinien für die Weiterbildung, die Curricula sowie die Anforderungen an DozentInnen, LehrtherapeutInnen und SupervisorInnen der drei Fachverbände, DAF (Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Familientherapie), DFS (Dachverband für Familientherapie und systemisches Arbeiten) und SG (Systemische Gesellschaft - Deutscher Verband für systemische Forschung, Therapie, Supervision und Beratung) wurden in den letzten Jahren immer mehr angeglichen. Noch vorhandene Unterschiede liegen eher im Detail. Deshalb werden hier die Richtlinien für die Zertifizierung der Weiterbildung in Systemischer Therapie zusammenfassend dargestellt:

Rahmenrichtlinien

Die Weiterbildung in Systemischer Therapie an Mitgliedsinstituten der Verbände ist curricular aufgebaut und dauert im Durchschnitt drei Jahre mit einer vorgeschriebenen Mindestanzahl von Unterrichtseinheiten (siehe Tabelle S. 63).

Ziel der Weiterbildung ist die Vermittlung einer therapeutischen und beraterischen Kompetenz, die es erlaubt, in eigenverantwortlicher Tätigkeit systemische Konzepte und Methoden in klinischen und psychosozialen Feldern umzusetzen.

Zulassungsvoraussetzungen

1. Hochschul- oder Fachhochschulabschluss im Bereich der Humanwissenschaften.
2. Berufserfahrung.
3. Tätigkeit in einem beruflichen Arbeitsfeld, in dem die Umsetzung systemischer Ideen und Vorgehensweisen möglich ist.

Inhalte der Weiterbildung

1. Theorie und Methodik

Die Vermittlung der Kenntnisse erfolgt praxis- und erfahrungsbezogen und behandelt u.a. folgende Bereiche:

- wissenschaftstheoretische und epistemologische Positionen, die für die Entwicklung der systemischen Therapie relevant waren und sind,
- systemdiagnostische Modelle für die Beschreibung und Erklärung kommunikativer Muster und Beziehungsstrukturen,
- intra- und interindividuelle Verarbeitungsformen lebensgeschichtlicher, affektiver und kognitiver Beziehungserfahrungen,
- therapeutische Haltung und tragfähige Kontaktgestaltung in der therapeutischen Kooperation mit Klientinnen und Klienten,
- Anerkennung, Förderung und Würdigung der besonderen Ressourcen und der Einzigartigkeit von Klientinnen, Klienten und Klientensystemen,
- Methodik für die Gesprächsgestaltung, Setting-Wahl, Interventionsformen und die Nutzung des therapeutischen Teams,
- spezielle Vorgehensweisen in Krisen- und Belastungssituationen,
- systemische Vorgehensweisen und Konzepte bei der Vorbeugung, Behandlung und Rehabilitation psychischer, psychosomatischer und körperlicher Störungen,
- Berücksichtigung des sozialen und institutionellen Kontextes der therapeutisch-beraterischen Arbeit und Förderung der Kooperation mit Helferinnen, Helfern und Helfersystemen.

2. Therapie- und Beratungspraxis

- Durchführung einer definierten Anzahl von Sitzungen mit verschiedenen Systemen unter begleitender Supervision
- Dokumentation einer definierten Anzahl von Behandlungen

3. Supervision

Als Supervision wird die reflexive Auswertung und Vorbereitung der Behandlungsaktivitäten der WeiterbildungsteilnehmerInnen (als Gruppen-, Team- oder Live-Supervision) verstanden.

Die Supervision findet

- unter Anleitung einer SupervisorIn oder einer LehrtherapeutIn
- und als Intervision in Kleingruppen der WeiterbildungsteilnehmerInnen statt.

4. Selbsterfahrung

Selbsterfahrung wird verstanden als eine Reflexion biographischer und beruflich sozialisierter Sichtweisen, Affekt-, Verhaltens- und Lösungsmuster der TeilnehmerInnen, die gemeinsam mit einer LehrtherapeutIn in Hinblick auf die in den Weiterbildungskurs und in der Behandlungspraxis mit KlientInnen gewonnenen Erfahrungen und Anregungen erfolgt.

Die Selbsterfahrung kann in unterschiedlichen Settings (Einzel-, Paar-, Familien- und Gruppensetting) stattfinden.

Eigenstudium

Für die Absolvierung des Weiterbildungscurriculums ist neben der Teilnahme an den Lehreinheiten ein umfangreiches Eigenstudium - bezogen auf die zu bearbeitende Literatur und die übende Umsetzung der vermittelten Inhalte - erforderlich.

Zertifikat

Die Mitgliedsinstitute der Verbände bescheinigen die Teilnahme an einzelnen Bestandteilen des Weiterbildungscurriculums und vergeben ggfs. ein eigenes Zertifikat. Über die Teilnahme hinaus werden die therapeutischen und beraterischen Aktivitäten der WeiterbildungsteilnehmerInnen in einem dialogischen Prozess mit LehrtherapeutInnen ausgewertet.

Es werden nur solche Weiterbildungsabschlüsse von den Fachverbänden übergeordnet zertifiziert, die deren Richtlinien entsprechen. Die Überprüfung der Voraussetzungen für die Erteilung eines Zertifikats findet in entsprechenden Ausschüssen der Verbände statt.

Qualifikation der LehrtherapeutInnen

Mindestvoraussetzungen:

- Abgeschlossene Weiterbildung in Systemischer Therapie oder einer äquivalenten Weiterbildung.
- Mehrjährige Berufspraxis mit vorwiegender Tätigkeit im Bereich Systemischer Therapie und Beratung.
- Mehrjährige fortgesetzte Supervisionspraxis.
- Lehrerfahrung an einer Hoch- oder Fachhochschule oder im Rahmen von Fortbildungsveranstaltungen.
- CO-Leitung in mehrjährigen systemischen Weiterbildungen.

Zusammenstellung der quantitativen Standards (Lehreinheiten à 45 Min.) der drei systemischen Fachverbände (Stand Ende 1997):

	DAF (Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Familientherapie)	DFS (Dachverband für Familientherapie und systemisches Arbeiten)	SG (Systemische Gesellschaft - Deutscher Verband für systemische Forschung, Therapie, Supervision und Beratung)
Theorie	300 + 100 Eigenstudium	350 - 400 + Eigenstudium in Peergruppe	300 + 100 Eigenstudium
Praxis	200 (Sitzungen) (4 Fälle)	mind. 150 (Sitzungen) (6 Fälle)	200 (Sitzungen) (4 Fälle)
Supervision	150	200 + 100 Intervision 3 Live-Supervisionen	150
Selbsterfahrung bzw. Selbstreflexion	150	50 - 100	150
Insgesamt	900	850-950	900

7.2 Verbände

Die Familien- und Systemischen Therapeuten sowie ein Großteil der rund 60 Weiterbildungsinstitute in Deutschland sind in drei nationalen Verbänden organisiert. Der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Familientherapie DAF, dem 1978 gegründeten, ältesten Fachverband, sind ca. 650 Familien- und Systemische Therapeuten angegliedert. Der Fachverband für Familientherapie und systemisches Arbeiten DFS entstand 1987 mit dem Ziel, die berufspolitischen Interessen der Familien- und Systemischen Therapeuten zu vertreten; der DFS besteht aus 27 Instituten unterschiedlicher Richtungen der Familien- und Systemischen Therapie und ca. 700 qualifizierten, d.h. ausgebildeten Einzelmitgliedern. Die 1993 gegründete Systemische Gesellschaft - Deutscher Verband für systemische Forschung, Therapie, Supervision und Beratung - hat nur juristische Personen, d.h. dem systemischen Denken und Arbeiten verpflichteten Institute, als Mitglieder. Ihre Mitgliedschaft setzt sich zur Zeit aus 15 Ausbildungsinstituten zusammen.

7.3 Publikationen

Ein allgemein anerkanntes Merkmal für die Bewertung der Wissenschaftlichkeit einer Disziplin ist Zahl und Qualität ihrer Veröffentlichungen. Neben einer zunehmenden Anzahl von Monographien im In- und Ausland gibt es in allen europäischen Sprachen Fachzeitschriften mit beträchtlicher Verbreitung und Anerkennung. Im deutschsprachigen Raum werden die neueren Entwicklungen dieser Disziplin in sechs regelmäßig er-

scheinenden und allgemein zugänglichen Fachzeitschriften veröffentlicht, die Beiträge nach anonymer Prüfung durch ein Gutachtergremium aufnehmen:

Familiendynamik. Interdisziplinäre Zeitschrift für systemorientierte Praxis und Forschung. (Erscheint seit 1976, 4 mal im Jahr) Herausgeber: A. Retzer und F. B. Simon. Verlag: Klett-Cotta, Stuttgart.

Kontext. Zeitschrift für Familientherapie. (Erscheint seit 1978, 2 mal im Jahr) Herausgegeben von der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Familientherapie (DAF). Verlag: Vandenhoeck und Ruprecht.

Zeitschrift für systemische Therapie. (Erscheint seit 1983, 4 mal im Jahr) Herausgeber: K. G. Deissler. Verlag: modernes Lernen, Dortmund.

Systeme. Interdisziplinäre Zeitschrift für systemtheoretisch orientierte Forschung und Praxis in den Humanwissenschaften. (Erscheint seit 1987, 2 mal im Jahr) Herausgegeben und verlegt: Österreichische Arbeitsgemeinschaft für systemische Therapie und systemische Studien (ÖAS), Wien.

Systema. Meinungen, Austausch, Diskussion. (Erscheint seit 1987, 3 mal im Jahr) Herausgeben und verlegt: Institut für Familientherapie e.V. Weinheim.

System Familie. Forschung, Beratung, Therapie. (Erscheint seit 1988, 4 mal im Jahr) Herausgeber: E.J. Brunner, M.B. Buchholz, U. Jänicke, J. Kriz, St. Reiter-Theil, L. Richterich, M. Wirsching. Verlag: Springer, Heidelberg

Der Leserkreis dieser Zeitschriften dürfte mindestens 6000 Personen aus allen Professionen der gesundheitlichen und psychosozialen Versorgung umfassen.

7.4 Tagungen

Wissenschaftliche Fachöffentlichkeit wird auch durch Tagungen und Kongresse hergestellt. Allein in Nordamerika gibt es alljährlich eine größere Anzahl wissenschaftlicher Tagungen und Kongresse zur Systemischen Therapie. Ähnliches gilt für Europa. In allen drei deutschsprachigen Ländern (BRD, Österreich, Schweiz) gibt es jedes Jahr Arbeitstagungen, Kongresse und Konferenzen, die insgesamt von ca. 4000 Teilnehmern besucht werden. Neben diesen größeren Tagungen bieten die meisten Institute Seminare und Workshops mit Referenten aus dem In- und Ausland an. Dies gewährleistet die regelmäßige Fortbildung Systemischer Therapeuten qualitativ und quantitativ.

7.5 Internationale Zusammenarbeit

Die Systemische Therapie gilt in den meisten europäischen und nordamerikanischen Ländern als selbstverständlicher Bestandteil psychomedizinischer und psychosozialer Versorgung. Die nationalen Verbände genießen in diesen Ländern allgemeine Anerkennung. Schon seit Anfang 1994 ist die Systemische Therapie auch in Österreich als eigenständiges Heilverfahren anerkannt. Organisationen wie u.a. die International Family Therapy Association, die American Family Therapy Academy, die European Family Therapy Association und die European Brief Therapy Association sorgen für regen internationalen Austausch.

8. Grundlegende Literatur und Lehrbücher zur Systemischen Therapie (Stand 1998)

- Andersen, T. (1990) Das Reflektierende Team. Dortmund: modernes lernen.
- Anderson, H. & Goolishian, H.A. (1990) Menschliche Systeme als sprachliche Systeme. *Familiendynamik*, 15 S. 212-243
- Boscolo, L. Cecchin, G. Hoffmann, L. & Penn, P. (1988) *Familientherapie - Systemtherapie*. Dortmund: modernes lernen.
- Böse, R. & Schiepek, G. (1989) *Systemische Theorie und Therapie*. Ein Handwörterbuch. Heidelberg: Asanger.
- Ludewig, K. (1992) *Systemische Therapie*. Grundlagen klinischer Theorie und Praxis. Stuttgart: Klett-Cotta. (S. 184f)
- Ludewig, K. (1996) *Systemische Therapie in Deutschland*. Ein Überblick. *System-Familie*, 1, S. 95-115
- Reiter, L. & Ahlers, C. (Hrsg.) (1991) *Systemisches Denken und therapeutischer Prozeß*. Berlin: Springer.
- Reiter, L. Brunner, E. & Reiter-Theil, S. (Hrsg.) (1988) *Von der Familientherapie zur systemischen Perspektive*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Rotthaus, W. (1990) *Stationäre systemische Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Dortmund: modernes lernen.
- Schiepek, G. (1991) *Systemtheorie der Klinischen Psychologie*. Braunschweig: Vieweg Verlag.
- Schlippe von, A. & Schweitzer, J. (1996) *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung*. Göttingen, Zürich: Vanderhoeck & Ruprecht.
- Shazer de, St. (1988) *Der Dreh*. Heidelberg: Auer.
- Simon, F.B. (1990) *Meine Psychose, mein Fahrrad und ich*. Heidelberg: Carl Auer.
- Simon, F.B. & Stierlin, H. (1984) *Die Sprache der Familientherapie*. Ein Vokabular. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stierlin, H. (1994) *Ich und die anderen*. Psychotherapie in einer sich wandelnden Gesellschaft. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Watzlawick, P. Beavin, J.H. & Jackson, D.D. (1969) *Menschliche Kommunikation*. Bern: Hans Huber.
- White, M. & Epston, D. (1990) *Die Zähmung der Monster*. Heiderlberg: Carl Auer.

Zeitschriften:

- Familiendynamik*. Interdisziplinäre Zeitschrift für systemorientierte Praxis und Forschung. (Erscheint seit 1976, 4 mal im Jahr) Herausgeber: A. Retzer und F. B. Simon. Verlag: Klett-Cotta, Stuttgart.
- Kontext*. Zeitschrift für Familientherapie. (Erscheint seit 1978, 2 mal im Jahr) Herausgegeben von der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Familientherapie (DAF). Verlag: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Zeitschrift für systemische Therapie*. (Erscheint seit 1983, 4 mal im Jahr) Herausgeber: K. G. Deissler. Verlag: modernes Lernen, Dortmund.
- Systeme*. Interdisziplinäre Zeitschrift für systemtheoretisch orientierte Forschung und Praxis in den Humanwissenschaften. (Erscheint seit 1987, 2 mal im Jahr) Heraus-

gegeben und verlegt: Österreichische Arbeitsgemeinschaft für systemische Therapie und systemische Studien (ÖAS), Wien.

Systema. Meinungen, Austausch, Diskussion. (Erscheint seit 1987, 3 mal im Jahr) Herausgeber und verlegt: Institut für Familientherapie e.V. Weinheim.

System Familie. Forschung, Beratung, Therapie. (Erscheint seit 1988, 4 mal im Jahr) Herausgeber: E.J. Brunner, M.B. Buchholz, U. Jänicke, J. Kriz, St. Reiter-Theil, L. Richterich, M. Wirsching. Verlag: Springer, Heidelberg

9. Kontrollierte Systemische Therapiestudien der letzten Jahre (Stand 1998)

- Bennun, I. (1986) Evaluation family therapy: A comparison of the Milan and problem solving approaches. *Journal of Family Therapy*, 8 S. 225-242
- Benun, I. (1988) Treating the System or Symptom: Investigating Family Therapy for Alcohol Problems. *Behavioural Psychotherapy*, 16 S. 165-176
- Blume, E. & Wendorff, D. (1997) 1. Zur Evaluation lösungsorientierten und problemorientierten Vorgehens im Vergleich. 2. Veränderungen im lösungsorientierten und problemorientierten Therapieprozeß. Ruhr-Universität Bochum: unveröffentlichte Diplomarbeit.
- Brunk, M. Henggeler, S.W. & Whelan, J.P. (1987) Comparison of Multisystemic Therapy and Parent Training in the Brief Treatment of Child Abuse and Neglect. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55 S. 171-178
- Green, R.J. & Herget, M. (1989) Outcomes of Systemic / Strategic Team Consultation: I. Overview and One-Month Results. *Familiy Process*, 28 S. 37-58
- Green, R.J. & Herget, M. (1989) Outcomes of Systemic / Strategic Team Consultation: II. Three-Year Followup and a Theory of "Emergent Design". *Familie Process*, 28 S. 419-437
- Green, R.J. & Herget, M. (1991) Outcomes of Systemic / Strategic Team Consultation: III. The Importance of Therapist Warmth and Active Structuring. *Familiy Process*, 30 S. 321-336
- Gustafsson, P.A. Kjellman, N.-I. M. & Cederblad, M. (1986) Family Therapy in the Treatment of Severe Childhood Asthma. *Journal of Psychosomatic Research*, 30 S. 369-374
- Joanning, H. Quinn, W. Thomas, F. & Mullen, R. (1992) Treating Adolescent Drug Abuse: A Comparison of Family Systems Therapy, Group Therapy, and Family Drug Education. *Journal of Marital and Family Therapy*, 18 (4) S. 345-356
- Lask, B. & Matthew, D. (1979) Childhood asthma. A controlled trial of family psychotherapie. *Archives of Disease in Childhood*, 54 S. 116-119
- Russel, G.F.M. Szmukler, G.I. Dare, C. & Eisler, I. (1987) An Evaluation of Family Therapy in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 44 S. 1047-1056
- Sayger, T. Szykula, S.A. & Sudweeks, C. (1992) Treatment Side Effects: Maternal Positive and Negative Attributes of Child-Focused Family Therapy. *Child and Family Behavior Therapy*, 14 (1) S. 1-9
- Szapocznik, J. Kurtis, W.M. Foote, F.H. Perez-Vidal, A. & Hervis, O. (1983) Conjoint versus One-Person Family Therapy: Some Evidence for the Effectiveness of Conducting Family Therapy Through One Person. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51 S. 889-899
- Szapocznik, J. Kurtis, W.M. Foote, F.H. Perez-Vidal, A. & Hervis, O. (1986a) Conjoint versus One-Person Family Therapy: Further Evidence for the Effectiveness of Conducting Family Therapy Through One Person With Drug-Abusing Adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54 S. 395-397
- Szapocznik, J. Perez-Vidal, A. Brickman, A.L. Foote, F.H. Santisteban, D. & Hevis, O. (1988) Engaging Adolescent Drug Abusers and their Families in Treatment: A

-
- Strategic Structural Systems Approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56 S. 552-557
- Szapocznik, J. Rio, A. Murray, E. Cohen, R. Scoppetta, M. Rivas-Vasquez, A. Hervis, O. & Posada, V. & Kur (1989) Structural Family versus Psychodynamic Child Therapy for Problematic Hispanic Boys. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57 S. 571-578
- Szapocznik, J. Rio, A. Perez-Vidal, A. Kurtis, W. Hervis, O. & Santisteban, D. (1986b) Bicultural Effectiveness Training (BET): An Experimental Test of an Intervention Modality for Families Experiencing Intergenerational / Intercultural Conflict. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 8 (4) S. 303-330
- Szykula, S. A. Morris, S.B. Sayger, T.V. & Sudweeks, C. (1987) Child-Focused Behavior and Strategic Therapies: Outcome Comparison. *Psychotherapy*, 24 S. 546-551
- Wells, K.C. & Egan, J. (1988) Social Learning and Systems Family Therapy for Childhood Oppositional Disorder: Comparative Treatment Outcome. *Comprehensive Psychiatry*, 29 (2) S. 138-146

10. Auswahl nichtkontrollierter Systemischer Therapiestudien (Stand 1998)

- Bertgen, M. Sachartschenko, R. & Kahl, M. (1992) Überprüfung der Wirksamkeit Systemischer Familientherapie im stationären Bereich bei schizophrenen Patienten. *Familiendynamik*, 17 (3) S. 211-228
- Bloch, S. Shape, M. & Allman, P. (1991) Systemic family therapy in adult psychiatry: A review of 50 families. *British Journal of Psychiatry*, 159 S. 357-364
- Burr, W. (1993) Evaluation einer Anwendung lösungsorientierter Kurztherapie in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis. *Familiendynamik*, 18 (1) S. 11-22
- Disch, J. & Hess, T. (1988) "Gute" und "schlechte" systemorientierte Therapien: eine katamnestische Vergleichsstudie in einem kinderpsychiatrischen Ambulatorium. *Praxis der Kinderpsychologie und -psychiatrie*, 37 S. 304-310
- Eisenberg, J. & Wahrman, O. (1994) Brief strategic therapy in a child community clinic: A follow-up report. *Israel Journal of Psychiatry an Related Sciences*, 31 (1) S. 37-40
- Epple, H. (1984) Familientherapie bei Magersucht. In: Remschmidt, H. (Hrsg.) *Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Familien. Band 2: Psychotherapie in der Adoleszenz, Psychotherapie bei Zwangssyndromen und chronischen Erkrankungen, Praevention und Versorgung*. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag. (S. 71-76)
- Fischer, S. (1984) Time-limited Brief Therapy with Families: a one-Year Follow-up Study. *Family Process*, 23 S. 101-106
- Fischer, C.J. & Griffiths, H. (1990) Family therapy with problem drinkers and drug takers: A pilot follow-up study. *Journal of Family Therapy*, 12 (2) S. 183-188
- Gutstein, S.E. Rudd, M.D. Graham, J.C. & Rayha, L.L. (1988) Systemic crisis interventions as a response to adolescent crisis: an outcome study. *Family Process*, 27 S. 201-211
- Höger, C. (1994) Systemische Ansätze in der ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 43 (3) S. 78-84
- Höger, C. & Temme, M. (1995) Systemische Therapie mit einem reflektierenden Team - eine Annäherung an Wirksamkeit und Wirkungsweise. *System Familie*, 8 (1) S. 51-61
- Höger, C. Temme, M. & Geiken, G. (1994) Wem nützt systemische Therapie mit einem reflektierenden Team? *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 22 (1) S. 16-22
- Jäger, B. (1992) Spezifische und unspezifische Therapiefaktoren im Prozeß der Systemischen Familientherapie. *System Familie*, 5 (2) S. 83-94
- Jäger, B. Liedtke, R. Künsebeck, W.-W. Lempa, W. Kersting, A. & Seide, L. (1996) Psychotherapy with Bulimia nervosa: Evaluation and Longterm Follow-up of two Conflict-oriented Treatment Conditions. *Acta Psychiatrica Scandinavica* (accepted for publication),
- Katschnig, H. & Wanschura, E. (1987) Familientherapie einmal anders: Organisation, Durchführung und Evaluation des Modells "Familientherapie in den Ferien". *Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie*, 6 (2) S. 141-146
- Katschnig, H. & Wanschura, E. (1987a) Familientherapie am Berg - ein Therapiemodell. *Familiendynamik*, 12 (2) S. 162-175

- Klimek, S. (1986) Ergebnisse einer empirischen Studie zur Untersuchung der Wirksamkeit von Systemischer Familientherapie. In: Reiter, L. (Hrsg.) Theorie und Praxis der Systemischen Familientherapie. Wien: Facultas. (S. 154-164)
- Ludewig, K. (1992) Systemische Therapie. Grundlagen klinischer Theorie und Praxis. Stuttgart: Klett-Cotta. (S. 184f)
- Ludewig, K. (1993) Evaluation systemischer Therapien in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie. Erste Ergebnisse. System Familie, 6 (1) S. 21-35
- Ludewig, K. & Schwarz, R. (1984) Ambulante Familientherapie: Versuch einer empirischen Bewertung. In: Remschmidt, H. (Hrsg.) Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Familien. Band 1: Allgemeine Aspekte, Familientherapie, Imaginative Methoden. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag. (S. 99-107)
- Ludewig, K. Schwarz, R. & Kowerk, H. (1984) Systemische Therapie mit Familien von "psychotischen" Jugendlichen. Familiendynamik, 9 (2) S. 108-125
- Marshal, M. & Feldman, R.B. (1989) The unraveling of a treatment paradigm: a follow-up study of the Milan approach to family therapy. Familie Process, 28 S. 457-470
- Merl, H. Mezoglich, H. & Hüpf, J. (1988) Die Arbeit mit dem Reflecting Team - ein erster Erfahrungsbericht. System Familie, 1 S. 244-253
- Novak, M. & Diehl, H. (1992) Drogenabhängigkeit als Chance - Familientherapie in der stationären Entwöhnungsbehandlung. In: Schaltenbrand, J. (Hrsg.) Familienorientierte Drogenarbeit. Berichte aus der Praxis. Heidelberg: Asanger. (S. 97-111)
- Rathner, G. & Messner, K. (1992) Asthma bronchiale und systemische Familientherapie: Behandlungskonzept, Erstgespräch und Therapieverlauf. Paediatric und Paedologie, 27 S. A49-A54
- Reiter, L. Steiner, E. Ahlers, C. Vogel, M.R. & Wagner, H. (1993) Das reflektierende Team als therapeutische Methode. Ergebnisse einer klinischen Evaluierung. System Familie, 6 (1) S. 10-20
- Retzer, A. Simon, F.B. Weber, G. Stierlin, & Schmidt, G. (1989) Eine Katamnese manisch-depressiver und schizo-affektiver Psychosen nach systemischer Familientherapie. Familiendynamik, 14 (3) S. 214-235
- Retzer, A. Simon, F.B. Weber, G. Stierlin, & Schmidt, G. (1991) Eine Katamnese manisch-depressiver und schizo-affektiver Psychosen nach systemischer Familientherapie. Family Process, 30 (2) S. 139-153
- Schepker, R. & Eggers, C. (1988) Therapieevaluation der stationären interaktionellen Therapie bei kindlichen Psychosen. Psychoanalyse, 51 (1) S. 60-65
- Scully, T.M. (1982) Strategic family therapy with conduct disorder children and adolescent: An outcome study. Toledo: unpublished Master's thesis.
- Sell, S.P. Smith, T.E. & Sprenkle, D. (1995) Integrating Qualitative and Quantitative Research Methods. A Research Model. Family Process, 34 S. 199-218
- Shazer de, S. Kim Berg, I. Lipchik, E. Munally, E. Molnar, A. & Weiner-Davies, M. (1986) Kurztherapie - Zielgerichtete Entwicklung von Lösungen. Familiendynamik, 11 (3) S. 192-205
- Weber, G. & Stierlin, H. (1989) In Liebe entzweit: die Heidelberger Therapie der Magersucht. Reinbeck: Rowohlt.
- Woodward, C.A. Santa-Barbara, J. Streiner, D.L. Goodman, J.T. Levin, S. & Epstein, N.B. (1981) Client, treatment and therapist variables related to outcome in brief, systemsoriented family therapy. Family Process, 20 S. 189-197

11. Auswahl mathematisch-systemtheoretischer Arbeiten

- Periodische Krankheiten (der Begriff geht auf Reimann, 1963 zurück) der Blutbildung, wie die chronische periodische myelogene Leukämie (Gatti et al., 1972), oder die zyklische Neutropenie (Guerry et al., 1973) wurden von Mackey (1978) mittels dynamischer Systemmodelle beschrieben.
- Weitere Beispiele sind einige Formen von Tremor und von Epilepsien (an der Heiden 1992a), die Cheyne-Stokes-Atmung oder phasisch verlaufende psychische Erkrankungen wie z.B. Manie und Depression. Der Krankheitswert kann jedoch auch umgekehrt im Verlust von zyklischen Attraktoren liegen, wie z.B. bei ventrikulären oder atrialen Fibrillationen, wobei der normale Herzrhythmus verloren geht. Ähnliches ist auch für Schlaf-Wach-Rhythmusstörungen festzustellen.
- Chaotische Attraktoren sind z.B. nachgewiesen für das EEG (Babloyantz & Destexhe, 1986, 1987; Mayer-Kress, 1986; West 1990; Elbert & Rockstroh, 1993) und für den gesunden Herzrhythmus, der nie wirklich sinusförmig ist (West, 1990; Betterman & van Leeuwen, 1992; Goldberger, 1987), für das MEG (Elbert et al., 1994).
- Kooperative Gehirnprozesse bei kognitiven Leistungen identifizieren und erklären Basar & Roth (1996).
- Dynamische Modelle existieren außerdem zur Beschreibung für die Produktion von Cortisol und ACTH mittels der Modellierung des Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Systems (an der Heiden 1992a und b).
- Systemmodelle erklären die Epilepsie-Entstehung auf der Basis Penicilin-induzierter GABA-Rezeptoren-Blockaden (Mackey & an der Heiden, 1982).
- Prank und Hesch (1993), sowie Harms et. al. (1992) beschreiben die Bildung der fraktalen, tabekulären Knochenstruktur und Knochenmasse mittels chaotischer Sekretionsmuster von PTH (parathyroide Hormone) und können weiters Erklärungen für Osteoporose anbieten.
- Chronobiologische Prozesse wurden auf Grundlage nichtlinearer dynamischer Modelle beschreiben von Are'chiga (1993), Babloyantz (1990), Hess und Boiteux (1980), Saunders (1977).
- Chaosanalysen zeigen, daß epileptische Anfälle durch bestimmte Kennwerte einer mathematischen Analyse, nämlich der Analyse der LLE (Largest Lyapunov Exponent), bereits fünf Minuten vor dem eigentlichen Anfall aus EEG Daten vorhergesagt werden können (Iasemedis et al. 1990; Iasemedis & Sackellares, 1991; Elbert & Rockstroh, 1993).
- Eine Rekonstruktion von EEG-Datensätzen zu Petit-Mal-Epilepsien mittels dynamischer mathematischer Modelle liegen von Friedrich und Uhl (1992) vor.
- Das olfaktorische System von Kaninchen wurde mittels dynamischer Methoden untersucht und simuliert (Skarda & Freeman, 1987; Freeman & DiPrisco, 1986). Chaosanalytische Untersuchungen über Ableitungen am olfaktorischen System (laterale Oberflächenableitung am Bulbus olfactorius) zeigten Unterschiede im Bekanntheitsgrad von Gerüchen (Skinner et al. 1989).

-
- Ein Beispiel aus der Verhaltensphysiologie zeigt Phasenübergänge bei der Bewegungskoordination bei Fingerbewegungen (Haken, Kelso & Bunz, 1985; Haken, 1987).
 - Die optische Wahrnehmung, vor allem am Beispiel von Kippbildern wurde vielfach mittels dynamischer Modelle interpretiert. Weiterhin gibt es Arbeiten zur Kognition und psychischen Entwicklung (Haken & Stadler, 1990; Stadler & Kruse, 1990; Kruse & Stadler, 1990; Bischof, 1990).
 - Weidlich und Haag (1983) konzipieren den Bereich der öffentlichen Meinungsbildung mittels Ordnungsbildungsprozessen der Selbstorganisation nach dem Modell dynamischer Systeme. Zur Selbstorganisation in Gruppen und in komplexen sozialen Systemen liegen Arbeiten vor, von: Tschacher, Schiepek und Brunner (1992), Schiepek und Reicherts (1992), sowie das Herausgeberbuch von Langthaler und Schiepek (1995). Einige dieser Arbeiten entstammen direkt der systemischen Theorienbildung.
 - Auf die Bedeutung mathematischer Modelle der Theorie dynamischer Systeme für die analytische und interpretative Epidemiologie haben Schiepek und Tschacher (1992) hingewiesen. Zudem interpretieren sie die Unspezifität von Life-event-Wirkungen mit Hilfe des Konzeptes von Phasenübergängen. Sie fassen sie damit auf als Hinweis auf nichtlineare Ätiologiedynamiken. Empirische Arbeiten zu chaotischen Prozessen in der Epidemiologie gibt es von Olsen, Truty und Schaffer (1988; sowie Olsen & Schaffer, 1990).
 - Kelso (1990) interpretiert das Erlernen komplexer Verhaltensmuster auf Grundlage dynamischer Modelle.
 - Simulationsmodelle existieren für die verschiedenen empirisch beobachtbaren Verlaufsformen der Schizophrenie (Schiepek & Schoppek, 1991).
 - In Zusammenarbeit mit Prof. L. Ciompi und Dr. B. Ambühl, konnte ein Krankheitsverlauf aus dem „Soteria-Projekt“ der Sozialpsychiatrischen Universitätsklinik Bern von Schiepek und Schoppek simuliert werden (veröffentlicht in Schiepek und Strunk, 1994).
 - Ambühl, Dünki & Ciompi (1992) interpretieren schizophrene Krankheitsverläufe auf der Grundlage von Zeitreihendaten täglicher Symptomratings als chaotisch.
 - Ein Simulationsmodell der Depressionsentwicklung (unipolare und bipolare) wurde von Schiepek und Schaub (1991) vorgestellt.
 - Methoden der „systemischen Diagnostik“ auf deren Grundlage mathematische Modellierungen generiert werden können, werden für die Systemische Therapie von Schiepek (1986, 1991) vorgestellt. Schiepek & Strunk entwickelten nach einem 2-stündigen Interview ein interaktionsfähiges Simulationsmodell für einen spielsüchtigen Klienten. Das Modell konnte dem Klienten am nächsten Tag am Computer vorgestellt werden, was ihm half wichtige Lebenszusammenhänge in ihrer Dynamik zu verstehen.
 - Kriz (1990) beschreibt Beziehungsprobleme von Paaren und das familientherapeutische Konzept der Triangulation mittels dynamisch-mathematischer Modelle.
 - In Analysen der Therapeut-Klient-Beziehungsgestaltung einer systemischen Einzeltherapie konnten chaotische Prozesse nachgewiesen werden (Schiepek et. al., 1997, Kowalik et al. 1997). Gestaltmerkmale (Attraktoren, bzw. allgemeiner: dynamische Muster) in Psychotherapien wurden von Tschacher und Scheier nachgewiesen

(Scheier & Tschacher, 1994; Tschacher & Scheier, 1995). Friedlmayer, Reznicek und Strunk (1997) beschreiben Langzeit-Betreuungen devianter Jugendlicher im Kontext der Jugendwohlfahrt aufgrund umfangreicher empirischer Zeitreihenanalysen ebenfalls als komplexe dynamische Verlaufsgestalten. Im systemisch orientierten Wiener Institut für Ehe und Familientherapie werden derzeit therapeutische Konzepte, aufbauend auf den Arbeiten von Friedlmayer, Reznicek und Strunk diskutiert.

12. Literaturliste der gesamten in dieser Arbeit zitierten Literatur

- Ambühl, B. Dünki, R. & Ciompi, L. (1992) Dynamical Systems and the Development of Schizophrenic Symptoms - an Approach to a Formalization. In: Tschacher, W. Schiepek, G. & Brunner, E.J. (Hrsg.) *Self-Organisation and Clinical Psychology*. Berlin: Springer. (S. 195-203)
- Ambühl, H. & Grawe, K. (1988) Die Wirkungen von Psychotherapien als Ergebnis der Wechselwirkungen zwischen therapeutischem Angebot und Aufnahmebereitschaft der Klient/inn/en. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie, Psychotherapie*, 36, S. 308-327
- An der Heiden, 1992 (1992) Selbstorganisation in Dynamischen Systemen. In: Krohn, W. & Küppers, G. (Hrsg.) *Emergenz - Die Entstehung von Ordnung, Organisation und Bedeutung*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- An der Heiden, U. (1992b) Chaos in Health and Disease - Phenomenology and Theory. In: Tschacher, W. Schiepek, G. & Brunner, E.J. (Hrsg.) *Self-Organisation and Clinical Psychology*. Berlin: Springer. (S. 55-87)
- An der Heiden, U. (1993) Dynamische Krankheiten - Konzepte und Beispiele. In: Schiepek, G. & Spörkel, H. (Hrsg.) *Verhaltensmedizin als angewandte Systemwissenschaft*. Bergheim bei Salzburg: Mackinger. (S. 51-65)
- Anderson, T. (1990) *Das Reflektierende Team*. Dortmund: modernes lernen.
- Anderson, H. & Goolishian, H.A. (1990) Menschliche Systeme als sprachliche Systeme. *Familiendynamik*, 15 S. 212-243
- Anderson, H. & Goolishian, H. (1992) Der Klient als Experte. *Zeitschrift für systemische Therapie*, 10 S. 176-189
- Aponte, H.J. (1976) The Family School-Interview - An Eco-Structural Approach. *Family Process*, 15 (3) S. 303-311
- Are'chiga, H. (1993) Circadian rhythms. *Curr. Opin. Neurobiol.*, (3) S. 1005-1010
- Babloyantz, A. (1990) Chaotic dynamics in brain activity. In: Basar, E. (Hrsg.) *Chaos in brain function*. Berlin: Springer. (S. 42-49)
- Babloyantz, A. & Destexhe, A. (1986) Low dimensional Chaos in an Instance of Epilepsy. *Proceedings of the National Academy of Sciences (USA)*, 83, S. 3513-3517
- Babloyantz, A. & Destexhe, A. (1987) Strange Attraktors in Human Cortex. In: Rensing, L. an der Heiden, U. & Mackey, M.C. (Hrsg.) *Temporal Disorders in Human Oscillatory Systems*. Berlin: Springer. (S. 48-57)
- Badalamenti, A.F. & Langs, R.J. (1992) The Thermodynamics of Psychotherapeutic Communication. *Behavioral Science*, 37 S. 157-180
- Basar, E. & Roth, (1996) Ordnung aus dem Chaos: Kooperative Gehirnprozesse bei kognitiven Leistungen. In: Küppers, G. (Hrsg.) *Chaos und Ordnung. Formen der Selbstorganisation in Natur und Gesellschaft*. Stuttgart: Philipp Reclam jun.. (S. 190-322)
- Bennun, I. (1986) Evaluation family therapy: A comparison of the Milan and problem solving approaches. *Journal of Family Therapy*, 8 S. 225-242
- Benun, I. (1988) Treating the System or Symptom: Investigating Family Therapy for Alcohol Problems. *Behavioural Psychotherapy*, 16 S. 165-176

- Berg, I.K. & Miller, S.D. (1995) Kurzzeittherapie bei Alkoholproblemen. Heidelberg: Carl Auer.
- Bergin, A.E & Garfield, S.L. (Hrsg.) (1994) Handbook of psychotherapy an behavior change (4. Ed.). New York: Wiley.
- Bertgen, M. Sachartschenko, R. & Kahl, M. (1992) Überprüfung der Wirksamkeit Systemischer Familientherapie im stationären Bereich bei schizophrenen Patienten. *Familiendynamik*, 17 (3) S. 211-228
- Bettermann, H. & van Leeuwen, P. (1992) Dimensional analysis of RR dynamic in 24 hour electrocardiograms. *Acta Biotheoretica*, 40 S. 297-312
- Bischof, N. (1990) Phase Transitions in Psychoemotional Development. In: Haken, H. & Stadler, M. (Hrsg.) *Synergetics of Cognition*. Springer Series in Synergetics, Vol. 45. Berlin: Springer. (S. 361-378)
- Bloch, S. Shape, M. & Allman, P. (1991) Systemic family therapy in adult psychiatry: A review of 50 families. *Britisch Journal of Psychiatry*, 159 S. 357-364
- Blume, E. & Wendorff, D. (1997) 1. Zur Evaluation lösungsorientierten und problemorientierten Vorgehens im Vergleich. 2. Veränderungen im lösungsorientierten und problemorientierten Therapieprozeß. Ruhr-Universität Bochum: unveröffentlichte Diplomarbeit.
- Bommert, H. Henning, Th. & Wälte, D. (1990) Indikation zur Familientherapie. Stuttgart: Kohlhammer.
- Boscolo, L. Cecchin, G. Hoffmann, L. & Penn, P. (1988) *Familientherapie - Systemtherapie*. Dortmund: modernes lernen.
- Brandau, H. (Hrsg.) (1991) *Supervision aus systemischer Sicht*. Salzburg: Otto Müller Verlag.
- Brauckmann, L. (1985) Entwicklung eines Konzeptes schulpsychologischer Arbeit. *Zeitschrift für systemische Therapie*, 3 (4) S. 209-215
- Bruder-Bezzel, A. (1991) *Die Geschichte der Individualpsychologie*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Brunk, M. Henggeler, S.W. & Whelan, J.P. (1987) Comparison of Multisystemic Therapy and Parent Training in the Brief Treatment of Child Abuse and Neglect. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55 S. 171-178
- Brunner, E.J. (1992) Schulsozialarbeit aus der Perspektive der Theorie der Selbstorganisation. In: Huschke-Rhein, R. (Hrsg.) *Systemisch-Ökologische Pädagogik*. Band V. Köln
- Brönnecke, (1992) Familienorientierung als Grundhaltung in der Heimerziehung. In: Conen, M.L. (Hrsg.) *Familienorientierung als Grundlage der stationären Erziehungshilfe*. Dortmund: Borgmann.
- Burr, W. (1993) Evaluation einer Anwendung lösungsorientierter Kurztherapie in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis. *Familiendynamik*, 18 (1) S. 11-22
- Börsch, B. & Conen, M-L. (1987) *Arbeit mit Familien von Heimkindern*. Dortmund: Verlag Modernes Lernen.
- Böse, R. & Schiepek, G. (1989) *Systemische Theorie und Therapie*. Ein Handwörterbuch. Heidelberg: Asanger.
- Carr, A. (1991) Milan systemic family therapy: a review of ten empirical investigations. *Journal of Family Therapy*, 13 S. 237-263

- Collmann, B. Hawellek, Ch. & Schlippe, von, A. (1993) "Sackgassen und andere Wege" - institutionelle Kooperation angesichts sexuellen Mißbrauchs. In: Ramin, G. (Hrsg.) Inzest und sexueller Mißbrauch. Beratung und Therapie. Paderborn: Jungfermann. (S. 413-442)
- Conen, M.L. (1990) Elternarbeit in der Heimerziehung. Frankfurt: Internationale Gesellschaft für Heimerziehung.
- Conen, M.L. (Hrsg.) (1992) Familienorientierung als Grundlage der stationären Erziehungshilfe. Dortmund: Borgmann.
- Conen, M.L. (1996) "Wie können wir Ihnen helfen, uns wieder loszuwerden?" - Aufsuchende Familientherapie mit Multiproblemfamilien. Zeitschrift für systemische Therapie, (3) S. 178-185
- Conen, M.L. (1996a) Aufsuchende Familientherapie mit Multiproblemfamilien. Kontext - Zeitschrift für Familientherapie, (2) S. 150-165
- Deissler, K. (1990) Zur Konstruktion eines systemtherapeutischen Kontextes an einer psychiatrischen Landesklinik. Zeitschrift für systemische Therapie, 8 (4) S. 238-247
- Deissler, K. Schug, R. & Jänicke, U. (1992) Systemische Therapie im psychiatrischen Kontext. Zeitschrift für systemische Therapie, 10 (1) S. 30-45
- Derrida, J. (1988) Randgänge der Philosophie. Original von 1972: Marges de la philosophie. Wien:
- Disch, J. & Hess, T. (1988) "Gute" und "schlechte" systemorientierte Therapien: eine katamnestische Vergleichsstudie in einem kinderpsychiatrischen Ambulatorium. Praxis der Kinderpsychologie und -psychiatrie, 37 S. 304-310
- Dürr, H.-P. (1990) Das Netz des Physikers. Naturwissenschaftliche Erkenntnisse in der Verantwortung. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Efran, J.S. Helfner, P. & Lukens, J. (1988) Alkoholismus als Auffassungssache. Struktur-Determinismus und Trinkproblem. Zeitschrift für systemische Therapie, 6 (3) S. 180-191
- Efran, J. Heffner, K. & Lukens, R. (1989) Alkoholismus als Ansichtssache. Familiendynamik, 14 (1) S. 2-12
- Ehinger, W. & Henning, C. (1994) Praxis der Lehrersupervision. Leitfaden für Lehrergruppen mit und ohne Supervisor. Weinheim: Beltz.
- Eisenberg, J. & Wahrman, O. (1994) Brief strategic therapy in a child community clinic: A follow-up report. Israel Journal of Psychiatry an Related Sciences, 31 (1) S. 37-40
- Elbert, T. Ray, W.J. Kowalik, Z.J. Skinner, J.E. Graf, K.E. & Bierbaumer, N. (1994) Chaos and Physiology - Deterministic Chaos in excitable Cell Assemblies. Physiological Reviews, 74, S. 1-47
- Elbert, T. & Rockstroh, B. (1993) Das chaotische Gehirn - Erfassung nichtlinearer Dynamik aus physiologischen Zeitreihen. Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin, (1/2) S. 80-95
- Ellebracht, H. & Vieten, B. (1993) Systemische Ansätze im psychiatrischen Alltag. Dortmund: Verlag Modernes Lernen.
- Empt, K. & Schiepek, G. (1997) Systemische Psychotherapie: Trends und Forschungsaktivitäten. Report Psychologie. zur Veröffentlichung angenommen,

- Engel, G. (1996) Der Schulzirkus. Möglichkeiten der Vernetzung von Jugendhilfe, Schule und Familie. In: Voss, R. (Hrsg.) Die Schule neu erfinden. Neuwied: Luchterhand.
- Epple, H. (1984) Familientherapie bei Magersucht. In: Remschmidt, H. (Hrsg.) Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Familien. Band 2: Psychotherapie in der Adoleszenz, Psychotherapie bei Zwangssyndromen und chronischen Erkrankungen, Prävention und Versorgung. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag. (S. 71-76)
- Ergenzinger, E. (1985) Sich die Arbeit leichter machen: Beispiele für systemisches Denken und Handeln im Klassenzimmer. In: Henning, C. & Knödler, U. (Hrsg.) Problemschüler - Problemfamilien. Weinheim: Beltz-Verlag. (S. 206-218)
- Fischer, S. (1984) Time-limited Brief Therapy with Families: a one-Year Follow-up Study. *Family Process*, 23 S. 101-106
- Fischer, C.J. & Griffiths, H. (1990) Family therapy with problem drinkers and drug takers: A pilot follow-up study. *Journal of Family Therapy*, 12 (2) S. 183-188
- Foerster von, H. (1981) On cybernetics of cybernetics and social theory. In: Roth, G. & Schwengler, H. (Hrsg.) Self-organizing Systems. Frankfurt, New York: (S. 102-105)
- Foucault, M. (1978) Dispositive der Macht. Über Sexualität, Wissen und Wahrheit. Berlin: Merve.
- Freeman, W.J. & DiPrisco, V. (1986) EEG Spatial Pattern Differences with Discriminated Odors Manifest Chaotic and Limit Cycle Attractors in Olfactory Bulb of Rabbits. In: Palm, G. & Aertsen, A. (Hrsg.) Brain Theory. Berlin: Springer. (S. 97-119)
- Friedlmayer, St. (1992) Arbeit mit Pflege- und Adoptivfamilien. Systeme. Interdisziplinäre Zeitschrift für systemtheoretisch orientierte Forschung und Praxis in den Humanwissenschaften, 6 (1) S. 58-66
- Friedlmayer, St. (1994) Ein Stück Weges gemeinsam - eine Langzeittherapie? Systeme. Interdisziplinäre Zeitschrift für systemtheoretisch orientierte Forschung und Praxis in den Humanwissenschaften, 8 (2) S. 55-64
- Friedlmayer, St. Reznicek, E. & Strunk, G. (1997) Szialisationschancen und Betreuungsstrukturen. Wien: Amt für Jugend und Familie.
- Friedrich, R. & Uhl, C. (1992) Synergetic Analysis of Human Electroencephalograms: Petit-Mal Epilepsy. In: Friedrich, R. & Wunderlin, A. (Hrsg.) Evolution of Dynamical Structures in Complex Systems. Berlin: Springer. (S. 249-265)
- Friedrichs, B. (1990) Gesund durch Familienberatung. München: Kösel.
- Gadamer, H.-G. (1988) Truth and method (J. Weinsheimer & D.G. Marshall, Trans.). New York: Crossroad.
- Gatti, R.A. Robinson, W.W. Deinare, A.S. Nesbit, M. McCulloch, J.J. Ballow, M. & Good, R.A. (1972) Cyclic leukocytosis in chronic myelogenous leukemia. *Blood*, 1 S. 771-782
- Geertz, C. (1973) The interpretation of cultures. New York: Basic Books.
- Gehring, Th. (1993) Familiensystemtest FAST. Weinheim: Beltz.
- Gergen, K.J. (1994) Realities and Relationships. Soundings in Social Construction. Cambridge: Harvard University Press.
- Gester, P. Heitger, B. & Schmitz, Ch. (Hrsg.) (1993) Managerie. Systemisches Denken und Handeln im Management, 2. Jahrbuch. Heidelberg: Carl Auer.

- Glass, L. & Mackey, M.C. (1977) From clock to chaos. The Rhythms of Life. Princeton: University Press.
- Goldberger, A.L. (1987) Nonlinear dynamics, fractals, cardiac physiology and sudden death. In: Rensing, L. an der Heiden, U. & Mackey, M.C. (Hrsg.) Temporal Disorders in Human Oscillatory Systems. Berlin: Springer. (S. 118-125)
- Goolishian, H.A. & Anderson, H. (1988) Menschliche Systeme. Vor welche Probleme sie stellen und wie wir mit ihnen arbeiten. In: Reiter, L. Brunner, E. & Reiter-Theil, S. (Hrsg.) Von der Familientherapie zur systemischen Perspektive. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Grau, U. & Hargens, J. (1992) Beratung von Politikern aus konstruktivistischer Sicht. Systeme. Interdisziplinäre Zeitschrift für systemtheoretisch orientierte Forschung und Praxis in den Humanwissenschaften, 6 (1) S. 67-77
- Grawe, K. (1986) Schema-Theorie und heuristische Psychotherapie. Bern: Psychologisches Institut der Universität Bern. (S. Forschungsbericht Nr. 1-1986)
- Grawe, K. (1987) Schema-Theorie und Heuristische Psychotherapie. Zweite, leicht veränderte Auflage des Forschungsberichtes 1986/1. Bern: Psychologisches Institut der Universität Bern. (S. Forschungsbericht Nr. 1-1987)
- Grawe, K. (1987) Psychotherapie als Entwicklungsstimulation von Schemata. Ein Prozeß mit nicht vorhersehbarem Ausgang. In: Caspar, F. (Hrsg.) Problemanalyse in der Psychotherapie. Tübingen: DGVT. (S. 72-87)
- Grawe, K. (1988) Der Weg entsteht beim Gehen. Ein heuristisches Verständnis von Psychotherapie. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 1,88, S. 39-49
- Grawe, K. Donati, R. & Bernauer, F. (1994) Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe.
- Green, R.J. & Herget, M. (1989) Outcomes of Systemic / Strategic Team Consultation: I. Overview and One-Month Results. Family Process, 28 S. 37-58
- Green, R.J. & Herget, M. (1989) Outcomes of Systemic / Strategic Team Consultation: II. Three-Year Followup and a Theory of "Emergent Design". Familie Process, 28 S. 419-437
- Green, R.J. & Herget, M. (1991) Outcomes of Systemic / Strategic Team Consultation: III. The Importance of Therapist Warmth and Active Structuring. Family Process, 30 S. 321-336
- Gröne, M. (1995) Wie lasse ich meine Bulimie verhungern?. Heidelberg: Carl Auer.
- Guerry, D. Dale, D.C. Omine, M. Perry, S. & Wolff, S.M. (1973) Periodic hematopoiesis in human cyclic neutropenia. Journal of Clinical Investigations, 52 S. 3220-3230
- Gustafsson, P.A. Kjellman, N.-I. M. & Cederblad, M. (1986) Family Therapy in the Treatment of Severe Childhood Asthma. Journal of Psychosomatic Research, 30 S. 369-374
- Gutstein, S.E. Rudd, M.D. Graham, J.C. & Rayha, L.L. (1988) Systemic crisis interventions as a response to adolescent crisis: an outcome study. Family Process, 27 S. 201-211
- Hahn, K. & Müller, F.-W. (Hrsg.) (1993) Systemisch Erziehungs- und Familienberatung. Mainz: Grünewald.
- Haken, H. (1987) Die Selbstorganisation der Information in biologischen Systemen aus der Sicht der Synergetik. In: Küppers, B.-O. (Hrsg.) Ordnung aus dem Chaos. München: Piper. (S. 127-156)

- Haken, H. (1990) Synergetics as a Tool for the Conceptualization and Mathematization of Cognition and Behavior - How Far Can we Go? In: Haken, H. & Stadler, M. (Hrsg.) Synergetics of Cognition. Berlin: Springer. (S. 2-31)
- Haken, H. (1992) Synergetics in Psychology. In: Tschacher, W. Schiepek, G. & Brunner, E.J. (Hrsg.) Self-Organization and Clinical Psychology. Berlin: Springer. (S. 32-54)
- Haken, H. Kelso, J.A.S. & Bunz, H. (1985) A Theoretical Model of Phase Transitions in Human Hand Movements. *Biological Cybernetics*, 51 S. 347-356
- Haken, H. & Stadler, M. (Hrsg.) (1990) Synergetics of Cognition. Springer Series in Synergetics, Vol. 45. Berlin: Springer. (S. 361-378)
- Haley, J. (1978) Gemeinsamer Nenner Interaktion. Strategien der Psychotherapie. (Erscheinen: Strategies of Psychotherapy. 1963). München: Leben lernen 34. Pfeiffer.
- Harms, H.M. Prank, K. Brosa, U. Schlinke, E. Neubauer, O. Brabant, G. & Hesch, R.D. (1992) Classification of Dynamical Diseases by New Mathematical Tools: Application of Multi-dimensional Phase Analyses to the Pulsatile Secretion of Parathyroid Hormone. *European Journal of Clinical Investigation*, 22 S. 371-377
- Hartmann-Kottke-Schroeder, L. (1983) Gestalttherapie. In: Corsini, R.J. (Hrsg.) Handbuch der Psychotherapie. 2 Bde. Weinheim: Beltz. (S. 281-320)
- Hasiba, B. (1996) Das Herz haben, Sterben zuzulassen. Systeme. *Interdisziplinäre Zeitschrift für systemtheoretisch orientierte Forschung und Praxis in den Humanwissenschaften*, 10 (1) S. 45-74
- Heekerens, H.-P. (1988) Systemische Familientherapie auf dem Prüfstand. Überblicksartikel. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 17 (2) S. 93-105
- Heekerens, H.-P. (1989) Behaviorales Elterntraining und nicht-behaviorale Familientherapie; ein Effektivitätsvergleich. *Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin*, 10 (3) S. 197-212
- Heekerens, H.-P. (1990) Familientherapie bei Problemen von Kindern und Jugendlichen: Eine Sekundärevaluation der Effektivitätsstudien. *System Familie*, (3) S. 1-10
- Heekerens, H.-P. (1991) Familientherapie auf dem Prüfstand. Was taugt der neue Behandlungsansatz bei Problemen des Kindes- und Jugendalters?. *Acta Paedopsychiatrica*, 54 S. 56-67
- Heinl, P. (1987) Die Technik der visuellen Analyse von Familienstammbäumen. *Familiendynamik*, 12 S. 118-138
- Heinl, P. (1988) Kontext und Kommunikation: Koordinaten des Genogramms. *Integrative Therapie*, 14 (4) S. 365-375
- Henning, C. & Knödler, U. (Hrsg.) (1985) Problemschüler - Problemfamilien. Weinheim: Beltz-Verlag.
- Herwig-Lempp, J. (1988) Der systemische Ansatz im Suchtbereich. Kommentar zu "Alkoholismus als Auffassungssache". *Zeitschrift für systemische Therapie*, 6 (3) S. 195-201
- Heisenberg, W. (1955) Das Naturbild der heutigen Physik. Hanburg: Rowohlt.
- Hess, B. & Boiteux, A. (1980) Oscillations in biochemical systems. *Ber. Bunsenges. Phys. Chem.*, 84 S. 392-398
- Huschke-Rhein, R. (Hrsg.) (1989) Systemisch-Ökologische Pädagogik. Band III. Köln

- Huschke-Rhein, R. (Hrsg.) (1990) Systemisch-Ökologische Pädagogik. Band IV. Köln
- Huschke-Rhein, R. (Hrsg.) (1992) Systemisch-Ökologische Pädagogik. Band V. Köln
- Häuser, W. (1989) Systemisches Denken und Handeln und ärztliche Tätigkeit in einer medizinischen Klinik. *Zeitschrift für Systemische Therapie*, 7 (3) S. 186-199
- Höger, C. (1994) Systemische Ansätze in der ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 43 (3) S. 78-84
- Höger, C. & Temme, M. (1995) Systemische Therapie mit einem reflektierenden Team - eine Annäherung an Wirksamkeit und Wirkungsweise. *System Familie*, 8 (1) S. 51-61
- Höger, C. Temme, M. & Geiken, G. (1994) Wem nützt systemische Therapie mit einem reflektierenden Team? *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 22 (1) S. 16-22
- Iasemedis, L.D. & Sackellares, J.C. (1991) The Evolution with Time of the Spatial Distribution of the Largest Lyapunov Exponent on the Human Epileptic Cortex. In: Duke, D. & Pritchard, W. (Hrsg.) *Measuring Chaos in the Human Brain*. Singapore: World Scientific. (S. 49-82)
- Iasemedis, L.D. Sackellares, J.C. Zaveri, H. & Williams, W. (1990) Phase Space Topography and the Lyapunov Exponent of Electroencephalograms in Partial Seizures. *Brain Topography*, 2 S. 187-201
- Joanning, H. Quinn, W. Thomas, F. & Mullen, R. (1992) Treating Adolescent Drug Abuse: A Comparison of Family Systems Therapy, Group Therapy, and Family Drug Education. *Journal of Marital and Family Therapy*, 18 (4) S. 345-356
- Jäger, B. (1992) Spezifische und unspezifische Therapiefaktoren im Prozeß der Systemischen Familientherapie. *System Familie*, 5 (2) S. 83-94
- Jäger, B. Liedtke, R. Künsebeck, W.-W. Lempa, W. Kersting, A. & Seide, L. (1996) Psychotherapy with Bulimia nervosa: Evaluation and Longterm Follow-up of two Conflict-oriented Treatment Conditions. *Acta Psychiatrica Scandinavica* (accepted for publication),
- Kanfer, F.H. Reinecher, H. & Schmelzer, D. (1991) *Selbstmanagement-Therapie*. Berlin: Springer.
- Kant, I. (1983) *Kritik der reinen Vernunft*. Werke in zehn Bänden, Bde. 3 und 4. Darmstadt
- Katschnig, H. & Wanschura, E. (1987) Familientherapie einmal anders: Organisation, Durchführung und Evaluation des Modells "Familientherapie in den Ferien". *Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie*, 6 (2) S. 141-146
- Katschnig, H. & Wanschura, E. (1987a) Familientherapie am Berg - ein Therapiemodell. *Familiendynamik*, 12 (2) S. 162-175
- Kaufmann, E. & Kaufmann, P. (1979) *Familientherapie bei Alkohol- und Drogenabhängigen*. Freiburg: Lambertus.
- Kazdin, A.E. (1994) Methodology, design, and evaluation in psychotherapy research. In: Bergin, A.E & Garfield, S.L. (Hrsg.) *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4. Ed.). New York: Wiley.
- Keller, Th. (Hrsg.) (1988) *Sozialpsychiatrie und systemisches Denken*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Keller, Th. (1996) Karrieren der Kooperation. Systemische Arbeitsformen im Alltag des Psychiatrischen Krankenhauses. In: Keller, Th. & Greven, N. (Hrsg.) *Systemische Perspektiven in der Psychiatrie*. Bonn: Psychiatrie-Verlag (im Druck).

-
- Kelso, J. (1990) Phase Transitions: Foundation of Behavior. In: Haken, H. & Stadler, M. (Hrsg.) Synergetics of Cognition. Springer Series in Synergetics, Vol. 45. Berlin: Springer. (S. 249-268)
- Kim Berg, I. & Shazer de, St. (1993) Wie man Zahlen zum Sprechen bringt: Die Sprache in der Therapie. *Familiendynamik*, 18 (2) S. 146-162
- Klammer, G. (1993) Einzeltherapie und/oder Milieuthherapie nach Mißbrauch? Systeme. *Interdisziplinäre Zeitschrift für systemtheoretisch orientierte Forschung und Praxis in den Humanwissenschaften*, 7 (2) S. 59-71
- Klimek, S. (1986) Ergebnisse einer empirischen Studie zur Untersuchung der Wirksamkeit von Systemischer Familientherapie. In: Reiter, L. (Hrsg.) Theorie und Praxis der Systemischen Familientherapie. Wien: Facultas. (S. 154-164)
- Kottje-Birnbacher, L. (1997) Konfliktbearbeitung und Ressourcenaktivierung. Die kathym-imaginative Psychotherapie als tiefenpsychologisch-systemisch fundierte Therapie. *Psychotherapeut*, 42 (3) S. 170-177
- Kowalik, Z.J. Schiepek, G. Kumpf, K. Roberts, L.E. & Elbert, T. (1997) Psychotherapy as a chaotic Process. Part II: The Application of Nonlinear Analysis Methods on Quasi Time Series of the Client-Therapist Interaktion: A Nonstationary Approach. *Psychotherapy Research (International Journal of the Society for Psychotherapie Research, SPR)*. zur Veröffentlichung angenommen,
- Kraepelin, E. (1909) Psychiatrie. Ein Lehrbuch, 8. Auflage. Leipzig: Barth.
- Kriz, J. (1990) Synergetics in Clinical Psychology. In: Haken, H. & Stadler, M. (Hrsg.) Synergetics of Cognition. Berlin: Springer. (S. 393-404)
- Kriz, J. (1992) Chaos und Struktur. München: Quintessenz.
- Kriz, J. (1994) Grundkonzepte der Psychotherapie. Eine Einführung. Weinheim: Beltz PVU.
- Krohn, W. & Küppers, G. (1989) Die Selbstorganisation der Wissenschaft. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Kronbichler, R. (1993) Systemische Fallsupervision. Systeme. *Interdisziplinäre Zeitschrift für systemtheoretisch orientierte Forschung und Praxis in den Humanwissenschaften*, 7 (2) S. 72-87
- Kröger, F. (1994) Familiäre Interaktion bei Suchtkranken. Frankfurt: Verlag für akademische Schriften.
- Kröger, F. Bergmann, G. & Petzold, E. (1986) Klinische Psychosomatik: Individuelle Aufnahmesituation und systemisches Symptomverständnis. *Zeitschrift für systemische Therapie*, 4 (1) S. 10-17
- König, E. & Volmer, G. (1993) Systemische Organisationsberatung. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Könning, J. Szczepanski, R. & Schlippe, A. (Hrsg.) (1994) Betreuung asthmakranker Kinder im sozialen Kontext. Stuttgart: Enke.
- Langthaler, W. & Schiepek, G. (Hrsg.) (1996) Selbstorganisation und Dynamik in Gruppen. Münster: Lit-Verlag.
- Lask, B. & Matthew, D. (1979) Childhood asthma. A controlled trial of family psychotherapy. *Archives of Disease in Childhood*, 54 S. 116-119
- Levold, T. (1993) Systemische Therapie zwischen Konstruktivismus und Inquisition. Zum therapeutischen Umgang mit Mißhandlung und sexueller Gewalt in der Familie. *Kontext*, 1 (1) S. 26-35

- Levold, T. (1997) Problemsystem und Problembesitz. Teil 1. System Familie, 10 S. 21-31
- Lieb, H. (1995) Verhaltenstheorie, Systemtheorie und die Kontrolle menschlichen Verhaltens. Regensburg: Roderer.
- Ludewig, K. (1987) 10 + 1 Leitsätze bzw. Leitfragen. Zeitschrift für Systemische Therapie, 5 (3) S. 178-191
- Ludewig, K. (1992) Systemische Therapie. Grundlagen klinischer Theorie und Praxis. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Ludewig, K. (1992) Systemische Therapie. Grundlagen klinischer Theorie und Praxis. Stuttgart: Klett-Cotta. (S. 184f)
- Ludewig, K. (1993) Evaluation systemischer Therapien in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie. Erste Ergebnisse. System Familie, 6 (1) S. 21-35
- Ludewig, K. (1996) Systemische Therapie in Deutschland. Ein Überblick. System-Familie, 1, S. 95-115
- Ludewig, K. (1997) Emotionen in der systemischen Therapie - eine Herausforderung an die klinische Theorie? In: Welter-Enderlin, R. & Hildenbrand, B. (Hrsg.) Gefühle und Systeme - die affektiven Grundlagen von Therapie und Beratung. Heidelberg: Carl Auer (im Druck).
- Ludewig, K., Pflieger, K., Wilken, U. & Jacobskötter, G. (1983) Entwicklung eines Verfahrens zur Darstellung von Familienbeziehungen: das Familienbrett. Familiendynamik, 8 (3) S. 235-251
- Ludewig, K. & Schwarz, R. (1984) Ambulante Familientherapie: Versuch einer empirischen Bewertung. In: Remschmidt, H. (Hrsg.) Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Familien. Band 1: Allgemeine Aspekte, Familientherapie, Imaginative Methoden. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag. (S. 99-107)
- Ludewig, K., Schwarz, R. & Kowark, H. (1984) Systemische Therapie mit Familien von "psychotischen" Jugendlichen. Familiendynamik, 9 (2) S. 108-125
- Luhmann, N. (1984) Soziale Systeme. Grundriß einer allgemeinen Theorie. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Liotard, J.-F. (1984) The post-modern condition: A report on knowledge. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Lüde, von, R. (1996) Konstruktivistische Handlungsansätze zur Organisationsentwicklung in der Schule. In: Voss, R. (Hrsg.) Die Schule neu erfinden. Neuwied: Luchterhand.
- Mackey, M.C. (1978) A unified hypothesis for the origin of aplastic anemia and periodic hermatopoiesis. Blood, 51 S. 941-956
- Mackey, M.C. & Milton, J. (1987) Dynamical diseases. Annals of the New York Academy of Sciences, (504) S. 16-32
- Mackey, M.C. & an der Heiden, U. (1982) Dynamical Diseases and Bifurkations. Funktionelle Biologie & Medizin, 1, S. 156-164
- Maderthaler, M. (1994) Verhaltenstherapeutische Ansätze. Klassische und Kognitive Verhaltenstherapie. In: Stumm, G. & Wirth, B. (Hrsg.) Psychotherapie. Schulen und Methoden. Eine Orientierungshilfe für Theorie und Praxis. Wien: Falter Verlag. (S. 107-139)
- Mahoney, M.J. & Thoresen, C.E. (1974) Self-control: Power to the person. Monterey (Calif.)

- Manteufel, A. (1995) "Chaosmania" - Über Chaostheorie und ihren Nutzen für Klinische Psychologie und Psychiatrie. Systeme. Interdisziplinäre Zeitschrift für systemtheoretisch orientierte Forschung und Praxis in den Humanwissenschaften, 9 (1) S. 24-40
- Marshall, M. & Feldman, R.B. (1989) The unraveling of a treatment paradigm: a follow-up study of the Milan approach to family therapy. Familie Process, 28 S. 457-470
- Maturana, H.R. (1982) Erkennen: Die Organisation und Verkörperung von Wirklichkeit. Braunschweig: Vieweg.
- Maturana, H.R. & Varela, F. (1987) Der Baum der Erkenntnis. Bern, München, Wien
- Mayer-Kress, G. (Hrsg.) (1986) Dimension and entropies in chaotic systems. Berlin: Springer.
- McGoldrick, S.H. & Gerson, R. (1990) Genogramme in der Familienberatung. Stuttgart: Huber.
- Merl, H. Mezoglich, H. & Hüpf, J. (1988) Die Arbeit mit dem Reflecting Team - ein erster Erfahrungsbericht. System Familie, 1 S. 244-253
- Meyer, A.E. Richter, R. Grawe, K. Graf v. d. Schulenburg, J-M. & Schulte, B. (1991) Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapiegesetzes (im Auftrage des Bundesministeriums für Jugend, Frauen, Familie und Gesundheit). Bonn: Bundesministerium.
- Minuchin, S. (1977) Familie und Familientherapie. Theorie und Praxis struktureller Familientherapie. Freiburg: Lambertus.
- Minuchin, S. Rosman, B. & Baker, L. (1981) Psychosomatische Krankheiten in der Familie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Molnar, A. & Lindquist, B. (1990) Verhaltensprobleme in der Schule. Dortmund: Verlag Modernes Lernen.
- Novak, M. & Diehl, H. (1992) Drogenabhängigkeit als Chance - Familientherapie in der stationären Entwöhnungsbehandlung. In: Schaltenbrand, J. (Hrsg.) Familienorientierte Drogenarbeit. Berichte aus der Praxis. Heidelberg: Asanger. (S. 97-111)
- Olsen, L.F. & Schaffer, W.M. (1990) Chaos versus noisy periodicity: Alternative hypotheses for childhood epidemics. Science, 249 S. 499-504
- Olsen, L.F. Truty, G. & Schaffer, W.M. (1988) Oscillations and Chaos in Epidemics. A Non-linear Dynamic Study of six Childhood Diseases in Copenhagen, Denmark. Theoretical Population Biology, 33 S. 444-449
- Orlinsky, D.E. & Howard, K.J. (1986) Process and Outcome in Psychotherapie. In: Garfield, S.L & Bergin, A.E. (Hrsg.) Handbook of Psychotherapie and Behavior Change. 3. Ed.. New York: Wiley. (S. 311-381)
- Osterhold, G. & Molter, H. (Hrsg.) (1992) Systemische Suchttherapie. Heidelberg: Asanger.
- Perls, F.S. (1976) Grundfragen der Gestalttherapie. München: Pfeifer.
- Petzold, H. (1973) Gestalttherapie und Psychodrama. Kassel
- Petzold, E. (1979) Die Familienkonfrontationstherapie bei Anorexia Nervosa. Göttingen: Vanderhoeck & Ruprecht.
- Petzold, E. Kröger, F. Deter, H. & Herzog, W. (1991) Zwanzig Jahre Familienkonfrontationstherapie bei Anorexia Nervosa. System Familie, 4 S. 158-167

- Pleyer, K.H. (1983) Die Frage der Verantwortlichkeit als zentrales Problem in der Stationären Therapie. In: Rotthaus, W. (Hrsg.) Systemische Familientherapie im ambulanten und stationären Bereich. Dortmund: Verlag Modernes Lernen.
- Pleyer, K.H. (1996) Schöne Dialoge in häßlichen Spielen? Überlegungen zum Zwang als Rahmen für Therapie. *Zeitschrift für systemische Therapie*, 14 (3) S. 186-196
- Prank, K. & Hesch, R.D. (1993) Chaos und Struktur in hormonalen Systemen. *Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin*, (1/2) S. 66-79
- Prigogine, I. (1987) Die Erforschung des Komplexen. Auf dem Weg zu einem neuen Verständnis der Naturwissenschaften. München: Piper.
- Prigogine, I. & Stengers, I. (1993) Das Paradoxon der Zeit. *Zeit, Chaos und Quanten*. München: Piper.
- Rathner, G. & Messner, K. (1992) Asthma bronchiale und systemische Familientherapie: Behandlungskonzept, Erstgespräch und Therapieverlauf. *Paediatric und Paedologie*, 27 S. A49-A54
- Reimann, H.A. (1963) *Periodic diseases*. Philadelphia: Davis.
- Reiter, L. (1990) Die depressive Konstellation. Eine integrative therapeutische Metapher. *System Familie*, (3) S. 130-147
- Reiter, L. (1992) Clinical Constellations: A Concept for Therapeutic Practice. In: Tschacher, W. Schiepek, G. & Brunner, E.J. (Hrsg.) *Self-Organisation and Clinical Psychology*. Berlin: Springer.
- Reiter, L. (1994) Leitfiguren der Familientherapie und systemischen Therapie. Eine bibliometrische Studie am Beispiel der Zeitschrift "Systeme". *Psychotherapie Forum*, (2) S. 137-143
- Reiter, L. & Ahlers, C. (Hrsg.) (1991) *Systemisches Denken und therapeutischer Prozeß*. Berlin: Springer.
- Reiter, L. Brunner, E. & Reiter-Theil, S. (Hrsg.) (1988) *Von der Familientherapie zur systemischen Perspektive*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Reiter, L. & Hasiba, B. (1996) Familie und psychosomatische Krankheit. Theoretische und klinische Perspektiven. *Systeme. Interdisziplinäre Zeitschrift für systemtheoretisch orientierte Forschung und Praxis in den Humanwissenschaften*, 10 (1) S. 31-44
- Reiter, L. & Steiner, E. (1994) Klinische Synergetik und Selbstorganisation: Ein wissenschaftliches Feld formiert sich. *Systeme. Interdisziplinäre zeitschrift für systemtheoretisch orientierte Forschung und Praxis in den Humanwissenschaften*, 8 (1) S. 52-66 Wien:
- Reiter, L. Steiner, E. Ahlers, C. Vogel, M.R. & Wagner, H. (1993) Das reflektierende Team als therapeutische Methode. Ergebnisse einer klinischen Evaluierung. *System Familie*, 6 (1) S. 10-20
- Retzer, A. (1988) Systemische Therapie eines Paares mit somatischer Symptomatik. *Familiendynamik*, 13 (4) S. 300-317
- Retzer, A. (1994) *Familie und Psychose*. Stuttgart: G. Fischer.
- Retzer, A. Simon, F.B. Weber, G. Stierlin, & Schmidt, G. (1989) Eine Katamnese manisch-depressiver und schizo-affektiver Psychosen nach systemischer Familientherapie. *Familiendynamik*, 14 (3) S. 214-235
- Retzer, A. Simon, F.B. Weber, G. Stierlin, & Schmidt, G. (1991) Eine Katamnese manisch-depressiver und schizo-affektiver Psychosen nach systemischer Familientherapie. *Family Process*, 30 (2) S. 139-153

- Rogers, C. R. (1957) The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology* 21., S. 95-103
- Rogers, C.R. (1973) *Die Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*. München: Kinkler.
- Rogers, C. (1977) *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie*. München
- Rogers, C.R. (1983) Klientenzentrierte Psychotherapie. In: Corsini, R.J. (Hrsg.) *Handbuch der Psychotherapie*. 2 Bde. Weinheim: Beltz. (S. 471-512)
- Rorty, R. (1979) *Philosophy and the mirror of nature*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rotthaus, W. (1986) Der systemische Berater oder Therapeut im Spannungsfeld zwischen Familie und anderen beratenden Institutionen. In: Gerlicher, K. Jungmann, J. & Schweitzer, J. (Hrsg.) *Dissozialität und Familie*. Dortmund: Verlag Modernes Lernen.
- Rotthaus, W. (1990) *Stationäre systemische Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Dortmund: modernes lernen.
- Rotthaus, W. (1990) *Systemische Stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Dortmund: Verlag Modernes Lernen.
- Rupp, C. (1995) Möglichkeiten und Grenzen der Aufdeckung und Intervention bei sexuellem Mißbrauch - Eine Fallstudie im institutionellen Kontext. *Systeme. Interdisziplinäre Zeitschrift für systemtheoretisch orientierte Forschung und Praxis in den Humanwissenschaften*, S. 79-86
- Russel, G.F.M. Szmukler, G.I. Dare, C. & Eisler, I. (1987) An Evaluation of Family Therapy in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 44 S. 1047-1056
- Russinger, U. (1992) Systemische Einzeltherapie mit einer Klientin mit bulimischem Verhalten. Ungestillter Hunger oder die Sehnsucht "Löcher im Inneren zu stopfen". *Systeme. Interdisziplinäre Zeitschrift für systemtheoretisch orientierte Forschung und Praxis in den Humanwissenschaften*, 6 (2) S. 33-43
- Russinger, U. (1995) Systemische hypnotherapeutische Ansätze in der Therapie von Klientinnen mit bulimischen Verhalten. *Systeme. Interdisziplinäre Zeitschrift für systemtheoretisch orientierte Forschung und Praxis in den Humanwissenschaften*, 9 (2) S. 67-78
- Russinger, U. & Brandl-Nebhay, A. (1994) Kurztherapeutische Ansätze im institutionellen Kontext. *Systeme. Interdisziplinäre Zeitschrift für systemtheoretisch orientierte Forschung und Praxis in den Humanwissenschaften*, 8 (1) S. 67-75
- Saunders, D. (1977) *An Introduction to biological rhythms*. Glasgow: Blackie.
- Sayger, T. Szykula, S.A. & Sudweeks, C. (1992) Treatment Side Effects: Maternal Positive and Negative Attributes of Child-Focused Family Therapy. *Child and Family Behavior Therapy*, 14 (1) S. 1-9
- Schaub, H. & Schiepek, G. (1992) Simulation of Psychological Processes - Basic Issues and Illustration within the Etiologie of Depressive Disorder. In: Tschacher, W. Schiepek, G. & Brunner, E.J. (Hrsg.) *Self-Organisation and Clinical Psychology*. Springer Series in Synergetics. Berlin: Springer.
- Scheier, Ch. & Tschacher, W. (1994) Gestaltmerkmale in psychologischen Zeitreihen. *Gestalt Theory*, Vol. 16, 3, S. 151-171

- Scheinberg, M. (1993) Meistern von Therapieengpässen bei der Aufdeckung von Inzest mittels feministischer Ansätze und sozialem Konstruktivismus. *Systeme. Interdisziplinäre Zeitschrift für systemtheoretisch orientierte Forschung und Praxis in den Humanwissenschaften*, 7 (2) S. 23-48
- Schepker, R. & Eggers, C. (1988) Therapieevaluation der stationären interaktionellen Therapie bei kindlichen Psychosen. *Psychoanalyse*, 51 (1) S. 60-65
- Schiepek, G. (1986) *Systemische Diagnostik in der Klinischen Psychologie*. Weinheim; München: Beltz Verlag.
- Schiepek, G. (1991) *Systemtheorie der Klinischen Psychologie*. Braunschweig: Vieweg Verlag.
- Schiepek, G. (1993) Die Beziehungsgestaltung in der Psychologie - ein chaotischer Prozeß? *Systeme. Interdisziplinäre Zeitschrift für systemtheoretisch orientierte Forschung und Praxis in den Humanwissenschaften*, 7 (2) S. 49-59
- Schiepek, G. (1993) Systemorientierte Psychotherapie. *Psychotherapie Forum* 1, 93, S. 8-16
- Schiepek, G. (1994) Ist eine systemische Psychotherapieforschung möglich? *Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 4, S. 297 - 318
- Schiepek, G. (1995) *Der Appeal der Chaosforschung für die Psychologie*. Reclam.
- Schiepek, G. Fricke, B. & Kaimer, P. (1992) *Synergetics of Psychotherapy*. In: Tschacher, W. Schiepek, G. & Brunner, E.J. (Hrsg.) *Self-Organisation and Clinical Psychology*. Springer Series in Synergetics. Berlin: Springer.
- Schiepek, G. Kowalik, Z.J. Schütz, A. Köhler, M. Richter, K. Strunk, G. Mühlwinkel, W. & Elbert, T. (1994) *Psychotherapy as a chaotic Process. Part I: Coding the Client-Therapist Interaction by Means of Sequential Plan Analysis and the Search for Chaos: A Stationary Approach*. eingereicht bei: *Psychotherapy Research (International Journal of the Society for Psychotherapy Research, SPR)*,
- Schiepek, G. & Reicherts, M. (1992) The concept of system-games as research paradigm for self-organization of complex social systems. In: Tschacher, W. Schiepek, G. & Brunner, E.J. (Hrsg.) *Self-Organisation and Clinical Psychology*. Berlin: Springer. (S. 55-87)
- Schiepek, G. & Schaub, H. (1991) Als die Theorien laufen lernten... Ein Simulationsmodell zur Depressionsentwicklung. In: Schiepek, G. (Hrsg.) *Systemtheorie der Klinischen Psychologie*. Braunschweig: Vieweg. (S. 221-305)
- Schiepek, G. & Schoppek, W. (1991) Synergetik in der Psychiatrie: Simulation schizophrener Verläufe auf der Grundlage nicht-linearer Differenzgleichungen. In: Niedersen, U. & Pohlmann, L. (Hrsg.) *Selbstorganisation. Jahrbuch für Komplexität in den Natur-, Sozial- und Geisteswissenschaften*, Bd. 2. Berlin: Duncker & Hombolt.
- Schiepek, G. Schütz, A. Köhler, M. Richter, K. & Strunk, G. (1995a) Die Mikroanalyse der Therapeut-Klient-Interaktion mittels Sequentieller Plananalyse. Teil I: Grundlagen, Methodenentwicklung und erste Ergebnisse. *Psychotherapie Forum* 1,95, Wien: Springer.
- Schiepek, G. & Strunk, G. (1994) *Dynamische Systeme. Grundlagen und Analysemethoden für Psychologen und Psychiater*. Heidelberg: Asanger.
- Schiepek, G. & Tschacher, W. (1992) Application of Synergetics to Clinical Psychology. In: Tschacher, W. Schiepek, G. & Brunner, E.J. (Hrsg.) *Self-Organisation and Clinical Psychology*. Springer Series in Synergetics. Berlin: Springer.

-
- Schindler, H. (Hrsg.) (1996) Systemisches Arbeiten in der Heimerziehung. Dortmund: Verlag Modernes Lernen.
- Schlippe von, A. & Schweitzer, J. (1996) Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Göttingen, Zürich: Vanderhoeck & Ruprecht.
- Schmidt, G. (1988) Rückfälle von als suchtkrank diagnostizierten Patienten aus systemischer Sicht. In: Körkel, J. (Hrsg.) Der Rückfall der Suchtkranken - Flucht in die Sucht? Heidelberg: Springer.
- Schmidt, G. (1989) Bulimie aus systemischer Sicht. In: Kämmerer, A. & Klingenspor, B. (Hrsg.) Bulimie. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schmidt, G. (1992) Systemische und Hypnotherapeutische Konzepte für die Arbeit mit psychotisch definierten Klienten. In: Peter, B. & Schmidt, G. (Hrsg.) Erickson in Europa. Heidelberg: Carl Auer.
- Schug, R. Hahn, R. & Kämmer, H. (1985) Systemische Arbeit in der Schulpsychologie. Zeitschrift für Systemische Therapie, 3 (4) S. 196-202
- Schuster, H.G. (1989) Deterministic Chaos. Weinheim: VCH (2. Ed.).
- Schwarzinger, W. & Stumm, G. (1994) Gestalttherapie. In: Stumm, G. & Wirth, B. (Hrsg.) Psychotherapie - Schulen und Methoden. Eine Orientierungshilfe für Theorie und Praxis. Wien: Falter Verlag.
- Schweitzer, J. (1987) Therapie dissozialer Jugendlicher. Ein systemisches Behandlungsmodell. Weinheim: Juventa.
- Schweitzer, J. (1993) Systemische Therapie bei chronischen Psychosen. Integrative Therapie, 19 (3) S. 203-221
- Schweitzer, J. Armbruster, J. Menzler-Fröhlich, K.H. Rein, G. & Bürgy, R. (1995) Der ambulante Umgang mit "Pathologie" und "Chronizität" in einem Sozialpsychiatrischen Dienst mit betreutem Wohnangebot. In: Schweitzer, J. & Schumacher, B. (Hrsg.) Die unendliche und die endliche Psychiatrie. Zur Dekonstruktion von Chronizität. Heidelberg: Carl Auer.
- Schweitzer, J. & Reiter, D. (1991) Systemisches Denken in der Heimerziehung: Anregungen für Pädagogik, Beratung und Organisation. Praxis für Kinderpsychologie und -psychiatrie, 40 S. 171-176
- Scully, T.M. (1982) Strategic family therapy with conduct disorder children and adolescent: An outcome study. Toledo: unpublished Master's thesis.
- Sell, S.P. Smith, T.E. & Sprenkle, D. (1995) Integrating Qualitative and Quantitative Research Methods. A Research Model. Family Process, 34 S. 199-218
- Selvini Palazzoli, M. Boscolo, L. Cecchin, G. & Prata, G. (1977) Paradoxon und Gegenparadoxon. Stuttgart: Klett.
- Shadish, W.R. Montgomery, L.M. Wilson, P. Wilson, M.R. Bright, I. & Okwumabua, T. (1993) Effects of Family and Marital Psychotherapies: A Meta-Analysis. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61 (6) S. 992-1002
- Shadish, W.R. Ragsdale, K. Glaser, R.R. & Montgomery, L.M. (1993) The efficacy and effectiveness of marital and family therapy: A perspective from Meta-Analysis. Journal of Marital and Family Therapy, 21 S. 345-360
- Shadish, W.R. Ragsdale, K. Glaser, R.R. & Montgomery, L.M. (1997) Effektivität und Effizienz von Paar- und Familientherapie: eine metaanalytische Perspektive. (Übersetzung von Shadish et al. 1993). Familiendynamik, 22 (1) S. 3-33
- Shazer de, St. (1988) Der Dreh. Heidelberg: Auer.

- Shazer de, S. Kim Berg, I. Lipchik, E. Munnally, E. Molnar, A. & Weiner-Davies, M. (1986) Kurztherapie - Zielgerichtete Entwicklung von Lösungen. *Familiendynamik*, 11 (3) S. 192-205
- Shotter, J. (1993) *Conversational Realities. Constructing Life through Language*. London: Sage Publications.
- Simon, F.B. (1990) *Meine Psychose, mein Fahrrad und ich*. Heidelberg: Carl Auer.
- Simon, F.B. (1995) *Die andere Seite der Gesundheit. Ansätze einer systemischen Krankheits- und Therapietheorie*. Heidelberg: Carl Auer.
- Simon, F.B. & Stierlin, H. (1984) *Die Sprache der Familientherapie. Ein Vokabular*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Simon, F.B. Weber, G. Stierlin, H. Retzer, A. & Schmidt, G. (1989) Schizoaffektive Muster: eine systemische Beschreibung. *Familiendynamik*, 14 (3) S. 190-213
- Skarda, C.A. & Freeman, W.J. (1987) How brain makes chaos in order to make sense to the world. *Behavior and Brain Sciences*, 10 S. 161-195
- Skinner, J.E. Martin, J.L. Landisman, C.E. Mommer, M.M. Fulton, K. Mitra, M. Burton, W.D. & Saltzberg, B. (1989) Chaotic Attractors in a Model of Neocortex: Dimensionalities of Olfactory Bulb Surface Potentials are Spatially Uniform and Event Related. In: Basar, E. & Bullock, T.H. (Hrsg.) *Brain-Dynamics. Progress and Perspectives*. Berlin: Springer. (S. 158-173)
- Smith, M.L. Glass, G.V. & Miller, T.L. (1980) *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: MD (John Hopkins University Press).
- Spengler, Ch. (1992) Systemische Familientherapie im psychiatrischen Krankenhaus. *Familiendynamik*, 17 (3) S. 229-245
- Stadler, M. & Kruse, P. (1990) The Self-Organization Perspective in Cognition Research: Historical Remarks and New Experimental Approaches. In: Haken, H. & Stadler, M. (Hrsg.) *Synergetics of Cognition*. Berlin: Springer. (S. 32-52)
- Stierlin, H. (1988) Familie als Ort psychosomatischer Erkrankungen. *Familiendynamik*, 13 (4) S. 288-299
- Stierlin, H. (1994) *Ich und die anderen. Psychotherapie in einer sich wandelnden Gesellschaft*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stierlin, H. Weber, G. Schmidt, G. & Simon, F. (1986) Zur Familiendynamik bei manisch-depressiven und schizoaffektiven Psychosen. *Familiendynamik*, 8 (1) S. 48-68
- Stierlin, H. Wirsching, M. Haas, B. Hoffmann, F. Weber, G. & Wirsching, B. (1983) Familienmedizin mit Krebskranken. *Familiendynamik*, 8 (1) S. 48-64
- Strunk, G. (1996) Versuch einer systemischen Modellbildung. *Systeme. Interdisziplinäre Zeitschrift für systemtheoretisch orientierte Forschung und Praxis in den Humanwissenschaften*, 10 (2) S. 46-64
- Szapocznik, J. Kurtis, W.M. Foote, F.H. Perez-Vidal, A. & Hervis, O. (1983) Conjoint versus One-Person Family Therapy: Some Evidence for the Effectiveness of Conducting Family Therapy Through One Person. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51 S. 889-899
- Szapocznik, J. Kurtis, W.M. Foote, F.H. Perez-Vidal, A. & Hervis, O. (1986a) Conjoint versus One-Person Family Therapy: Further Evidence for the Effectiveness of Conducting Family Therapy Through One Person With Drug-Abusing Adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54 S. 395-397

- Szapocznik, J. Perez-Vidal, A. Brickman, A.L. Foote, F.H. Santisteban, D. & Hevis, O. (1988) Engaging Adolescent Drug Abusers and their Families in Treatment: A Strategic Structural Systems Approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56 S. 552-557
- Szapocznik, J. Rio, A. Murray, E. Cohen, R. Scoppetta, M. Rivas-Vasquez, A. Hervis, O. & Posada, V. & Kur (1989) Structural Family versus Psychodynamic Child Therapy for Problematic Hispanic Boys. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57 S. 571-578
- Szapocznik, J. Rio, A. Perez-Vidal, A. Kurtis, W. Hervis, O. & Santisteban, D. (1986b) Bicultural Effectiveness Training (BET): An Experimental Test of an Intervention Modality for Families Experiencing Intergenerational / Intercultural Conflict. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 8 (4) S. 303-330
- Szykula, S. A. Morris, S.B. Sayger, T.V. & Sudweeks, C. (1987) Child-Focused Behavior and Strategic Therapies: Outcome Comparison. *Psychotherapy*, 24 S. 546-551
- Treffehn, G. (1997) Sekundäranalyse zur Wirksamkeit der systemischen Therapie. Versuch einer Bestandsaufnahme der neueren Evaluationsforschung. Münster: (unveröffentlichte Diplomarbeit).
- Trepper, T. & Barrett, M.J. (1986) *Treating Incest: A Multiple Systems Perspective*. New York: Haworth Press.
- Trepper, T. & Barrett, M.J. (1991) *Inzest und Therapie. Ein (system)therapeutisches Handbuch*. Dortmund: Verlag Modernes Lernen.
- Tschacher, W. & Scheier, Ch. (1995) Analyse komplexer psychologischer Systeme. II. Verlaufsmodelle und Komplexität einer Paartherapie. *System Familie*, 8, S. 160-171
- Tschacher, W. Schiepek, G. & Brunner, E.J. (1992) *Self-Organization and Clinical Psychology. Empirical Approaches to Synergetics in Psychology*. Berlin: Springer.
- Tschacher, W. Schiepek, G. & Brunner, E.J. (Hrsg.) (1992) *Self-Organisation and Clinical Psychology*. Berlin: Springer.
- Vollhard, Ch. & Keller, Th. (1990) Einige Hinweise zur Entfaltung systemischer Arbeit in psychiatrischen Einrichtungen. *Zeitschrift für systemische Therapie*, 8 (4) S. 248-253
- Vorpägel, H. & Hinsch, J. (1996) Systemische Therapie mit Suchtpatienten: Von der Pathologisierung zur Funktionalisierung. *Systeme. Interdisziplinäre Zeitschrift für systemtheoretisch orientierte Forschung und Praxis in den Humanwissenschaften*, 10 (2) S. 34-45
- Voss, R. (1996) Lebenserfahrung passiert, wenn Geschichten zu Personen passieren. Supervision mit berufs- und lebenserfahrenen LehrerInnen. In: Voss, R. (Hrsg.) *Die Schule neu erfinden*. Neuwied: Luchterhand.
- Wagner, E. (1996) Systemische Einzeltherapie im Zwangskontext. *Systeme. Interdisziplinäre Zeitschrift für systemtheoretisch orientierte Forschung und Praxis in den Humanwissenschaften*, 10 (2) S. 16-33
- Watzlawick, P. Beavin, J.H. & Jackson, D.D. (1969) *Menschliche Kommunikation*. Bern: Hans Huber.
- Weber, G. & Retzer, A. (1991) Praxis der Systemischen Therapie bei psychotischen Verhalten. In: Retzer, A. (Hrsg.) *Die Behandlung psychotischen Verhaltens*. Heidelberg: Carl Auer.

-
- Weber, G. Simon, F. Stierlin, H. & Schmidt, G. (1987) Familientherapie bei manisch-depressiven Verhalten. *Familiendynamik*, 12 (2) S. 139-161
- Weber, G. & Stierlin, H. (1989) In *Liebe entzweit: die Heidelberger Therapie der Magersucht*. Reinbeck: Rowohlt.
- Wedekind, E. & Georgi, H. (1990) Im Bauch des Walfischs. Zur Verdaulichkeit psychoanalytisch-systemischer Ansätze im stationären Psychiatrie-Alltag. *Zeitschrift für systemische Therapie*, 8 (4) S. 225-237
- Weidlich, W. & Haag, G. (1983) *Concepts and Models of a Quantitative Sociology*. Berlin: Springer.
- Weiss, Th. (1989) Ist Psycho-Kurztherapie auch in der Sprechstunde des Allgemeinarztes möglich? Ein Interview. *Psychosomatik in der Praxis*, 2 S. 6-8
- Weiss, Th. & Haertel-Weiss, G. (1988) *Familientherapie ohne Familie*. München: Kösel-Verlag.
- Wells, K.C. & Egan, J. (1988) Social Learning and Systems Family Therapy for Childhood Oppositional Disorder: Comparative Treatment Outcome. *Comprehensive Psychiatry*, 29 (2) S. 138-146
- Welter-Enderlin, R. (1996) *Deine Liebe ist nicht meine Liebe*. Freiburg: Herder.
- West, B.J. (1990) *Fractal physiology and chaos in medicine*. Singapore: World Scientific.
- White, M. & Epston, D. (1990) *Die Zähmung der Monster*. Heidelberg: Carl Auer.
- Wirsching, M. (1990) *Krebs - Bewältigung und Verlauf*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Wirsching, M. & Stierlin, H. (1981) Familientherapie bei Krebsleiden. *Familiendynamik*, 6 (1) S. 2-23
- Wirsching, M. & Stierlin, H. (1981) Krankheit und Familie. *Familiendynamik*, 6 (1) S. 2-23
- Woodward, C.A. Santa-Barbara, J. Streiner, D.L. Goodman, J.T. Levin, S. & Epstein, N.B. (1981) Client, treatment and therapist variables related to outcome in brief, systemsoriented family therapy. *Family Process*, 20 S. 189-197