

Erschienen in: *System Familie* 1: 103-114, 1988

NUTZEN, SCHÖNHEIT, RESPEKT - DREI GRUNDKATEGORIEN FÜR DIE EVALUATION VON THERAPIEN

KURT LUDEWIG

Zusammenfassung. Der Beitrag schlägt vor, das übliche Kriterium der Bewertung therapeutischer Prozesse und Ergebnisse, nämlich den Nutzen, mit zwei weiteren Kriterien zu ergänzen: Ästhetik und Ethik. Von einer derart ergänzten Bewertung wird erwartet, dass sie eher mit jenen dem systemischen Denken zugrundeliegenden Auffassungen kongruent ausfällt, zumal sie so an die Verantwortung des Beurteilenden angebunden werden kann statt an lineal-kausale und sog. objektive Annahmen. Dieser Diskussion geht eine kurze Darlegung einiger Grundannahmen systemischen Denkens voraus; ihr folgt ein erster empirischer Operationalisierungsversuch.

Utility, beauty, respect. - Three basic criteria for the evaluation of therapies

Summary. This essay proposes to supplement the traditional criterium of therapy research, namely utility, with two further criteria: aesthetics and ethics. From such a supplemented evaluation is expected, that it corresponds more adequately with the underlying assumptions of systemic thinking. Instead of using lineal-causal and so-called objective suppositions, evaluation may thus be attached to the responsibility of the evaluator. This discussion is preceded by a theoretical presentation of some basic assumptions of systemic thinking and is followed by a first empirical operationalisation of this evaluation approach.

Der vorliegende Aufsatz schließt unmittelbar an zwei vorausgegangene Arbeiten an (Ludewig 1987b, 1988a), in denen die Grundzüge einer klinischen Theorie aus systemischer Sicht dargestellt wurden. Dabei wurde "systemisch" als eine Sichtweise verstanden, die konstruktivistisch mit Systemen, d.h. mit von Beobachtern (Menschen) im Prozess ihres Zusammenlebens hervorgebrachten, zusammengesetzten Einheiten umgeht. Aus dieser Sicht wurde eine damit kohärente Definition des sozialen Systems abgeleitet und, darauf aufbauend, eine eigenständige Definition des Problemsystems, d.h. des sozialen Systems, das sich in Konstitution und Aufrechterhaltung einer Interaktionsstruktur um ein "Problem" bildet. Therapie wurde wiederum als der Prozess eines sozialen Systems definiert, welches zum Zweck der Auflösung eines für therapiebedürftig gehaltenen Problemsystems entsteht. Der vorliegende Beitrag schließt nun diese Reihe mit einer Auseinandersetzung mit dem Evaluationsproblem therapeutischer Aktivitäten. Nach einer kurzen Erörterung der zugrundegelegten Auffassungen von Problem- und Therapiesystem führt die Behandlung des Evaluationsproblems auf die Vorstellung und Begründung von drei dazu gewählten Kriterien. Zum Ergebnisse einer anhand dieser Kriterien durchgeführten Untersuchung abgeschlossener Therapien berichtet.

Problem: Thema eines sozialen Systems

Menschen können grundsätzlich als komplexe, autopoietisch organisierte Wesen betrachtet werden (vgl. Maturana 1982; Maturana und Varela 1987; von Foerster 1985). Dies bedarf an dieser Stelle m. E. keiner weiteren Ausführung, zumal es Inhalt verschiedener Publikationen der letzten Zeit gewesen ist (z.B. in den letzten Jahrgängen der Zeitschrift für systemische Therapie sowie in den Sammelbänden von Schiepek 1987; Schmidt 1987 und Reiter et al. 1988). Hiernach lassen sich Menschen als strukturdeterminierte, operational geschlossen organisierte, nicht-triviale bzw. nicht-instruierbare Wesen begreifen, die im Prozess ihrer Koexistenz die Welt kommunikativ hervorbringen, die sie leben. Soziale Systeme stellen wiederum Einheiten dar, die Beobachter vor dem Hintergrund des sozialen Geschehens unterscheiden. Der Beobachter hat dabei infolge seiner Beobachtungskriterien das Handeln von Individuen als aufeinander bezogen, d.h. als miteinander ko-operierend interpretiert und so als kommunikativ aufgefasst. Hierbei hat der Beobachter die Handlungen dieser Individuen, sofern sie als zum gemeinsamen System zugehörig gezählt werden, als Elemente eines Interaktionsnetzes und so als einen gemeinsamen Sinn konstituierend betrachtet (vgl. Luhmann 1984). Der Sinnaspekt beinhaltet hierbei das Selektionskriterium, anhand dessen die einzelnen Handlungen der einen Ganzheit zugeordnet werden können. Selbstredend kann der Beobachter, der ein System so erkennt, auch Beteiligter an dessen Herstellung und Aufrechterhaltung sein. Sinn erlaubt es, aus nur temporär auftretenden und gleich wieder vergehenden einzelnen Handlungen ein Interaktionsmuster zu erkennen. Soziale Systeme lassen sich hiernach als kommunikative Handlungssysteme auffassen.

Im Sinne Luhmanns bilden Kommunikationen die Elemente und ihre Anschlussfähigkeit aneinander die Relationen, die ein soziales System konstituieren. Dieses Verständnis erscheint insofern angemessen, als es sich der soziologischen Sprache bedient und weder auf physikalische Analogien (z.B. Moleküle oder Atomstrukturen) noch auf biologische Analogien (z.B. Zellen oder Organismen) zurückgreift. Es verlangt aber von uns Therapeuten, die es mit Menschen zu tun haben, eine allzu beschwerliche Abstraktionsleistung; man muss sich von vielen lieb gewonnenen, allzu verdinglichten Modellen sozialer Systeme als im physikalischen Bereich erkennbare Gebilde lösen. Um dieser Schwierigkeit auszuweichen, habe ich anderenorts vorgeschlagen, soziale (Interaktions)Systeme als abstrakte, nur in der Zeitdimension erkennbare Gebilde zu betrachten, deren Elemente jedoch "Mitglieder" sind, d.h. kognitiv-operative Einheiten, deren Existenz grundsätzlich an die Existenz des Systems gebunden ist, welches es im Zuge seiner kommunikativen Relationierung mit anderen Mitgliedern in Bezug zu einem gemeinsamen Sinn konstituiert (vgl. Ludewig 1987a, 1988a). Ein Mitglied ist zwar ein soziales Gebilde und daher definitorisch vom Menschen unterscheidbar; es muss aber, da Element eines sozialen Systems, von einem Menschen verkörpert werden, Mitglieder, Kommunikationen (kommunikative Akte) und Sinn Grenzen werden in dem Moment bestimmt, in dem ein Beobachter die Handlungen von Menschen als aufeinander bezogen und so als Bestandteile einer kommunikativen Handlungssequenz, eines sozialen Systems, erkennt. Da ein Mensch wiederum im Verlauf seines Lebens eine Vielzahl unterschiedlicher Mitgliedschaften verkörpert, die alle von der Struktur dieses Menschen erzeugt werden, kommt es im Erfahrungsbereich eines Menschen zu strukturellen Überschneidungen zwischen seinen Mitgliedschaften; diese können dann in der Therapie genutzt werden (s. unten).

Die Einführung des Konzepts "Mitglied" verfolgt zwei Ziele: Zum einen beinhaltet dieses Konzept eine Entität, deren Existenz von der eines bestimmten sozialen Systems untrennbar ist; es bietet daher eine systemisch kohärente Alternative zu der Auffassung an, dass die Elemente

eines sozialen Systems, etwa "ganze" Menschen, bereits vor der Emergenz des Systems existieren. Zum anderen stellt das Konzept Mitglied ein "fassbareres" Konstrukt dar als das einzelner, aneinander anschließender Kommunikationen. Insofern erlaubt es uns, den mit uns umgehenden Menschen nicht ganz aus dem Blick zu verlieren. Als an Systeme existentiell gebundene Einheiten beinhalten Mitglieder eigenständig beschreibbare ,soziale Identitäten, die sich nicht nur von der des Menschen, sondern auch von der der Rolle bzw. des Rollenträgers unterscheiden lassen, zumal Rolle als strukturell-funktionales Konzept das jeweilige System durchaus transzendiert und ihrem Wesen nach eher als Verhaltensprogramm für eine Klasse von Mitgliedschaften zu verstehen ist (z.B. "der" Polizist, "der" Therapeuten").

Zur vollständigen Beschreibung eines Mitglieds reicht es aus, die Beiträge (kommunikativen Akte) anzugeben, deren Vollzug die Entstehung und Aufrechterhaltung eines spezifischen sozialen Systems zur Folge hat. So bin ich im Sinne meiner Mitgliedschaften - für jedes meiner beiden Kinder ein anderer Vater, zumal meine Vaterschaft nur an den Operationen erkannt werden kann, die ich in Interaktion mit jedem der beiden vollziehe. Meine Selbstbeschreibung als "Vater beider Kinder" beinhaltet eine Synthese auf einer anderen logischen Ebene. Dasselbe gilt für meine Beschreibung als Therapeut, Lehrer usw. Diese verschiedenen Beschreibungen beziehen sich auf jeweils andere Phänomenbereiche und sollten, will man seine "logische Buchhaltung" einhalten (vgl. Maturana u. Varela 1987; Ludewig 1986), nicht zur Erklärung der jeweils anderen herangezogen werden.

Für die Konzeptualisierung einer klinischen Theorie bietet das Konzept "Mitglied" eine Reihe von Vorteilen an: Therapiekunden und Therapeuten können anhand der Operationen beschrieben werden, die sie als konstituierende Mitglieder von Problem-, und Therapiesystemen vollziehen. Auf die Rede von Pathologie kann insofern verzichtet werden, als die Mitglieder eines "klinischen" Problemsystems angemessene, funktionale Beiträge zur Aufrechterhaltung dieses Systems leisten, zumal Problemsysteme nur thematisch von anderen sozialen Systemen zu unterscheiden sind, d.h. weder strukturell noch bezüglich ihrer Funktionalität. Ein Problemsystem (vgl. Goolishian und Anderson 1988; Ludewig 1987a, 1988a) ist ein abgrenzbares kommunikatives Netz um das Thema einer negativen Bewertung, die für veränderungsbedürftig angesehen wird, d.h. um ein Problem. Der Sinn eines Problemsystems wird durch Emergenz und Stabilisierung einer Interaktionsstruktur um ein Problem konstituiert. Ein Therapie-System konstituiert sich wiederum um die Kommunikation, die infolge der Heranziehung eines oder mehrerer Therapeuten zur (Auf)Lösung eines Problemsystems entsteht. Ziel einer Therapie ist in diesem Sinne weder die Veränderung der beteiligten Personen noch die Transformation von Systemstrukturen, sondern die Auflösung der Mitgliedschaft in einem Problemsystem. Dies kann dadurch geschehen, dass 1) die zur Aufrechterhaltung des Problemsystems notwendigen Beiträge nicht mehr vollzogen werden (z.B. die Kommunikation um das Einnäsen des Kindes hört auf, weil es nicht mehr einnäßt), oder 2) die negative Bewertung in eine positivere übergeht (z.B. das Einnäsen stört weniger oder wird gar für sinnvoll gehalten). Dass diese Maßnahmen Auswirkungen auf die Menschen, welche die Mitgliedschaften generieren und verkörpern, haben können und vermutlich haben, ist sekundär bzw. im Sinne des engeren Therapieziels irrelevant.

Therapie: Anregung zum Wechsel der Präferenzen

Immer dann, wenn Menschen als Therapeut und Therapiekunde miteinander innerhalb eines begrenzten Zeitraums interagieren, kann von Therapie gesprochen werden. Diese formale Definition sollte insofern inhaltlich nicht weiter differenziert werden, als dabei auf

einschränkende Annahmen zurückgegriffen werden müßte, die den Sachverhalt eher komplizieren. Es müsste z.B. festgelegt werden, dass nur bestimmte Interaktionsweisen (etwa Standardtechniken) oder nur bestimmte Klassen von Problemen (etwa anhand psychopathologischer Kategorien) Therapie als solche kennzeichnen dürfen. Dabei müsste angenommen werden, dass Menschen bzw. Systeme zielgerichtet beeinflussbar bzw. instruierbar sind, oder dass die Eigenart von Problemsystemen objektiv erfassbar ist (zum Diagnostik-Problem vgl. Ludewig 1987a). Im Rahmendes hier vertretenen Ansatzes ist jedoch auf diese Möglichkeiten aus erkenntnistheoretischen Erwägungen verzichtet worden (vgl. Maturana und Varela 1987; von Foerster 1985).

Hat man aber konzeptuell auf die Möglichkeiten der gezielten Einflussnahme und der objektiven Zuordnung von "Patienten" verzichtet, und ist man dennoch nicht gewillt, Therapie in den Bereich der Beliebigkeit anzusiedeln, muss eine Konzeptualisierung des klinischen Tuns gesucht werden, die ihren gesellschaftlichen Sinn andersartig begründet. Hierfür bietet es sich an, Therapie als ein soziales Phänomen zu beschreiben, welches in der letzten Konsequenz nur an der Verwirklichung einer im voraus bestimmten Verhaltens- und Handlungsstruktur durch den Therapeuten erkennbar ist. Sieht man nämlich von der kausalen Auswirkung des Therapeuten auf seine Kunden als Erklärung für Therapie ab, so bleibt dem Therapie-Theoretiker allein die Möglichkeit, eine "Therapeutenstruktur" zu bestimmen. Diese soll so konzipiert sein, dass ihre Verwirklichung die angestrebte Veränderung der Kunden erleichtert bzw. anregt. Hierzu wurden an anderer Stelle 10 + 1 Leitsätze vorgeschlagen; sie stecken einen methodischen Rahmen für die Orientierung des Therapeuten ab, und zugleich einen Rahmen, an dessen Einhaltung das Verhalten eines Therapeuten evaluiert werden kann (vgl. Ludewig 1987b). Therapie kann demnach verstanden werden als die Verwirklichung von Aktivitäten des Therapeuten, die es dem/den Kunden erleichtern, eine andere als die bisher getroffene Auswahl aus seinem/ihrer Verhaltensrepertoire zu treffen. Therapie beabsichtigt also, das vorhandene Verhaltensrepertoire (die sog. Ressourcen) des/der Kunden auf eine Weise anzuregen, die es ihm/ihnen erleichtert, für sich selbst und eventuell für andere Gratifizierenderes als das zu tun, was bislang zur Aufrechterhaltung der Problemkommunikation beigetragen hat, das heißt, die Präferenzen zu wechseln. Der Therapeut orientiert sich dabei am Anliegen (Auftrag) seiner Kunden. Damit ist er von der peinlichen Aufgabe befreit, seine Kunden nach eigenen oder gesellschaftlich vorgegebenen Maßstäben um- oder nachzuerziehen. Damit sind jedoch nicht sog. Kurz- oder fokussierte Therapien gemeint, denn diese beinhalten, dass eine eigentliche Therapie anders als kurz bzw. fokussiert sein müsste. Im hier vertretenen Verständnis fokussiert Therapie nicht ein isolierbares Problem (Defizit, Dysfunktionalität, Devianz usw.) einer sonst funktionalen Struktur, sondern sie stellt einen Kontext zur Verfügung, in dem die soziale Struktur, die das Problem darstellt, sich auflösen kann.

Wann ist eine Therapie gelungen? - Das Evaluationsproblem

Therapeutisches Tun ist Kommunikation, also ein soziales Phänomen. Obwohl Therapie primär zum Ziel hat, dem Anliegen ihrer Kunden zu entsprechen, bedarf sie als gesellschaftlich zu verantwortende Institution der sozialen Legitimation. Therapie muss, zumal als helfendes Tun, in glaubwürdiger und nachvollziehbarer Weise nachweisen, dass sie weder schädlich noch prinzipiell überflüssig ist. Der Therapeut sieht sich seinerseits nicht nur in der Notwendigkeit, sein Tun gesellschaftlich zu legitimieren, sondern auch zu jedem Moment im Verlauf einer Therapie gegenüber sich selbst und seinen Kunden bewerten zu können, ob der eingeschlagene Weg weiter verfolgt, korrigiert oder ganz und gar aufgegeben werden soll. Ebenso sind

Supervisoren und Ausbilder gehalten, sich selbst, ihren Supervisanden und Schülern nachvollziehbar nachzuweisen, dass ihr Tun sinnvoll ist.

Dass therapeutische Aktivitäten der Bewertung unterliegen, dürfte unumstritten sein. Selbst solche Therapeuten, die ein absichtsloses Begegnen ihrer Kunden im Vertrauen auf die Selbstheilungskräfte derselben bevorzugen, dürften ihr Verhalten an irgendeinem noch so unexplizierten Kriteriumskatalog orientieren. Anderenfalls wäre ihr Verhalten beliebig. Für den systemisch denkenden Therapeuten bzw. Therapie-Theoretiker ergibt sich hieraus das Problem, Kriterien und Methoden der Evaluation aufzustellen, die mit den zugrundegelegten Auffassungen kohärent sind. Dabei erscheint es sinnvoll, nach Möglichkeiten zu suchen, die, in gewisser Abweichung von üblichen Ansätzen der Therapieforschung, den therapeutischen Prozess weder auf einseitige kausale Wirkungen des Therapeuten, noch auf die Anwendung objektiverer Techniken, noch auf die Reproduktion von Phänomenen unter (angeblich) gleichgehaltenen Bedingungen, noch auf die Bedeutung einzelner Variable reduzieren. Die jüngeren Handbücher der Familien- bzw. Systemtherapie bieten m.E. keine ansprechenden Alternativen (vgl. z. B. Gurman u. Kniskern 1981; Jacob 1987). Der Großteil der Autoren zum Thema Evaluation aus (systemisch) familientherapeutischer Perspektive beschränkt sich auf traditionelle Designs der Effektivitätskontrolle. Dabei entschuldigen sie sich mehr oder weniger ausdrücklich dafür, dass sie aufgrund fehlender Methodologie, unscharf definierter Erkenntniswege und allzu komplexer Sachverhalte auf Bewährtes zurückgreifen. Von ihrer Praxis überzeugte Praktiker und an statistischen Aussagen interessierte Forscher trennt eine anscheinend unüberbrückbare Kluft; als wäre die Wahrheit des einen die Blindheit des anderen (vgl. Ludewig 1988c). Vielleicht liegt aber das Problem eben darin, dass offenbar verschiedene Phänomene - die einzelne Therapie und die Beforschung von Therapien - zu gleichen Phänomenen egalisiert werden.

Um diese in die Sackgasse führende Vermengung von Phänomenbereichen zu meiden, werden im folgenden Therapie und Evaluationsforschung als unterschiedliche, aufeinander nicht ohne weiteres reduzierbare Sachverhalte betrachtet. Statt die Erkenntnis des einen für die Dummheit des anderen zu halten, wird hier von der gleichzeitigen und gleichwertigen Existenz verschiedener Wahrheiten ausgegangen, die von Beobachtern infolge ihrer unterschiedlichen Fragestellungen und Vorgehensweisen konstituiert werden. Da jedoch beide Phänomene - die Bewertung im Einzelfall und die Bewertung von Therapieansätzen - wiederum im übergeordneten Bereich der Kommunikation über Therapie stattfinden, erscheint es für diese Kommunikation förderlich, wenn ihr gleiche Kriterien zugrundegelegt werden. Daher wird hier auf Kriterien der Bewertung zurückgegriffen, von denen angenommen wird, dass sie im- oder explizit in jede Beurteilung über menschliches Tun eingehen. Es handelt sich um die Antwort auf die Fragen, ob das zu beurteilende Tun als nützlich, schön und human gelten kann.

Kriterien der Evaluation

Soziale Interaktionen werden von Menschen in ihrer Eigenschaft als Mitglieder von sozialen Systemen konfiguriert. Es kann angenommen werden, dass die Art und Weise, in der die Beteiligten auf die vorangegangenen Handlungen anderer Mitglieder reagieren, mit der in ihnen auftretenden Resonanz auf diese Handlungen zusammenhängt. Es kann von einem unmittelbar erfahrenen Mitschwingen ausgegangen werden. Dies kann als die Grundlage für das gegenseitige Verstehen zwischen Menschen angenommen werden, d.h. für die Bereitschaft, auf den anderen so und nicht anderes zu reagieren. Aus der Sicht des Beobachters (der der Erfahrende selbst sein kann) handelt es sich bei dieser Resonanz um einen mit jeder Interaktion

mitschwingenden Bewertungsprozess, der unmittelbar auf der Dimension gut/angenehm - neutral-ungut/unangenehm unterscheidet. Diesen primären, inneren Begleit- und Auslöseprozess sozialer Interaktionen nennt Maturana "emotioning" (pers. Mitteilung, Santiago de Chile 1987). Er fasst ihn als einen autonom verlaufenden körperlichen Veränderungsprozess auf, der zumindest bei den höheren Tierarten einschließlich den Menschen, an der Basis jeder weiteren interaktiven Handlung, also auch des "languaging" (Linguieren) steht. Dieses körperliche Mitschwingen bei sozialen Interaktionen erleben wir unmittelbar und vorsprachlich in Form einer subjektiven Erfahrung. Hierin stimmen wir mit Dell (1986) überein, der in Anlehnung an Heidegger von Erfahrung als einem Phänomen spricht, das phänomenologisch der Beschreibung und Erklärung vorausgeht. In dem Moment aber, in dem diese körperlichen Zustands-Veränderungen (bzw. diese Erfahrungen) kommuniziert, d.h. sprachlich ausgedrückt werden, gehen sie in den Metabereich der Beschreibung über, und sie bekommen den Charakter von Bedeutungen. Erfahrungen können daher als primäre, im Erlebenden ablaufende, einfach wertende Prozesse verstanden werden, die als solche nicht kommunizierbar sind. Es kann zwar angenommen werden, dass Erfahren (primäres Erleben des emotioning) die Grundebene jeder Bewertung sozialer Phänomene bildet und somit auch von Therapie. Sie kann jedoch nicht als Kriterium eines Bewertungsansatzes aufgenommen werden, denn jede sozial relevante Bewertung ist auf Kommunikation angewiesen, und Erfahrung ist kommunikativ nicht fassbar.

Die Evaluation therapeutischer Prozesse geschieht in Kommunikation, d.h. im Bereich der sozialen Pragmatik. Die ihr zugrundegelegten Kriterien müssen Kommunikable darstellen. In diesem Sinne vernachlässigten wir bei der Wahl der Bewertungskriterien das subjektive Erleben und konzentrierten uns auf drei uns grundlegend erscheinende, kommunikativ erfassbare Kriterien: Nutzen, Ästhetik, Ethik (vgl. Ludewig und Schwarz 1984). Der erste Aspekt der Bewertung betrifft den *Nutzen*, den die Beteiligten der Therapie zuschreiben. Als implizit zielgerichtetes Tun, nämlich auf Problem(auf-)lösung, muss Therapie ihre Nützlichkeit nachweisen. Die bisherige Therapieforschung hat sich in der Hauptsache auf diesen Aspekt der Bewertung konzentriert. Im Bereich der Familientherapie hat zum Beispiel Haley (1977) früh beschlossen, in Ermangelung einer sinnvollen Alternative die Bewertung von Therapie auf zwei Fragen einzugrenzen, nämlich darauf, ob das ursprüngliche Problem gelöst sei, und ob keine weiteren Therapien aufgesucht worden seien. Ähnlich haben die meisten Forscher dieses Gebiets verfahren. Setzt man sich jedoch mit der Einschätzung des Nutzens auseinander, so steht man vor einem schwierigen Problem. Zum einen lässt sich Nutzen nicht ohne weiteres operationalisieren, zum anderen birgt die alleinige Erwägung des Nutzens in sich die Gefahr, den Anschein einer objektiven Größe zu erwecken, für deren Erfassung der Forscher keine Verantwortung trägt. Ganz zu schweigen von der allzu unmittelbaren Attribution von kausaler Wirksamkeit auf die Maßnahmen des Therapeuten, die mit dem unproblematisierten Einschätzen des Nutzens implizit einhergeht. Diese Probleme sind unvermeidbar. Der Therapeut kann es letzten Endes nicht umgehen, nachzuweisen, dass Therapie zumindest aus der Sicht seiner Kunden als hilfreich bewertet wird. Insofern muss die Einschätzung des Nutzens ein Aspekt der Therapiebewertung sein. Dass diese Einschätzung weder objektiv zu gewinnen noch problemlos erfragbar ist, braucht vor dem Hintergrund des bisher Gesagten nicht weiter ausgeführt zu werden. Unter einer Bewertung im Sinne des Nützlichen wird hier die Äußerung der Beteiligten verstanden, die Wohlwollen und Zufriedenheit in Bezug auf das therapeutische Vorgehen und auf das darauf zugeschriebene Ergebnis kommunikativ ausdrückt. Der um Evaluation bemühte Forscher wird sich also damit begnügen müssen, zu erfahren, ob die Therapiekunden (u.U. auch die Therapeuten) mit Verlauf und Ergebnis zufrieden sind und Letzteres auf die Wirkung des Ersteren beziehen. Alles darüber hinausgehende gehört dem Bereich einer objektivistischen Mystik an, die es für möglich hält, man könne in den Kopf des

anderen Einblick gewinnen oder dies aus irgendwelchen äußeren Umständen erschließen. Die Erwägung des Nutzens einer Therapie bildet somit den Aspekt einer Therapiebewertung, der sich auf die Erfüllung ihres *Ziels*, nämlich Problemlösung, bezieht.

Dennoch bildet die alleinige Erfassung des Nutzens eine problematische Vereinfachung. Denn irgendein Nutzen im Sinne der Problemlösung braucht nicht in der Gemeinschaft der Therapeuten (bzw. in der Sicht der dafür zuständigen gesellschaftlichen Organe) unbedingt als glaubwürdiges und nachvollziehbares Merkmal einer gelungenen Therapie angesehen zu werden. Man stelle sich z.B. den tatsächlich vorgekommenen Fall einer anorektischen Jugendlichen vor, die es nach vielen Bemühungen erreicht hat, dass ein Gynäkologe ihr den Brustumfang operativ verkleinerte. Ihr angegebenes Problem, an dem sie ihre gesamte Lebensproblematik fixiert hatte, nämlich zu große Brüste zu haben, war auf "nützliche" Weise "gelöst" worden. Die Jugendliche geriet aber im Nachhinein in eine schwere suizidale Krise. Die Maßnahme des Gynäkologen erwies sich zwar als "nützlich", jedoch mit Sicherheit nicht als schön, nicht einmal als dauerhaft. Dieses und viele anderen Beispiele aus der Praxis legen es nahe, unsere therapeutischen Aktivitäten, zusätzlich zum Erwägen ihres Nutzens, auch im Hinblick auf die *Form* der dabei vorgenommenen Maßnahmen und ihrer Folgen, d.h. auf ihre *Schönheit* (Ästhetik) zu bewerten. Therapien im Hinblick auf ihre Schönheit zu bewerten, trägt dem Rechnung, dass therapeutisches Tun als Ausübung kommunikativer Fertigkeiten und als Aufbau "passenderer" sozialer Wirklichkeiten auch künstlerisches Wirken beinhaltet (vgl. z.B. Keeney 1983; Stierlin 1983). Wir betrachten einzelne Interventionen, ganze Sitzungen bzw. Therapieverläufe dann als schön, wenn die Beteiligten im Zusammenpassen der Aktivitäten des Therapeuten mit den Möglichkeiten seiner Kunden eine derartige Korrespondenz gemessen an ihren Vorstellungen und Erwartungen erkennen, dass sie sich veranlasst sehen, es als schön zu bewerten. Im Hinblick auf das Therapieergebnis bezieht sich diese Bewertung auf das Passen zwischen Mitteln und Ergebnis.

Das ästhetische Phänomen ist seiner Natur nach subjektiv, es lässt aber durchaus zu, dass darüber kommuniziert wird, zumal ästhetische Kategorien im sozialen Zusammenleben hervorgebracht werden. Dennoch ist es sinnvollerweise kein normativ operationalisierbares Phänomen (Was dem einen schön erscheint, kann dem anderen grauenvoll sein). Dies lernen wir nicht zuletzt aus der Auseinandersetzung mit der zeitgenössischen Literatur über Ästhetik (z.B. Adorno, Bense, Eco). Die Reflexion über die Schönheit seines Tuns kann also dem Therapeuten nicht auf dem Wege kategorischer Vorschriften abgenommen werden. Er ist gehalten, nach eigenen, in seiner Sozialisation entstandenen Maßstäben die Angemessenheit seines Tuns zu reflektieren und zu bewerten. Gleiches gilt für seine Kunden. Unterlässt es aber der Therapeut, dies zu bedenken, so läuft er Gefahr, seine Koordinierung mit der je spezifischen Kooperationsweise seiner Kunden zu verfehlen. Und da nutzen die besten Techniken wenig.

Schließlich bedarf die Bewertung therapeutischer Prozesse der Berücksichtigung des übergeordneten Rahmens, in dem Therapie geschieht, nämlich des Rahmens, der durch das zugrunde gelegte Menschenbild und das daraus abgeleitete Verständnis menschlicher Interaktionen abgesteckt wird. Betrachtet man Menschen aus systemischer Sicht als autonome Lebewesen, die im Zusammenleben mit anderen die Welt, die sie leben, in der ihnen möglichen Weise hervorbringen, gibt es keinen Grund, ihre Welt und ihre damit kohärente Lebensweise abzuwerten. Der Therapiekunde verdient als Mensch Respekt vor seiner Humanität. Mit Bezug auf die in der Autopoiesetheorie angelegte Ethik im Sinne der grundlegenden Akzeptanz des anderen als eines Gleichen neben einem selbst (vgl. Maturana und Varela 1987; auch Krüll 1987), wird Therapie dann als ethisch (human) bewertet, wenn der Therapeut seine Kunden,

ihre Beziehungen und ihre Form der Lebensbewältigung so weit akzeptiert, dass er sich darauf beschränkt zu prüfen, ob er im Hinblick auf das Anliegen der Kunden ein Therapieangebot macht oder nicht. Fühlt sich der Therapeut nicht imstande, sich auf das vorgebrachte Anliegen der Kunden zu beschränken und erwägt er zum Beispiel, ihre Lebensweise von sich aus zu verändern, so sollte er von einem Therapieangebot absehen. Er könnte sich allerdings als (Nach)Erzieher anbieten.

Dieser dritte, den menschlichen Rahmen und somit die *Haltung* des Therapeuten zu seinen Kunden betreffende Aspekt, lässt sich am ehesten am *Respekt* des Therapeuten vor dem derzeitigen Sosein und den geäußerten Wünschen seiner Kunden erkennen. Um respektvoll zu handeln, insbesondere im Kontext der eigenen Bedingungen, ist die Verantwortung des Therapeuten für die eigene Kontrolle gefordert, welche etwa durch Reflexion, Ausbildung und Supervision optimiert werden kann. Für die Operationalisierung dieses Kriteriums im Rahmen der Therapiebewertung bieten sich auch hier, will man auf moralisierende Vorschriften verzichten, keine einfachen Möglichkeiten an. Therapeut und Forscher sind gehalten, diesen Aspekt in der ihnen eigenen Weise in ihre Bewertung einzubeziehen und dies in der Kollegengemeinschaft und gegenüber den gesellschaftlichen Organen glaubwürdig und nachvollziehbar nachzuweisen. Andererseits droht Therapie technizistisch, trivialisierend oder gar unmenschlich zu werden.

Der Vorschlag also, die nutzen-orientierte Therapiebewertung durch die Einbeziehung ästhetischer und ethischer Aspekte zu ergänzen, bietet keine Vereinfachung ihrer Durchführung an. Er appelliert an Therapeuten an Forscher, diese ohnehin implizit in ihr Handeln eingehenden Aspekte gezielter zu berücksichtigen. Gerade weil ästhetische und ethische Kriterien keine objektivierende und distanzierende Operationalisierung zulassen, sind die damit operierenden Beurteiler gefordert, für ihre persönliche Wahl bei der Operationalisierung dieser Kriterien Verantwortung zu übernehmen. Die mechanistische, trivialisierende Vorstellung (im Sinne von Foersters 1985) einer funktionalen Therapie, die sich ohne weiteres an Input-Output-Verhältnissen messen lässt kann somit nicht weiter aufrechterhalten werden. So gesehen, die in diesem Vorschlag enthaltene methodologische Verunsicherung soll dazu anregen, dass zu ihrer Verringerung mittels persönlich verantworteter Entscheidungen beigetragen wird.

Eine empirische Untersuchung

Im Folgenden wird eine erste Anwendung dieser Kriterien im .Sinne der Forschungsperspektive vorgestellt. Thomas Manthey (1987) führte 1986 eine Untersuchung aller Patienten (in der Regel Familien und Teilfamilien) durch, die im Jahr 1983 in der Poliklinik unserer Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Hamburg vorstellig wurden. (Für die. offizielle und tatkräftige Unterstützung dieser Diplom-Arbeit am Psychologischen Institut der Universität Hamburg sei Herrn Professor Dr. Hugo Schmale an dieser Stelle herzlich gedankt.) Es handelte sich um insgesamt 236 Patienten (-familien), von denen nach Ausschluss der stationär aufgenommenen, der Ausländerfamilien (aus sprachlichen Gründen) und derjenigen, die postalisch nicht erreicht werden konnten, insgesamt 151 in die Untersuchungsstichprobe aufgenommen werden konnten. Von diesen 151 antworteten 64 Familien {Rücklaufquote = 42,4%). Bei den Kindern und Jugendlichen handelte es sich um eine unselektierte Stichprobe mit Eingangsproblemen aus dem gesamten Spektrum der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Es traf der günstige Umstand zu, dass alle vier zu diesem Zeitpunkt in der Poliklinik tätigen Therapeuten systemisch-familientherapeutisch orientiert waren. Zum Selbstverständnis der

Einrichtung gehört es, dass alle Patienten therapeutisch/beratend versorgt, d.h. nur ausnahmsweise weitergeleitet werden.

Der zugesandte Fragebogen bestand aus 55 *ad hoc* erstellten Fragen, die in etwa zu gleichen Teilen der Absicht nach den Bereichen des Nutzens, der Ästhetik und der Ethik zugeordnet waren. Inhaltlich bezogen sich 32 Items auf die Zeit während des/der Gespräche und 23 auf die Folgezeit (bis zu fast drei Jahren nach der Beendigung). Als Richtlinie für die Operationalisierung dienten im Sinne des Nutzens: Mitgebrachte Erwartung auf Veränderung und deren Erfüllung, Erwägung des Nutzens, Zufriedenheit mit Verlauf und Ergebnis, Problemlösung, Aufsuchen weiterer Therapien; im Sinne der ästhetischen Beurteilung: Aktivität und Kreativität im therapeutischen Prozess, Atmosphäre der Sitzungen, Angemessenheit der Interventionen; im Sinne des Ethischen: Akzeptanz der Familie durch den Therapeuten, Respekt vor ihrer Autonomie, Zuschreibung von eigener Verantwortung für die erreichten Veränderungen

Ohne auf Details einzugehen, zumal dies einer späteren, ausführlicheren Publikation überlassen wird, lassen sich die wichtigsten Ergebnisse wie folgt zusammenfassen:

- ▶ Bei einem Durchschnitt von 2,75 Terminen (Range: 1-12; wobei 38% nur einen Termin, weitere 39% 2-3 Termine und 24% 4 oder mehr Termine hatten) äußerten sich die Familien zu drei Schlüsselfragen, die den Zustand des Eingangsproblems zu drei Zeitpunkten erfragten: während, am Ende, der Therapie und zum Zeitpunkt der Nachbefragung. wie folgt: 21,8% gaben an, das Problem sei schon während der Therapie gelöst, 29,7% sahen die Problemlösung erst am Ende der Therapie, jedoch insgesamt 75,0% beurteilten das Problem als "jetzt", d.h. zum Zeitpunkt der Nachbefragung, gelöst.
- ▶ Aus der Korrelation dieser drei Schlüsselfragen mit einer faktorenanalytisch gewonnenen Skala ("Nutzen-orientierte Zufriedenheit") geht hervor, dass die von Zeitpunkt zu Zeitpunkt zunehmende Zufriedenheit mit dem eigenen Zustand (Problemlösung) mit der Zufriedenheit mit der Therapie positiv korreliert ($r=0,27^{**}/0,54^{***}/0,70^{***}$), was auf den Zusammenhang zwischen Problemlösung und Nutzenzuschreibung hinweist. Von den zumeist zum Nutzenbereich zählenden Items dieser Skalen luden auf dem betreffenden Faktor folgende am höchsten: "Seit den Gesprächen haben wir eher Mittel an der Hand, über schwierige Probleme nachzudenken und Lösungen zu suchen" (0,83), "Wir würden bei Schwierigkeiten auch Bekannten von uns solche Gespräche empfehlen" (0,81), "Die Gespräche waren alles in allem hilfreich für uns" (0,80), "Wir können der Zukunft gelassener ins Auge sehen"(0,80).
- ▶ Eine telefonische Nachbefragung bei 15 der Familien, die den Fragebogen nicht zurückgesandt hatten, zeigte, dass 2/3 von ihnen mit der Therapie zufrieden waren und die Rücksendung einfach vergessen oder versäumt hatten.
- ▶ Die Anzahl der teilnehmenden Familienmitglieder hatte keinen bedeutsamen Einfluss auf die Beurteilung der Therapie.
- ▶ Außer der aus 9 "ethischen" Items zusammengesetzten Skala "Akzeptanz" verteilen sich die "ästhetischen" und „,ethischen" Fragen auf verschiedene kleinere Faktoren. Es gelang also nicht, drei voneinander unabhängige Skalen zu den drei berücksichtigten Kriterien zu konstruieren.

Diese hier kurz referierten Ergebnisse widersprechen dem ursprünglichen Ansinnen, Nutzen, Ästhetik und Ethik therapeutischer Prozesse voneinander getrennt zu erfassen. Es muss angenommen werden, dass die befragten Familien leichter zum Nutzen der Gespräche Stellung beziehen konnten als etwa zum respektvollen Verhalten des Therapeuten. Außerdem wurde

bereits bei der Formulierung der Fragen festgestellt, dass auf Ästhetik und Ethik bezogene Items ungleich schwerer zu erstellen waren als nutzenorientierte. Ob hieraus gefolgert werden sollte, dass diese drei Kriterien mit verfeinerter Methodik doch getrennt erfasst werden sollten oder, dass sie als übergeordnete Kriterien für die Konzeption von Bewertungsmaßstäben keiner einfachen Operationalisierung zugänglich und so nur zusammenhängend zu erfassen sind, muss zunächst offen bleiben.

Bezüglich der untersuchten Therapien zeigen die Ergebnisse, dass konsequent geführte systemische Therapien aus der rückblickenden Sicht der antwortenden Familien mit einem sehr geringen Zeitaufwand (im Mittel: 2-3 Termine) mehrheitlich positiv beurteilt wurden (75% Problemlösung ohne Rückfälle). Dieses Ergebnis, welches schon deshalb interessant ist, weil der "Therapieerfolg" zum großen Teil als nach Beendigung der Therapie aufgetreten gesehen wird, liegt durchaus im Erwartungsbereich bei allgemein als wirksam geltenden Therapieformen, hier allerdings mit einem durchschnittlichen Zeitaufwand von nur 1 bis 3 Sitzungen. Diese Ergebnisse werden durch die Nutzenzuschreibung im Fragebogen auf die Gespräche und durch die Telefonate mit nicht antwortenden Familien erhärtet. Es fällt dabei auf, dass entgegen der ursprünglichen Behauptung der Familientherapie die Anzahl der anwesenden Familienmitglieder keinen Einfluss auf Verlauf und Ergebnis der Therapie aus der Sicht der Beteiligten hat (vgl. obige Diskussion des Konzepts "Problemsystem" als Alternative zum Konzept "Familie-mit-Problem").

LITERATUR

- Dell PF (1986) Zur Verteidigung "linealer Kausalität". In: Dell PF (Hrsg) *Klinische Erkenntnis. modernes lernen*, Dortmund, S 107-116.
- Foerster H von (1985) *Sicht und Einsicht*. Vieweg, Braunschweig.
- Goolishian, HA, Anderson H (1988) Menschliche Systeme: Vor welche Probleme sie uns stellen und wie wir mit ihnen arbeiten. In: Reiter L, Brunner EJ, Reiter-Theil, S (Hrsg)(1988).
- Gurman AS, Kniskern DP (1981) *Handbook of Family Therapy*. Brunner/Mazel, New York.
- Haley J (1977) *Direktive Familien therapie*. Pfeiffer, München
- Jacob T (Hrsg) (1987) *Family Interaction and Psychopathology*. Plenum Press, New York.
- Keeney BP (1983) *Aesthetics of Change*. Guilford, New York.
- Krüll M (1987) Systemisches Denken und Ethik. *Z systemische Therapie* 5: 250-255.
- Ludwig K (1986) Von Familien, Therapeuten und Beschreibungen. Vorschläge zur Einhaltung der ,logischen Buchhaltung'. *Familiendynamik* 11: 16-28
- Ludwig K (1987a) Vom Stellenwert diagnostischer Maßnahmen im systemischen Verständnis von Therapie. In: Schiepek G (Hrsg)(1987).
- Ludwig K (1987b) 10+1 Leitsätze bzw. Leitfragen. *Z systemische Therapie* 5: 178-191.
- Ludwig K (1988a) Problem - ,Bindeglied' klinischer Systeme. In: Reiter L, Brunner EJ, Reiter-Theil (Hrsg)(1988).
- Ludwig K (1988b) Welches Wissen soll Wissen sein? *Z systemische Therapie* 6 (im Druck)
- Ludwig K (1988c) Ist die Wahrheit des einen die Blindheit des anderen? *Z systemische Therapie* 6 (im Druck).
- Ludwig K, Schwarz R (1984) Ambulante Familientherapie: Versuch einer empirischen Bewertung. In: Remschmidt H (Hrsg) *Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Familien*. Enke, Stuttgart, S 99-107.
- Luhmann N (1984) *Soziale Systeme*. Suhrkamp, Frankfurt
- Manthey T (1987) Analyse subjektiver Beurteilungen systemisch-orientierter Gespräche. Dipl.-Arb., Psychol Institut, Hamburg

- Maturana HR (1982) *Erkennen: Die Organisation und Verkörperung von Wirklichkeit*. Vieweg, Braunschweig.
- Maturana HR, Varela FJ (1987) *Der Baum der Erkenntnis*. Scherz, Bern.
- Reiter L, Brunner EJ, Reiter-Theil S (Hrsg) (1988) *Von der Familientherapie zur systemischen Perspektive*. Springer, Berlin.
- Schiepek G (Hrsg)(1987) *Systeme erkennen Systeme*. Psychologie Verlags Union, München Weinheim.
- Schmidt SJ (Hrsg)(1987) *Der Diskurs des Radikalen Konstruktivismus*. Suhrkamp, Frankfurt.
- Stierlin (1983) Familientherapie: Wissenschaft oder Kunst? *Familiendynamik* 8: 364-377.

Manuskript eingegangen und zum Druck angenommen am 24.12.1987

Anschrift des Verfassers:

Dr. Kurt Ludewig
Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Universitäts-Krankenhaus Eppendorf
Martinistrasse 52, D-2000 Hamburg 20