

Die AST-Studie II

Gestaltung und Rezeption des Reflektierenden Teams im Kontext der Ambulanten Systemischen Therapie (AST)

Siegfried Molan-Grinner, Ingrid Steinkellner, Waltraud Kern, Elfriede Marschnigg, Christian Orgler, Christine Wawra, Sanela Krivic, Lukas Fördermair-Lagaard, Elisabeth Kerschner, Anna Viktoria Roters, Lena Bitzinger, Ingrid Wiedner, Magdalena Letofsky, Ingrid Hasenzagl, Johanna Tadler, Karin Heinrich, Ulrike Seilinger, Andrea Würfl, Regina Schützenberger, Birgit Ebner, Sonja Forstner, Gisela Honeder und Gabi Watzinger

1. EINLEITUNG

Wir als Forscherinnen-Team¹ sind eine Gruppe von Studierenden und Absolventinnen, die an der Lehranstalt für systemische Familientherapie (lasf) Wien ihre fachspezifische Ausbildung und in diesem Rahmen einen Großteil ihres psychosozialen Praktikums im Rahmen der Ambulanten Systemischen Therapie (AST) Wien oder Linz absolvieren bzw. absolvierten.

Für viele von uns stellte das Mitwirken an einem Reflektierenden Team (RT) im Rahmen der von AST-Therapeutinnen geführten Einzel-, Paar- oder Familientherapien den (symbolischen wie realen) ersten Schritt in den Therapieraum dar. Mit diesem Schritt

waren unterschiedlichste Gefühle und Erfahrungen verbunden – Aufregung; Freude; Stolz auf Gelungenes; Unbehagen in Zusammenhang mit dem, was wir als nicht-gelungen erlebten; Zufriedenheit darüber, dass wir einen Beitrag zu Therapiegesprächen leisteten u.a.m. Die für viele von uns zu Beginn vorherrschende Emotion war jene der Unsicherheit – entsprachen unsere Beiträge den von unseren AST-Therapeutinnen erwarteten Ansprüchen an uns als RT? Entsprachen sie den von AST-Therapeutinnen formulierten Richtlinien (Binnenstein, 2015)? Wie erlebten uns Klientinnen? Wie werteten sie unsere Beiträge? Waren unsere Austauschprozesse für sie hilfreich?

Zu unserer anfänglichen Unsicherheit trug vieles mit bei: die Tatsache, dass wir bei Beginn unseres Praktikums erst am Anfang unserer fachspezifischen Ausbildung standen und uns vieles noch unvertraut war; die Erfahrung, dass manchmal nach Therapiegesprächen nur wenig Zeit für ein ausführlicheres Feedback durch AST-Therapeutinnen wie mit-beobachtende Kollegin-

¹ Für Klienten wie Klientinnen, Therapeuten wie Therapeutinnen wird im Folgenden eine fast durchgängige Schreibweise verwendet.

nen bestand, weil Therapien länger dauerten und die Nachbesprechungszeit inhaltlichen Fragen gewidmet war. Trotz (und vielleicht auch wegen alledem) war das Mitwirken an RTs eine wichtige Herausforderung, die es uns erleichterte, im Kontext der Vorbereitung unseres zweiten Kolloquiums während des dritten bzw. vierten Ausbildungssemesters selbst eine therapeutische Rolle im Rahmen sog. psychosozialer Begleitgespräche mit Klientinnen im Rahmen von AST oder in einem anderen Praktikumskontext einzunehmen bzw. ab dem Status eigenständige Therapiegespräche zu führen. Für einige von uns – für diejenigen, die inzwischen ihre Therapieausbildung beendeten – war dieses Mitwirken auch ein „Schließen des Kreises“: „Im Rahmen meiner Ausbildung zum Psychotherapeuten machte ich im AST meine ersten Einblicke in psychotherapeutische Prozesse. Hinter dem Spiegel sitzend verfolgte ich gespannt die ersten Therapiegespräche. Am Ende meiner Ausbildung saß ich wieder mit Kolleginnen zusammen, um im Forschungsprojekt über die Wahrnehmung und Bedeutung des RTs mitzuarbeiten.“ (Orgler, 2017, S. 3)

2. DER HINTERGRUND DES FORSCHUNGSPROJEKTS

Das RT stellt seit mehr als drei Jahrzehnten ein wichtiges Interventionsmedium bzw. eine spezifische Setting-Variante im Rahmen systemischer Einzel-, Paar- und Familientherapie dar (Caby, 2016; Egger, 2007; Binter, 1998). Im Lauf der Jahre wurde das RT zudem zu einem wichtigen Bestandteil/Lernkontext systemischer Therapieausbildung – es kommt in simulierten Therapiegesprächen/Rollenspielen bzw. bei in realen Therapiegesprächen von angehenden Therapeutinnen (etwa bei sog. Kolloquiums-Gesprächen) wie auch im psychosozialen und/oder klinischen Praktikum zur Anwendung. Uns Studierenden eröffnen die Teilnahme am RT wie auch die Beobachtung von Kolleginnen bei ihrem Mitwirken an RTs ein langsames uns-vertraut-Machen mit der therapeutischen Praxis bzw. ein dosiertes Einüben der therapeutischen Rolle.

Beide Funktionen begründen, warum das RT seit dem Bestehen von AST ein zentraler Teil der hier durchgeführten Therapiegespräche ist – es soll einerseits zur Wirksamkeit der hier durchgeführten Therapien, andererseits zum praxisorientierten Lernen von uns Studierenden im Rahmen des in AST absolvierten psychosozialen Praktikums beitragen.

Aus einzelnen Aussagen, die Klientinnen im Rahmen von Therapiesitzungen nach einem RT oder auch im Rahmen von Zwischen- bzw. Abschlussevaluierungen von Therapien in Bezug auf das RT treffen, wissen wir, dass der Austausch der RT-Mitglieder in vielen Fällen

eine unterstützende, bestärkende und/oder anregende Wirkung birgt. Und wir wissen aus eigener Erfahrung wie aus den Rückmeldungen von Ausbildungskolleginnen, dass dem Mitwirken an RTs im Rahmen des Praktikums bzw. dem Beobachten von Kolleginnen bei ihrer Teilnahme an RTs eine wichtige Bedeutung im Rahmen der Ausbildung zukommt und beides bedeutsame Bausteine der Ausbildung sind. Diese Erfahrungen und Feedbacks bildeten den Hintergrund unseres Forschungsprojekts – wir wollten untersuchen, in welcher Weise sich RTs im Rahmen von AST tatsächlich realisieren und in welcher Weise sie sowohl von Klientinnen wie auch von AST-Therapeutinnen rezipiert werden. Eine zusätzliche Motivation für das Projekt ergab sich aus der Tatsache, dass in Bezug auf das RT zwar eine Fülle von Einzelfallstudien (Merl et al., 1988; Selvini u. Ferraresi, 1992), aber bislang unserem Wissen nach keine quantitativen empirischen Studien vorliegen, die dessen Wirksamkeit belegen (Caby, 2016, S. 155).

2.1. FRAGESTELLUNGEN

Der Fokus unseres Forschungsprojekts verdichtete sich auf drei Fragestellungen:

1. *Wie gestalten sich RTs im Rahmen von AST?*
2. *Wie werden sie durch Klientinnen und Therapeutinnen unmittelbar rezipiert?*
3. *Wirkt sich die jeweilige Gestaltung des RTs auf die Rezeption durch Klientinnen wie Therapeutinnen aus und, wenn ja, wie?*

Um diese Fragen zu beantworten, entwickelten wir ein Forschungsdesign, das einem Paradigma quantitativer Psychotherapieforschung entspricht – die gelebte Praxis von RTs im Rahmen von AST Wien und Linz, die in Form von Videoaufzeichnungen nahezu durchgängig dokumentiert ist und auch die damit verbundene Rezeption durch Klientinnen und Therapeutinnen sollten in Bezug auf spezifische Merkmale durch ein Rating-bezogenes Vorgehen untersucht und charakterisiert werden. Als Grundlage dieses Ratings sollten u.a. Ausschnitte aus dem von Schiepek et al. (1997) entwickelten Ratingverfahren Lösungsorientierter Interventionen (RLI) sowie weitere, eigens für die Studie konzipierte Items dienen². Der RLI war bereits in der ersten AST-Studie der la:sf verwendet worden und hatte sich hier nicht nur als hilfreiches Erhebungsverfahren erwiesen, sondern auch positiv zur Differenzierung der (Selbst-)Wahrnehmung der damals forschenden Studierenden beigetragen (Wong, 2016; Heumayer, 2016).

² Für die organisatorische und praktische Unterstützung unseres Forschungsprojekts danken wir Ina Manfredini und dem Sekretariat der la:sf. Für die wissenschaftliche Begleitung danken wir Konrad Peter Grossmann, Takuya Yanagida sowie Klaus Kubinger.

3. DAS REFLEKTIERENDE TEAM (RT)

3.1. SETTING/METHODE DES REFLEKTIERENDEN TEAMS

Bei der in der Literatur abwechselnd als „Methode“ oder „Setting“ beschriebenen Vorgehensweise des RTs erzählen Klientinnen in einer Therapie ihre Geschichte bzw. all das, was Fokus von Therapiegesprächen ist, nicht nur in Anwesenheit einer Therapeutin, sondern auch in Anwesenheit von Zuhörerinnen/Beobachterinnen, die das Therapiegespräch in der Regel von einem Nebenraum aus mittels einer Einwegscheibe oder mittels technischer Übertragung mitverfolgen.

Therapiegespräche unter Einbeziehung von RTs folgen zumeist einer spezifischen Choreografie: In einer ersten Phase – in der „Interviewsequenz eines Klientensystems mit einem Interviewer“ (Caby, 2016, S. 251) – beschränken sich die Zuhörerinnen/Beobachterinnen bzw. das „Beobachtersystem“ auf ein (schweigendes) Zuhören. In der zweiten Phase hören die Mitglieder des „Interviewsystems“ dem RT zu, wobei „jedes Teammitglied ... seine Version der definierten Probleme (liefert)“ (Andersen, 2011, S. 55). Hier wird das gesamte Beobachtersystem oder Teile dieses Systems – in der Regel zwei bis drei Personen – auf ein Zeichen der „Interviewerin“/Therapeutin hin gebeten, in den Therapieraum zu kommen und hier ihre Sichtweisen zum beobachteten Gespräch auszutauschen, wobei Klientin/Paar/Familie und Therapeutin zuhören, ohne in den Austausch des Beobachtersystems durch (Nach-) Fragen oder Kommentare einzugreifen. Die Mitglieder des Beobachtersystems teilen sich ihre Wahrnehmungen, Beobachtungen, Überlegungen und Fragen gegenseitig mit - sie nehmen während ihres Austausches keinen unmittelbaren Kontakt mit dem „Interviewsystem“ auf. Die dritte Phase ist jene der Reflexion des „Interviewsystems“ über den Austausch des „Beobachtersystems“, nachdem das „Beobachtersystem“ den Therapieraum wieder verlassen hat – es realisiert „eine Konversation über die Konversation des Reflektierenden Teams über die Konversation des Interview-Systems“ (Andersen, 2011, S. 56). Das „Beobachtersystem“ ist nun wiederum auf eine zuhörende/beobachtende Position beschränkt.

In der Regel findet der Wechsel von der „Interview-“ zur „Reflexionsebene“ während eines Therapiegesprächs einmalig statt. RTs wirken zudem nicht nur durch ihren Austausch an Therapiegesprächen mit, sondern auch dadurch, dass diese vor ihrem Beginn und nach ihrer Beendigung gemeinsam mit der Interviewerin/Therapeutin reflektiert bzw. vor- und nachbesprochen werden.

Dem Einsatz eines RTs werden mehrere Funktionen

zugeschrieben: Durch seine Einbeziehung wird eine zusätzliche Beobachtungsebene und Außenperspektive erzeugt – die Klientin/das Paar/die Familie bzw. das Therapiesystem kann von Beobachterinnen, die nicht Teil des engeren Therapiesystems sind, Informationen erhalten, die ihm ohne dieses Setting nicht zugänglich wären. Darüber hinaus regt ein RT bei Klientinnen einen sog. „Wechsel der Positionen“ an – sie können zwischen einer aktiven Klientinnen-Position („aktiv“ im Sinne der dialogischen/multilogischen Suche nach Veränderungs- bzw. Entwicklungsmöglichkeiten“) und einer zuhörenden/reflektierenden Position pendeln, indem sie sich während des Austausches des RTs auf das Zuhören beschränken und dabei hier auftauchende Ideen/Rückmeldungen aufgreifen können, ohne dazu Position zu beziehen (Lassnig, 2016; Lenz, 2016). Die Einbeziehung eines RTs ermöglicht im guten Fall eine mehrfache Beschreibung der erlebten, gelebten und/oder erzählten Wirklichkeit von Klientinnen – sie generiert (narrative) „Multiversa“ anstelle eines (Erzähl-) „Universums“ und führt unter Umständen zu alternativen, mehr Lösungs-bzw. Ressourcen-verbundenen Beschreibungen oder Erklärungen (Andersen 1996, S. 42). Zudem birgt die Einbeziehung eines RTs eine „entschleunigende“ Wirkung: „Konversationen brauchen Pausen, die ausreichen, um über den Prozess der Konversation nach zu denken. Und sie sollten langsam genug verlaufen, so dass der Geist genügend Zeit hat, die Ideen auszuwählen, an die er gern angeschlossen ist, und um die Worte zu finden, die diese Anknüpfung ausdrücken können“ (Andersen, 1996, S. 47).

Eine weitere mit dem RT verbundene Absicht ist jene der Anregung eines „Kontakts auf Augenhöhe“ innerhalb des Therapiesystems – RTs führen zu einer „Veränderung in der Machtbalance des therapeutischen Gesprächs“ (Caby, 2016, S. 253). Therapien verlaufen weniger hierarchisch – sie gestalten sich „heterarchisch“ und entsprechen so einer Prämisse therapeutischer De-Zentrierung (White, 2007), die eventuelle Expertinnen-Ansprüche von Therapeutinnen oder diesbezügliche Zuschreibungen von Klientinnen an ihre Therapeutinnen unterhöhlen. RTs tragen so zu einer Egalisierung der Therapiebeziehung mit bei, da in diesem Setting letztlich alle als Beobachterinnen aller fungieren (Caby, 2016, S. 253).

3.2. GESCHICHTE UND ENTWICKLUNG DES REFLEKTIERENDEN TEAMS

Als Geburtsstunde des RTs gilt eine von Andersen und zwei weiteren Kollegen live supervidierte Familientherapie-sitzung, in deren Rahmen die Supervisorinnen den handelnden Therapeuten immer wieder aus dem The-

rapieraumbaten, um ihn auf seine „Verwicklung in den Pessimismus der von ihm interviewten Familie hinzuweisen“. Sie wollten ihm optimistischere Fragen nahelegen, „aber der Therapeut wurde rasch wieder rückfällig.“ (Andersen, 1987, p. 415; Ü.d.Verf.) Aufgrund der in diesem Therapiekontext gegebenen technischen Möglichkeiten entstand die spontane Idee, dass die Familie und ihr Therapeut eine Diskussion der Beobachter beobachten sollten, in deren Kontext in positiver/ressourcenorientierter Weise über die Familie gesprochen wurde. Allen Beteiligten gefiel dieses Vorgehen, die Interaktion der Familie und des Therapiesystems veränderte sich (ebd., p. 415). Im Lauf der Zeit entwickelte Andersen durch die Übertragung dieses Vorgehens auf andere Therapien das oben beschriebene dreistufige „Standardvorgehen“ des RTs.

Das ursprüngliche Setting des Mailänder Teams umfasste ein beobachtendes therapeutisches Team sowie das in der Regel aus einer Therapeutin und einem Therapeuten bestehende Interviewer-Team.

Dieses Setting diente dazu, eine Therapiesitzung gemeinsam vorzubereiten. Es wurde verwendet, um im Kontext einer Sitzungsunterbrechung einen Abschluss-Kommentar und eine Abschluss-Intervention für die Therapiesitzung auszuarbeiten und um Therapiesprache gemeinsam zu evaluieren sowie das weitere Vorgehen zu planen. Unter dem Einfluss von Andersen ging das Mailänder Team dazu über, ihre Reflexionen ihren Klientinnen auch unmittelbar zugänglich zu machen. Auch hier diente das Erschaffen einer „doppelten, simultanen Beobachtungsebene“ der „Erweiterung des Beobachtungsfeldes“ (Selvini Palazzoli u. Ferraresi, 1992, S. 100). Zugleich sollte der Einsatz des RTs das Risiko minimieren, dass das Therapeutenpaar, welches das Interview mit einer Familie führte, „in die dysfunktionalen Muster der behandelten Familie miteinbezogen“ wurde (ebd., S. 101) – die Teamarbeit sollte alle Beteiligten in die Lage versetzen, „sich gegenseitig zu beobachten und zu korrigieren.“ (ebd., S. 101)

Das Heidelberger Team rund um Stierlin nützte das RT insbesondere in der Arbeit mit von Psychose betroffenen Klienten/Familien, wobei sich hier ein sog. „Splitting“ des RTs als besonders hilfreich erwies: Beim Splitting vertreten Teile des psychotherapeutischen

Teams unterschiedliche Tendenzen. Sie geben zum Beispiel unterschiedliche Einschätzungen, sagen unterschiedliche Entwicklungen voraus oder schlagen verschiedene Vorgehensweisen vor. Sie spiegeln so die ambivalenten Strebungen einer Familie, eines Paares oder einer einzelnen Klientin wider und können so die hier zentrale Prämisse therapeutischer Veränderungsneutralität wahren (Retzer, 1996).

Das Team des BFTC in Milwaukee rund um de Shazer und Berg nützte das therapeutische Team von Beginn an für eine *pre-session reflection*, an der Klientinnen nicht beteiligt waren, wie auch für eine *session reflec-*

Bei der Vorgehensweise des RTs erzählen Klientinnen in einer Therapie ihre Geschichte bzw. all das, was Fokus von Therapiesprache ist, nicht nur in Anwesenheit einer Therapeutin, sondern auch in Anwesenheit von BeobachterInnen, die das Therapiesprache in der Regel von einem Nebenraum aus mittels einer Einwegscheibe oder mittels technischer Übertragung mitverfolgen.

tion (während der Therapie) und eine nach der Therapiesitzung realisierte *post-session reflection* (de Shazer, 1985; Shilts et al., 1993). Die Gestaltung der RTs orientierte sich dabei an den von de Shazer (1985) formulierten Leitprinzipien lösungsfokussierter Therapie – das RT bezog sich vorrangig auf beschriebene positive Entwicklungen, Problem-Ausnahmen, Problem-Unterschiede, Ziele und Ressourcen von Klientinnen.

Die Vorgehensweise/Das Setting des RTs wurde unter anderem von White und dem Team des Dulwich Center aufgegriffen und in Form der Verwendung von sog. *outsider witness groups* erweitert: „Outsider witnesses engage one another in conversations about the expressions of the telling they were drawn to, about the images that these expressions evoked, about the personal experiences that resonated with these expressions, and about their sense of how their lives have been touched by these expressions“ (White, 2007, p. 165-166). Als RT bzw. *outsider witnesses* fungierten hier nicht nur therapeutische Kolleginnen bzw. Teilnehmerinnen von Aus- und Weiterbildungen, die eine Therapie als im Therapieraum Mitbewesende oder durch einen Einwegspiegel beobachteten, sondern auch und vor allem Personen, die zu dem sozialen Netzwerk von Klientinnen zählten (Familie, Freunde, Kolleginnen, Lehrerinnen

nen) wie auch ehemalige Klientinnen, die sich dazu bereit erklärten, ihr Lösungswissen als Expertinnen für andere problem betroffene Personen zur Verfügung zu stellen. Ihre Einbeziehung in Therapien sollte – so White (ebd., p. 178) – vor allem zu einem „rich narrative development“ beitragen: Es sollte Klientinnen Perspektivenerweiterung ermöglichen, auf von Klientinnen ausgelassene Aspekte – etwa auf Fähigkeiten, Gelungenes und Ressourcen – fokussieren und das Entwickeln neuer Bedeutungsgebungen fördern (ebd., p. 195). Analog zu Andersen systematisierte White die Einbeziehung sozialer Anderer in Therapiegespräche in Form einer aus drei Stufen bestehenden sog. *definitional ceremony*. Der erste Schritt umfasst „the telling of the significant life story by the person for whom the definitional ceremony is for.“ Der zweite Schritt ist jener des „retelling of the story by the people invited to be outsider witnesses“. Der dritte Schritt umfasst das „retelling of the outsider witnesses` retelling, which is done by the person for whom the definitional ceremony is for.“ (ebd., p. 185)

3.3. DIE PRAXIS DES REFLEKTIERENDEN TEAMS IN RAHMEN VON AST

AST umfasst die beiden in Wien und in Linz an die Lehranstalt für systemische Familientherapie angeschlossenen therapeutischen Beratungsstellen. AST steht einzelnen Klientinnen, Paaren und Familien offen, die vor dem Hintergrund gegebener individueller Leidenszustände, belasteter partnerschaftlicher oder familiärer Beziehungen therapeutische Hilfe suchen. Gegenwärtig werden die in AST stattfindenden Therapien von fünf Lehrtherapeutinnen – Christina Lenz (bzw. ab Herbst 2017 Stefan Jirkovsky), Sigrid Binnenstein, Brigitte Lassnig, Gerald Binter und Konrad Peter Grossmann - durchgeführt.

Darüber hinaus bieten im Rahmen von AST Studierende, die an der la:sf ihre fachspezifische Ausbildung und in AST ihr psychosoziales Praktikum absolvieren, kostenlose psychosoziale, durch Lehrtherapeutinnen zuweilen unmittelbar supervidierte Begleitgespräche sowie nach Erlangung des Status als Psychotherapeutinnen in Ausbildung unter Supervision Therapiegespräche an.

AST ist ein kostenloses Angebot. Im Rahmen von AST stehen Therapie und psychosoziale Begleitung auch Klientinnen offen, die über ein geringes Einkommen verfügen und so zumeist auch jenseits ihrer Problemstellungen ein schweres Leben haben bzw. die sich Therapie im Kontext einer freien Praxis nicht leisten können.

An den hier durchgeführten Therapien nimmt für die Dauer eines Jahres eine Gruppe von Studierenden per

Videoübertragung bzw. per Einwegspiegel als Beobachterinnen teil (in eingeschränkter Weise gilt dies auch für die begleitenden psychosozialen Gespräche bzw. für die Therapiegespräche von Studierenden). Wie die Therapeutinnen unterliegen die Beobachterinnen der Verschwiegenheit. Zum Rahmen von AST gehört, dass Therapiegespräche vor Beginn im therapeutischen Team durchgesprochen und nach dem Ende gemeinsam reflektiert werden, sodass Ideen und Anregungen von Studierenden in den Therapieprozess mit einfließen.

Die Therapiegespräche werden digital aufgezeichnet. Die Aufzeichnungen unterstützen die Reflexion der stattgefundenen Therapiegespräche und werden zuweilen im Rahmen der Ausbildung in Theorie Seminaren oder bei Supervisionen für Lehrzwecke genutzt. Ein weiterer Verwendungszusammenhang ist jener der Therapiefor schung.

Klientinnen werden im Kontext ihrer telefonischen oder per email erfolgten Anmeldung zu AST über diese Rahmenbedingungen in Kenntnis gesetzt. In Erstgesprächen werden diese in der Anfangsphase noch einmal erläutert; die Klientinnen bestätigen ihr Einverständnis mit diesen Gegebenheiten durch ihre Unterschrift auf einem entsprechenden Formular.

AST steht als psychosoziale Praktikumsstelle ausschließlich Studierenden der la:sf offen. In den letzten Jahren absolvierten etwa achtzig Prozent der Studierenden der Ausbildungslehrgänge in Wien und alle Studierenden in Linz zumindest einen Teil ihres psychosozialen Praktikums in AST.

AST ist ein weites Dach, unter dem Lehrtherapeutinnen jeweils eigene Schwerpunkte setzen: So betreut z.B. Gerald Binter kleine therapeutische Teams von Studierenden, die einen Begleitungs- oder Therapieprozess einer Studierenden durchgängig von dessen Anfang bis zu dessen Ende mitplanen und mitreflektieren. Der Schwerpunkt von Sigrid Binnenstein ist jener Kind-orientierter Familientherapie.

3.4. LEITLINIEN FÜR DAS REFLEKTIERENDE TEAM IM RAHMEN VON AST

Wie oben beschrieben dient die Einbeziehung des in der Regel aus zwei Personen bestehenden RTs im Rahmen von AST mehreren Absichten: Die Einbeziehung einer „Außenperspektive“ schafft die Möglichkeit der Perspektivenerweiterung bzw. die Möglichkeit, lösungsbezogene Erzählungen von Klientinnen, die in Therapiegesprächen emergieren, zu verstärken und zu bezeugen; sie markiert das bevorstehende Ende eines Therapiegesprächs, und sie ermöglicht Studierenden einen langsamen Einstieg in die therapeutische Rolle. Geprägt wird die Gestaltung von RTs in AST unter an-

derem durch die Tatsache, dass ihre Mitglieder Studierende sind, die sich zumeist im ersten bis vierten Semester ihrer fachspezifischen Ausbildung befinden.

Die im Rahmen von AST gegebenen Leitlinien für RTs orientieren sich an von Andersen (1997, 1998) sowie von Hargens (1998) formulierten Guidelines. Hierzu zählt, dass die Mitglieder eines RTs ihren Austausch vor allem in Frageform realisieren, dass sie dabei auf die Äußerungen des jeweils anderen Bezug nehmen und dass sie nicht in (unmittelbare) Dialog mit dem Interviewsystem treten – das RT tauscht seine Gedanken ausschließlich untereinander aus. Dabei geht es um eine Vielfalt möglicher Sichtweisen, nicht um die „beste“ Idee. Die Kommunikationsbeiträge sind tendenziell kurz, schließen nach Möglichkeit aneinander an (etwa indem ein Mitglied an ein anderes eine Frage stellt), sie folgen einer Logik des Sowohl-als-auch anstelle eines Entweder-oder von Sichtweisen. Die Bei-

lich sein könnten); sie sollten Lösungsbilder (die zu Zielvorstellungen von Klientinnen passen) „einstreuen“ u. a.

Allen für RTs formulierten Guidelines liegen systemtheoretische Prämissen zugrunde: Klientinnen/Klientensysteme sind autonome Systeme, die sich ihrer Umwelt (und somit auch Therapeutinnen wie RTs gegenüber) in einer je eigenen und ihnen gemäßen Art und Weise verhalten. Sie sind strukturdeterminierte und operational geschlossene Systeme (Böse u. Schiepek, 1994, S. 20). Vor diesem Hintergrund trifft jedwedes therapeutische Intervenieren – auch jenes von RTs – auf die aktuelle Struktur von Klientinnen und deren intrapsychische wie interaktionellen Dynamiken, „wo sich entscheidet, ob und in welcher Weise dieses Umweltereignis weiterwirkt und zu strukturellen Veränderungen beiträgt.“ (Schiepek, 1999, S. 124) Die operationale Geschlossenheit von Klientinnen wird durch

ihre strukturelle Koppelung mit anderen Systemen (und damit auch mit Therapeutinnen und RTs) „aufgewogen“ – als interagierende Systeme bauen sie durch (reziproke) Koppelung miteinander und mit einer Therapeutin (bzw. einem RT) im guten Fall Bereiche von Konsens auf. Ihre Kommunikation führt zu einem gemeinsamen „strukturellen Driften“ bzw. einer „Ko-Ontogene-

Die Einbeziehung von RTs im Rahmen von AST dient mehreren Absichten: Die Einbeziehung einer „Außenperspektive“ schafft die Möglichkeit der Perspektiven-erweiterung, sie markiert das bevorstehende Ende eines Therapiegesprächs, und sie ermöglicht Studierenden einen langsamen Einstieg in die therapeutische Rolle.

träge sollten respektvoll, wertschätzend, ressourcenorientiert und im Mehrpersonensetting allparteilich sein. Sie sollen keine Verkündigungen von „Wahrheiten“ über Klientinnen darstellen, sondern als subjektive Eindrücke markiert sein. Sie sollten für Klientinnen nachvollziehbar und anschlussfähig sein. Sie fokussieren das, was im Rahmen des Therapiedialogs besprochen wurde und bergen keine Ratschläge.

Die hier angeführten Merkmale wurden von Binnenstein (2016) in eine für AST formulierte *Guideline für das RT* verdichtet. Klientinnen – so Binnenstein – sollen sich durch die „wertschätzende Zusammenfassung“ der Mitglieder des RTs gehört und verstanden fühlen; die Schwere ihres Problems soll gewürdigt werden; ihre Mitteilungen sollten auf die Ressourcen von Klientinnen fokussieren (auf solche, die Klientinnen erwähnen; auf solche, die Klientinnen nicht explizit als solche markieren; auf Ressourcen, die für ein Ertragen oder auch ein Verändern/Beeinflussen eines in der Therapiesitzung thematisierten Problems nüt-

nese“ (Maturana, 1982). Das Intervenieren von Therapeutinnen wie von RTs muss sich vor dem Hintergrund menschlicher Autonomie und Selbstorganisation als Ereignis „im Bereich der möglichen Perzeptionen des intervenierten Systems darstellen (...). Die Auswirkung dieser Informationen hängt nicht von den Absichten des Intervenierenden ab, sondern von der Operationsweise und den Regeln der Selbststeuerung des Systems, in das interveniert werden soll.“ (Willke, 1988, S. 49). Klientinnen übersetzen – so Merl (2016, S. 207) – jedwedes Intervenieren in systemeigene Information. Im guten Fall birgt das Intervenieren von Therapeutinnen wie von RTs sog. Erstmaligkeit (ebd., S. 206) und regt Klientinnen so dazu an, bisherige Sichtweisen, Lebens- und Interaktionspraktiken in Frage zu stellen und/oder alternative Fühl-Denk-Verhaltensmuster zu entwickeln, die mit ihren Wünschen, Zielen und Bedürfnissen in besserem Einklang stehen. Andersen charakterisiert diesen Vorgang im Hinblick auf den Einsatz des RTs wie folgt: „Wenn Menschen

dem Gewohnten ausgesetzt werden, bleiben sie meist dieselben. Wenn sie aber etwas Ungewöhnlichem begegnen, könnte dieses Ungewöhnliche eine Veränderung auslösen.“ (Andersen, 1996, S. 35).

4. FORSCHUNGSDESIGN UND ABLAUF UNSERES FORSCHUNGSPROJEKTS

Zur Untersuchung unserer Fragestellungen entschieden wir uns für ein retrospektives Vorgehen: Wir nutzten jene Ausschnitte von digitalisierten Dokumentationen von im Rahmen von AST im Zeitraum 2010 bis 2017 durchgeführten Therapiegesprächen, in deren Zentrum die Konversationen von RTs und die daran anknüpfenden Konversationen von Therapeutinnen und Klientinnen standen. (Das Einverständnis von

sonen bestehenden Raterinnen-Teams, um die Genauigkeit der Ratings zu optimieren. Auf die bis Juni 2017 währende Rating-Phase folgte die Phase der statistischen Auswertung der Daten und der schriftlichen Darstellung der Studie. Das Forschungsprojekt wurde durch Präsentation unserer Studie an der la:sf im Oktober 2017 abgeschlossen.

Insgesamt beteiligten sich 22 Studierende aus verschiedenen Ausbildungslehrgängen in unterschiedlich zusammengesetzten Rater-Teams an der Studie. In der ersten Phase rateten kleine Teams von 2 bis 3 Personen 13 Videos von aufgezeichneten Therapiestunden. Alle Ratings wurden anschließend abgeglichen, um eine hohe Übereinstimmung hinsichtlich der Ratings zu erzielen. Einschließlich der Einschulung der Raterinnen zu Beginn fanden insgesamt 6 Qualitätszirkel statt, bei welchen die während des Ratings aufgetauchten Fragen diskutiert und geklärt wurden. In diesem Zusammenhang wurden auch einzelne Items nachjustiert und präzisiert.

4.1. DATENBASIS

Als Datenbasis dienten uns insgesamt 131 digitalisierte Videos von im Rahmen von AST Wien und Linz von AST-Therapeutinnen und Studierenden durchgeführten Therapie- bzw. Begleitgesprächen.

Aus der Videodatenbank wählten wir Videos, in deren

Kontext zwei Studierende als RT mitwirkten. Wir wählten Videos mit Klientinnen, die hinsichtlich Alter, Problemthematik und Gender und Therapiesetting eine repräsentative Stichprobe des AST-Alltags bilden (Grossmann, 2016). Wir entschieden uns dafür, vor allem Erstgespräche zu raten, weil wir hier damit rechneten, dass die Neuartigkeit des RTs für Klientinnen einen wesentlichen Teil ihrer Erfahrung dieser Gespräche ausmachen würde und dementsprechend ihre Reaktionen auf das RT deutlicher/prägnanter als in Folgegesprächen ausfallen würden. Insgesamt waren 70 % der gerateten Gespräche Erstgespräche, 30 % waren Folgegespräche.

4.2. ERHEBUNG DER GRUNDDATEN

In einem ersten Schritt wurden für jedes geratete Video grundlegende Daten erfasst – handelte es sich um Erst- oder Folgegespräch bzw. um ein Einzel-, Paar-

Zur Untersuchung unserer Fragestellungen entschieden wir uns für ein retrospektives Vorgehen: Wir nutzten jene Ausschnitte von digitalisierten Dokumentationen von im Rahmen von AST im Zeitraum 2010 bis 2017 durchgeführten Therapiegesprächen, in deren Zentrum die Konversationen von RTs und die daran anknüpfenden Konversationen von Therapeutinnen und Klientinnen standen.

Klientinnen, die Aufzeichnungen von in AST in Anspruch genommenen Therapien/Gesprächen für Forschungszwecke zu nutzen, ist durch ihr schriftliches Einverständnis im Rahmen von Erstgesprächen sichergestellt.).

Der Ablauf unseres Forschungsprojekts gliederte sich in mehrere Schritte. Der erste, im Herbst 2015 realisierte Schritt bestand in der Präzisierung unserer Forschungsfragen und im Entwurf des Forschungsdesigns. Darauf folgte die Entwicklung eines passenden Rating-Verfahrens sowie die Auswahl jener Videos, die wir raten wollten. Nach einer ersten Ratingphase, für die wir 17 Therapievideos heranzogen, adaptierten bzw. optimierten wir unseren Ratingbogen. Der anschließende Ratingprozess wurde im Rahmen fortlaufender Forscherinnen-Meetings bzw. Qualitätszirkel immer wieder evaluiert und verbessert. Das konkrete Rating erfolgte in Form eines parallelen Ratings eines Therapievideos durch mehrere, aus zwei bis drei Per-

oder Familiensetting? (Wenn letzteres, so erfassten wir auch die Anzahl der teilnehmenden Personen.) Wir erhoben den Ausbildungsstand von Therapeutinnen (AST-Therapeutin oder Studierende). Wir kodierten das Geschlecht der Therapeutinnen wie der Klientinnen und jene ICD-10 Diagnose, mit der ein Video kodiert war. Zudem erhoben wir, ob das RT aus zwei weiblichen, zwei männlichen Mitgliedern oder einem weiblichen und einem männlichen Mitglied bestand. Von den 131 gerateten Therapiegesprächen waren 102 einzeltherapeutische Gespräche (78% der Grundmenge), 17 paar- (13%) und 12 familientherapeutische Gespräche (9%).

95 Gespräche (73%) wurden von weiblichen, 36 Gespräche (27%) von männlichen Therapeuten durchgeführt.

Von den einzeltherapeutischen Gesprächen wurden 70 Gespräche mit weiblichen, 32 mit männlichen Klienten durchgeführt. Bei den Paartherapiegesprächen lagen uns ausschließlich Therapiegespräche mit gemischtgeschlechtlichen Paaren vor. An den Familientherapiegesprächen nahmen 2 bis 5 Familienmitglieder teil.

Bei den dokumentierten Diagnosen ergab sich folgende Verteilung: 1 Therapiegespräch (1%) war mit F0 kodiert, 6 Therapiegespräche (5%) mit F1, 23 Therapiegespräche (18%) mit F3, 87 Therapiegespräche (66%) mit F4, 3 Therapiegespräche (2%) mit F5, 4 Therapiegespräche (3%) mit F6, 7 Therapiegespräche (5%) mit F9. Die Diagnosen F2, F7 und F8 waren in dem gegebenen Datenmaterial nicht vorhanden.

Alle Therapien wurden durch eine einzelne Therapeutin durchgeführt, ein therapeutisches Co-Setting kam nicht vor. 69 Therapiegespräche (53%) wurden von AST-Therapeutinnen, 62 Therapiegespräche (47%) von Studierenden durchgeführt.

Bei 74 Therapiegesprächen (57%) bestand das Reflektierende Team aus zwei weiblichen Mitgliedern, bei 3 Therapiegesprächen (2%) aus 2 männlichen Mitgliedern und bei 54 Therapiegesprächen (41%) aus einem männlichen und einer weiblichen Studierenden.

4.3. DIE UNTERSUCHTEN ITEMS

4.3.1. GESTALTUNG VON REFLEKTIERENDEN TEAMS

Für die Untersuchung des Verhaltens von RTs entschieden wir uns, sowohl inhaltliche wie strukturell-kommunikative Merkmale des Verhaltens von RT-Mitgliedern zu erfassen.

4.3.1.1. Inhaltliche Merkmale

Die Suche nach einem Verfahren, das es uns erlauben würde, charakteristische Merkmale des Verhaltens der Mitglieder eines RTs zu erheben, führte uns, wie bei

der AST-Studie I, zu dem von Schiepek et al. (1999) entwickelten „Ratinginventar Lösungsorientierter Interventionen“. Für die Auswahl des RLI war unter anderem maßgeblich, dass dieses die in den *Guidelines für das RT in AST* (Binnenstein, 2015) formulierten erwünschten Verhaltensweisen erfasst und Bezüge zu zwei für (Systemische) Therapie relevante Wirkfaktoren-Modellen enthält – zum Modell der spezifischen und unspezifischen Wirkfaktoren nach Grawe et al. (1994) sowie zum Modell der „Generischen Prinzipien der Psychotherapie“ nach Schiepek (1999; Schiepek et al., 2013). Im Kontext der ersten AST-Studie (Molan-Grinner et al., 2016) war zudem deutlich geworden, dass der RLI zu einer Differenzierung der (Selbst-)Beobachtungsfähigkeit von Studierenden beitrug und so einen positiven Zusatzeffekt barg.

Das RLI ist ein Rating-Verfahren, das therapeutische Vorgehensweisen „unabhängig von therapeutischen Grundausrichtungen messbar“ macht (Honeremann et al., 1999, S. 10). Trotz seiner Nähe zu einem lösungsfokussierten therapeutischen Vorgehen ist es nicht an dessen theoretische Voraussetzungen, Grundannahmen oder Prinzipien gebunden. Das RLI beinhaltet 23 Items, von welchen wir in einer Vorstudie 13 als für die Gestaltung des Reflektierenden Teams relevante auswählten und für das RT adaptierten. Dieses Vorgehen wendeten wir auf das Item 10 (RT stärkt die Klientin durch Anerkennung), 11 (RT fokussiert auf Problemausnahmen und Unterschiede), 12 (RT fokussiert auf Ressourcen der Klientin), 13 (RT regt eine Veränderung des Bezugsrahmens des Problems an), 14 (RT fokussiert auf Hindernisse oder Schwierigkeiten in Bezug auf Erreichen des Ziels der Klientin), 15 (RT lenkt die Aufmerksamkeit auf Zukünftiges), 16 (RT behandelt die Klientin als kompetente Expertin für sich selbst), 18 (RT bietet als „Experte/Expertin“ Problemerkklärungen an), 19 (RT führt Metapher und/oder Vergleich ein und/oder greift diese auf), 19 (RT gibt Handlungs-/Beobachtungs-/Reflexions-Anregungen über die Therapiestunde hinaus), 20 (RT realisiert Selbstoffenbarung), 21 (RT bietet eine normalisierende Beschreibung an) und 21 (RT lenkt die Aufmerksamkeit auf die Entstehungsgeschichte und/oder Ursachen des Problems) an.

Im Kontext des Ratings nützten wir eine dichotomisierte Form der Kodierung (0 = trifft nicht zu; 1 = trifft zu). Das Rating erfolgte jeweils für den gesamten Austausch des RTs.

Bei unserem Raten einzelner Items erwiesen sich die von Honeremann et al. (ebd., S.18) angegebenen Beispiele/Operationalisierungen in Form der wörtlichen Wiedergabe möglicher Äußerungen von Therapeutinnen als hilfreich, da sich diese in der Regel auf die kommunikativen Beiträge von RT-Mitgliedern übertragen ließen. In Abbildung 1 geben wir unsere Adaptie-

Item 10	RT stärkt den Klienten/die Klientin durch Anerkennung – <i>Ich finde das beeindruckend...</i> – <i>Toll, wie es der Klientin gelingt...</i>
Item 11	RT fokussiert auf Problemausnahmen und Unterschiede – <i>Aber es gibt auch Zeiten, in denen die Klientin nicht so erschöpft ist...</i>
Item 12	RT fokussiert auf Ressourcen der Klientin – <i>Ansprechen von Ressourcen jeglicher Art</i>
Item 13	RT verändert den Bezugsrahmen des Problems – <i>Umdeutungen, Reframing</i>
Item 14	RT fokussiert auf Hindernisse, Schwierigkeiten in Bezug auf Erreichen des Ziels der Klientin – <i>Das ist wirklich eine schwierige Situation...</i>
Item 15	RT lenkt die Aufmerksamkeit auf Zukünftiges.
Item 16	RT behandelt den Klienten/die Klientin als kompetente(n) Experten/in für sich selbst – <i>hat eine klare Vorstellung, wie sie...</i> – <i>hat die richtige Entscheidung getroffen, indem sie...</i>
Item 17	RT bietet als „Experte/Expertin“ Problemerkklärungen an – <i>Wenn man eine pubertierende Tochter zu Hause hat, ist es nicht leicht...</i> – <i>Ihre Depression ist die Folge von xy...</i>
Item 18	RT führt Metapher und/oder Vergleich ein und/oder greift diese auf.
Item 19	RT gibt Handlungs-/Beobachtungs-/Reflexions-Anregungen über die Therapiestunde hinaus – <i>Sie soll sich dieses Bild der Flamme erhalten...</i>
Item 20	Selbstoffenbarung – <i>Ich war selbst einmal in so einer Situation...</i> – <i>Ich kenne die Probleme aus meinem eigenen Leben...</i> – <i>Ich weiß, wie sich das als Mutter anfühlt...</i>
Item 21	Normalisierung – <i>Viele Menschen in der Situation von Frau X erleben das so...</i>
Item 22	RT lenkt die Aufmerksamkeit auf die Entstehungsgeschichte und/oder Ursache des Problems – <i>Wie Frau X das damals gemeistert hat, als ihre Mutter gestorben ist...</i>

Abb. 1: ausgewählte und adaptierte RLI-Items

rungen der von Honermann et al. angegebenen Beispiele wieder.

4.3.1.2. Strukturell-kommunikative Merkmale

In einem weiteren Schritt rateten wir den Austausch eines RTs unter strukturell-kommunikativen Gesichtspunkten: Gestaltete sich dieser Austausch „monologisch“ oder „dialogisch“? Gestaltete er sich „konsensualisiert“ oder „gesplittet“? Realisierte er sich „vorbereitet“ oder „nicht vorbereitet“?

Als dialogisch rateten wir jene RTs, bei welchen ein RT-Mitglied bei mindestens der Hälfte aller Statements Inhalte des anderen RT-Mitglieds aufgriff oder darauf Bezug nahm, beide Mitglieder kurze State-

ments realisierten und im Kontext des gesamten RTs mindestens 4 abwechselnde Statements stattfanden – trafen alle drei Merkmale zu, wurde das RT als „dialogisch“ geratet.

Als „konsensualisiert“ wurden jene RTs geratet, in welchen beide RT-Mitglieder eine inhaltlich ähnliche oder gleiche Position bezogen (etwa, wenn beide die Vorteile einer Veränderung oder eines Problems hervorhoben); als „gesplittet“ wurde ein RT geratet, wenn die Mitglieder des RTs eine unterschiedliche Position bezogen (etwa wenn ein Mitglied die Vorteile, das andere die Nachteile einer Veränderung betonte).

Als „vorbereitet“ wurde ein RT geratet, wenn die Therapeutin vor dem Betreten des Therapieraums durch das RT diesen verließ, um sich mit ihm abzustimmen; als „nicht-vorbereitet“ wurde es dann geratet, wenn das RT unmittelbar nach der Ankündigung der Therapeutin in den Therapieraum kam.

4.3.2. REZEPTION DES REFLEKTIERENDEN TEAMS DURCH KLIENTINNEN

Hinsichtlich der Rezeption des RTs durch Klientinnen unterschieden wir folgende Items: Die Rezeption des RTs durch Klientinnen wurde als „spontan“ geratet, wenn Klientinnen sich unmittelbar, nachdem das RT den Therapieraum wieder verlassen hatte, zu diesem äußerten;

wir rateten die Rezeption als „nicht-spontan“, wenn der Stellungnahme von Klientinnen zum RT ein diesbezügliches Nachfragen der Therapeutin vorausging.

Den Kommentar von Klientinnen über den Austausch des RTs rateten wir dann als „positiv“, wenn Klientinnen diesen explizit positiv bewerteten („Das hat mir gut gefallen“, „Das hat mir gutgetan“); wir rateten ihn als „ambivalent“, wenn Klientinnen sowohl positive als auch negative Bewertungen in Bezug auf den Austausch des RTs realisierten; und als „ablehnend“, wenn Klientinnen den Austausch negativ bewerteten. Erfolgte keine bewertende oder eine nur sachlich-beschreibende Kommentierung oder Frage („Kommen da

immer zwei Kollegen?“), so rateten wir dies als „fehlenden/neutralen Metakommentar“.

Die inhaltliche Bezugnahme von Klientinnen auf das RT rateten wir dann als „zustimmend“, wenn sie vom RT Beschriebenes/Erzähltes in zustimmender Weise aufgriffen; als „neutral/ambivalent“, wenn sie einzelne Inhalte zustimmend, andere ablehnend aufgriffen; und als ablehnend, wenn sie Aussagen des RTs nicht zustimmten. Wurden keine Inhalte des RTs aufgegriffen, rateten wir dies als nicht vorhandene inhaltliche Bezugnahme.

Aussagen von Klientinnen nach dem RT rateten wir dann als „weiterführend“, wenn sie aus dem Austausch des RTs Schlüsse zogen; wenn sie auf ihr mit dem RT verbundenes Erleben im „Hier und Jetzt“ fokussierten; wenn sie Schlüsselwörter oder Metaphern des RT aufgriffen; wenn sie vom RT eingebrachte Anregungen aufgriffen und/oder Sichtweisen des RT explizit bestätigten.

Wir rateten die Rezeption des RT durch Klientinnen dann als „positiv berührt“, wenn sie in ihrer verbalen, paraverbalen und/oder nonverbalen Reaktion auf das RT Zeichen von Freude, Entspannung, Stolz oder andere positive Affekte zeigten; wir rateten diese Rezeption als „negativ berührt“, wenn Klientinnen in Folge des RTs negative Affekte signalisierten; und wir rateten die Rezeption als „nicht erkennbar“, wenn solche Signale im Kontext der Videos nicht oder nicht eindeutig erkennbar waren.

4.3.3. REZEPTION DES REFLEKTIERENDEN TEAMS DURCH THERAPEUTINNEN³

Hinsichtlich der Rezeption des RTs durch Therapeutinnen rateten wir folgende Items: Den Kommentar von Therapeutinnen zum Austausch des RTs rateten wir dann als „positiv“, wenn sie diesen explizit positiv bewerteten. Wir rateten ihn als „ambivalent“, wenn Therapeutinnen sowohl positive wie negative Bewertungen in Bezug auf diesen Austausch realisierten und als „ablehnend“, wenn Therapeutinnen diesen negativ bewerteten. Erfolgte keine bewertende oder eine nur sachlich-beschreibende Kommentierung („Jetzt haben Sie das Reflektierende Team kennengelernt.“), so rateten wir dies als „fehlenden/neutralen Metakommentar“.

Die inhaltliche Bezugnahme von Therapeutinnen rateten wir dann als „zustimmend“, wenn sie vom RT Beschriebenes/Erzähltes in zustimmender Weise aufgriffen; als „neutral/ambivalent“, wenn sie einzelne Inhal-

te zustimmend, andere ablehnend aufgriffen; und als „ablehnend“, wenn sie Aussagen des RTs nicht zustimmten. Wurden keine Inhalte des RTs aufgegriffen, rateten wir dies als nicht vorhandene inhaltliche Bezugnahme.

Aussagen von Therapeutinnen nach dem RT rateten wir dann als „weiterführend“, wenn sie aus dem Austausch des RTs Schlüsse zogen; wenn sie auf das mit dem RT verbundene Erleben von Klientinnen im „Hier und Jetzt“ fokussierten; wenn sie Schlüsselwörter oder Metaphern des RTs aufgriffen; wenn sie vom RT eingebrachte Anregungen aufgriffen und/oder Sichtweisen des RT explizit bestätigten.

Wir rateten die Rezeption von Therapeutinnen dann als „positiv berührt“, wenn sie in ihrer verbalen, paraverbalen und/oder nonverbalen Reaktion auf das RT Zeichen von Freude, Entspannung, Stolz oder andere positive Affekte zeigten; wir rateten sie als „negativ berührt“, wenn sie in Folge des RTs negative Affekte signalisierten; und wir rateten diese Rezeption als „nicht erkennbar“, wenn solche Signale im Kontext der Videos nicht oder nicht eindeutig erkennbar waren.

4.4. STATISTISCHE AUSWERTUNG

4.4.1. GESTALTUNG VON REFLEKTIERENDEN TEAMS

Für die statistische Berechnung der Häufigkeit aller diesbezüglichen Items wurden die Ratings der Beobachterinnen gemittelt. Bezogen auf die 13 RLI-Variablen ergab sich über alle Videos hinweg ein Mittelwert von 9.34 (Standardabweichung = 2.81, Minimum = 4, Maximum = 17) – im Mittel wurden demnach in RTs mehr als 9 der 13 untersuchten RLI-Items realisiert.

4.4.2. REZEPTION DURCH KLIENTINNEN UND THERAPEUTINNEN

In gleicher Weise wurden für die Berechnung der Häufigkeit aller rezeptionsbezogenen Items die Ratings der Beobachterinnen gemittelt.

4.4.3. AUSWIRKUNG DER GESTALTUNG VON REFLEKTIERENDEN TEAMS AUF DIE REZEPTION DURCH KLIENTINNEN WIE THERAPEUTINNEN

In der Auswertung wurden die Mittelwerte in den RT-Skalenwerten in Abhängigkeit von 0 (Kategorie nicht gewählt) und 1 (Kategorie gewählt) für jede einzelne Beurteilungskategorie durchgeführt. Die Auswertung erfolgte mit Hilfe des sequentiellen Dreieckstests für den Vergleich von Erwartungswerten in zwei unabhängigen Stichproben. Für die Analyse wurden folgende Kennwerte festgelegt: $\alpha = 0.05$, $\beta = 0.1$ und $\theta = 2/3$. Ent-

³ Als „Therapeutin“ werden im Folgenden alle Personen verstanden, die die unmittelbaren Gesprächspartnerinnen von Klientinnen sind. Der Begriff umfasst damit sowohl AST-Therapeutinnen wie auch Studierende vor und nach dem Status, die mit Klientinnen psychosoziale Begleitgespräche oder Therapiegespräche führen.

sprechend dieser Spezifikation soll ein relevanter Effekt von 2/3 Standardabweichung mit einem Typ-I-Risiko von 0.05 und einer statistischen Power von 0.9 entdeckt werden. Laut Nullhypothese gibt es keinen Mittelwertsunterschied, während die Alternativhypothese für einen Mittelwertsunterschied spricht. Sämtliche Tests wurden zweiseitig durchgeführt.

5. ERGEBNISSE

5.1. DIE GESTALTUNG VON REFLEKTIERENDEN TEAMS

5.1.1. INHALTLICHE MERKMALE

Die einzelnen RLI-Variablen prägten sich wie folgt aus: In 109 (83%) der Gespräche stärkte das RT Klientinnen durch Anerkennung; in 25 Gesprächen (20%) fokussierte es auf Problemausnahmen und Unterschiede; in 92 Gesprächen (70%) fokussierte es auf Ressourcen von Klientinnen; in 20 Gesprächen (15%) versuchte das RT den Bezugsrahmen des Problems zu verändern; in 51 Gesprächen (39%) fokussierte es auf Hindernisse und Schwierigkeiten, die für Klientinnen in Bezug auf das Erreichen von Zielen bestanden; in 61 Gesprächen (46%) lenkte das RT die Aufmerksamkeit auf Zukünftiges; in 74 Gesprächen (56%) behandelte es Klientinnen als kompetente Expertinnen für sich selbst; in 33 Gesprächen (25%) boten die Mitglieder des RTs als Expertinnen Erklärungen für gegebene Problemstellungen an; in 43 Gesprächen (33%) führte das RT Metaphern und/oder Vergleiche ein bzw. griff Metaphern bzw. Vergleiche von Klientinnen auf; in 50 Gesprächen (38%) gab es Handlungs-, Beobachtungs- oder Reflexionsanregungen, die über die Therapiestunde hinaus zielten; in 9 Gesprächen (6%) realisierte es Selbstoffenbarung; in 23 Gesprächen (17%) verwendete es normalisierende Beschreibungen; in 24 Gesprächen (18%) lenkte das RT die Aufmerksamkeit auf die Entste-

hungsgeschichte und/oder die Ursachen eines Problems (siehe Abb. 2).

5.1.2. STRUKTURELL-KOMMUNIKATIVE MERKMALE

In 119 Gesprächen (91%) entsprach der Austausch des RTs einer monologischen, in 12 Gesprächen (9%) einer dialogischen Austauschform (siehe Abb. 3).

In 124 Gesprächen (95%) realisierte sich der Austausch des RTs in einer konsensualisierten, in 7 Gesprächen (5%) in einer gesplitteten Form (siehe Abb. 4).

In 18 Gesprächen (14%) verließ die Therapeutin den Therapieraum, um mit dem RT dessen Austausch vorzubereiten; in 113 Therapiesgesprächen (86%) fand diese Vorbereitung nicht statt (siehe Abb. 5).

5.2. DIE REZEPTION VON REFLEKTIERENDEN TEAMS DURCH KLIENTINNEN

In 37 Gesprächen (28%) reagierten Klientinnen mit spontanen Kommentaren auf das RT; in 94 Gesprächen (72%) äußerten sich Klientinnen zum RT erst auf ein Nachfragen ihrer Therapeutinnen hin (siehe Abb. 6).

In 69 Gesprächen (53%) bewerteten die Klientinnen den Austausch des RT positiv, in 11 Gesprächen (8%) ambivalent, in 1 Gespräch (1%) negativ. In 49 Therapiesgesprächen (38%) erfolgte keine oder eine neutrale Bewertung (siehe Abb. 7).

In 72 Therapiesgesprächen (55%) stimmten Klientinnen den Aussagen des RTs zu; in 32 Gesprächen (24%) stimmten sie Teilen der Aussagen zu; in 2 Gesprächen (2%) lehnten Klientinnen die Aussagen des RTs als nichtzutreffend ab. In 24 Gesprächen (19%) fand keine inhaltliche Bezugnahme statt (siehe Abb. 8).

In 61 Gesprächen (47%) formulierten Klientinnen Schlussfolgerungen, die sich für sie aus dem Austausch des RTs ergaben. In 34 Gesprächen (26%) beschrieben Klientinnen unmittelbare Auswirkungen, die der Austausch des RT im Hier und Jetzt auf sie barg. In 53 Gesprächen (40%) wurden vom RT verwendete Metaphern, Schlüsselwörter und Vergleiche von Klientinnen in ihrer Kommentierung aufgegriffen; in 17 Therapiesgesprächen (13%) deklarierten Klientinnen Ziele und Absichten, die mit den Aussagen des RTs in Zusammenhang standen (siehe Abb. 9).

In 81 Gesprächen (62%) zeigte sich eine positive Berührtheit von Klientinnen im Anschluss an das RT, in 17 Gesprächen (13%) eine negative Berührtheit, in 33 Gesprächen (25%) war diese nicht erkennbar (siehe Abb. 10).

Abb. 2: Ausprägung der einzelnen Variablen – RLI-Profil

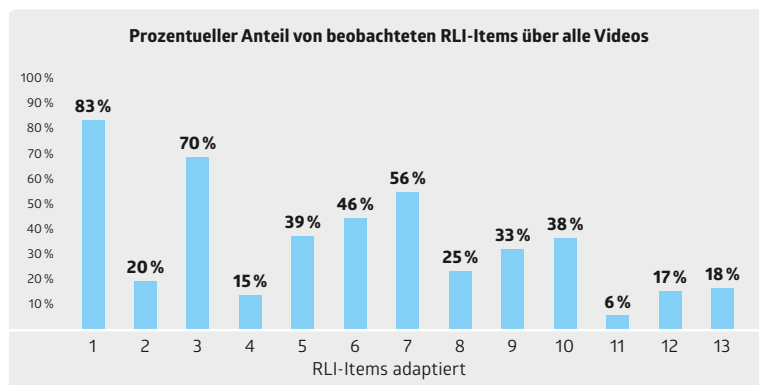




Abb. 3



Abb. 4



Abb. 5

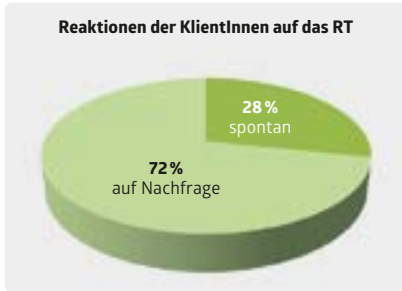


Abb. 6

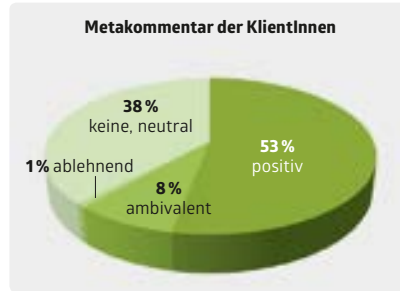


Abb. 7



Abb. 8

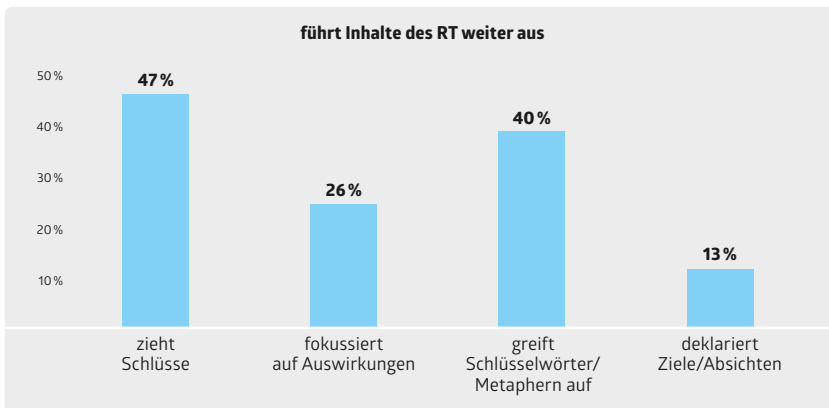


Abb. 9: Inhaltliche Bezugnahme



Abb. 10

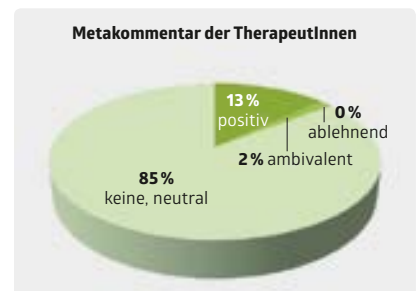


Abb. 11

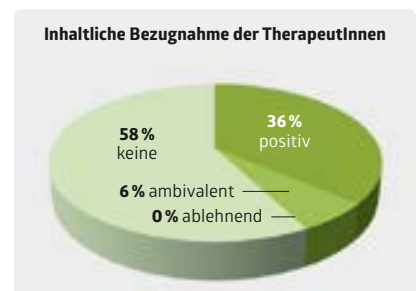


Abb. 12

5.3. DIE REZEPTION VON REFLEKTIERENDEN TEAMS DURCH THERAPEUTINNEN

In 17 Gesprächen (13%) bewerteten Therapeutinnen den Austausch des RTs positiv; in 2 Therapiegesprächen (2%) fiel ihre Bewertung ambivalent aus; in 111 Gesprächen (85%) erfolgte keine Bewertung oder eine neutrale Beschreibung des RTs; eine negative Bewertung des RTs durch Therapeutinnen fand sich in keinem einzigen Fall (0%, siehe Abb. 11).

In 47 Therapiegesprächen (36%) stimmten die Therapeutinnen den Aussagen des RTs explizit zu; in 8 Gesprächen (6%) stimmten sie teilweise zu; in keinem einzigen Fall fand sich ein inhaltlich ablehnender Kommentar der Therapeutinnen zum RT; in 75 Gesprächen (58%) nahmen die Therapeutinnen keinen inhaltlichen Bezug auf die Aussagen des RTs (siehe Abb. 12).

In 25 Gesprächen (19%) zogen die Therapeutinnen weiterführende Schlüsse aus den Aussagen des RTs; in 18 Gesprächen (14%) fokussier-

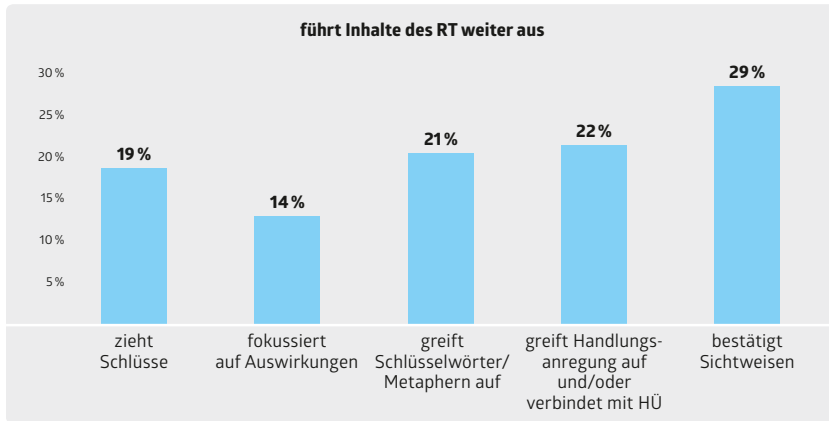


Abb. 13: Inhaltliche Bezugnahme der TherapeutInnen auf das RT

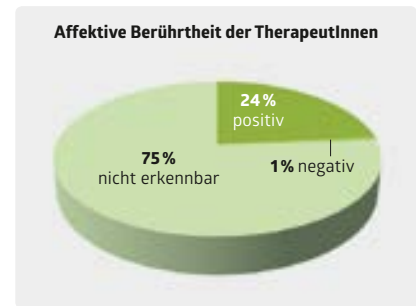


Abb. 14

ten sie auf unmittelbare Auswirkungen des RTs auf das Erleben von Klientinnen im „Hier und Jetzt“; in 27 Gesprächen (21%) griffen sie vom RT verwendete Schlüsselwörter auf; in 29 Gesprächen (22%) griffen sie seitens des RTs formulierte Anregungen auf; in 38 Gesprächen (29%) wurden vom RT formulierte Sichtweisen explizit bestätigt (siehe Abb. 13).

In 30 Gesprächen (24%) zeigte sich bei Therapeutinnen nach dem Austausch des Reflektierenden Teams eine positive affektive Berührtheit; in 1 Therapie (1%) eine deutliche negative Berührtheit, in 98 Therapiegesprächen (75%) war eine affektive Berührtheit der Therapeutinnen nicht erkennbar (siehe Abb. 14).

5.4. ZUSAMMENHÄNGE ZWISCHEN DER GESTALTUNG VON REFLEKTIERENDEN TEAMS UND SEINER REZEPTION DURCH KLIENTINNEN WIE THERAPEUTINNEN

Eine gering signifikante Korrelation besteht zwischen der Ausprägung der RLI-Items in RTs und der Bewertung/Metakommentierung von RTs durch Klientinnen: Sind bei RTs die RLI-Items stärker ausgeprägt, äußern sich Klientinnen häufiger spontan oder auch auf Nachfragen der Therapeutin hin positiv über das RT.

Andere statistisch signifikante Korrelationen zwischen der Gestaltung des RTs und seiner Rezeption durch Klientinnen wie Therapeutinnen konnten nicht nachgewiesen werden. Eine Erklärung dafür ist, dass die Profile der RTs sehr hohe Ähnlichkeit bargen, was sich auch in der geringen Standardabweichung der RLI-Profile sowie in der Ähnlichkeit strukturell-kommunikativer Merkmale von RTs (überwiegend monologische Gestaltung, konsensualisiertes RT, nicht vorbereitetes RT) bei den untersuchten Videos widerspiegelt. Unser Datenmaterial barg zu wenig differente Formen des RTs – Videos mit geringer RLI-Ausprägung

kamen praktisch nicht vor, was darauf verweist, dass RTs im Rahmen von AST sehr einheitlichen Richtlinien/Prämissen folgen.

6. INTERPRETATION

6.1. DIE GESTALTUNG VON REFLEKTIERENDEN TEAMS IM RAHMEN VON AST

6.1.1. INHALTLICHE MERKMALE

Das Profil der Ausprägung der inhaltlichen Items (s. Abb.2) veranschaulicht, dass das verbale Verhalten von RT-Mitgliedern den Guidelines für das RT in AST in hohem Maß entspricht. Ein Vergleich mit den Ergebnissen der AST-Studie I (Molan-Grunner et al., 2016) legt zudem nahe, dass sich das Verhalten von RT-Mitgliedern in hohem Maß an dem Verhalten von in AST tätigen Therapeutinnen orientiert – in der Ausprägung der Items zeigt sich eine starke Übereinstimmung mit charakteristischen Verhaltensweisen von AST-Therapeutinnen: „Der Therapiestil der LehrtherapeutInnen in AST ist ... vor allem durch ihr Bemühen um eine empathische, wertschätzende und kooperative Therapiebeziehung charakterisiert. Sie bemühen sich um positiven Rapport und Kooperation (Item 10), stärken KlientInnen durch Anerkennung (Item 1), behandeln KlientInnen als kompetente ExpertInnen für sich selbst (Item 11), explorieren deren Lebenskontext (Item 23), greifen deren Sprache und Metaphern auf (Item 16) und klären und respektieren deren Anliegen, Auftrag und Erwartungen (Item 5). In durchschnittlich 90 Prozent aller beobachteten Therapiesequenzen von Erstgesprächen versuchen die LehrtherapeutInnen, positiven Rapport und Kooperation herzustellen (Item 10). In durchschnittlich 49 Prozent aller Therapiesequenzen stärken sie KlientInnen durch Anerkennung; in 47 Pro-

zent aller einminütigen Sequenzen behandeln sie „KlientInnen als kompetente ExpertInnen für sich selbst“ (Item 11).“ (Molan-Grinner et al., 2016, S. 14)

Das Profil veranschaulicht zudem, dass sich RTs im Rahmen von AST in vielen Fällen an Prämissen lösungsfokussierter wie narrativer Therapie orientieren. Wir nehmen an, dass auch die Auswahl des Ratingverfahrens hier einen mitbestimmenden Einfluss auf das Ergebnis birgt – Akte der Beobachtung sind letztlich durch den Standort von Beobachterinnen und durch die „Instrumente“, die sie für ihre Beobachtung nutzen, wesentlich mitbestimmt.

Am stärksten ausgeprägt sind drei Items: Das RT stärkt Klientinnen durch Anerkennung (83%); es fokussiert auf ihre Ressourcen (70%) und behandelt sie als kompetente Expertin für sich selbst (56%).

Die Stärkung von Klientinnen durch Anerkennung und ihre Wahrnehmung und Konotierung als Expertinnen seitens der RTs verweisen nicht nur auf einen AST-spezifischen Therapieansatz, sie lassen sich auch und vor allem als Ausdruck des Respekts von RT-Mitgliedern in Bezug auf Klientinnen lesen. Gemäß den Ergebnissen der therapeutischen Wirkforschung stellt der von Klientinnen seitens ihrer Therapeutinnen erlebte Respekt einen der stärksten Prädiktoren dafür dar, ob eine Therapie ein gutes Ende findet (Orlinsky et al., 1995; Bachelor u. Horvath, 2001, S. 144). Es liegt nahe, dass dies auch für die Beiträge eines RT zu einer Therapie gilt. „Anerkennung“ und „Zuschreibung von Expertentum für sich selbst“ entsprechen einer Prämisse der „Zeugenschaft“ bzw. einem Konzept des Re-Authoring (White, 2007), indem sie die Selbstwirksamkeit und Lösungskompetenz von Klientinnen in den Mittelpunkt eines Therapiegesprächs stellen. Auf diese Weise trägt das im Rahmen von AST realisierte RT wohl tatsächlich zu dem von Caby (2016, S. 253) postulierten „Kontakt auf Augenhöhe“ im Kontext des Therapiesystems bzw. zu einer „Machtbalance des therapeutischen Gesprächs“ sowie zu einer De-Zentrierung von Therapie (White, 2007) mit bei.

Auch die hohe Ressourcenorientierung von RTs entspricht den Ergebnissen therapeutischer Wirkforschung und den daraus ableitbaren Schlussfolgerungen: Das Ausmaß, in welchem Therapeutinnen ihre Aufmerksamkeit auf Ressourcen von Klientinnen richten, ist für das outcome einzelner Therapiedialoge bzw. von Therapien insgesamt von hoher Bedeutung (Grawe, 2004, S. 390). Im Kontext sog. „wirksamer Therapien“ weisen Therapeutinnen deutlich häufiger auf positive Möglichkeiten und Fähigkeiten ihrer Klientinnen hin, während sie diese in „weniger wirksamen Therapien“ häufiger mit Beschreibungen ihrer Defizite konfrontieren (ebd., S. 390). „Es ist“ – so Tallman und Bohart (2001, S. 122) – „die Mobilisierung

der Ressourcen von KlientInnen, welche therapeutisch wirkt, nicht die Anwendung einer Technik auf ein Problem... („)“ Wir nehmen an, dass sich das Gesagte auch auf die Beiträge von RTs zu Therapien übertragen lässt - hilfreiche RTs fokussieren vor allem die Ressourcen und Fähigkeiten von Klientinnen und tragen so zur Entwicklung alternativer Selbst-Erzählungen mit bei. Das von RTs in AST realisierte verbale Verhalten lässt sich auch als Versuch lesen, zu Klientinnen trotz der mit dem RT verbundenen Limitierungen - zeitlich kurzer unmittelbarer Kontakt mit Klientinnen; abgewandte Sitzposition; Adressieren des anderen RT-Mitglieds u.a. - eine positive Beziehung aufzubauen, die letztlich der Anschlussfähigkeit ihrer Aussagen dient. Dieses Bemühen um Anschlussfähigkeit öffnet – so Grawe et al. (1994, S. 781) – „den Patienten ... für die therapeutischen Einflüsse, macht ihn aufnahmebereit für die therapeutischen Interventionen, die ohne eine solche Aufnahmebereitschaft nicht viel ausrichten würden.“ In der Empathie von RT-Mitgliedern für Klientinnen wie auch in ihrer Anerkennung und Ressourcenorientierung kommt ein „unspezifischer Wirkfaktor“ (ebd., S. 713) zum Tragen. Empathie, Anerkennung und Ressourcenorientierung stellen „positive therapeutische Verhaltensweisen“ (Asay u. Lambert, 2001, S. 55) dar, die eine „unterstützende Arbeitsumgebung“ (Tallman u. Bohart, 2001, S. 117) schaffen, in deren Rahmen Klientinnen sich ihren generativen Such- und Problemlösungsprozessen widmen können. Etwa 30 Prozent der Wirksubstanz von Psychotherapie geht auf diesen unspezifischen Wirkfaktor zurück, zu dem in AST RTs offensichtlich mit beitragen.

Am geringsten ausgeprägt sind drei Items – die „Selbstoffenbarung“ von RT-Mitgliedern (6%), normalisierendes Beschreiben gegebener Problemstellungen von Klientinnen durch das RT (17%) und das Anregen eines veränderten Bezugsrahmens von gegebenen Problemstellungen.

Wir sehen darin (eher) günstige Verhaltensweisen des RT: Selbstoffenbarungen von Therapeutinnen werden – so Bachelor und Horvath (2001, S. 150) – nur in spezifischen Kontexten von Klientinnen als hilfreich bewertet, unter anderem deshalb, weil sie den Fokus von Therapiegesprächen von Klientinnen auf Therapeutinnen (bzw. auf RT-Mitglieder) hinlenken.

In ähnlicher Weise kritisch betrachten wir die Wirkung „normalisierender Beschreibungen“ von Problemstellungen von Klientinnen – wiewohl als entlastend intendiert, bergen sie die Gefahr der Entindividualisierung des Leids von Klientinnen und werden so der Einmaligkeit ihrer Erfahrung vielfach nicht gerecht.

Dass das RT nur selten versucht, den für Klienten gegebenen Bezugsrahmen eines Problems zu verändern,

ist auf den ersten Blick erstaunlich, stellt doch dieses Vorgehen eine zentrale Prämisse des RT dar: Ein RT sollte – so Andersen (2011, S. 55) – mithelfen, „unterschiedliche Versionen von definierten Probleme zu liefern“. Möglicherweise sind Vorgänge des Reframens für gegenwärtige systemische Therapie nicht mehr von so zentraler Bedeutung (und möglicherweise färbt dies auf gegenwärtiges RTs ab). Möglicherweise steht dies auch mit dem Ausbildungsstand der Mitglieder von RTs in Zusammenhang – da sie sich in der Regel erst zu Beginn ihrer fachspezifischen Ausbildung befinden, wird ein Reframen möglicherweise als risikobehaftetes Vorgehen betrachtet.

6.1.2. STRUKTURELL-KOMMUNIKATIVE MERKMALE

Es überraschte uns, in welchem hohem Ausmaß sich der Austausch von RTs in einer monologischen Form gestaltete (91%), obwohl die *Guidelines für das RT in AST* eine dialogische gestaltete Austauschform nahelegen. Unserer Vermutung nach spielt hierfür die Unsicherheit hinsichtlich der eigenen Beiträge im RT eine be-

und der zu Beginn der Ausbildung gegebene geringe theoretische Ausbildungsstand der RT-Mitglieder kann auch mit ausschlaggebend dafür sein, dass sich der Austausch des RTs nahezu durchgängig in einer konsensualisierten und nur sehr selten (5%) in einer gesplitteten Form realisierte. Dem entspricht, dass gesplittete RTs eher in Kontexten stattfanden, in welchen die Therapeutin den Therapieraum verließ, um mit dem RT dessen Austausch vorzubereiten.

6.2. DIE REZEPTION VON REFLEKTIERENDEN TEAMS DURCH KLIENTINNEN

Nur in 28 Prozent der Gespräche reagierten Klientinnen mit spontanen Kommentaren auf das RT; in nahezu drei Viertel der Gespräche äußerten sie sich zum RT erst auf ein Nachfragen ihrer Therapeutinnen hin. In Erstgesprächen steht diese Reaktion von Klientinnen vermutlich mit deren Unvertrautheit mit dem RT in Zusammenhang. Auch wenn Therapeutinnen zu Beginn des Gesprächs dessen Ablauf, Rahmen und Zielsetzung skizzieren kann unklar bleiben, auf welche

Weise das RT in weitere Gespräche integriert wird).

Dort, wo Klientinnen das RT explizit bewerten, fällt diese Bewertung fast ausschließlich positiv aus – das RT wird als „interessant“, „bereichernd“, „berührend“ o.ä. attribuiert. Diesem Ergebnis entspricht die hohe Zahl der zustimmenden Äußerungen von Klientinnen zu Aussagen von RT-Mitgliedern (nur in 2 Gesprächen lehnten Klientinnen die Aussagen des RTs als „nicht-zutreffend“ ab). Die positive Rezeption spiegelt sich in den kommunikativen Anschlüssen von Klientinnen an das RT wider – etwa die Hälfte aller Klientinnen

zog Schlussfolgerungen aus dem Austausch des RTs, ein Viertel beschrieb unmittelbare (positive) Auswirkungen, die der Austausch des RTs im Hier und Jetzt auf sie barg. 40 Prozent der Klientinnen griffen vom RT verwendete Metaphern, Schlüsselwörter und Vergleiche auf. Der positiven Rezeption von RTs entspricht zudem, dass sich erkennbare affektive Berührtheit von Klientinnen als Reaktion auf den Austausch des RTs vor allem in Form positiver Affekte realisierte. Offensichtlich bewertet eine große Zahl der Klientinnen das RT als hilfreichen, anschlussfähigen und relevanten Therapiebeitrag. Naheliegend ist, dass der Aus-

Offensichtlich bewertet eine große Zahl der Klientinnen das RT als hilfreichen, anschlussfähigen und relevanten Therapiebeitrag. Naheliegend ist, dass der Austausch des RT aus sowohl inhaltlichen Gründen als auch aus Gründen der choreografischen Platzierung zu einem positiv erlebten Stundenergebnis von Klientinnen beiträgt und so das Erleben des gesamten Gesprächs durch Klientinnen mit einfärbt.

deutsame Rolle – RT-Mitglieder sind offensichtlich mehr auf das eigene Erzählen (und Erzählenwollen) fokussiert als auf das Erzählen des anderen RT-Mitglieds. Möglicherweise wird die Prämisse eines dialogischen Austausches auch durch AST-Therapeutinnen zu wenig vermittelt/expliziert bzw. in Simulationen des RTs eingeübt. Dem entspricht, dass die überwiegende Zahl aller RTs (86%) ohne vorherige Einbettung/Vorbereitung durch Lehrtherapeutinnen erfolgen und dass gesplittete im Gegensatz zu konsensualisierten RTs kaum zur Anwendung kommen (5%).

Die Unsicherheit hinsichtlich der eigenen RT-Beiträge

tausch des RT aus sowohl inhaltlichen Gründen (etwa in Form von Anerkennung bzw. in Form der Hervorhebung von Ressourcen und Fähigkeiten von Klientinnen) als auch aus Gründen der choreografischen Platzierung – das RT findet fast immer kurz vor dem Ende eines Therapiegesprächs statt und lässt sich der Phase des „Stundenabschlusses“ zurechnen (Grossmann, 2014) – zu einem positiv erlebten Stundenergebnis von Klientinnen beiträgt und so das Erleben des gesamten Gesprächs durch Klientinnen mit einfärbt. Die Häufigkeit und das Ausmaß eines positiven Stundenergebnisses ist – so Grawe (2004) – für das gesamte outcome einer Therapie von hoher Relevanz.

Mit Grossmann (2016) lässt sich Therapie als Rahmen denken, in dem eine Klientin/ein Paar/eine Familie und eine Therapeutin zusammenwirken, um für deren Problemgeschichte(n) ein besseres Ende – ein (zumindest kleines) Happy End – zu finden. Dazu leisten RTs in AST einen wesentlichen Beitrag.

6.3. DIE REZEPTION VON REFLEKTIERENDEN TEAMS DURCH THERAPEUTINNEN

Therapeutinnen bewerteten in der Reflexion des RTs mit ihren Klientinnen den Austausch des RTs nur in seltenen Fällen in expliziter Weise: In 85 Prozent der Gespräche erfolgte keine Bewertung oder eine neutrale Beschreibung des RTs; eine negative Bewertung des RTs durch Therapeutinnen fand sich in keinem einzigen Gespräch. Zudem fand sich in keinem einzigen Fall ein inhaltlich ablehnender Kommentar von Therapeutinnen in Bezug auf das RT. Überraschend fanden wir die hohe Zahl der Gespräche (57%), in welchen die Therapeutinnen keinen inhaltlichen Bezug auf die Aussagen des RTs nahmen. Wir vermuten, dass die hier von Therapeutinnen realisierte „Zurückhaltung“ unter anderem mit der zeitlichen Platzierung des RTs am Ende eines Therapiegesprächs in Zusammenhang steht – möglicherweise entspricht sie der Absicht von Therapeutinnen, vom RT eingeführte Inhalte nicht noch zu vertiefen und damit den Abschluss des Gesprächs hinauszuzögern. Diese „Zurückhaltung“ spiegelt sich auch darin wider, dass Therapeutinnen eher selten weiterführende Schlüsse aus den Aussagen des RTs ziehen; dass sie eher selten auf unmittelbare Auswirkungen des RTs auf das Erleben von Klientinnen im „Hier und Jetzt“ fokussieren u.a.. Am häufigsten schließen Therapeutinnen inhaltlich an das RT an, indem sie von diesem formulierte Sichtweisen explizit bestätigten.

Ebenfalls überraschend war, dass in drei Viertel aller Gespräche keine affektive Berührtheit der Therapeutinnen als Reaktion auf das RT erkennbar war. Zum Teil ist dies durch das Datenmaterial erklärbar – auf

den vorhandenen Therapievideos sind, bedingt durch den Winkel der Kamera, Klientinnen deutlicher zu erkennen als Therapeutinnen; zum Teil lässt sich der Unterschied zwischen der affektiven Rezeption des RTs durch Klientinnen und Therapeutinnen dadurch erklären, dass das RT in seinen Aussagen auf erstere, nicht auf letztere fokussiert. Eine mögliche weitere Erklärung ist, dass Therapeutinnen während des Austausches des RTs zumindest partiell mit anderem als mit aufmerksamem Zuhören beschäftigt sind - aus unserer Erfahrung während des Praktikums wissen wir, dass Therapeutinnen während der Zeit des RTs die für sie gegebene „Pause“ im Dialog/Multilog für innere Suchprozesse rund um ein passendes, am Ende des Erstgesprächs formuliertes Kontraktangebot an Klientinnen und/oder für Suchprozesse in Zusammenhang mit einem das Gespräch abschließenden Sitzungskommentar bzw. für die Entwicklung einer Beobachtungs-, Reflexions- oder Handlungsaufgabe nutzen, die sie Klientinnen mit auf den Weg geben wollen. Dennoch erscheint uns das tendenziell geringe Aufgreifen der Intentionen des RTs durch Therapeutinnen vor dem Hintergrund seiner sehr positiven Bewertung und inhaltlichen Weiterführung durch Klientinnen als ein „Vergeben der Chance“, das Potenzial eines RTs in Therapiegesprächen in vollem Umfang zu nützen.

6.4. ZUSAMMENHÄNGE ZWISCHEN DER GESTALTUNG VON REFLEKTIERENDEN TEAMS UND IHRER REZEPTION DURCH KLIENTINNEN WIE THERAPEUTINNEN

Hier zeigte sich, dass die RTs in ihrer Gesamtheit zu homogen waren, um signifikante Korrelationen festzustellen.

7. FAZIT

7.1. EINORDNUNG UND KRITIK DER STUDIE

Die vorgestellte Ast-Studie II ist, wie ihre Vorgängerin, eine retrospektive Studie, die einem naturalistischen Design folgt – die hier untersuchten Therapien bzw. Therapieausschnitte waren zu dem Zeitpunkt, als sie stattfanden, nicht von unserem Forschungsinteresse beeinflusst.⁴ Inhaltlich verorten wir unsere Studie in der differentiellen Psychotherapie-/Effizienzforschung. (Welche Behandlungsmaßnahme durch wen führt bei welchen Individuen mit welcher Problematik unter

⁴ Während sog. Effektivitätsstudien Merkmale real praktizierter Therapie unter ökologisch validen Bedingungen erheben und einem naturalistischen Design folgen, untersuchen sog. Effizienzstudien Effekte von Psychotherapie unter kontrollierten und spezifischen, von einer Forschungsfrage angeleiteten Bedingungen (Seligman, 1995, p. 966).

welchen Bedingungen zu welchem Zeitpunkt zu welchem Ergebnis?)

Dass wir als Forscherinnen unsere Ausbildung an der la:sf absolvierten/absolvieren und im Rahmen von AST große Teile unseres Praktikums leisteten, mitbeeinflusst ohne Zweifel unser Rating wie auch unsere Interpretation der Ergebnisse. Wir hoffen aber, dass wir uns um eine ausreichend kritische und distanzierte Position bemüht haben und durch Reflexion, durch unsere wechselseitigen Abstimmungsprozesse im Rahmen der Qualitätszirkel, durch den gemeinsamen kritischen Diskurs und das Einhalten wissenschaftlicher Regeln die Subjektivität unseres Blicks auf das RT und seine Auswirkungen – soweit es uns möglich war – eingegrenzt haben.

7.2. PERSÖNLICHE IMPLIKATIONEN

„Konversationen brauchen“ – so einst Andersen (1996, S. 47). – „Pausen, die ausreichen, um über den Prozess der Konversation nachzudenken.“ Für uns als Forscherinnen stellte unser Forschungsprojekt eine solche „Pause des Nachdenkens“ über das Kommunizieren von RTs (und damit über unser eigenes Kommunizieren als RT-Mitglieder während unseres Praktikums) und über dessen Auswirkungen auf Klientinnen wie Therapeutinnen dar. Das Forschungsprojekt unterstützte uns darin, eine Beobachterinnenrolle einzunehmen und in der Folge auch achtsamer in Bezug auf unser eigenes therapeutisches Handeln zu werden.

Jede von uns Forscherinnen machte im Rahmen des Forschungsprojekts eigene und höchst persönliche Lernerfahrungen. Eine von uns formulierte dies in ihrer abschließenden Reflexion wie folgt: „Die anregenden Diskussionen zeigten, dass wir auf unterschiedliche Marker (visuell, körpersprachlich, akustisch...) sahen, meist andere Schlüsse zogen und daher zu verschiedenen Einschätzungen kamen. Die zu Tage getretenen Aspekte, die Vielfalt der Argumente und der Versuch der Klärung waren der lustvolle Teil des Ratens. Dies waren bereichernde Übungen und Lernerfahrungen in der Weitung der Wahrnehmung und der Möglichkeiten, weg von der Suche nach Eindeutigkeit (...). Durch das Forschungsprojekt wurde (...) die Grundidee des RTs noch viel klarer: Sie lautet: Beginne ein neues Narrativ und führe einen Unterschied ein, der einen Unterschied macht – bringe also etwas in Sprache, das noch nicht explizit benannt ist und stelle Fragen, die noch nicht gestellt sind!“ (Watzinger, 2017, S. 3).

7.3. PRAKTISCHE IMPLIKATIONEN

Psychotherapieforschung – so Grossmann (2014) – soll Therapeutinnen unter anderem „Trost und Rat“ ver-

mitteln: „Trost“ etwa darin, dass sie in einem eventuellen Nichtgelingen/Scheitern von Therapie nicht alleine sind; dass das outcome von Therapien nur partiell durch Therapeutinnen mitdeterminiert wird bzw. dass an Therapieergebnissen viele von Therapeutinnen nicht oder nicht unmittelbar beeinflussbare Faktoren mitweben. Die andere hier angesprochene Funktion von Therapieforschung – ihre „Rat-gebende“ bzw. unterstützende – zeigt sich in ihrem Aufzeigen der Bedingungen, unter welchen Therapeutinnen für ihre Klientinnen hilfreiche Therapeutinnen sein können. Vor diesem Hintergrund hoffen wir, dass wir mit unserer Studie das Wissen darüber, wie RTs zu hilfreichen Therapien beitragen können, erweitert haben.

Wir freuen uns darüber, dass unsere Studie von den AST-Therapeutinnen schon während der Forschungsprozesses aufgegriffen wurde. Eine erste Konsequenz bestand in ihrer Entscheidung, den Einstieg in das Praktikum bei AST durch ein zweistündiges sog. AST-Opening für Studierende zu markieren und im Sinne eines Übergangsrituals zu gestalten, in welchem die *Guidelines für das RT in AST* ausführlicher als bisher vermittelt werden. Eine zweite Konsequenz war, dass AST-Therapeutinnen Studierende in zeitgleich mit unserer Studie laufenden Therapien dazu ermutigten, ihren Austausch in RTs dialogischer als bisher zu gestalten. Eine dritte Konsequenz bestand in der Planung einer aus drei Teilen bestehenden mehrstündigen Weiterbildung zum RT für all jene Studierenden, die ab Herbst 2017 im Rahmen von AST ihr Praktikum beginnen.

LITERATUR

- Andersen, T. (1987): The Reflecting Team. Dialogue und Meta-Dialogue in Clinical Work. *Family Process* 26 (4), 415–428.
- Andersen, T. (1997): Steigerung der Sensitivität des Therapeuten durch einen gemeinsamen Forschungsprozeß von Klienten und Therapeuten. *Zeitschrift für systemische Therapie* 15 (3), 160–166.
- Andersen, T. (1998): Zum Geleit. In: J. Hargens u. A. von Schlippe (Hrsg.): *Das Spiel der Ideen*. Dortmund (Borgmann), S. 7–11.
- Andersen, T. (1996/ 2011): *Das Reflektierende Team: Dialoge und Dialoge*. Dortmund (modernes lernen), 4. Aufl.
- Asay, T. P. u. M. J. Lambert (2001): Empirische Argumente für die allen Therapien gemeinsamen Faktoren: Quantitative Ergebnisse. In: M. A. Hubble, B. L. Duncan u. S. D. Miller (Hrsg.): *So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen*. Dortmund (modernes Lernen), 41–81.
- Bachelor, A. u. A. Horvath (2001): Die therapeutische Beziehung. In: M. A. Hubble, B. L. Duncan u. S. D. Miller (Hrsg.): *So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen*. Dortmund (Modernes Lernen), 137–192.
- Binnenstein, S. (2016): *Guidelines für das RT in AST*. Wien (la:sf).
- Binter, G. (1988): Settings und ihre Bedeutung auf TherapeutInnenebene. In: A. Brandl-Nebehay, B. Rauscher-Gföhler u. J. Kleibel-Arbeithuber (Hrsg.): *Systemische Familientherapie. Grundlagen, Methoden und aktuelle Trends*. Wien (Facultas), 241–253.

- Böse, R. u. G. Schiepek (1994): Systemische Theorie und Therapie. Ein Handwörterbuch. Heidelberg (Asanger).
- Caby, F. (2016): Reflektierendes Team. In: T. Levold u. M. Wirsching: Systemische Therapie und Beratung – das große Lehrbuch. Heidelberg (Carl Auer), 250–255.
- Davidson, J., Lax, W. D. u. D. J. Lussardi (1990): Das Reflektierende Team im Erstgespräch und in Supervision und Ausbildung. In: T. Andersen (Hrsg.): Das Reflektierende Team. Dialoge und Dialoge über die Dialoge. Dortmund (modernes Lernen), 139–164.
- deShazer, S. (1985): Keys to Solution in Brief Therapy. New York (Norton).
- Egger, S. (2007): Das Ganze ist mehr als die Summe seiner Teile. Systemische Notizen 7 (3), 4–28.
- Grawe, K., Donati, R. u. F. Bernauer (1994): Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen (Hogrefe).
- Grawe, K. (2004): Neuropsychotherapie. Göttingen (Hogrefe).
- Grossmann, K. P. (2008): Nachdenken über Ausbildung. Systemische Notizen 8 (4), 125–139.
- Grossmann, K. P. (2016): Ambulante Systemische Therapie: ein besonderer Therapie-, Lern- und Lehrkontext. Systemische Notizen 16 (4), 18–25.
- Grossmann, K. P. (2016): Therapie mit Männern. Heidelberg (Carl-Auer).
- Hargens, J. (1998): Wenn man hinschaut, reflektiert auch die Einwegscheibe? In: J. Hargens u. A. von Schlippe (Hrsg.): Das Spiel der Ideen. Dortmund (Borgmann), 211–224.
- Heumayer, N. (2016): Reflexionen zum Forschungsprojekt. Systemische Notizen 16 (4), 28–31.
- Honermann, H., Müssen, P., Brinkmann, A. u. G. Schiepek (1999): Ratinginventar Lösungsorientierter Interventionen (RLI). Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht).
- Lassnig, B. (2016): Vom Beobachten und Beobachtetwerden. Systemische Notizen 16 (4), 32–33.
- Lenz, C. (2016): Mein AST-Alltag. Systemische Notizen 16 (4), 34–35.
- Maturana, H. R. (1982): Erkennen. Die Organisation und Verkörperung von Wirklichkeit. Braunschweig (Vieweg).
- Merl, H. (2016): Systemische Familientherapie. Logik der Interventionen. Wien (heugl solution press).
- Merl, H., Mezgolic, H. u. J. Hüpf (1988): Die Arbeit mit dem „Reflecting Team“. Ein erster Erfahrungsbericht. System Familie 1 (4), 244–253.
- Molan-Grinner, S., Zsalatz, B., Schweiger, S., Weissberg-Musil, E., Lassenberger, M., Radivojevic, B., Richter, M., Tomek, M., Duchatczek, M., Maxa, N., Heumayer, N., Kleinheinz, A., Russold, B. u. E. Wong (2015): Die AST-Studie. Therapiebeziehung und Therapie-Outcome bei der Ambulanten Systemischen Therapie. Systemische Notizen 16 (4), 4–17.
- Orgler, C. (2017): Reflexion des Forschungsprojekts. Wien (la:sf).
- Orlinsky, D. E., K. Grawe a. B. K. Parks (1994): Process and outcome in psychotherapy. In: A. Bergin a. S. Garfield (eds.): Handbook of psychotherapy and behavior change. New York (Wiley), 4. ed.
- Retzer, A. (1996): Familie und Psychose, Stuttgart (Fischer).
- Schiepek, G., Eckert, H. u. B. Kravanja (2013): Grundlagen systemischer Therapie und Beratung. Psychotherapie als Förderung von Selbstorganisationsprozessen. Systemische Praxis Band 1. Göttingen (Hogrefe).
- Schiepek, G. (1999): Die Grundlagen der Systemischen Therapie. Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht).
- Schiepek, G., Honermann, H., Müssen, P. u. A. Senkbeil (1997): Ratinginventar Lösungsorientierter Interventionen (RIL). Die Entwicklung eines Kodierinstrumentes für ressourcenorientierte Gesprächsführung in der Psychologie. Zeitschrift für klinische Psychologie 26 (4), S. 269–277.
- Seligman, M. E. (1995): The effectiveness of psychotherapy. The Consumer Reports study. American Psychology 50 (12), 965–974.
- Selvini Palazzoli, M. u. P. Ferraresi (1992): Vom Kommunikationismus zu den ersten Ansätzen des Spiel-Modells. In: M. Selvini (Hg.): Mara Selvini's Revolutionen. Heidelberg (Carl-Auer), 57–102.
- Shilts, L., J. Rudes a. S. Madigan (1993): The Use of a Solution-Focused Interview with a Reflecting Team Format: Evolving Thoughts from Clinical Practice. Journal of Systemic Therapies 12: 1–10.
- Tallman, K. u. A. C. Bohart (2001): Gemeinsamer Faktor KlientIn: Selbst-HeilerIn. In: M. A. Hubble, B. L. Duncan u. S. D. Miller (Hrsg.): So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen. Dortmund (Modernes Lernen).
- Watzinger, G. (2017): Reflexion des Forschungsprojekts. Wien (la:sf).
- Willke, H. (1988): Systemtheoretische Grundlagen des therapeutischen Eingriffs in autonome Systeme. In: L. Reiter, E. J. Brunner u. S. Reiter-Theil (Hg.): Von der Familientherapie zur systemischen Perspektive. Berlin (Springer), S. 41–50.
- White, M. (2007): Maps of Narrative Therapy. New York (Norton).
- Wong, E. (2016): Reflexionen zum Forschungsprojekt. Systemische Notizen 16 (4), 26–27.

Isn't he wonderful ...!?

Unser neuer kleiner la:sf-Nachwuchs – wir gratulieren herzlich!

Yunus

geboren am 23. September 2017
Sohn von Mag.^a Anna Viktoria Roters-Gür
Studierende im LG 29

