

Kowerk, Hans

Qualitative Evaluation systemischer Aspekte bei stationärer Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 40 (1991) 1, S. 4-22

urn:nbn:de:bsz-psydok-34553

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de

Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

INHALT

Behinderte Interaktion

- GERLICHER, K.: Zur Psychodynamik in Familien mit einem behinderten Kind (Psychodynamics in Families with an Handicapped Child) 265
- KISCHKEL, W./POHL-KROLL, K./SCHULTZ, R./SIEVERS, R./STÖRMER, N.: Therapie bei schwer geistig behinderten Menschen in stationären Langzeiteinrichtungen (Therapy of Severely Mentally Handicapped Persons with Symptoms of Depression in Long Term Facilities) 254
- SARIMSKI, K./SÜSS-BURGHART, H.: Sprachentwicklung und Spielniveau bei retardierten Kindern (Linguistic and Symbolic Development in Retarded Children) 250
- VIRTANEN, T./MOILANEN, I.: Stress und Stressbewältigung bei Müttern von Kindern mit leichten zerebralen Dysfunktionen (Stress and Coping in Mothers of Children with Minimal Brain Dysfunction) 260

Erziehungsberatung

- BOHLEN, G.: Hindernisse in der Praxis systematisch orientierter Beratung an Erziehungsberatungsstellen (Obstructing Factors in Practising Systemic Oriented Therapy at Child Guidance Centers) 222
- HUNDSALZ, A.: Methoden und Konzeptentwicklung in den Psychologischen Beratungsstellen (Development of Methods and Concepts in Psychological Counseling Services) 55

Familientherapie

- KNOKE, H.: Familiäre Wirklichkeitskonstruktionen (Constructions of Reality in the Family) 293
- V. SCHLIPPE, A.: Systemische Sichtweise und psychotherapeutische Ethik – vier Imperative (Systemic View and Therapeutic Ethics – Four Imperatives) 368

Forschungsergebnisse

- BOEHNKE, K./V. FROMBERG, E./MACPHERSON, M.: Makrosozialer Stress im Jugendalter – Ergebnisse einer Wiederbefragung zu Kriegsangst und Angst vor Umweltzerstörung (Macro-social Stress in Adolescence – Results from a Follow-up Survey on War Anxiety and Anxiety about Destruction of the Environment) 204
- BRON, B.: Die Bedeutung von Elternverlusten in der Kindheit bei depressiven und suizidalen Patienten (The Significance of Loss of Parents in Childhood for Depressive and Suicidal Patients) 322
- BUNK, D./SCHALL, U.: Die Effizienz des Hintergrund-Interferenz-Verfahrens in der psychiatrischen Differentialdiagnostik hirnnorganischer Schäden bei Kindern (The Efficiency of the Background Interference Procedure in Discriminating Brain Damages in Children) 134
- HAAG, R./GRAF, N./JOST, W.: Subjektiv erlebte Ängstlichkeit als Aspekt der Krankheitsverarbeitung bei Kindern mit bösartigen Erkrankungen (Perceived Anxiety as an Aspect of Coping Illness in Oncologically III Children) 78

- HEGEMANN, T.: Untersuchungen zum Rehabilitationserfolg eines sozialtherapeutischen Segelschiffprojekts (An Investigation about Effectiveness of a Social-Therapeutic Sailing Project) 61
- HOBRÜCKER, B.: Die jugendpsychiatrische Station als Handlungsfeld: Pflicht und Kontrolle von Tätigkeiten (The Adolescent Psychiatric Ward as an Actional Field: Obligation and Control of Everyday Conditions) 90
- LÜCKE, M./KNÖLKER, U.: Zur Frage der Stigmatisierung von Patienten in einer stationären Einrichtung für Kinder- und Jugendpsychiatrie (On Stigmatization of In-Patients of a Child-Psychiatric Unit) 138
- MÜLLNER, E.: Die Re-Integration von Kindern in die leibliche (Teil-)Familie (The Re-Integration of Children into Their Biological (Partial) Family) 184
- REICH, G./DEYDA, H.: Interaktionsmuster in Familien mit psychosomatisch und depressiv erkrankten Kindern und Jugendlichen (Pattern of Interaction in Families with Psychosomatic III and Depressive Children and Adolescents) 96
- SCHROEDER, W./GRAF, U./WAGNER, U.: Der OFFER-Selbstbildfragebogen für Jugendliche und stationärer Psychotherapieerfolg (The OFFER-Self-Image-Questionnaire reflects Psychotherapeutic Effects under Special Conditions) 85

Jugendhilfe

- SCHWEITZER, J./REUTER, D.: Systemisches Denken in der Heimerziehung: Anregungen für Pädagogik, Beratung und Organisation (Thinking in a Systemic Way in Residential Child Care: Suggestions for Pedagogy, Counseling and Organisation) 171

Praxisberichte

- BÖNNER, G.: Die Gestaltungstherapie – eine zusätzliche Möglichkeit in der Gruppenpsychotherapie mit Jugendlichen (Psychoanalytically Oriented Art Therapy – an Additional Opportunity in Group Psychotherapy with Adolescents) 177
- FÄRBER, H.P./LIEBENOW, H.: Integratives Betreuungskonzept für impulsiv-koordinationschwache Kinder (An Integrated Therapeutic Concept for Children with MBD-Syndrome) 375
- ROMER, G.: Methoden der Prävention psychischer Fehlentwicklungen im Rahmen der Kleinstkindpädagogik – Erfahrungen an einem amerikanischen Eltern-Kind-Zentrum (Methods of Mental Health Prevention in the Context of Infant and Toddler Education – Experiences in an American Parent-Child Center) 284

Psychotherapie

- ARNOLD, U./ARNOLD, K.H.: Dokumentation kinderspsychotherapeutischer Einzelbehandlungen – Entwurf eines Protokollbogens (Documentation of Single Treatments in Child Therapy – Outline of a Record Schedule) 298

STREECK-FISCHER, A.: Grenzgänger – Zum Umgang mit selbst- und fremddestruktivem Verhalten in der stationären Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (Borderline Behavior: Dealing with Self-destructive and Outwardly Destructive Behavior during In-patient Child und Juvenile Psychotherapy)	105	TEXTOR, M.R.: Auslandsadoptionen: Forschungsstand und Folgerungen (International Adoptions: Research Results and Consequences)	42
STREECK-FISCHER, A.: Entwicklungsförderliche Laufställe – Wirkfaktoren in der stationären Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen (Development-Conductive Play-Pens – Power Factors in Stationary Psychotherapy with Children and Adolescents)	328	Werkstattberichte	
WILLE, A.: Voice Dialogue – Dialog der Stimmen (Voice Dialogue)	227	FUCHS, D.: Einzelfallhilfen für Kinder mit Entwicklungsschwierigkeiten in den Stuttgarter Kindertagesstätten ..	303
Stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie		KRAUSE, C.: Aus der Arbeit der Erziehungsberatungsstelle Greifswald	112
GÜNTER, M./GÜNTER, W.: Stationäre Krisenintervention bei psychischen Krisen im Jugendalter (Inpatient Crisis Intervention in Adolescence)	22	Tagungsberichte	
KOWERK, H.: Qualitative Evaluation systematischer Aspekte bei stationärer Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Qualitative Evaluation of Systematic Aspects of Inpatient Therapy in Child and Adolescent Psychiatry)	4	Bericht über die 7. Bundestagung des Bundesverbandes „Hilfe für das autistische Kind“	189
SCHULTE-MARKWORT, M.J./KNÖLKER, U.: Therapieabbrüche im stationären Bereich (Dropping-Out of Inpatient Treatment)	28	Bericht über ein internationales Symposium zum Thema „Eßstörungen“	231
Übersichten		Bericht über den Internationalen Kongreß für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Bad Homburg	272
BENGEL, J.: AIDS-Risikowahrnehmung und -verarbeitung bei Jugendlichen (AIDS-Risk Perception und Coping by Adolescents)	356	Bericht über den IX. Kongreß der Europäischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie	380
BRAUN-SCHARM, H.: Zwangssphänomene bei schizophrenen Jugendlichen (Obsessive-Compulsive Symptoms in Adolescent Schizophrenia)	166	Buchbesprechungen	
CHRISTIAN, H./ZECH, T.: Schulpsychologie im Spannungsfeld von Individuum und Systemen (A Concept of School Psychology viewing Individual and Systems)	339	ANDERSEN, T. (Hrsg.): Das Reflektierende Team. Dialoge und Dialoge über die Dialoge	198
DELLISCH, H.: Krankmachende Angst in der Familie (Illness-causing Anxiety within the Family)	128	ANSTÖTZ, C.: Ethik und Behinderung	238
HEIGL-EVERS, A./KRUSE, J.: Frühkindliche gewalttätige und sexuelle Traumatisierungen (Aggressive and Sexual Traumatization during Early Childhood)	122	BASTINE, R.: Klinische Psychologie, Bd. 1	316
HIRSCHBERG, W./ALTHERR, P.: Sozialtherapie mit psychisch gestörten dissozialen Jugendlichen (Social Therapy with Dissocial Adolescents)	362	BOMMERT, H./HENNING, T./WÄLTE, D.: Indikation zur Familientherapie	313
JAKOB, P.: Entwicklungsprobleme von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Familien mit einem Alkoholproblem (Developmental Problems Faced by Children, Adolescents and Young Adults in Families with an Alcohol Problem)	49	BUCHHEIM, P./SEIFFERT, T. (Hrsg.): Zur Psychodynamik und Psychotherapie von Aggression und Destruktion	197
LIEBECK, H.: Neue Elemente in der Verhaltenstherapie einer Hundephobie bei einem Jugendlichen mit Down-Syndrom (New Elements in Behavior Therapy of a Dog-Phobia of a Juvenile with Down-Syndrom)	289	CIERPKA, M.: Zur Diagnostik von Familien mit einem schizophrenen Jugendlichen	242
LUDEWIG, K.: Unruhige Kinder. Eine Übung in epistemischer Konfusion (Restless Children. An Exercise in Epistemic Confusion)	158	CIOMPI, L./DAUWALDER, H.P. (Hrsg.): Zeit und Psychiatrie – Sozialpsychiatrische Aspekte	197
RENNEN-ALLHOFF, B.: Wie verlässlich sind Elternangaben? (How useful are Parent Reports?)	333	CLEMENS, M./COMBE, A./BEIER, C./LUTZI, J./SPANGENBERG, N.: Soziale Krise, Institution und Familiendynamik ...	349
SOHNI, H.: Mutter, Vater, Kind – Zur Theorie dyadischer und triadischer Beziehungen (Mother, Father, Child – Attribution to a Theory of Dyadic and Triadic Relationships)	213	DZIKOWSKI, S./ARENS, C. (Hrsg.): Autismus heute, Bd. 2: Neue Aspekte der Förderung autistischer Kinder	196
		EDELSTEIN, E.L.: Anorexia Nervosa and Other Dyscontrol Syndromes	195
		EICKHOFF, F.W./LOCH, W. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse – Beiträge zur Theorie und Praxis, Bd. 26	313
		ELBERT, T./ROCKSTROH, B.: Psychopharmakologie. Anwendung und Wirkungsweise von Psychopharmaka und Drogen	386
		ELGER, W.: Sozialpädagogische Familienhilfe	115
		FEND, H.: Vom Kind zum Jugendlichen. Der Übergang und seine Risiken	315
		FICHTER, M.: Verlauf psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung	316
		FIEGENBAUM, W./BRENGELMANN, J.C. (Hrsg.): Angststörungen. Diagnose und Theorie	315
		FLÖTTMANN, H.B.: Angst. Ursprung und Überwindung ..	279
		GAUDA, G.: Der Übergang zur Elternschaft. Eine qualitative Analyse der Entwicklung der Mutter- und Vateridentität ..	277
		GRISSEMAN, H./WEBER, A.: Grundlagen und Praxis der Dyskalkulithherapie	239
		HAEBERLIN, U./BLESS, G./MOSER, U./KLAGHOFER, R.: Die Integration von Lernbehinderten. Versuche, Theorien, Forschungen, Enttäuschungen, Hoffnungen	243
		HILFE FÜR DAS AUTISTISCHE KIND, REGIONALVERBAND NORDBADEN-PFALZ e.V.: Autismus: Erscheinungsbild, mögliche Ursachen, Therapieangebote	71

HUBER, G./RIEDER, H./NEUHÄUSER, G. (Hrsg.): Psychomotorik in Therapie und Praxis	348	SCHEPANK, H. (Hrsg.): Verläufe. Seelische Gesundheit und psychogene Erkrankungen heute.	313
JONAS, M.: Trauer und Autonomie bei Müttern schwerstbehinderter Kinder	68	SCHRAML, W.J.: Kinder und Kinderpsychotherapie	117
JUNGE, H./LENDERMANN, H. B.: Das Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) – Einführende Erläuterungen	311	SCHRAML, W.J.: Einführung in die moderne Entwicklungspsychologie für Pädagogen und Sozialpädagogen	347
KAUFMANN, R.A.: Die Familienrekonstruktion. Erfahrungen-Materialien-Modelle	241	SEIFFGE-KRENKE, I. (Hrsg.): Krankheitsverarbeitung bei Kindern und Jugendlichen	314
KÖHNKEN, G.: Glaubwürdigkeit. Untersuchungen zu einem psychologischen Konstrukt	317	SIELERT, U./MARBURGER, H.: Sexualpädagogik in der Jugendhilfe	69
KOLLMANN, B./KRUSE, M.: Krebskranke Jugendliche und ihre Familien. Problematik und Möglichkeiten einer psychologischen Begleitung	195	SPADA, H. (Hrsg.): Allgemeine Psychologie	150
KUSCH, M./PETERMANN, F.: Entwicklung autistischer Störungen	36	STEINHAUSEN, H. C. (Hrsg.): Das Jugendalter. Entwicklung, Probleme, Hilfen	278
MARTINIUS, J./FRANK, R. (Hrsg.): Vernachlässigung, Mißbrauch und Mißhandlung von Kindern	240	STEINKE, T.: Stationäres Training mit aggressiven Kindern: Die Implementation eines verhaltenstheoretisch orientierten Behandlungsprogramms in stationäre psychosoziale Organisationen	72
MCGOLDRICK, M./GERSON, R.: Genogramme in der Familienberatung	276	STRAK, W. (Hrsg.): Lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung. Konzepte und Strategien für die psychosoziale Praxis	195
MELTZER, D.: Traumleben. Eine Überprüfung der psychoanalytischen Theorie und Technik	311	TEXTOR, M. (Hrsg.): Hilfen für Familien. Ein Handbuch für psychosoziale Berufe	312
MOLNAR, A./LINDQUIST, B.: Verhaltensprobleme in der Schule. Lösungsstrategien für die Praxis	116	TRAD, P. V.: Infant Previewing. Predicting and Sharing Interpersonal Outcome	151
OLBING, H./BACHMANN, K. O./GROSS, R. (Hrsg.): Kindesmißhandlung. Eine Orientierung für Ärzte, Juristen, Sozial- und Erzieherberufe	34	TRESCHER, H. G.: Theorie und Praxis der Psychoanalytischen Pädagogik	239
OLBRICH, R. (Hrsg.): Therapie der Schizophrenie. Neue Behandlungskonzepte	309	TRESCHER, H. G./BÜTTNER, C. (Hrsg.): Jahrbuch der psychoanalytischen Pädagogik 2	198
PETERMANN, F./NOEKER, M./BOCHMANN, F./BODE, U.: Beratung von Familien mit krebskranken Kindern: Konzeption und empirische Ergebnisse	310	TRÖSTER, H.: Einstellungen und Verhalten gegenüber Behinderten. Konzepte, Ergebnisse und Perspektiven sozialpsychologischer Forschung	68
POHLER, G./POHLER-WAGNER, L.: Atemzentrierte Verhaltenstherapie	384	UHLEMANN, T.: Stigma und Normalität. Kinder und Jugendliche mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalte	347
PRESTING, G. (Hrsg.): Erziehungs- und Familienberatung. Untersuchungen zu Entwicklung, Inanspruchnahme und Perspektiven	237	VOGEL, D./RAUH, H./JORDAN, D.: Therapieangebote für behinderte Kinder	309
PREYER, W.T.: Die Seele des Kindes. Beobachtungen über die geistige Entwicklung des Menschen in den ersten Lebensjahren	35	WEINWURM-KRAUS, E.: Soziale Integration und sexuelle Entwicklung Körperbehinderter	278
PRITZ, A./SONNECK, G.: (Hrsg.): Medizin für Psychologen und nichtärztliche Psychotherapeuten	350	WIEMANN, I.: Pflege- und Adoptivkinder – Familienbeispiel, Informationen, Konfliktlösungen	308
RANDOLL, D./JEHLE, P.: Therapeutische Interventionen bei beginnendem Stottern	150	WHITE, M./EPSTON, D.: Die Zähmung der Monster. Literarische Mittel zu therapeutischen Zwecken	385
REMSCHMIDT, H./WALTER, R.: Psychische Auffälligkeiten bei Schulkindern	240		
ROEDEL, B.: Praxis der Genogrammarbeit. Die Kunst des banalen Fragens	277	Editorial 2, 248	
ROHMANN, U.H./ELBING, K.: Festhaltetherapie und Körpertherapie	70	Ehrungen 346	
ROTHENBERGER, A. (Ed.): Brain und Behavior in Child Psychiatry	308	Nachruf 189	
ROTTHAUS, W.: Stationäre systematische Kinder- und Jugendpsychiatrie	69	Autoren der Hefte 34, 66, 115, 148, 193, 233, 275, 305, 347, 383	
SALZGEBER, J./STADLER, M.: Familienpsychologische Begutachtung	317	Diskussion/Leserbriefe 193, 234, 276	
SALZGEBER, J./STADLER, M./DRECHSLER, G./VOGEL, C. (Hrsg.): Glaubhaftigkeitsbegutachtung	35	Zeitschriftenübersicht 67, 148, 235, 305, 383	
		Tagungskalender 37, 73, 118, 152, 199, 244, 280, 318, 351, 387	
		Mitteilungen 37, 75, 119, 153, 200, 245, 281, 319, 351, 387	

Qualitative Evaluation systemischer Aspekte bei stationärer Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Von Hans Kowerk

Zusammenfassung

In dem vorliegenden Aufsatz wird die Anwendung einer vom Verfasser entwickelten qualitativen Auswertungsmethode des „Familienbrettes“ nach LUDWIG et al. auf die Darstellung systemischer Aspekte stationärer Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie vorgestellt. Mit Vergleichen zwischen Realitäts- und Wunschbildern des Patienten zu unterschiedlichen Zeitpunkten der Therapiephase können Veränderungen in seinem Beziehungsnetz sichtbar gemacht werden. Dieses Verfahren erlaubt eine gegenstandsangemessene Begleitforschung systemischer Prozesse in der Therapie, indem – im Unterschied zu anderen Verfahren – nicht von einer möglicherweise verzerrenden oder spekulativen Idealnorm von Familie ausgegangen wird, sondern die Betroffenen selber ihre Auffassung der familiären Ausgangssituation als Norm setzen können. Die vorliegende Arbeit bringt an Hand von 2 Fallbeispielen aus dem Material einer empirischen Untersuchung an 144 Jugendlichen eine Darstellung systemischer Aspekte der stationären Aufnahmesituation, des Behandlungseffektes, des Veränderungsprozesses und der Zufriedenheit mit der Entlassungssituation aus der Sicht der Patienten.

1 Einleitung

1.1 Allgemeine Vorbemerkung zum Problem der Normsetzung

Positivistische Therapieevaluation in der Psychotherapieforschung hat das Problem der Normsetzung: Es werden analog zu medizinisch-naturwissenschaftlichen Methoden vom einzelnen Patienten unabhängige Normen als Parameter gesetzt, an denen Therapieverlauf und Therapieeffekte gemessen und mit denen sie verglichen werden (s. a. die Darstellung solcher Verfahren bei FREDMAN und SHERMAN [1987] und CIERPKA [1987]). Dieses Vorgehen führt in der Familientherapie-Forschung, z. B. bei Verwendung der Family Adaptability and Cohesion Scales (FACES, OLSON et al. 1983), zu einer impliziten Normsetzung, die der einer „intakten“, im Sinne der Industriegesellschaft, gut funktionierenden Familie entspricht. Solche fremdgesetzten Normen erscheinen aus der Perspektive des psychotherapeutisch tätigen Kinder-

und Jugendpsychiaters für viele Jugendliche, die sich in stationärer psychiatrischer Behandlung befinden, fragwürdig und unangemessen. Die Normen selbst machen einen Teil der Probleme der Jugendlichen aus und sind damit schlechterdings nicht als externer, „objektiver“, wissenschaftlicher Maßstab, sondern als interner Bestandteil des zu behandelnden Problems zu betrachten. Für therapeutische Verfahren, die sich auf den Patienten einstellen, von seiner spezifischen Situation und seiner besonderen Realitätskonstruktion ausgehen, bringen normative Untersuchungsverfahren wenig für den therapeutischen Prozeß bzw. seine Abbildung. Sie zeigen eine als pathologisch definierte Abweichung von einer zumindest hinterfragbaren Norm auf und bilden lediglich das ab, was sich im therapeutischen Prozeß an Veränderungen im Hinblick auf diese extern vorgegebene Norm ereignet. Damit geraten die Forschungsergebnisse größtenteils zum Selbstzweck, erscheinen praxisfern, in ihrer Aussagekraft unnötig eingengt und langweilig, weil klinisch-empirisch bereits Bekanntes meist nur bestätigt wird. Als alternative Möglichkeit für die Untersuchung von Therapieprozessen erscheint das Ausgehen von der jeweils individuellen Norm eines Patienten, seiner individuellen Ausgangssituation, an der in einem Prä-Post-Design alle weiteren Veränderungen im Therapieprozeß gemessen werden können, ohne daß eine Fremdnorm gesetzt werden muß (vgl. z. B. den Ansatz von GRAWE 1976).

1.2 Zielsetzung der Arbeit

Das Ziel des vorliegenden Aufsatzes ist es, ein Verfahren vorzustellen, das sich zur Darstellung von Veränderungen im erweiterten Familiensystem von Jugendlichen eignet, die sich in stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung befinden. Das Verfahren soll, unabhängig von der Art der jeweils angewandten Therapie (z. B. individuelle Psychotherapie verschiedener Provenienz bzw. Familientherapie), die systemischen Veränderungen im Beziehungsnetz des betreffenden Jugendlichen im Verlauf, bzw. zu Beginn und am Ende der stationären Behandlung, deutlich machen.

Wenn man unterstellt, daß Forschung allgemein im Erkennen von Unterschieden besteht und Forschungsmethodik darin, Wege aufzuzeigen, um diese Unterschiede herzustellen bzw. deutlich werden zu lassen, dann kön-

nen in dem hier vorgestellten Verfahren mit einfachen Mitteln über Vergleiche zwischen den Darstellungen verschiedener realer und idealer Situationen in zeitlicher Reihenfolge Unterschiede hergestellt werden, die eine Entwicklung oder einen Stillstand im therapeutischen Prozeß aufzeigen.

Im folgenden wird zunächst allgemein auf die angewandte Methode eingegangen, die dann in ihrer speziellen, theoretischen Konzeption und schließlich in der praktischen Durchführung an 2 Fallbeispielen beschrieben wird. Die Probleme der theoretischen Konzeption werden diskutiert.

2 Zur Methodik

2.1 Theoretische Grundlagen

Grundlage dieser Arbeit ist die Theorie der systemischen Sichtweise psychischer und sozialer und damit auch kinder- und jugendpsychiatrischer Phänomene, basierend auf der Theorie autopoietischer Systeme von H. MATURANA (1982), der Theorie der trivialen und nicht-trivialen Maschinen von H. v. FÖRSTER (1985) und der Theorie sozialer Systeme von N. LUHMANN (1984). Ein kurzer Überblick über die Theorie findet sich bei KOWERK (1988, S. 36–38). Eine umfassende und ausführliche Darstellung der Theorie mit ihrer Bedeutung für die Psychologie gibt STANGL (1989) in seinem Buch über das neue Paradigma der Psychologie. Mit dem Begriff systemisch werden in dieser Arbeit alle die Aspekte des Denkens und Handelns von Einzelpersonen – in unserem Falle von jugendlichen Patienten – bezeichnet, die sich auf die Emergenzebene der Wechselbeziehungen zwischen Einzelmenschen und ihrer Umwelt beziehen (zum Emergenzbegriff s. z. B. v. UEXKÜLL 1987). Bei Jugendlichen stehen hier die Familiensysteme sowie deren Veränderung im adoleszenten Ablösungsprozeß im Vordergrund.

2.2 Allgemeines zur Figurenskulptur (FSK)

Die Familienskulptur ist 1972 von SIMON beschrieben worden als spezielle Form des Rollenspiels von J. L. MORENO (1946). Nach diesem Muster wurde die Familienskulptur in den letzten Jahren u. a. von HEINL (1986) weiterentwickelt. Für die Kinder- und Jugendpsychiatrie ist die Familienskulptur als „Test“ von WILLE (1982) beschrieben worden. Er bewegte sich bereits weg von einem Rollenspiel mit und im Angesicht der real anwesenden tatsächlichen Rolleninhaber, indem er für die Skulptur keine anwesenden Personen benutzen ließ, sondern das Inventar des Szeno-Tests von v. STAABS (1964). Im Unterschied zur Familienskulptur als Rollenspiel mit realen Personen soll die Familienskulptur mit Puppen bzw. Holzfiguren im folgenden als Figurenskulptur (FSK) bezeichnet werden.

Durch Anwendung von symbolischen Gegenständen zur Darstellung der Familienmitglieder wird die Fami-

lienskulptur zu einer Abwandlung des Soziogramms, wie es von MORENO entwickelt wurde (s. DOLLASE 1976; GUERIN/PENDEGAST 1976; LIEBERMANN 1979), und dient der Darstellung sozialer Gruppierungen und des Beziehungsgefüges in solchen Gruppen. Eine Figurenskulptur kann damit als ein „System-Soziogramm“ aufgefaßt werden.

Bei psychotherapeutisch arbeitenden Kinder- und Jugendpsychiatern ist die Familienskulptur mit einfachen hölzernen Puppen – unabhängig von einem Inventar wie dem Szeno-Test – als therapeutisches Mittel für den Zugang und die Verständigung mit Kindern oder schwer zugänglichen Patienten sowie zur Therapiesupervision schon länger in Gebrauch (z. B. SCHÖNFELDER 1978). 1978 haben LUDEWIG et al. in Hamburg ein formalisiertes Skulpturverfahren mit einfachen hölzernen Figuren entwickelt und 1980 der Öffentlichkeit vorgestellt (PFLIEGER 1980). SCHWEITZER und WEBER haben 1982 auf die Vorzüge der Familienskulptur als diagnostische, therapeutische und Ausbildungstechnik hingewiesen. Mit dem Familienbrett-Inventar sind seit 1980 mehrere empirische Pilotstudien durchgeführt worden (JACOBSKÖTTER 1983; LOHMER 1983; v. D. BERG 1983; LUDEWIG 1983; LUDEWIG 1984; BÖKMANN 1987; THOMASUS 1989; Zusammenfassung bei v. D. BERG et al. 1989). Ihre Resultate rechtfertigen eine erstmalige breitere Anwendung (s. a. BAUMGÄRTTEL 1987). Die Vorteile eines solchen Untersuchungsinstrumentes liegen darin, daß seine Handhabung leicht verständlich ist (verwendbar ca. ab 6. LJ) und daß sich die Möglichkeit einer averbalen Darstellung von sozialen Situationen ergibt, die kaum rationale Arbeit erfordert. Dadurch wird eine freie, emotionale, wenig strukturierte und wenig rational kontrollierte Darstellung der familiären Beziehungen ermöglicht, die viel eher Einblick in die Auffassung des Betroffenen von seiner jeweiligen sozialen Beziehungssituation gibt, als eine direkte Befragung oder ein Test mit vorformulierten Fragen. Die Figurenskulptur ähnelt damit einem projektiven Testverfahren (s. a. BRINTZINGER-V. KÖCKRITZ 1984) und kann z. B. Auskunft über das innere Erleben systemischer Aspekte der familiären Ablösungssituation eines Adoleszenten geben.

2.3 Durchführung der Figurenskulptur mit dem Familienbrett nach Ludewig et al.

Bei der Durchführung der Untersuchung mit dem Familienbrett, auf die sich diese Arbeit bezieht¹, werden dem Probanden im Rahmen eines Gespräches oder am Ende eines Interviews die Figuren vorgestellt mit dem Hinweis, daß viel geredet worden sei und nun einmal etwas anderes käme:

¹ Die Untersuchung an 144 Jugendlichen ist Bestandteil eines seit Januar 1989 an der Abt. f. Kinder- und Jugendpsychiatrie der Psychiatrischen Klinik der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf laufenden Forschungsprojektes über familiäre, systemische Ablösungsprozesse bei Jugendlichen, die sich von der Familie räumlich getrennt in Institutionen befinden (stationärer Aufenthalt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. Aufenthalt in einer Justizvollzugsanstalt).

„Hier sind ein paar Figuren und ich möchte Sie bitten, mit diesen Figuren einmal Ihre ganz persönliche Situation mit all den Personen und allen Beziehungen aufzustellen, die vor der Aufnahme für Sie wichtig waren. Dabei möchte ich Sie bitten, folgendes zu berücksichtigen: Die Figuren können enger zusammen und weiter auseinander stehen, so wie man im Leben mit anderen Leuten enger oder weniger eng zusammen sein kann. Außerdem haben die Figuren Gesichter und sie können sich ansehen oder voneinander wegschauen.“ Nachdem die erste Skulptur gestellt worden ist, folgt die Aufforderung: „Und nun möchte ich Sie bitten, die Situation so darzustellen, wie sie für Sie jetzt im Moment aussieht.“ Zum Schluß kommt die Aufforderung: „Zum Abschluß möchte ich Sie bitten, die Figuren einmal so aufzustellen, wie Sie sich die Situation nach Ihrer Entlassung von hier wünschen würden.“ Die gestellten Skulpturen werden jeweils zweidimensional aufgezeichnet und nach dieser Skizze anschließend in einem dreidimensionalen Bild rekonstruiert, das ggf. auch noch mit Farbmarkierungen versehen werden kann.

2.4 Auswertung der Figurensculptur mit dem qualitativen inhaltsanalytischen Verfahren nach Mayring

Die Inhaltsanalyse bzw. Aussagenanalyse ist u.a. ein soziologisches Verfahren zur Erfassung feststellbarer Eigenschaften von Kommunikationsinhalten, wobei sowohl manifeste als auch latente Inhalte untersucht werden können (LAMNEK 1989). Inhaltsanalysen können ebenso mit quantitativen wie auch qualitativen Zielsetzungen vorgenommen werden. Gewöhnlich werden sprachliche Äußerungen auf ihren Inhalt hin analysiert, es können aber auch andere kommunikative Äußerungen, wie z. B. Bilder dem Verfahren unterzogen werden. Ein für die Zwecke dieser Arbeit besonders geeignetes, qualitatives

inhaltsanalytisches Auswertungsverfahren ist von MAYRING (1988, 1990) ausführlich beschrieben und von LAMNEK (1989) ebenso ausführlich kritisch diskutiert worden.

Für die vorliegende Arbeit wurden in einer explorativen Studie die Skulpturen von 144 Jugendlichen und Jungerwachsenen im Alter zwischen 16 und 23 zunächst protokolliert, anschließend als dreidimensionale Abbildung rekonstruiert (insges. 810 Skulpturabbildungen) und daraus mit dem Verfahren der qualitativen Inhaltsanalyse und der Technik der Strukturierung (s. MAYRING 1988) Kategorien entwickelt, die systemische Veränderungen im Beziehungsnetz der Betroffenen durch Skulpturvergleiche deutlich machen. Gleichzeitig wurden sprachliche Äußerungen der Probanden mit Hilfe des qualitativen problemzentrierten Leitfadenterviews aufgezeichnet, und diese mit der Technik der Zusammenfassung (s. MAYRING 1988) ebenfalls einer qualitativen Inhaltsanalyse unterzogen. Dadurch wurden Aussagen gewonnen, die sich thematisch den jeweiligen Skulpturen zuordnen ließen. Auf diese Art sind Interpretationen der Skulpturen zustande gekommen, die ausschließlich auf den Aussagen der Betroffenen beruhen, in sich konsistent sind und einer von außen gesetzten Idealnorm nicht bedürfen.

Zur zusätzlichen Absicherung der inhaltsanalytischen Interpretationen wurden in einer getrennten Arbeit ergänzende qualitative und quantitative Verfahren angewandt, wie die Aktenanalyse, Fragebögen zur sozialen und familiären Situation, zu klinischen Daten und die Subskala „Kohäsion“ der Family Adaptability and Cohesion Scales (FACES) nach OLSON, und diese mit den Aussagen der Text- und Skulpturanalyse verglichen.

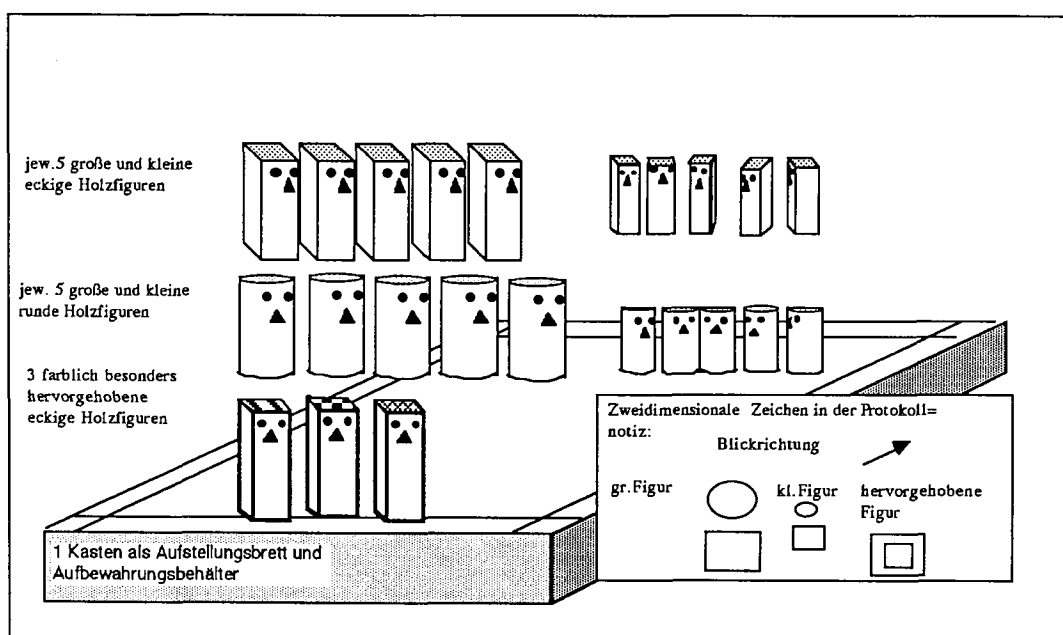


Abb. 1: Inventar Familienbrett n. Ludwig und Wilken

3 Kategorisierung der Figurenplastiken

3.1 Beurteilungskriterien nach Pflieger und Bökmann

Die Beschreibung der Ergebnisse einer Familienbrett-Aufstellung in dieser Arbeit erfolgt in Anlehnung an die Pilotstudie von PFLIEGER (1980) und von BÖKMANN (1986), der sich theoretisch vorwiegend an LUHMANN (1984) orientiert. PFLIEGER fand in den Skulpturaufstellungen die Veränderung der Anzahl der Figuren, die Blickrichtung, die Entfernung der Figuren voneinander und ihre Gruppierungen (Subsystembildungen) als relevante Kriterien, und wurde von BÖKMANN darin bestätigt. Die Kriterien werden als Hinweis auf Nähe und Distanz bzw. Bindung und Ablösung von der Herkunftsfamilie und Integration in unterschiedliche soziale Systeme betrachtet. Form und Farbe der Figuren erwiesen sich in den Pilotstudien als zu variabel, so daß diese Merkmale in der vorliegenden Arbeit nicht als Kriterien berücksichtigt wurden. Die Beschreibungskriterien von PFLIEGER und BÖKMANN wurden auf ihre Eignung zur Auswertung hin überprüft und ergänzt. Die daraus konstruierbaren, wichtigsten Kategorien der Skulpturbeschreibung können – auf die Figur des Patienten bezogen – folgendermaßen charakterisiert werden²:

- 1) *Figurenanzahl*
- 2) *Blickrichtung*:
 - parallele Blickrichtung, dieselbe Blickrichtung wie die Patientenfigur;
 - Blick zur Patientenfigur hin;
 - Blick von der Patientenfigur weg;
 - Blick an der Patientenfigur vorbei.
- 3) *Distanz der Figuren*:
 - Berührung mit der Patientenfigur;
 - geringe Distanz zu der Patientenfigur („nahe“);
 - mittlere Distanz zu der Patientenfigur („mittel“);
 - große Distanz zu der Patientenfigur („weit“).
- 4) *Subsysteme*:
 - Subsysteme im Zusammenhang mit der Patientenfigur;
 - Subsysteme ohne Zusammenhang mit der Patientenfigur;
 - Einzelfiguren ohne erkennbaren Zusammenhang mit der Patientenfigur.

3.2 Evaluations-Design

In dem vorliegenden Design zur qualitativen Analyse der Veränderung systemischer Beziehungen während eines stationären Aufenthaltes in der jugendpsychiatrischen Klinik wird der Patient gebeten, in der Aufnahme-phase (t1) und in der Entlassungsphase (t2) seine Vorstellung der Beziehungen zu ihm wichtigen Menschen,

² Eine umfassende Darstellung aller möglichen Kategorien und deren detaillierte Definition würde den Umfang dieser Arbeit sprengen. Sie liegt als Manuskript zu einem „Handbuch der Beschreibung und Auswertung von Figurenplastiken“ mit ausführlichen Bildbeispielen beim Verfasser vor. Eine Veröffentlichung ist geplant.

zu gesellschaftlichen Institutionen bzw. deren Funktionsträgern, sowie seine eigene Stellung in diesem Beziehungsgeflecht mit den Figuren in jeweils 3 Skulpturen darzustellen:

- 1) Darstellung der systemischen Beziehungssituation vor der Aufnahme, wie sie vom Patienten in der Befragungssituation erinnert wird [*A* (Bild der Ausgangssituation)].
- 2) Darstellung der aktuellen Beziehungssituation, wie sie vom Patienten in der Befragungssituation empfunden wird [*R* (Bild der Realsituation bzw. Realitätskonstruktion)].
- 3) Darstellung der aktuellen Wünsche des Patienten im Hinblick auf seine Beziehungsmöglichkeiten zum Zeitpunkt der Befragung [*I* (Bild der Idealsituation oder Wunschproduktion)].

Aus den zu unterschiedlichen Zeitpunkten und Fragestellungen erstellten Skulpturen ergeben sich folgende 6 *Skulpturdarstellungen*:

Tab. 1: Möglichkeiten der Skulpturdarstellung im Evaluations-Design

	t1	t2
A	A1	A2
R	R1	R2
I	I1	I2

Die einzelnen Skulpturen stellen folgende Bilder zur systemischen Situation des Patienten dar:

- (1) A1: Ausgangssituation t1 (Erinnerung zum Zeitpunkt der Aufnahme an die systemische Beziehungssituation vor der Aufnahme);
- (2) R1: Realitätskonstruktion der systemischen Beziehungssituation z.Zt. der Aufnahmesituation („alte Realitätskonstruktion“);
- (3) i1: Wunschproduktion zur systemischen Beziehungssituation z. Zt. d. Aufnahmesituation („alter“ Wunsch);
- (4) A2: Ausgangssituation t2 (Erinnerung in der Entlassungsphase an die Ausgangssituation vor der Aufnahme);
- (5) R2: Realitätskonstruktion der systemischen Beziehungssituation zum Zeitpunkt vor der Entlassung („neue Realitätskonstruktion“);
- (6) i2: Wunschproduktion zur systemischen Beziehungssituation zum Zeitpunkt vor der Entlassung („neuer“ Wunsch).

3.3 Vergleichsmöglichkeiten der einzelnen Skulpturdarstellungen

Die 6 Skulpturdarstellungen erlauben rechnerisch 15 Vergleiche, in denen Unterschiede bzw. Veränderungen und Entwicklungen deutlich werden können. In der Untersuchung haben sich folgende 12 Vergleichsmöglichkeiten als klinisch und wissenschaftlich aufschlußreich erwiesen.

Tab. 2: 12 klinisch relevante Vergleichsmöglichkeiten der Skulpturabbildungen

Nr.	Bildvergleich	Inhalt des Vergleichs
Ia	A1-R1-R2	Darstellung des Veränderungsprozesses in der Realitätskonstruktion des Patienten, im folgenden „Real-Prozeß“ genannt.
Ib	A1-i1-i2	Darstellung des Veränderungsprozesses in der Wunschproduktion des Patienten, im folgenden „Wunsch-Prozeß“ genannt.
Realebene:		
II	A1-R1	Darstellung der Beziehungsveränderungen, die sich durch den Effekt der Aufnahme ergeben haben, im folgenden „Aufnahmeeffekt“ genannt.
III	R1-R2	Darstellung der Veränderg. d. Realitätskonstruktionen der Beziehungen des Patienten zwischen den verschiedenen Zeitpunkten der Befragung z. B. kurz nach der Aufnahme und kurz vor der Entlassung.
IV	A1-R2	Darstellung der Veränderungen zwischen der systemischen Ausgangssituation vor der Aufnahme und der systemischen Realitätskonstruktion des Patienten kurz vor der Entlassung, im folgenden „realer Behandlungseffekt“ genannt.
Erinnerungsebene:		
V	A1-A2	Darstellung der Veränderungen in der Erinnerung des Patienten an seine systemische Ausgangssituation. Die Erinnerung wird dabei jeweils kurz nach der Aufnahme und kurz vor der Entlassung aufgezichnet, im folgenden „Erinnerungsveränderung“ genannt.
Wunschebene:		
VI	A1-i1	Vergleich der Darstellung der systemischen Ausgangssituation mit der Darstellung der Beziehungswünsche kurz nach der Aufnahme, im folgenden „Wunschproduktion i. d. Aufnahmephase“ genannt.
VII	R1-i1	Vergleich der Darstellung der systemischen Realitätskonstruktion kurz nach der Aufnahme mit der Wunschproduktion zur selben Zeit, im folgenden „Zufriedenheit m. d. Realität in der Aufn. Situation“ genannt.
VIII	i1-i2	Vergleich der Wunschproduktion zu Beziehungen (Beziehungswünschen) kurz nach der Aufnahme mit der Wunschproduktion zu Beziehungen (Beziehungswünschen) kurz vor der Entlassung, im folgenden „Veränderung der Wunschproduktion“ genannt.
IX	R1-i2	Vergleich der Darstellung der systemischen Realitätskonstruktion kurz nach der Aufnahme mit den Beziehungswünschen kurz vor der Entlassung, im folgenden „Wunschanpassung an die Realität“ genannt.
X	R2-i1	Vergleich der Darstellung der systemischen Realitätskonstruktion kurz vor der Entlassung mit den Beziehungswünschen kurz nach der Aufnahme, im folgenden „Realitätsanpassung an den Wunsch“ genannt.
XI	R2-i2	Vergleich der Darstellung der systemischen Realitätskonstruktion kurz vor der Entlassung mit der Darstellung der Beziehungswünsche zur selben Zeit, im folgenden „Zufriedenheit m. d. Realität in der Entlassungssituation“ genannt.

3.4 Qualitatives inhaltsanalytisches Verfahren: Strukturierung und Kategorisierung

Für die Typisierung der Skulpturen und der Differenzen im Vergleich der Einzelbilder untereinander wurden nach Sichtung der 810 Abbildungen Kategorien (Beziehungsmuster; Beurteilungskriterien im Hinblick auf Richtung bzw. Tendenz der Änderungen) entwickelt. Dabei wurde zunächst für eine Valenzanalyse (s. MAYRING 1988) zwischen der Darstellung von Veränderung oder keiner Veränderung in den Skulpturvergleichen unterschieden (s. Tab. 3).

Tab. 3: Kategorisierung für eine Valenzanalyse

Fragestellung	Aussage	Formel
Keine Veränderung?	Veränderung: Nein	Bild A = Bild B
Deutliche Veränderung?	Veränderung: Ja	Bild A ≠ Bild B

In quantitativer und qualitativer Hinsicht konnten bei den Veränderungen in einer Intensitätsanalyse (s. MAYRING 1988) weitere Kategorien unterteilt werden:

- *Figurenanzahl* (bei Berücksichtigung unterschiedlicher Subsysteme):
 - (1) Zunahme (Vermehrung), Abnahme (Verminderung), Verschwinden (Verlust) oder Neuentstehung von familiären Ressourcen;
 - (2) Zunahme (Vermehrung), Abnahme (Verminderung), Verschwinden (Verlust) oder Neuentstehung von extrafamiliären Ressourcen;
 - (3) Zunahme (Vermehrung), Abnahme (Verminderung), Verschwinden (Verlust) oder Neuentstehung von Helfersystemen.
- *Blickrichtung*:
 - (1) Zuwendung der Aufmerksamkeit
 - (2) Abwendung der Aufmerksamkeit

- *Distanz*:
 - (1) Annäherung
 - (2) Distanzierung
- *Subsysteme*:
 - (1) Vereinzelung = Vermehrung der Anzahl der Einzelfiguren;
 - (2) Vereinheitlichung = Verminderung der Anzahl der Einzelfiguren und der Anzahl der Subsysteme, die keinen Bezug zur Probandenfigur haben;
 - (3) Diversifizierung = Vermehrung der Einzelfiguren und/oder anderer Subsysteme;
 - (4) Reduzierung = Verminderung der Einzelfiguren und/oder anderer Subsysteme

Bei Zusammenführung dieser Kriterien können auf einer höheren Emergenzebene weitere, qualitative Veränderungskategorien gefunden werden, z. B.:

- *Isolierung*:
Distanzvergrößerung durch andere Figuren im Zusammenhang mit Abwendung von der Figur des Probanden.
- *Eigenisolierung*:
Distanzveränderung nur bei der Figur des Patienten; Abwendung der Blickrichtung nur bei der Figur des Patienten.
- *Abwendung*:
Figuren werden von der Figur des Patienten abgewandt; Abwendung der Blickrichtung; Distanzvergrößerung; Verminderung der Figurenanzahl. „Aktive“ Isolierung.
- *Zuwendung*:
Hinwendung der Blickrichtung der Figuren zur Figur des Patienten; Distanzverminderung, die Figuren werden enger zusammengestellt.
- *Polarisierung*:
Von zuvor bestehender Zu- oder Abwendung: Ab- oder Hinwendung der Blickrichtung von einzelnen Figuren; mehr oder weniger Distanz zwischen einzelnen Figuren; Verminderung oder Vermehrung der Figurenanzahl.

Eine Bewertung der Veränderung in den Skulpturen setzt voraus, daß (z. B. aus Gesprächen oder Kommentaren zur familiären oder sonstigen Beziehungssituation, mit oder ohne Zusammenhang zur Situation der Skulpturaufstellung) die Bedeutungssetzung bekannt ist, die der Patient einem Einzelbild oder einer Veränderung gibt. Vom spezifischen Patientenkontext abstrahierende Beurteilungen durch den Untersucher können zu verfälschenden Annahmen führen: Eine minimale Veränderung kann bei einer festgefügtten, rigiden familiären Ausgangssituation eine größere Bedeutung haben als eine deutliche Veränderung in einem Beziehungszusammenhang, der nie festgefügt war, sondern sich immer am Rande der Auflösung befunden hat.

4 Zur Frage der Validität des Verfahrens

Bei dem vorgestellten Verfahren handelt es sich um eine Anwendung von Methoden der qualitativen Sozialforschung. LAMNEK (1988) betont die grundsätzliche Unterschiedlichkeit der qualitativen und quantitativen An-

sätze wegen der unterschiedlichen wissenschaftstheoretischen Grundlagen und damit das Problem, daß gleiche Begriffe (wie z. B. Validität) abweichend definiert werden müssen. Aus der Sicht der qualitativen Sozialforschung stellen methodologische Gütekriterien kein einheitliches und allseits geteiltes Konzept dar. Unter qualitativen Aspekten entspricht die Güte eines Verfahrens z. B. dem Grad seiner Angemessenheit an die empirische Realitätskonstruktion, an das Erkenntnisziel des Forschers und der Nachvollziehbarkeit bzw. Konsensbildung über die Stimmigkeit der Interpretation sowie der Güte der zugrundegelegten Theorie. In diesem Sinne unterscheidet LAMNEK bei qualitativen Verfahren ökologische Validität von der kommunikativen sowie von der argumentativen, kumulativen und der Validierung an der Praxis. Bei der ökologischen Validierung handelt es sich vorwiegend um eine sog. Datenerhebungsvalidierung, wie sie in der vorliegenden Arbeit durch Einhaltung der Kriterien des qualitativen Interviews erfolgte. Die kommunikative Validität wurde durch Parallelbefragungen mit mehreren Methoden zum selben Thema sowie durch Rückfragen in einem Zweitgespräch gewährleistet. Wesentlich erscheint die argumentative Validierung, die auf der logisch-argumentativen Nachvollziehbarkeit des vorgestellten Verfahrens beruht, und mit der eine intersubjektivität der Interpretationsergebnisse hergestellt werden kann. Dieses kann sich aber nur in der praktischen Auseinandersetzung mit dem Verfahren ex post ergeben.

5 Zur Diskussion der Methode

Aus einer systemischen Perspektive, die auf der Theorie autopoietischer Systeme von MATURANA (1982) sowie der Theorie sozialer Systeme von LUHMANN (1984) basiert, besteht das Bedürfnis, in der Beforschung stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung, die komplexen Muster der Beziehungen in menschlichen Systemen in ihrer Vielfalt möglichst zu erhalten, darzustellen und so einer wissenschaftlichen Auswertung und einer allgemeinen Kommunikation zugänglich zu machen. Da die menschlichen Beziehungsgefüge kompliziert und in ihren Wechselwirkungen teilweise nur mühsam zu überschauen sind, stellt sich das Problem der sinnvollen Reduktion dieser Komplexität, ohne dabei die Vielfalt der psychosozialen Wechselwirkungen aus den Augen zu verlieren. Dieses Problem scheint mit rein normativen, quantitativ ausgerichteten Methoden, die aus den Naturwissenschaften bzw. aus der somatischen Medizin abgeleitet sind, nicht lösbar zu sein, da hier u. a. durch die Normsetzung eine weitgehende und einschneidende Reduktion vollzogen wird, sowohl was die Darstellung der Vielfalt der komplexen Beziehungsmuster, als auch die Möglichkeiten der Aussagen anbetrifft. Diesem Problem und der damit verbundenen Auseinandersetzung widmen sich viele Arbeiten der letzten Jahre zu qualitativen Methoden der Sozialforschung (u. a. KLEINING 1982; WILSON 1982; BRUCKMEIER/THIEM-SCHRÄDER 1984; LAMNEK 1988).

Mit der Figurenplastik scheint sich eine Möglichkeit zu ergeben, eine begrenzte Vielfalt von Beziehungen in der Darstellung zu erhalten, und die für die Forschung notwendige Reduktion zu begrenzen. Die Skulpturvergleiche geben ein anschauliches Bild der Veränderungen der Beziehungsmuster. Dabei muß zunächst einmal in Kauf genommen werden, daß eine Begrenzung der Darstellung der Beziehungsmuster aus dem Blickwinkel des betroffenen Jugendlichen erfolgt. Eine Erweiterung um die Perspektive der übrigen Mitglieder eines Systems wäre zwar interessant, aber in einem solchen Ausmaß komplex, daß eine Auswertung mit den zur Zeit gegebenen Mitteln nicht möglich wäre. Ob die Figurenplastik als qualitatives Verfahren – wie es in dieser Arbeit vorgeschlagen wird – oder als quantitatives Verfahren benutzt werden sollte, wie es GEHRING et al. (1989) versuchen, hängt einerseits von dem Ziel ab, das man mit seinem Verfahren erreichen will, andererseits von der Theorie, die dem jeweiligen Verfahren zugrunde gelegt wird. Unter Bezug auf die systemischen Theorien kann es bei einer Auswertung der Figurenplastiken nicht um „Wahrheit“ oder mathematisch untermauerte „Objektivität“ gehen, sondern – in der Terminologie LUHMANNs – um die Möglichkeit kommunikativer Anschlußfähigkeit, und zwar sowohl in der wissenschaftlichen Diskussion um die Bedeutung systemische Aspekte in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, als auch bei der Therapie der Patienten in ihren systemischen Bezügen.

Versuche, in das Skulpturverfahren mathematisch-naturwissenschaftliche Kategorien einzuführen, sind m. E. bisher nicht überzeugend, vor allem nicht hinsichtlich ihrer Aussagekraft. Es erscheint mir wenig sinnvoll, Auswertungskriterien anzuwenden, die z. B. die Distanz der Figuren und ihrer Veränderungen in mathematischen Koordinaten bzw. in geometrischen Berechnungen nach PYTHAGORAS beschreiben. Was sollte auch eine Aussage bedeuten, in der einmal die Verschiebung einer Figur um 1 cm, später um 1,02 cm usw. mathematisch realisiert wird. Wie sollte diese mathematisch definierte Distanzveränderung, unabhängig von der subjektiven Bewertung des Patienten, sinnvoll interpretiert werden? Ein solches Auswertungsverfahren würde die Methode bei weitem überstrapazieren und wäre auch nicht durch eine der bisher existierenden systemischen Theorien legitimiert. Ich ziehe es daher vor, auf eine solche Art der Mathematisierung in der Auswertung der Figurenplastik zu verzichten. Es genügt, und es wird der Methode voll und ganz gerecht, wenn (1) Veränderungen in den Skulpturbildern festgestellt werden, die für einen bzw. für unterschiedliche Beobachter der Skulptur nach qualitativen oder halbquantitativen Kriterien plausibel und schlüssig erscheinen und (2) Unsicherheiten in der Einschätzung nicht verschweigen bzw. unberücksichtigt lassen. Eine solche Ansicht, die auch die immer gegebene Subjektivität der Beobachter beinhaltet und diese nicht negiert, bewegt sich ausdrücklich im Rahmen der „Theorie des Beobachters“ als Bestandteil der Theorie autopoietischer Systeme (MATURANA 1982).

In dem von der Züricher Gruppe vorgestellten Figu-

renskulptur-Verfahren mit dem Familiensystem-Test (FAST, GEHRING et al. 1989) werden solche Überlegungen nicht angestellt. Das Circumplex-Modell von OLSON et al. mit seiner „Industrienorm-Familie“ scheint unkritisch übernommen worden zu sein: „Gut funktionierende Familiensysteme haben klare Generationengrenzen und eine flexible Organisationsstruktur“ (GEHRING et al. 1989, S. 157); bzw.: „Funktionale Familien in den westlichen Industrieländern sind dadurch gekennzeichnet, daß deren Mitglieder sich emotional nahestehen und die Hierarchiebeziehungen klar definiert sind“ (GEHRING et al. 1989, S. 153). Die Kategorien des Circumplex-Modells aus den Family Adaptability and Cohesion Scales (FACES) von OLSON et al., in denen Familien nach Kohäsion (Cohesion) und Anpassungsfähigkeit (Adaptability) beurteilt werden, dienen dem FAST als Grundlage. Gleichzeitig wird aber darauf hingewiesen, daß die FACES – und damit das Circumplex-Modell mit seinen Bewertungskriterien – nicht mit dem FAST korreliert (GEHRING et al. 1989, S. 161). Dasselbe wurde in einer eigenen Rating-Studie für das Familienbrett festgestellt. Aufgrund dieser Tatsache muß hinterfragt werden, inwieweit die Kategorien der FACES, und damit das Circumplex-Modell überhaupt, auf eine Skulpturdarstellung anwendbar sind. Zudem soll auf die grundlegende Kritik von SCHWEITZER und v. SCHLIPPE an einer Methode wie den FACES im Rahmen (familien-)therapeutischer Forschungspraxis in der Psychiatrie hingewiesen werden (v. SCHLIPPE 1985 und 1986; v. SCHLIPPE und SCHWEITZER 1988).

Die vielfältigen Möglichkeiten für die Anwendungen von Figurenplastiken in der klinischen Praxis, auf die SCHWEITZER und WEBER (1982) sowie GEHRING et al. (1989) hingewiesen haben, können aufgrund der eigenen empirischen Untersuchungen nur bestätigt werden. Mit dem hier vorgestellten Auswertungsansatz können nicht nur therapiebegleitend systemische Veränderungen dargestellt werden, sondern auch systemische Prozesse in anderen, nicht-therapeutischen sozialen Situationen, wie z. B. bei Jugendlichen in Haft oder während eines psychiatrischen Begutachtungsverfahrens. Ein möglicher Gewinn aus der Verwendung von Farbfiguren, auf die GEHRING et al. (1989) hinweisen, müßte durch einen wiederum erhöhten Komplexitätsgrad erkauft werden, den zu verarbeiten – ohne dabei den Zusammengang zu verlieren – weitere Auswertungsprobleme in der sowieso schon sehr komplexen Art dieser Methode bereiten könnte.

6 Anwendungsbeispiele zur Darstellung der systemischen Beziehungsveränderungen bei Jugendlichen in stationärer psychiatrischer Behandlung

6.1 Fallbeispiel F

Es handelt sich um die 19jährige Patientin F. mit folgender Familienstruktur (die Daten wurden zur Anonymisierung geringfügig verändert):

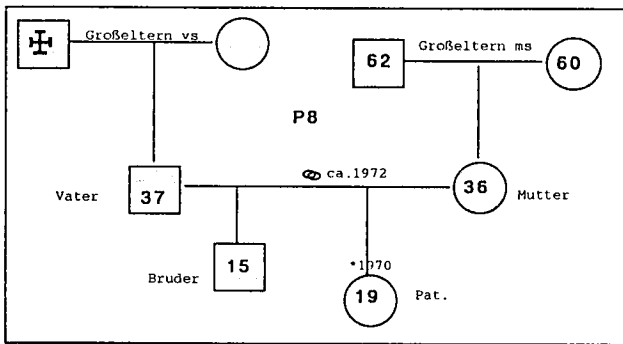


Abb. 2: Genogramm zum Fallbeispiel F

6.1.1 Beschreibung des Ausgangszustandes (A1)

In dieser Skulptur wird die systemische Ausgangssituation der Patientin vor der stationären Aufnahme dargestellt, so wie diese sie in der stationären Aufnahmephase erinnert. Da es sich um ein Einzelbild handelt, das eine wesentliche Basis für die Vergleiche mit den anderen Bildern darstellt, muß diese Skulptur für die Interpretation durch andere Äußerungen der Betroffenen ergänzt werden.

Beschreibung:

Die Ausgangssituation vor der Aufnahme (A1) wird von F. in der Skulptur als eng gepackter Familienverband dargestellt, in dem sie von den übrigen Familienmitgliedern ohne Bewegungsmöglichkeiten eingeschlossen ist. Sie steht im Zentrum der Blickrichtungen aller übrigen Figuren. Die einzige verbliebene Lücke in ihrem Rücken wird von der Figur der ambulanten Therapeutin geschlossen, die sie genauso dicht an sich heranstellt, wie diejenigen der übrigen Familienmitglieder. Familie, F. und die ambulante Therapeutin wirken wie ein geschlossener Block ohne Subsysteme, aus dem nur F. nach draußen blickt. Im Gespräch äußerte F. sich dahingehend, daß sie diese Situation als einengend und beschränkend empfindet, ohne etwas dagegen unternehmen zu können.

Zu Klinik und Anamnese:

F. hatte in den letzten Monaten bereits 2 Suizidversuche mit Tabletten unternommen und war deshalb in ambulanter Psychotherapie. Aufnahmegrund war ein 3. Suizidversuch. Sie hatte die Realschule mit der 10. Klasse ohne Probleme abgeschlossen. In der Familienanamnese fiel auf, daß F. als Kind sehr junger Eltern (damals 17 u. 18 J. alt) geboren wurde, deren Heirat 2 Jahre nach der Geburt des Kindes erfolgte. F. und ihr Bruder leben zu

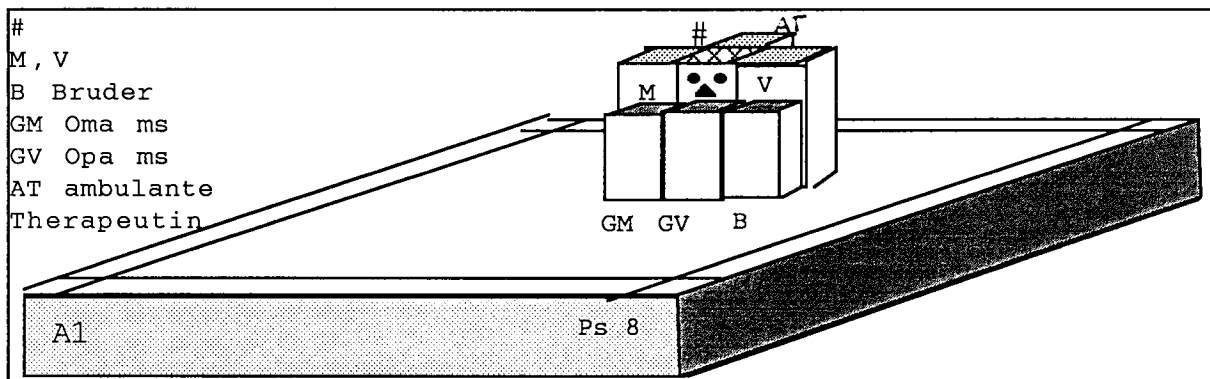


Abb. 3: A1: Erinnerung zum Zeitpunkt der Aufnahme an die Beziehungssituation in der Familie vor der Aufnahme

Hause bei den Eltern. Der Vater ist von Beruf Postbeamter, die Mutter Postbeamtin. Eine engere Beziehung gab es zu der Großmutter mütterlicherseits. Die Großeltern lebten im selben Haus wie die Familie von F. Freunde oder Freundinnen hatte F. nicht. Sie war mit 18 Jahren einmal für 4 Monate als au-pair-Mädchen in England. Diesen Aufenthalt brach sie wegen Schwierigkeiten mit der Gastfamilie ab. Zudem war ihre Mutter extrem besorgt, weil F. zuvor noch nie alleine von zu Hause weg gewesen war. Die Suizidversuche von F. waren weder ihr selbst noch ihren Angehörigen erklärlich. Die stationäre Aufnahme erfolgte „freiwillig“ auf den Wunsch der Eltern hin und auf Anraten der ambulanten Therapeutin. F. sagt dazu, sie sei den Eltern zuliebe in die Klinik gegangen, weil diese der Meinung waren, sie müsse mehr unter Kontrolle sein, und zu Hause wäre sie wegen der Ganztagsarbeit der Eltern alleine gewesen. Die Mutter hatte angeboten, wegen F. ihre Arbeit aufzugeben, aber das wollte diese nicht.

6.1.2 Aufnahmeeffekt (A1-R1)

In diesem Vergleich zwischen dem Bild der systemischen Ausgangssituation vor der Aufnahme (A1) und dem Realitätsbild in der Aufnahmesituation (R1) wird der Effekt deutlich, den der reine Vorgang der stationären Aufnahme auf die Beziehungssituation hatte – ohne daß bis dahin psychotherapeutische Effekte eine wesentliche Rolle gespielt haben können.

Beschreibung:

In den Skulpturen von F. zeigt sich, daß allein die stationäre Aufnahme den Familienverband bereits etwas gelockert hat. Alle Figuren werden minimal auseinandergerückt. Das Gesicht der Mutter ist zu sehen und deren Blick auf F. wird erkennbar. Eine alle Figuren betreffende minimale Distanzierung ist dargestellt worden. Im Gespräch in der Aufnahmephase schilderte F., daß sie die räumliche Entfernung von den Eltern inzwischen als ganz angenehm empfände. Dabei war ihr das Gefühl wichtig, daß die Eltern – besonders die Mutter – sich weniger Sorgen um sie machten, seitdem sie in der Klinik war.

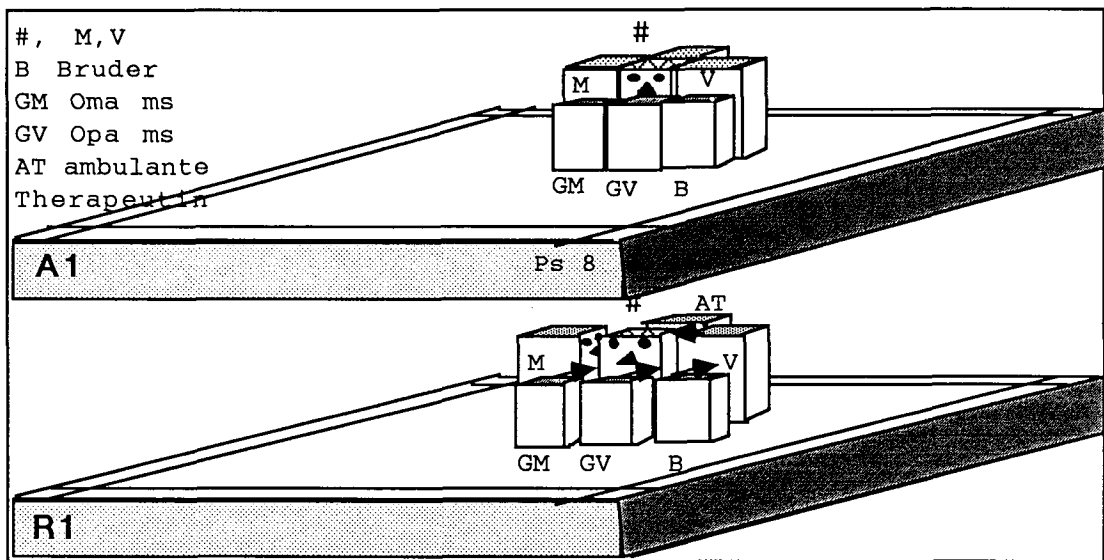


Abb. 4: Vergleich der Erinnerung an die Beziehungssituation vor der Aufnahme (A1) mit der Realitätskonstruktion der systemischen Beziehungssituation in der Aufnahmephase (R1)

6.1.3 Wunschproduktion z. Zt. der Aufnahme (A1-i1)

Dieser Vergleich zeigt, inwieweit der systemische Ausgangszustand vor der Aufnahme einem Wunsch der Patientin entsprochen hat. Er zeigt, ob die Patientin zum Zeitpunkt der Aufnahme eine Änderung des Ausgangszustandes wünschen könnte.

Beschreibung:

Bei F. zeigt sich der Unterschied in diesen Skulpturen wie im Vergleich A1-R1, da ihre Einschätzung der jeweiligen Realsituation weitgehend mit ihrem dazugehörigen Wunsch identisch ist. In dem hier dargestellten Vergleich zeigt sich, daß F. geringgradig etwas anderes gewünscht hat, als wie sie es in ihrer Situation vor der Aufnahme in der Familie vorgefunden hat.

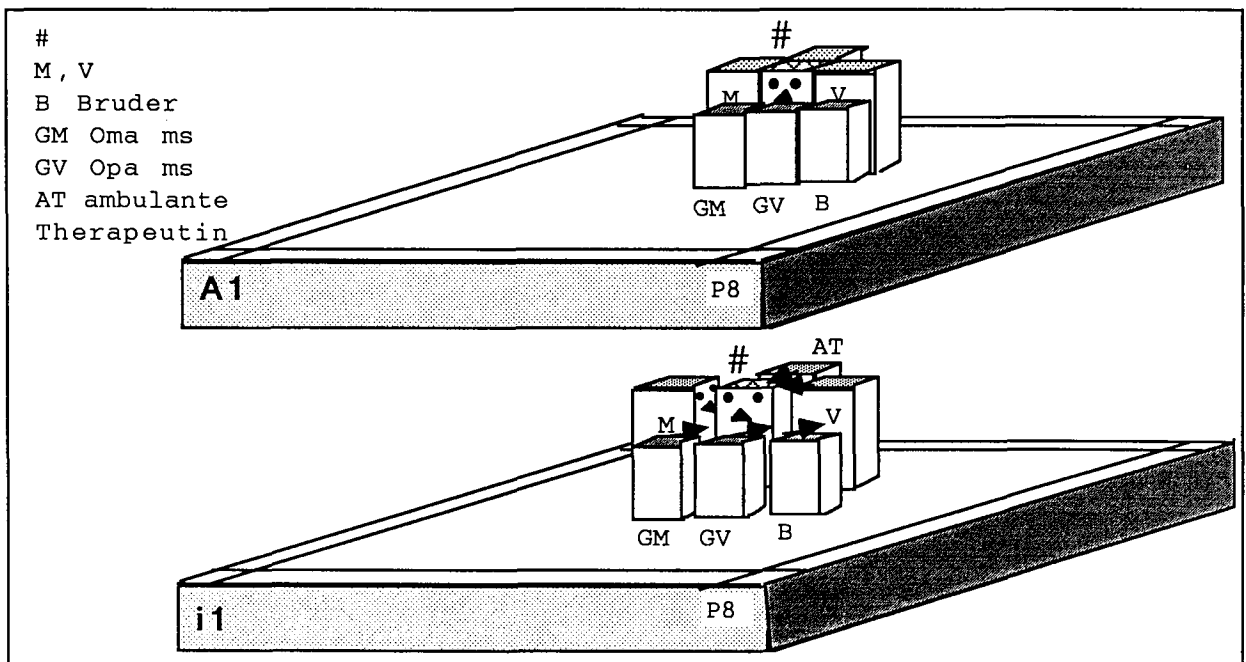


Abb. 5: Vergleich der Erinnerung an die Ausgangssituation vor der stationären Aufnahme zum Zeitpunkt 14 Tage nach der Aufnahme (A1) mit dem Beziehungswunsch in der Aufnahmephase (i1)

6.1.4 Unterschied zwischen der Aufnahmerealität und Wunsch (R1-i1)

Hier wird deutlich, inwieweit die durch die Aufnahmesituation geschaffene Situation (räumliche Trennung) in ihren systemischen Folgen (R1) möglicherweise bereits einem Veränderungswunsch der Patientin (i1) entsprochen hat.

Beschreibung:

Bei F. sind Aufnahmerealität und Wunsch identisch, so daß davon ausgegangen werden kann, daß sie die Situation 14 Tage nach der stationären Aufnahme gut akzeptieren konnte, bzw. daß die stationäre Aufnahme und der damit verbundene Effekt der minimalen Distanzierung bei gleichbleibender familiärer Gesamtsituation ihrem Wunsch entsprochen hat – obwohl sie ursprünglich (wie im Interview von ihr mitgeteilt) gegen eine Aufnahme war und nur auf den Wunsch von Eltern und Therapeutin einer stationären Aufnahme zugestimmt hat.

mögliche Bewegungen. Dabei ist die Grundstruktur nicht wesentlich verändert: F. befindet sich weiterhin im Zentrum der Familie, allerdings ohne Therapeutin. Es hat einen deutlichen systemischen Behandlungseffekt gegeben, eine neue Beziehungssituation im Verhältnis zur Ausgangssituation.

6.1.6 Veränderungsprozeß auf der Ebene der Realitätskonstruktion (Vergleich A1-R1-R2)

Aus dem Vergleich dieser Skulpturen läßt sich ablesen, wie sich das Bild von der Realität in der Auffassung des Patienten während des stationären Aufenthaltes sukzessive verändert hat.

Beschreibung:

Bei F. zeigt sich in der fortschreitenden stationären Behandlung eine zunehmende Auflockerung des zuvor eng gepackten Familienverbandes.

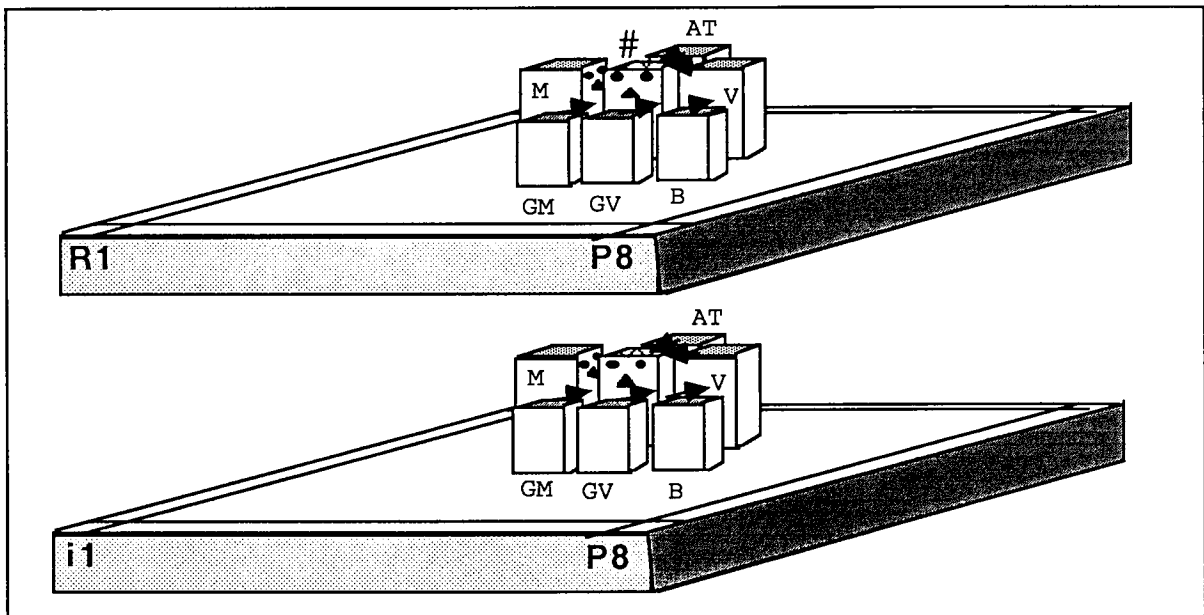


Abb. 6: Vergleich der Einschätzung der Beziehungsrealität in der Aufnahmephase (R1) mit dem Wunsch zum selben Zeitpunkt (i1)

6.1.5 „Realer“ Behandlungseffekt: Vergleich zwischen dem Bild der systemischen Ausgangssituation vor der Aufnahme und dem Realbild in der Entlassungsphase (A1-R2)

Dieser Vergleich zeigt, wie sich das Beziehungsgefüge, in dem die Betroffene sich vor der stationären Aufnahme befand, in der Zeit der stationären Behandlung verändert hat. Er gibt Auskunft darüber, ob der Patient meint, daß er sich bei der Entlassung aus der stationären Behandlung in derselben Beziehungssituation wiederfindet, wie vor der Aufnahme oder ob er von einer veränderten Situation ausgehen kann.

Beschreibung:

F. stellt in den Skulpturen eine deutliche Veränderung dar von einem dicht gepackten Familienverband zu einer aufgelockerten Familiensituation, aus der heraus nicht wie früher nur ein Blick nach draußen möglich ist, sondern die auch Raum läßt für

6.1.7 Zufriedenheit mit der Entlassungsrealität (R2-i2)

Aus dem Vergleich der Realitätsauffassung in der Entlassungsphase (R2) mit dem entsprechenden Beziehungswunsch (i2) geht hervor, inwieweit die Realitätskonstruktion am Ende der stationären Behandlung mit den entsprechenden Wünschen übereinstimmt. Aus einer Übereinstimmung kann auf eine Zufriedenheit mit dem Zustand zum Zeitpunkt der Entlassung geschlossen werden.

Beschreibung:

Bei F. sind Realitätskonstruktion und Wunsch in der Entlassungsphase nur minimal unterschieden. Im großen und ganzen scheint sie mit dem Ergebnis der stationären Behandlung zufrieden zu sein. Im Gegensatz zur realen Situation stellt sie in der Wunschskulptur (i2) die Eltern zugewandter dar als im Realbild (r2). Bruder und Großmutter werden im Wunschbild distanzierter und abgewandter dargestellt als im Realbild. Der Großvater wird im Wunschbild so dargestellt, daß er im Gegensatz zum Realbild mehr Zuwendung zeigt.

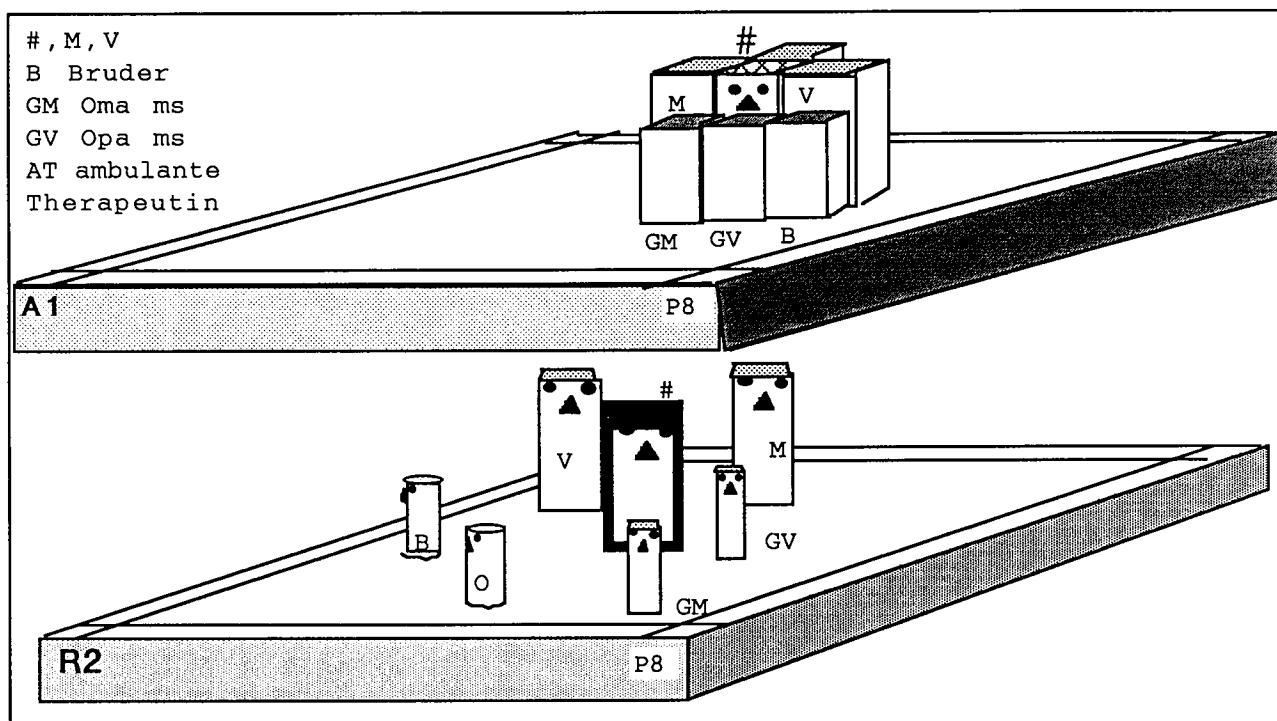


Abb. 7: Vergleich der Einschätzung der Ausgangssituation vor der stationären Aufnahme (A1) mit der Einschätzung der Beziehungsrealität am Ende der stationären Behandlung (R2)

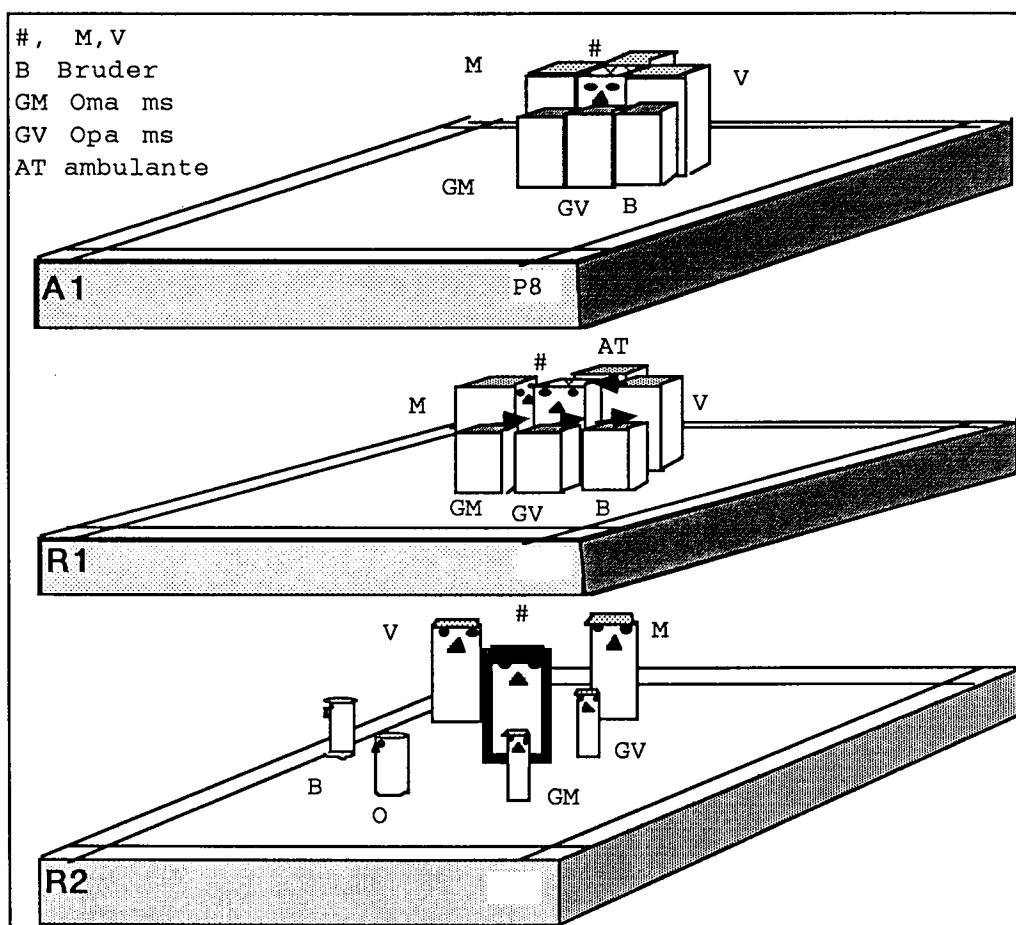


Abb. 8: Veränderung der Realitätseinschätzung im stationären Behandlungsprozeß im Vergleich der Situation vor der Aufnahme (A1) mit den Realitätseinschätzungen in der Aufnahme- (R1) und Entlassungsphase (R2)

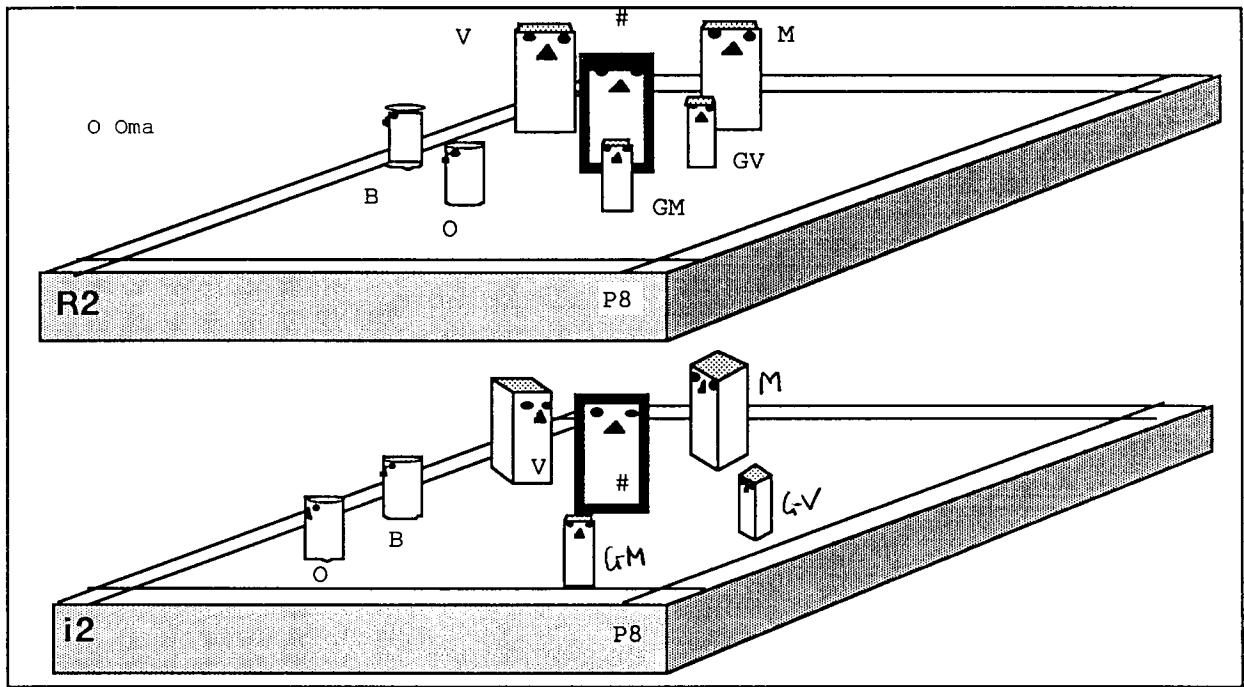


Abb. 9: Vergleich der Auffassung von der Realsituation in der Entlassungsphase (R2) mit dem Wunsch zum selben Zeitpunkt (i2)

6.2 Fallbeispiel D

Es handelt sich um den 18jährigen Patienten D. mit folgender Familienstruktur (die Daten wurden zur Anonymisierung geringfügig verändert):

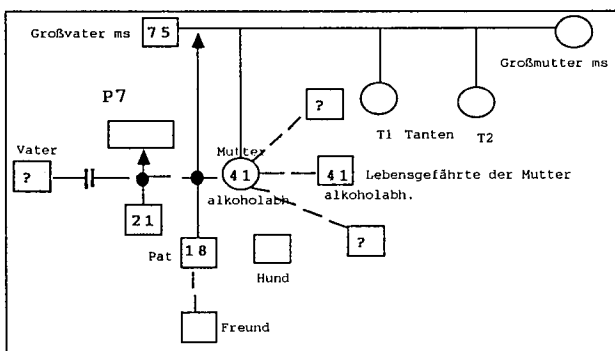


Abb. 10: Genogramm zum Fallbeispiel D.

Zu Klinik und Anamnese:

D. wuchs anfangs bei seinen Großeltern mütterlicherseits auf. Seinen leiblichen Vater kennt er nicht. Er hat einen älteren Bruder, der fremduntergebracht war und dessen Vater ebenfalls unbekannt ist. Mit 6 Jahren kam D. wieder zu seiner Mutter, die alkoholabhängig ist und nach der Erfahrung mit zwei anderen Beziehungen seit 7 Jahren mit einem ebenfalls alkoholabhängigen Mann zusammenlebt. Die Familie lebt von der Sozialhilfe. D. hatte von seiner Mutter die Funktion des Aufpassers zugewiesen bekommen. Er glaubte den Auftrag zu haben, sie vor den Gewalttätigkeiten ihrer Freunde zu schützen, ihr Alkohol zu beschaffen, ihre Alkoholräusche zu überwachen und sie, wenn sie abends bzw. nachts durch Alkoholeinfluß gehunfähig war, ins Bett zu bringen. D. wurde früher viel geschlagen. Trotzdem

machte er sich immer Gedanken und große Sorgen um die Mutter. Sein älterer Bruder, der auch bei der Mutter wohnte, hatte derartige Funktionen nicht übernommen. D. erhielt ohne Probleme den Hauptschulabschluß und verdiente vor der stationären Aufnahme Geld als Bauklempnerlehrling im 2. Lehrjahr, das er zum größten Teil an die Mutter abgab. Vor 5 Jahren entwickelte er epileptiforme Anfälle mit nachfolgenden Beinlähmungen. Außer einer starken Sehschwäche hatte er sonst keine Erkrankungen. Wegen der Anfälle war er fast jedes Jahr zu stationären neurologischen Behandlungen in verschiedenen Krankenhäusern, es gab jedoch nie einen Hinweis auf eine organische Grundlage der Anfälle. 5 Wochen vor der Aufnahme in die Psychiatrie wurde er wegen der Anfälle wieder in eine neurologische Klinik eingewiesen, von wo aus schließlich die Verlegung erfolgte. D. wollte nicht in die Psychiatrie. Er hatte Angst, daß er für verrückt erklärt werden könnte und vor allem die Sorge, daß seine Mutter ohne ihn nicht auskommen würde. Das hatte sie ihm gegenüber entsprechend geäußert. Aufgrund der Vorgehaltungen des Neurologen willigten beide schließlich in die Verlegung ein. Der Aufenthalt in der Psychiatrie sollte nach dem Wunsch beider nur kurz sein. D. entschied sich nach ein paar Wochen, aber gegen den Wunsch seiner Mutter, zu einer 6monatigen stationären Behandlung.

6.2.1 Beschreibung des Ausgangszustandes (A1)

Beschreibung:

Im Gegensatz zum Fallbeispiel F werden von diesem Jugendlichen drei unterschiedliche Subsysteme dargestellt: Seine Figur befindet sich in einem Kreis, gebildet von Mutter, Bruder, Freund und Hund. Innerhalb dieses Kreises sind ihm Bruder und Hund direkt zugewandt, der Freund schaut halb an ihm vorbei und die Mutter schaut auf ihren anderen Sohn. Abseits und abgewandt steht der Lebensgefährte der Mutter ebenso wie die Gruppe der Verwandten. Die Figuren stehen alle mit einem kleinen Abstand relativ locker umeinander.

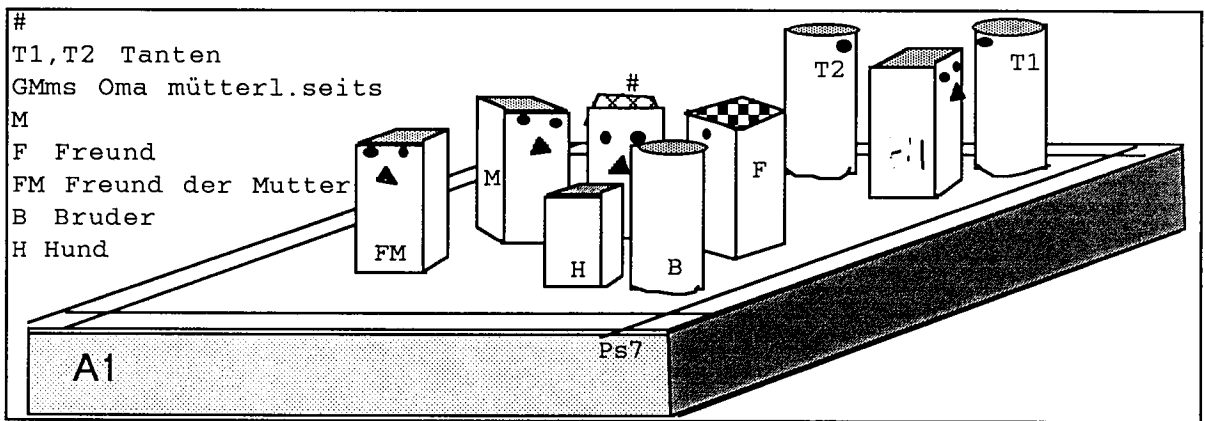


Abb. 11: A1: Erinnerung in der Aufnahmesituation an die Beziehungssituation in der Familie zu einem Zeitpunkt vor der Aufnahme

6.2.2 Aufnahmeeffekt (A1-R1)

Beschreibung:

Der Aufnahmeeffekt wird vom Jugendlichen als Polarisierung und Umgruppierung der Subsysteme dargestellt. Statt bisher 3 Subsystemen werden jetzt nur noch zwei dargestellt: Der Jugendliche selbst befindet sich nun in einem Kreis aus einer Tante, der Großmutter sowie Bruder, Freund und Hund. Die Mutter hat sich abgewandt und entfernt und befindet sich nun in einer Gruppe mit ihrem Lebensgefährten und einer Schwe-

ster. Der Freund der Mutter schaut nicht mehr ganz vom Jugendlichen weg, sondern hat sich dessen Gruppe halb zugewandt. Die Beziehungsrealität hat sich in der Aufnahmesituation deutlich verändert. Es gibt eine Abwendung der Figur der Mutter, die an die Figur des Lebensgefährten angenähert wird. Diese wendet ihren Blick mehr dem Jugendlichen zu. Statt der Figur der Mutter befinden sich nun diejenige der Großmutter und einer Tante im engeren Kreis des Jugendlichen. Diese Veränderung kann zusammenfassend als Polarisierung beschrieben werden: Abwendung und Distanzierung der Mutter, statt dessen Zuwendung und Annäherung der Großmutter und einer Tante.

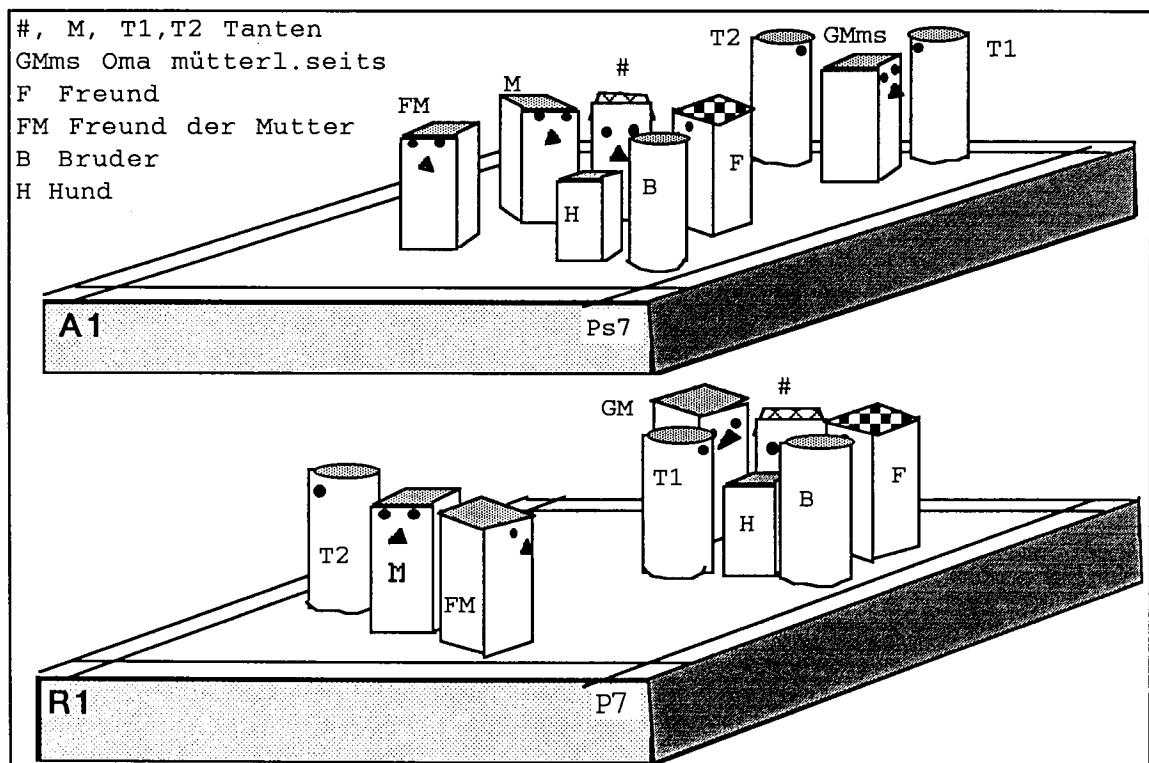


Abb. 12: Vergleich der Erinnerung an die Beziehungssituation vor der Aufnahme (A1) mit der Einschätzung der realen Situation nach der Aufnahme (R1)

6.2.3 Wunschproduktion z. Zt. der Aufnahme (A1-i1)

Beschreibung:

In seinem Wunschbild kurz nach der stationären Aufnahme (i1) stellt sich der Patient in den Kreis seiner peer-group (Bruder, Freund, Hund), die deutlich von der übrigen Familie und

6.2.5 „Realer“ Behandlungseffekt: Vergleich zwischen Ausgangsbild vor der Aufnahme und Realbild in der Entlassungsphase (A1-R2)

Beschreibung:

Bei D. hat die Behandlung zu einer Veränderung des Beziehungsgefüges geführt: Die Mutter, deren Freund und die ge-

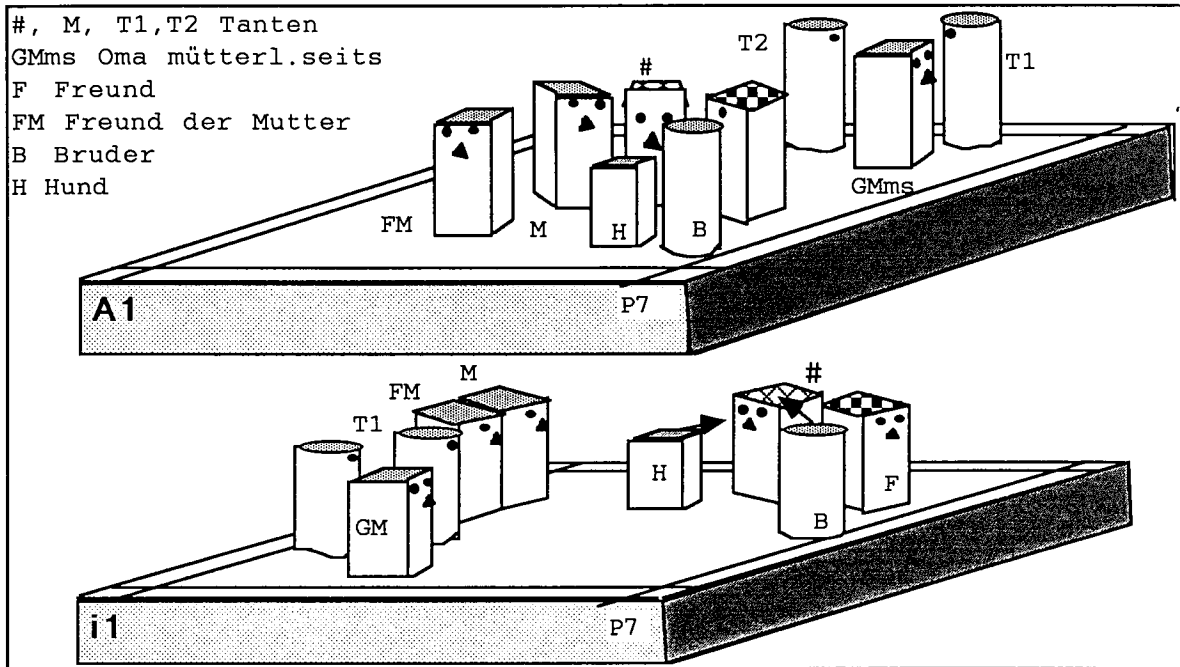


Abb. 13: Vergleich der Erinnerung in der Aufnahmephase an die Ausgangssituation vor der stationären Aufnahme (A1) mit dem Beziehungswunsch zum selben Zeitpunkt (i1)

dem Freund der Mutter abgegrenzt ist. Die Familiengruppe und der Patient haben sich einander über die Distanz hin zugewandt und stehen so miteinander in Verbindung. Es gibt zwei neue Subsysteme mit deutlichen Generationengrenzen. Die Veränderung entspricht einer Polarisierung der Beziehungen. Es wird deutlich, daß der familiäre Ausgangszustand (A1) nicht einem Wunsch von D. entsprochen hat.

6.2.4 Unterschied zwischen der Aufnahme Realität und Wunsch (R1-i1)

Beschreibung:

Die Aufnahmesituation (R1) wirkt hier zunächst sehr ähnlich der Wunschvorstellung von D. Es gibt in beiden Fällen zwei Gruppen und die Figur von D. ist in beiden Fällen getrennt von seiner Mutter. Im Detail ergeben sich aber doch wesentliche Unterschiede. Real befindet sich D. in einer Gruppe mit Teilen der Verwandtschaft; dies entspricht jedoch nicht seinen Wünschen. Er möchte sich im Kreise von Gleichaltrigen aufhalten. Auch hat sich in der realen Aufnahmesituation die Mutter von ihm abgewandt. Er möchte, daß sie ihm zugewandt bleibt und daß sich ihm die Verwandtschaft ebenfalls zuwendet. Die Aufnahmesituation entspricht nicht eigentlich seinem Wunsch. Es ist zwar zu einer Umbildung der Subsysteme gekommen und zu einer Polarisierung der Beziehungen, aber nicht so, wie D. es sich gewünscht hätte.

samte Verwandtschaft – mit Ausnahme des Bruders – befinden sich nun in einer eigenen Gruppe, die in Reih' und Glied ein Spalier bildet, die Blicke ausgerichtet auf die neue Gruppe, in der sich der Jugendliche befindet. Dieser steht in einer Art peer-group zwischen Bruder und Freund. Er ist konfrontiert mit seinem Therapeuten und hat seine eigene Figur dadurch um das Doppelte vergrößert, daß er die Figur seiner stationären Bezugsperson oben drauf gestellt hat. Der Hund, als gemeinsamer Bestandteil der Herkunfts- und „Stationsfamilie“, steht zwischen den Gruppen.

Der Vergleich zeigt eine Polarisierung und eine Umgruppierung der Subsysteme, die sich nun gegenüberstehen. Der Jugendliche hat in der Skulptur eine Trennung zwischen seiner Herkunftsfamilie und sich vollzogen, hält sich aber noch an die Mitarbeiter der psychiatrischen Station. Das Feld wird bestimmt von der alles überragenden Riesenfigur, die D. aus seiner Figur und der seiner Bezugsperson zusammengestellt hat. Im Gegensatz zum Vergleichsbild A1 wird der Patient nun von allen Familienmitgliedern – mit Ausnahme des Bruders – und dem Freund der Mutter angeschaut. Er ist voll in deren Blickfeld und überblickt seinerseits mit Hilfe der Figur der Bezugsperson das ganze Szenario.

In einer weitergehenden Interpretation könnte man vermuten, daß sich der Patient zwar von der Familie getrennt hat, diesen Zustand aber nicht allein bzw. in seiner peer-group durchzustehen vermag. Er stattet sich mit der Bezugsperson als Hilfsattribut aus, ist mit ihr förmlich verschmolzen. Die Figur des Therapeuten ist zwischen ihn und die Familie gestellt. Mit Hilfe

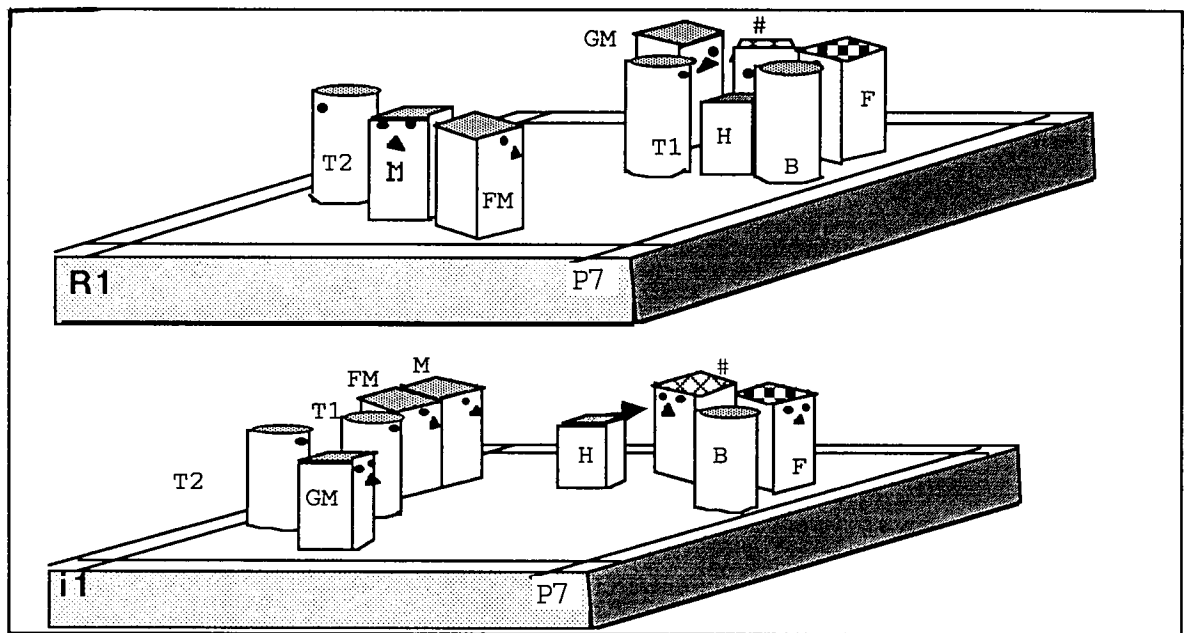


Abb. 14: Vergleich der Einschätzung der Beziehungsrealität in der Aufnahmephase (R1) mit dem Wunsch zum selben Zeitpunkt (i1)

der Riesenfigur schaut er über den Therapeuten hinweg. Es scheint eine prekäre Entlassungssituation zu sein, die zwar deutliche Veränderungen widerspiegelt, aber durch die Konstellation der Riesenfigur und des Therapeuten nicht sehr stabil wirkt.

Familie und Freund der Mutter haben sich zu einer eigenen Gruppe formiert. Der Patient ist Bestandteil einer anderen Gruppe geworden, die aus Mitarbeitern der Station sowie seines Peers (Bruder und Freund) besteht. Beide Gruppen wenden sich einander zu, halten aber Distanz. Zwischen beiden Gruppen, so-

zusagen zwischen den Fronten, befinden sich der Hund und der Therapeut, wobei der Therapeut der Familie den Rücken zuwendet, sich aber in ähnlich konfrontativer Haltung dem Patienten gegenüber befindet wie diese. Der Hund schaut zwischen beiden Gruppen hindurch; er könnte zu beiden Gruppen gehören oder zu keiner von beiden. Die Größe der Figur des Patienten in dieser Konstellation ist durch die Kombination mit der Figur der Bezugsperson deutlich gestiegen.

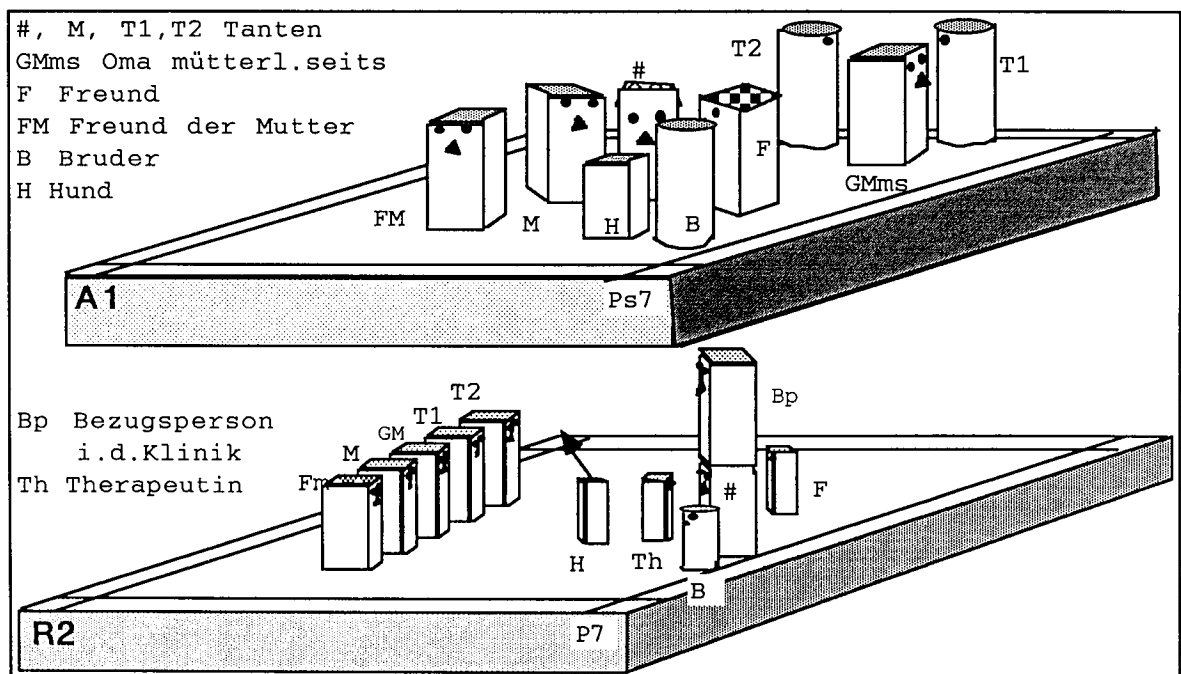


Abb. 15: Vergleich der Ausgangssituation vor der stationären Aufnahme (A1) mit der Einschätzung der Beziehungsrealität am Ende der stationären Behandlung (R2)

6.2.6 Veränderungsprozeß auf der Ebene der Realitätskonstruktion (Vergleich A1-R1-R2)

Beschreibung:

Der Prozeß der Realitätsveränderung bei D. im Rahmen des stationären therapeutischen Prozesses zeigt in den Skulpturen

7 Zusammenfassung der Fallbeispiele

Beide Beispiele zeigen ein adoleszenztypisches Ablösungs- bzw. Trennungproblem auf, jedoch in völlig unterschiedlicher Konstellation. Bei F. scheint das Problem darin zu liegen, daß diese Jugendliche den Eindruck vermittelt, gegen ihren Wunsch zu sehr in der Familie gehalten

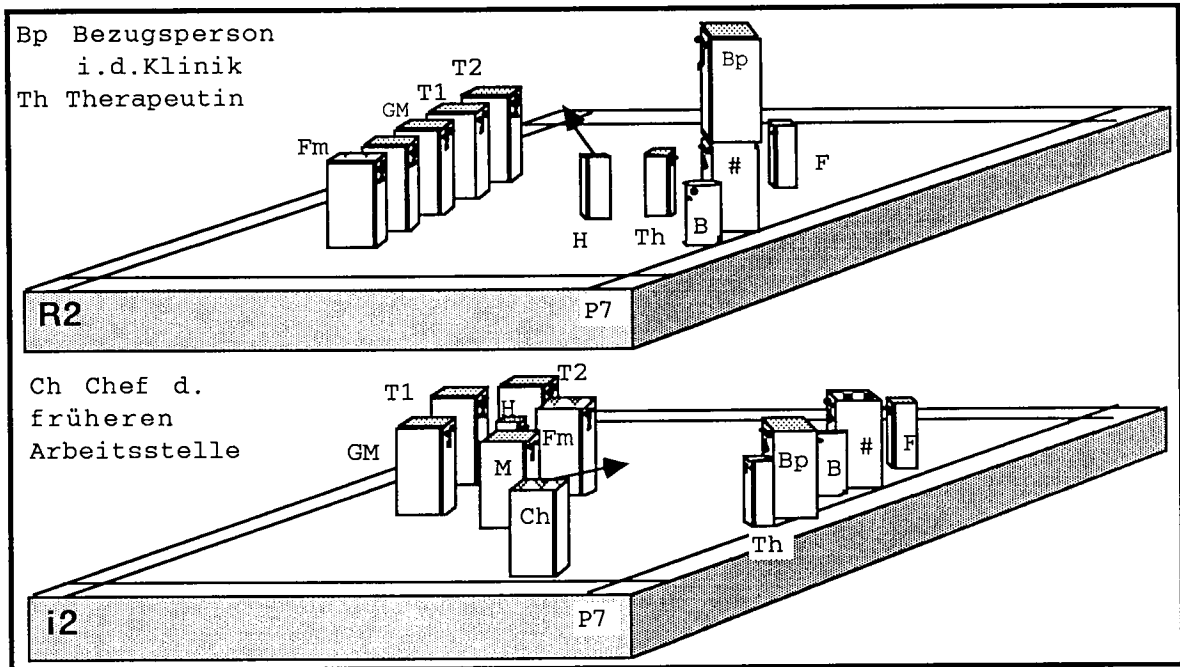


Abb. 17: Vergleich der Auffassung von der Realsituation in der Entlassungsphase (R2) mit dem Wunsch zum selben Zeitpunkt (i2)

eine stetige Veränderung der Subsysteme mit Distanzierung von der Mutter über eine in den Generationen gemischte, familiäre Gruppe bis hin zu einem aus Therapeuten und Peers gemischten Subsystem, in dem sich D. zum Schluß befindet und das von der familiären Erwachsenenengruppe deutlich distanziert ist, bei zwischenzeitlich abgezogener, letztlich aber doch erhaltener gegenseitiger Zuwendung.

6.2.7 Zufriedenheit mit der Entlassungsrealität (R2-i2)

Vergleicht man das Realitätsbild von D. am Ende der Behandlung mit seinem Wunschbild zur selben Zeit, dann fällt die Ähnlichkeit der Gruppierungen auf. Der Wunsch zeigt aber, daß die professionelle Hilfe weniger und dezentierter sein soll, als sie sich in seiner Realität darstellt. Die Gruppierung der Figuren wird weniger konfrontativ gewünscht, aufgelockert und zwangloser. Der Hund kann in der Erwachsenenengruppe verschwinden und die zusätzliche Aufmerksamkeit eines Vertreters der Arbeitswelt wird gewünscht. Die beiden Bilder stimmen in einigen Aspekten überein. D. scheint z.T. mit dem neuen Realitätsbild zufrieden zu sein. Ihm fehlt aber eine klare Arbeitsperspektive und er möchte mit geringerer therapeutischer Hilfe seine Zukunft bewältigen können. Das ist eine Veränderung gegenüber dem Realitätsbild, so daß davon ausgegangen werden muß, daß D. mit seiner Entlassungsrealität in den zwei Punkten nicht zufrieden ist, obwohl ein Außenstehender den Unterschied nur als minimal bewerten könnte.

ten zu sein. Sie scheint umschlossen und behütet zu werden wie ein Kleinkind, obwohl sie sich bereits andere Fähigkeiten zuschreibt. Aus familientherapeutischer Perspektive kann man bei ihr ein sehr viel geringeres Maß an Autonomie sehen, als es ihren Wünschen entspricht. Sie möchte sich zwar von der Familie ablösen, aber nicht trennen. Dieses kommt in den Skulpturen insofern zum Ausdruck, als sie das Familiengefüge als Ganzes erhalten will, jedoch mit mehr Distanz und ohne die Zuwendung der Eltern zu verlieren. Der stationäre therapeutische Prozeß hat sie diesem Ziel näher gebracht, allerdings auf Kosten einer gewissen Abwendung der Eltern. Man kann vermuten, daß sie dieses Problem selber bzw. ohne professionelle Hilfe lösen will, zumal sie weder in der Realität noch in der Wunschsituation vor der Entlassung die Figur der Therapeutin aufgestellt hat.

Bei D. ist es umgekehrt. Das Ablösungs- und Trennungproblem scheint zunächst ähnlich zu sein. Er macht ebenfalls den Eindruck, als ob er in der Familie gehalten werden soll, aber nicht als zu behütendes Kind, sondern als Behüter der Mutter. Er vermittelt den Eindruck, bereits als jugendlicher Erwachsenenfunktionen übernommen zu haben. Das Generationenverhältnis hätte sich damit umgekehrt. Nach dem im Gespräch vermittelten Eindruck versorgt er die abhängige Mutter, die ohne ihn ihre Versorgung gefährdet sieht. Ihm wird gegen seinen

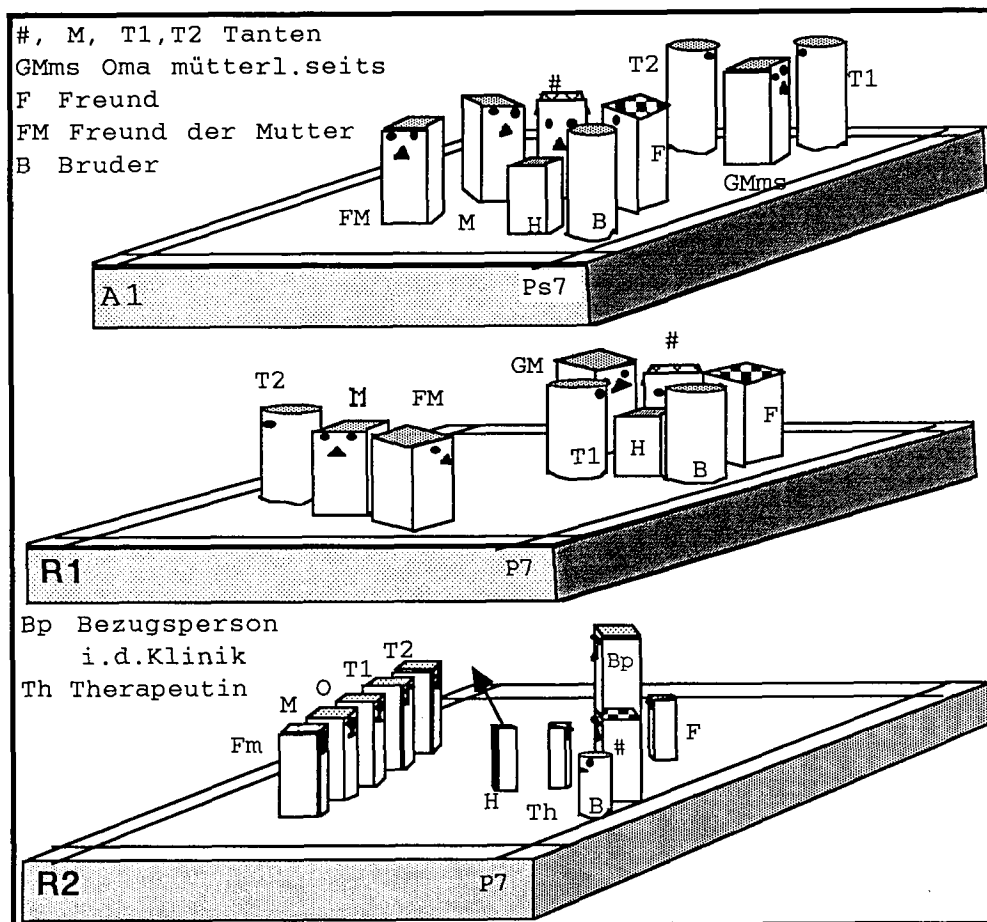


Abb. 16: Veränderung der Realitätseinschätzungen im stationären Behandlungsprozeß im Vergleich der Bilder vor der Aufnahme (A1) mit den Realitätsbildern aus der Aufnahme- (R1) und Entlassungsphase (R2)

Wunsch ein sehr großes Maß an Autonomie zugeschrieben und abverlangt, was ihn an die Familie bindet. In den Wunschskulpturen stellt er seinen Wechsel von der Erwachsenengruppe in eine peer-group dar, verbunden mit einer Distanzierung von der Mutter und dem Versuch, die Zuwendung aufrecht zu erhalten. Dieses gelingt ihm in seiner Realität nur ansatzweise mit beständiger professioneller Hilfe, die er auch in der Zukunftsperspektive für notwendig hält. Die reale Situation am Ende der Behandlung mutet eher wie eine Konfrontation zur Eltern- und Großelterngeneration an, die den Gedanken an eine Trennung ohne familiäre Zuwendung aufkommen läßt. Vor der Entlassung beschäftigt ihn seine zukünftige Realsituation. Er setzt sich mit seiner beruflichen Perspektive auseinander. Im Gegensatz zu F. entscheidet er sich nach der Entlassung nicht für eine Rückkehr in die Familie, sondern für eine Jugendwohnung.

Beide Jugendlichen sind vor der Entlassung der Ansicht, daß sie ohne eine stationäre Behandlung, d.h. ohne ihre Symptome und die daraufhin eingeleitete, zeitweise räumliche Trennung von ihren Familien, die dargestellten Veränderungen nicht erreicht hätten, und sie bewerten den Psychiatrieaufenthalt für sich als positiv. Beide zeigten am Ende der stationären Behandlung keine psychiatrische Symptomatik mehr.

8 Schlußbemerkung

Wenn man von den Forderungen der qualitativen Sozialforschung nach authentischer Darstellung der erforschten Prozesse, nach der Angemessenheit des Forschungsverfahrens im Hinblick auf die empirische Realitätskonstruktion und dem Grad der Nachvollziehbarkeit der Ergebnisse durch andere Personen ausgeht (s.a. LAMNEK 1988), so scheint mir das Skulpturverfahren als unmittelbar von der Praxis abgeleitetes Forschungsverfahren diese Forderungen weitgehendst zu erfüllen. Die Figurenskulptur, speziell in der Form des Familienbrettes von LUDWIG et al. (1983), ist primär ein Verfahren der therapeutischen Praxis, mit dem Sichtweisen von systemischen Aspekten der familiären Beziehungen kommuniziert, reflektiert und so in den familientherapeutischen Prozeß mit einbezogen werden können. Mit der Anwendung der Auswertungsmethoden der qualitativen Sozialforschung ermöglicht die Figurenskulptur eine prozeßbezogene, praxisnahe und möglicherweise in therapeutischem Sinne auf den Therapieprozeß rückbezügliche Forschung, wie sie in einer positivistisch ausgerichteten, quantitativen Forschung nicht gewünscht und auch nicht zu erreichen ist. Die qualitative Methodik erscheint so für die Erforschung therapeutischer Prozesse gegenstandsangemessener zu sein.

Summary

Qualitative Evaluation of Systemic Aspects of Inpatient Therapy in Child and Adolescent Psychiatry

In this essay, the author introduces the use of a method of qualitative evaluation of the "family board" (LUDEWIG et al.) in the presentation of systemic aspects of in-patient therapy in child and juvenile psychiatry. Comparison of the ideal and the real images held by the patient at different times during therapy can bring to light changes in the network of his/her relationships. This approach makes possible a well-suited examination of systemic processes in therapy since, in contrast to other approaches, it does not begin with a possibly distorted or speculative ideal family norm but allows the patient to establish his/her own view of the initial situation of the family as a norm. Drawing on two case studies from the material gathered in empirical investigation of 144 juveniles, this essay discusses the systemic aspects of the situation at the time of in-patient admission, the effects of therapy, the processes of change, and the patients degree of satisfaction with the situation at the time of release from in-patient therapy.

Literatur

BAUMGÄRTEL, F. (1987): Evokative Verfahren der prä- und peritherapeutischen Diagnostik von Familien und Möglichkeiten ihrer Verwendung für die Prävention. *Z. f. personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie*, 6/2, 167-182. – BERG, H. v. D. (1984): Erkundung des Familienbrettes mit Familien mit einem Kind in bzw. nach stationärer psychiatrischer Behandlung. Diplomarbeit am FB Psychologie der Universität Hamburg. – BERG, H. v. D./BÖKMANN, M./LUDEWIG, K./LUDEWIG, R. (1989): (Re-)Konstruktion familiärer Geschichte unter Verwendung des Familienbrettes. *Methodische Zugänge. Familiendynamik* 14/2, 129-146. – BÖKMANN, M. (1987): Stationäre Behandlung und Familienstruktur. *Erkundungsstudie mit Hilfe des Familienbrettes zum Vergleich von Familien mit einem aus somatischer Indikation und Familien mit einem aus psychiatrischer Indikation stationär behandelten Kind*. Dissertation am FB Medizin der Universität Hamburg. – BRINTZINGER-V. KÖCKRITZ, I. (1984): Projektive Verfahren in der Familientherapie. In: BRUNNER, E. J. (Hrg.): *Interaktion in der Familie*. Berlin: Springer. – BRUCKMEIER, K./THIEM-SCHRÄDER, B. (1984): Methodenpraxis qualitativer Sozialforschung: Zur Forschung über Jugenddelinquenz. Publikationen der Fachhochschule für Verwaltung und Rechtspflege, Bereich Kriminalwissenschaften, Nr. 47. Berlin. – CIERPKA, M. (Hrg.) (1987): *Familiendiagnostik*. Berlin: Springer. – DOLLASE, R. (1976): *Soziometrische Techniken. Techniken der Erfassung und Analyse zwischenmenschlicher Beziehungen in Gruppen*. Weinheim: Beltz. – DUHL, B. S./DUHL, F. J. (1981): *Integrative family therapy*. Aus: GURMAN, A. S.; KNISKERN, D. P. (Hrg.): *Handbook of Family Therapy*, New York: Brunner & Mazel. – DUHL, B. S./DUHL, F. J. (1983): *From the inside out and other metaphors*. New York: Brunner & Mazel. – FÖRSTER, H. V. (1985): *Sicht und Einsicht*. Braunschweig: Vieweg. – FREDMAN, N./SHERMAN, R. (1987): *Handbook of Measurements for Marriage and Family Therapy*. New York: Brunner & Mazel. – GEHRING, TH. M./FUNK, U./SCHNEIDER, M. (1989): *Der Familien-*

system-Test (FAST): Eine drei-dimensionale Methode zur Analyse sozialer Beziehungsstrukturen. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 38, 152-164. – GRAWE, K. (1976): *Differentielle Psychotherapie I. Indikation und spezifische Wirkung von Verhaltenstherapie und Gesprächspsychotherapie*. Eine Untersuchung an phobischen Patienten. Bern: Huber. – GUERIN, P. J./PENGAST, E. G. (1976): Evaluation of family system and genogram. In: GUERIN, P. J. (Hrg.): *Family Therapy and Practice*. New York: Gardner. – HEINL, P. (1986): *Die Interactionsskulptur*. *Z. f. Integrative Therapie* 12, 77-109. – KANTOR, D./LEHR, W. (1975): *Inside the Family*. S. Francisco: Jossey-Bass. – KLEINING, G. (1982): Umriss zu einer Methodologie qualitativer Sozialforschung. *Kölner Z. f. Soziologie und Sozialpsychologie* 34, 224-253. – KOWERK, H. (1985): Ein Ansatz für eine systemische Betrachtung von Familientherapie unter stationären Bedingungen. *Z. system. Ther.* 4, 4-9. – KOWERK, H. (1988): *Das forensische jugendpsychiatrische und das vollzugspsychologische Gutachten als systemische Intervention*. *Kriminalpädagog. Praxis* 16/28, 36-45. – LAMNEK, S. (1989): *Qualitative Sozialforschung. Bd. 1: Methodologie*. München: Psychologie-Verlags-Union. – LAMNEK, S. (1989): *Qualitative Sozialforschung. Bd. 2: Methoden und Techniken*. München: Psychologie-Verlags-Union. – LIEBERMANN, S. (1979): *Transgenerational analysis: The genogram as a technique in family therapy*. *J. Fam. Ther.* 1, 51-64. – LOHMER, M. (1983): *Das Familienbrett. Erkundung der diagnostischen Möglichkeiten*. Diplomarbeit am FB Psychologie der Univ. Hamburg. – LUDEWIG, K./PFLIEGER, K./WILKEN, U./JACOBSKÖTTER, G. (1983): *Entwicklung eines Verfahrens zur Darstellung von Familienbeziehungen: Das Familienbrett*. *Familiendynamik* 8, 235-251. – LUDEWIG, K./WILKEN, U. (1983): *Das Familienbrett. Hinweis zur Benutzung*. Hamburg: Eigenverlag. – LUDEWIG, R. (1984): *Versuch einer systemischen Beurteilung von familientherapeutischen Prozessen*. Diplomarbeit am FB Psychologie der Universität Hamburg. – LUHMANN, N. (1984): *Soziale Systeme*. Frankfurt: Suhrkamp. – MATURANA, H. R. (1982): *Erkennen: Die Organisation und Verkörperung von Wirklichkeit*. Braunschweig: Vieweg. – MAYRING, P. (1988): *Qualitative Inhaltsanalyse*. Weinheim: Beltz, 2. Aufl. 1990 (Dt. Studienverlag). – MORENO, J. L. (1946): *Psychodrama*. New York: Beacon. – OLSON, D. H./PORTNER, J. (1983): *Family Adaptability and Evaluation Scales*. In: FILSINGER, E. E. (Hrg.): *Marriage and Family Assessment*. Bev. Hills: Sage Publications, S. 299-315. – PAPP, P. (1973): *Family sculpturing in preventive work with „well“ families*. *Fam. Proc.* 12, 197-212. – PFLIEGER, K. (1980): *Entwicklung und erste Erkundung eines Verfahrens zur Abbildung von Familienbeziehungen*. Diplomarbeit des FB Psychologie der Univ. Hamburg. – SATIR, V. (1964): *Conjoint family therapy*. Palo Alto: Science and Behavior Books. – SCHLIPPE, A. v. (1985): *Zur Einschätzung von Familien nach dem „Circumplex-Model of Marital and Family Systems“ von Olson und Mitarbeitern*. Osnabrück. – SCHLIPPE, A. v. (1986): *Systemisches Bewältigungspotential in Familien mit einem asthmakranken Kind*. *Forschungsberichte aus dem Fachbereich Psychologie der Universität Osnabrück* Nr. 52. – SCHLIPPE, A. v./SCHWEITZER, J. (1988): *Familienforschung per Fragebogen – Eine epistemologische Kritik am Circumplex-Modell und an den „Family-Adaptability and Cohesion Scales“ (FACES II)*. *System Familie* 2, 124-136. – SCHÖNFELDER, TH.: mündl. Mitteilung u. eigene Anschauung; Hamburg, Jan. 1978. – SCHWEITZER, J./WEBER, G. (1982): *Die Familienskulptur. Beziehung als Metapher: Die Familienskulptur als diagnostische, therapeutische und Ausbildungstechnik*. *Familiendynamik* 7/2, 113-128. – SIMON, R. M. (1972): *Sculpting the Family*. *Fam. Proc.* 11, S. 49-57. – STAABS, G. v. (1964): *Der Scenotest*. Bern: Huber. – STANGL, W. (1989): *Das neue Paradigma der Psychologie*. Braunschweig: Vieweg. –

THOMASIU, R. (1989): Lösungsmittelmißbrauch bei Kindern und Jugendlichen. Eine Bestandsaufnahme und systemorientierte Betrachtung unter Erkundung des Familienbrettes. Dissertation am FB Medizin der Universität Hamburg. – UEXKÜLL, TH. V. (1987): Medizin und Soziologie – Interdisziplinarität als Tranquillizer oder als Problem. In: DIECKMANN, W. (Hrg.): Medizinsoziologie in der Bundesrepublik Deutschland. – Eine Zwischenbilanz. Berlin: Express Edition, S. 9–22. – WILKEN, U. (1982): Erkundung des Familienbrettes als Mittel zur Abbildung der Familienkohärenz. Diplomarbeit am FB Psychologie der

Universität Hamburg. – WILLE, A. (1982): Der Familienskulptur-Test. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 31, 150–154. – WILSON, TH. P. (1982): Qualitative „oder“ quantitative Methoden in der Sozialforschung. Kölner Z. f. Soziologie und Sozialpsychologie 34, 469–486.

Anschr. d. Verf.: Dr. Hans Kowerk, Abt. f. Kinder- und Jugendpsychiatrie der Psychiatrischen Universitätsklinik, Martinistraße 52, 2000 Hamburg 20.