

Overbeck, Annegret / Brähler, Elmar und Klein, Hildegard

**Der Zusammenhang von Sprechverhalten und  
Kommunikationserleben im familientherapeutischen Interview**

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 31 (1982) 4, S. 125-143*

urn:nbn:de:bsz-psydok-29101

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](mailto:psydok@sulb.uni-saarland.de)

Internet: [psydok.sulb.uni-saarland.de/](http://psydok.sulb.uni-saarland.de/)

## INHALT

Zum 65. Geburtstag von Annemarie Dührssen . . . . .	1	drawal and Stereotypes: Two Behavioral Patterns in Service of Stimulation) . . . . .	25
In Memoriam Hermann Stutte . . . . .	285	B. Mangold: Psychosomatik und Familientherapie. Theorie und Klinische Praxis (Psychosomatic Disease and Familytherapy) . . . . .	207
<b>Aus Praxis und Forschung</b>			
W. Bettschart: Zehnjährige Arbeit an der Tagesklinik mit psychotischen Kindern und ihren Familien (Ten Years of Experience at a Day Clinic with Psychotic Children and Their Parents) . . . . .	87	M. Martin, R. Walter: Körperselbstbild und Neurotizismus bei Kindern und Jugendlichen (Body-satisfaction and Neuroticism in Children and Adolescents) . . . . .	213
E. J. Brunner: Zur Analyse von Interaktionsstrukturen im Familiensystem (Interaction Analysis in the Field of Family Therapy) . . . . .	300	H.-U. Nievergelt: Legasthenie? ein Fall nichtdeutender Kinderanalyse, der diese Frage stellt (Dyslexia? A case of Noninterpretative Child Analysis in Which This Question Arose) . . . . .	93
C. u. B. Buddeberg: Familienkonflikte als Kollusion – eine psychodynamische Perspektive für die Familientherapie (Family Conflicts as Collusion – a Psychodynamik View vor Family Therapy) . . . . .	143	M. Nowak-Vogl: Die „Pseudodemenz“ (The „Pseudodementia“) . . . . .	266
W. Dacheneder: Zur Diagnose von Wahrnehmungsstörungen mit den Coloured Progressive Matrices (Diagnosis of Perceptual Dysfunction by Means of Raven's Coloured Progresses Matrices) . . . . .	180	E. Obermann: Förderung eines behinderten Jungen durch Rollenbeispiele unter besonderer Berücksichtigung der kognitiven Entwicklungstheorie (The Furtherance of an Impede Boy by Role-games with Spezial Attention to the Cognitive Theory of Development) . . . . .	231
G. Deegener: Ödipale Konstellationen bei Anorexia nervosa (Oedipus Complex in Patients with Anorexia nervosa) . . . . .	291	A. Overbeck, E. Brähler u. H. Klein: Der Zusammenhang von Sprechverhalten und Kommunikationserleben im familientherapeutischen Interview (The Connection between Verbal Behavior and Experience of Communication in the Family Therapy Interview) . . . . .	125
H. Dellisch: Schlafstörungen und Angst (Sleep Disturbances and Anxiety) . . . . .	298	W. Pittner u. M. Kögler: Stationäre Psychotherapie eines schwer verhaltensgestörten Mädchens (Inpatient Psychotherapy of a Girl Suffering from Severe Behaviour Disorder) . . . . .	308
H. Dietrich: Zur Gruppentherapie bei Kindern (Group Therapy with Children) . . . . .	9	A. Polender: Entspannungs-Übungen – Eine Modifikation des Autogenen Trainings für Kleinkinder (Autogenes Training in Modification to Small Children) . . . . .	15
R. W. Dittmann: „Feriendialyse“ – Ein Ferienaufenthalt für chronisch kranke Kinder und Jugendliche unter Berücksichtigung psychosozialer Probleme. Erfahrungen mit Planungsanspruch und Realisierungsmöglichkeiten („Holiday Dialysis“ – A Summer Camp of Children and Juveniles with Chronic Renal Disease with Regard to Psychosocial Problems. Experiences in Planning and Realisation) . . . . .	103	A. Polender: Entspannungs-Übungen (Relaxation Exercises) . . . . .	50
R. Frank u. H. Eysel: Psychosomatische Störung und Autonomieentwicklung: ein Fallbeispiel zu einem kombinierten verhaltenstherapeutisch und systemtheoretisch begründeten Behandlungsvorgehen (Psychosomatic Disorder and the Development of Autonomy) . . . . .	19	T. Reinelt, E. Friedler: Therapie einer kindlichen Eß-Störung (Therapy of an Infantile Eating Disorder) . . . . .	223
B. Gassner: Psychodrama mit körperbehinderten Jugendlichen und Heranwachsenden (Psychodrama with Physically Disabled Teenagers and Grown up Teenagers) . . . . .	98	H. Remschmidt: Suizidhandlungen im Kindes- und Jugendalter – Therapie und Prävention (Suicidal Acts in Childhood and Adolescence – Therapy and Prevention) . . . . .	35
B. Geisel, H. G. Eisert, M. H. Schmidt, H. Schwarzbach: Entwicklung und Erprobung eines Screening-Verfahrens für kinderpsychiatrisch auffällige Achtjährige (SKA 8) (Parent-teacher Ratings as a Screening Instrument (SKA 8) for Eight-year old Psychiatrically Disturbed Children) . . . . .	173	R. Schneider: Gibt es eine „Problemkinderkurve“ im HAWIK? Zur Geschichte von Intelligenztestergebnissen (Is there a „Problem Child Curve“ in HAWIK? . . . . .	286
Th. Hess: Einzelpsychotherapie von Kindern und Jugendlichen und Familientherapie: Kombinierbar oder sich ausschließend? (Individual or Family Therapy?) . . . . .	253	H.-Ch. Steinhausen u. D. Göbel: Die Symptomatik in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Population – II. Zusammenhangs- und Bedingungsanalysen (Symptoms in a Child and Adolescent Psychiatric Population – II. Analysis of Determinants and Correlation) . . . . .	3
G. Horn: Anwendungsmöglichkeiten des Katathymen Bilderlebens (KB) bei Kindern im Rahmen der Erziehungsberatung (Applicability of Guided Affective Imagery to Children in Connection with Educational Counselling) . . . . .	56	G. Süßenbacher: Die Verwendung eines Märchenentwurfes zur Auflösung einer pathogenen Doppelbindung: Fallberichte zur Behandlung einer Windphobie (The Use of a Fairy-Tale-Design in the Modification to a Pathogenic Double Bind: Report on a Therapy of a Wind Phobia) . . . . .	185
A. Kitamura: Eine vergleichende Untersuchung der Suizidversuche deutscher und japanischer Jugendlicher (A Comparative Study of Attempted Suicides among German and Japanese Adolescents) . . . . .	191	A. Wille: Der Familienskulptur-Test (Family Sculpting Test) . . . . .	150
M. Kögler: Integrierte Psychotherapie in der stationären Kinderpsychiatrie (Integrative Psychotherapy in Inpatient Child Psychiatry) . . . . .	41	P. Zech: Konflikte und Konfliktdiagnostik in der stationären Kinderpsychotherapie (Conflicts and Conflict Diagnosis in Inpatient Child Psychotherapy) . . . . .	47
K. Krisch: Enkopresis als Schutz vor homosexuellen Belästigungen (Encopresis as a Defense against Homosexual Approaches) . . . . .	260	P. Zech: Stationsgruppen in der stationären Kinderpsychotherapie (Ward Groups in In-patient Child Psychotherapy) . . . . .	218
P. J. Lensing: Gesichtabwenden und Stereotypen – Zwei Verhaltensweisen im Dienste der Stimulation in normaler Entwicklung und bei frühkindlichem Autismus (Facial With-		<b>Pädagogik, Jugendpflege, Fürsorge</b>	
		B. Bron: Drogenabusus und Sexualität (Drug Abuse and Sexuality) . . . . .	64
		G. Gutezeit: Linkshändigkeit und Lernstörungen? (Lefthandedness and Learning Disorders) . . . . .	277
		R. Honegger: Kasuistischer Diskussionsbeitrag zur Einweisung Jugendlicher in geschlossene Erziehungsinstitutionen (Case Study as Contribution to the Discussion on Referring Juvenile Delinquents in Closed Educational Establishments) . . . . .	110

H. E. Kehrner u. E. Temme-Meickmann: Negativismus bei frühkindlichem Autismus (Negativism in Early Childhood Autism) . . . . .	60
B. Langenkamp, I. Steinacker, B. Kröner: Autogenes Training bei 10jährigen Kindern – Beschreibung des Kursprogramms und des kindlichen Verhaltens während der Übungsstunden (Autogenic Training Programme for Ten-year-old Children). . . . .	238
B. Meile u. M.-H. Frey: Educational Therapy: ein ganzheitliches Modell für die Erziehungsberatung (Educational Therapy: A Model for Educational Counselling) . . . . .	160
C. Rössler: Möglichkeiten einer wirksamen Konflikterziehung in der Grundschule (Possibilities of an Effective Education of Conflicts in Elementary School) . . . . .	243
R. Schleiffer: Zur Psychodynamik von Stieffamilien mit einem psychisch gestörten Kind (Psychodynamics in Step-families with a Psychically Disturbed Child) . . . . .	155
F. Specht: Erziehungsberatung – Familie – Autonomie (Child Guidance – Family – Autonomy) . . . . .	201
A. Stiksrud, J. Markgraf: Familien mit drogenabhängigen Jugendlichen (Drug-addict Adolescents and their Families) . . . . .	271
J. Wienhues: Schulen für Kranke in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen (Schools for Patients in Psychiatric Institutions for Children and Adolescents) . . . . .	313

#### Bericht aus dem Ausland

C. Odag: Über einige Erfahrungen mit Gruppen von Jugendlichen in der psychiatrischen Klinik der Universität Ankara (Experiences with Groups of Adolescents in the Psychiatric Clinic, University of Ankara) . . . . .	75
---	----

#### Tagungsberichte

H. Moschtaghi: Bericht über das Jubiläum Symposium der ISSP am 5. und 6. 9. 1981 in Zürich (Report on the Anniversary Symposium of the ISSP, September 5 and 6, 1981, in Zürich) . . . . .	116
H. Remschmidt: Bericht über ein Symposium des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe „Kinder- und Jugendpsychiatrie. Geschichtliche Entwicklung – jetziger Stand – aktuelle Probleme – Zukunftsperspektiven“ am 20. u. 21. 10. 1981 in Marl-Sinsen (Report on an Symposium held bei the Regional Association of Westfalen-Lippe on „Child and Adolescent Psychiatry“) . . . . .	81
H. Remschmidt: Bericht über das 2. Internationale Symposium zum Thema „Epidemiology in Child and Adolescent Psychiatry – Research Concepts and Results“ (Report on the 2nd International Symposium in „Epidemiology Adolescent Psychiatry-Research Concepts and Results“) . . . . .	118
H. Remschmidt: Bericht über den 10. Internationalen Kongreß der International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions vom 25.–30. 7. 1982 in Dublin . . . . .	318

#### Literaturberichte: Buchbesprechungen (Bookreviews)

Biermann, G. (Hrsg.): Handbuch der Kinderpsychotherapie . . . . .	249
Herzka, H. S.: Kinderpsychopathologie, ein Lehrgang mit tabellarischen Übersichten . . . . .	171
Hoffmann, Sven Olaf: Charakter und Neurose . . . . .	171
Jochmus, I., Schmidt, G. M., Lohmar, L. und Lohmar, W.: Die Adoleszenz dysmelter Jugendlicher . . . . .	250

Mitteilungen (Announcements) 33, 84, 120, 172, 206, 251, 284, 320	
---	--

## Aus Praxis und Forschung

### Der Zusammenhang von Sprechverhalten und Kommunikationserleben im familientherapeutischen Interview<sup>1</sup>

Von Annegret Overbeck, Elmar Brähler und Hildegard Klein

#### Zusammenfassung

Es wird berichtet über eine Untersuchung an 20 Familien im Familieninterview bei einer Therapeutin. Verbale Interaktionen und Beziehungsstrukturen wurden erfaßt mit Hilfe der automatischen Analyse des linearen Ablaufs von Sprechen und Schweigen der vier Gesprächsteilnehmer. Ihr Kommunikationserleben wurde mittels eines Fragebogens ermittelt. Folgende Ergebnisse können mitgeteilt werden:

- a) Das Sprechverhalten steht in engem Zusammenhang mit 12 der durch die Faktorenanalyse der Kommunikationsbögen ermittelten 20 Dimensionen insgesamt und beeinflußt das Erleben der Gesprächsteilnehmer.
- b) Die von der automatischen Sprachanalyse ermittelten Kennwerte erweisen sich auch unter praktisch-therapeutischen Gesichtspunkten als hilfreich: Sie bilden einen Interaktionskonflikt im Erst-Gespräch ab und geben dem Therapeuten Auskunft über die Wirkung eigenen Verhaltens in dieser konfliktreichen Situation.

Bei der geringen Stichprobengröße und der Beteiligung nur einer Therapeutin, die mit zum Untersuchungsgegenstand gehört, ist von den oben mitgeteilten Ergebnissen keine Verallgemeinerbarkeit zu erwarten. Vielmehr handelt es sich im Sinne der Aktionsforschung um Selbstkontrolle der Therapeutin durch einen Forschungsansatz. Bei der weiteren Projektentwicklung soll die Therapeutenvariable kontrolliert werden.

#### 1. Vorbemerkungen zum Stand der Forschung und zur eigenen Fragestellung

Die interaktionspsychologische Betrachtungsweise hat sich nicht nur als wesentlich erwiesen für die Herausbildung einer neuen Auffassung von der Natur psychischer Störungen, sondern als ebenso wichtiger Gesichtspunkt für die Erfassung des Psychotherapieprozesses selbst. Psychotherapie jeder Art trägt die Merkmale der sozialen Beeinflussung in einer eigens dafür geschaffenen Situation und ist durch verbale und nonverbale Kommunikation vermittelt.

Dabei hat sich für die klassische therapeutische Dyade die Interaktion zwischen Therapeut und Klient immer mehr als das eigentliche Kerngebiet des therapeutischen Prozesses herausgestellt (vgl. *Mattejat u. Brumm 1977*), was ja auch von psychoanalytischer Seite hinsichtlich des Übertragungs/Gegenübertragungsprozesses und des Arbeitsbedürfnisses dargelegt wurde (*Beckmann 1974, Moeller 1977*). Obwohl die Beobachtung und Kategorisierung des interaktiven und kommunikativen Geschehens innerhalb einer Mehrpersonensituation zu den wesentlichsten Instrumenten der familientherapeutischen Arbeit gehören, wird über empirische Untersuchungen des familientherapeutischen Settings i. e. S. – gekennzeichnet durch die Anwesenheit von mindestens zwei Generationen und den Therapeuten – bis heute in der Literatur nicht berichtet. Neben der Gießener Forschergruppe wendeten sich in der Bundesrepublik jedoch auch die Arbeitsgruppe Renschmidt, Mattejat und Wiese (früher Berlin, jetzt Marburg) diesem Gegenstandsbereich zu. Auch von dieser Gruppe werden demnächst erste Ergebnisse veröffentlicht. Lediglich für das Paar-Therapie-Setting liegen vereinzelte kasuistische (*Troemel-Ploetz 1977*) und empirisch statistische Untersuchungen (*Richter 1973 und Richter/Wirth 1978*) vor. Empirische Familienforschung verfolgt dagegen – nach unserer Kenntnis – vorzugsweise lediglich zwei Fragestellungen:

- a) Durch welche spezifischen Kommunikationsmerkmale und Transaktionen lassen sich bestimmte Familientypen beschreiben und wie lassen sich diese von anderen Familientypen, insbesondere wie lassen sich pathologische und nichtpathologische Familien (nichtpathologisch definiert durch Abwesenheit von Symptomen) unterscheiden.

Untersuchungsgegenstand ist hierbei die Familie an sich. Zur methodischen Problematik und zur Widersprüchlichkeit der Ergebnisse vgl. *Riskin u. Faunce 1972*.

- b) Läßt sich ein Erfolg der Familientherapie gegenüber anderen Therapieverfahren sicher nachweisen.

Als Kriterien werden hierbei verwendet: Symptomfreiheit/Symptomrezidiv oder Symptomverschiebung; soziale Anpassung des ehemaligen Symptomträgers; Veränderung des gesamtfamiliären Kommunikationsverhaltens (vgl. *K. Nash de Witt 1978*). Auch bei diesen Studien erfolgt keine systematische Untersuchung der Frage, von welchen

<sup>1</sup> Diese Arbeit ist im Sonderforschungsbereich 32 der DFG in Gießen entstanden.

Therapeutenvariablen, Interventionen oder Beziehungsmustern der Erfolg abhängt.

Mit Feldforschung zum familientherapeutischen Interview kann ein Beitrag geleistet werden zu vergleichender Familientherapieforschung. In der Familientherapie werden ja eine Vielfalt von Konzepten und Hintergrundtheorien angewendet, wobei die Auseinandersetzung in den meisten Fällen polemisch-polarisierende und überhebliche Züge trägt. Hier wird dafür plädiert, das Gespräch und die persönliche Beziehung, die sich im Medium des Gesprächs entwickelt, als die gemeinsame materielle Basis der Therapie zu betrachten, die lediglich als Spezifikation das jeweilige Konzept enthält (vgl. Fürstenau 1972 u. 1974). Die Frage: Was wirkt in der Familientherapie? kann so überhaupt erst sinnvoll gestellt und um die noch vordergründigere Frage ergänzt werden: Was findet überhaupt unter welchen Bedingungen beobachtbar und meßbar statt? Mit der Fokussierung des wissenschaftlichen Interesses auf situative und institutionelle Rahmenbedingungen sowie wiederkehrende Muster des Verhaltens und Erlebens im Prozeß des wechselseitigen Aufeinandereinkommens in der Sitzung können therapeutische Techniken, Zielsetzungen und Normen einer kritischen Analyse unterzogen werden.

## 2. Methoden

Um Aspekte von Interaktion als gegenseitiger psychosozialer Beeinflussung der Gesprächsteilnehmer im Familientherapiesetting zu erfassen, wurde von der automatischen Analyse der linearen Abfolge von Sprechen und Schweigen (on-off-pattern) mit Hilfe der Gießener Sprachanalyseanlage Gebrauch gemacht. Dieses Verfahren hatte sich bereits bei der Erforschung der therapeutischen Dyade unter den verschiedensten Fragestellung bewährt (Zenz/Brähler 1974, G. Overbeck et al 1974, Junker et al. 1974, Overbeck/Brähler 1974, Brähler et al. 1974, Brähler 1976, Brähler/G. Overbeck 1976, Traunfelder 1976, Burger 1977, Brähler, Beckmann u. Zenz 1976) und wurde nun erstmals in einer Mehrpersonenkonstellation (4 Personen) eingesetzt. Über die Sprachanalysenanlage, den Prozeß der Datengewinnung und die Gewinnung von Kategorien als Kennwerte der Mehrpersoneninteraktion, sowie Validität und Reliabilität des Verfahrens wurde bereits an anderer Stelle ausführlich berichtet (Brähler/A. Overbeck 1980). Das Verfahren, das sich als objektives und valides Instrument erwies, ermöglicht naturalistische Feldstudien und ist geeignet, den Therapeuten, der als Gesprächsteilnehmer kommunikativ und emotional involviert und daher zu teilnehmender Beobachtung, nicht aber objektiver Beobachtung fähig ist, nachträglich Einblick in Struktur und Prozeß der verbalen Interaktion in der Sitzung zu geben und läßt verallgemeinernde Aussagen über eine größere Anzahl von aufgezeichneten Sitzungen zu. Die Vorteile des Verfahrens gegenüber Textanalysen stellen sich wie folgt dar:

- Es wird eine objektive Beschreibung des Gesprächsverlaufs ermöglicht. Das Schreiben von Textprotokollen ist bereits eine interpretative Tätigkeit: das Textprotokoll spiegelt sowohl den Interviewverlauf als auch die Fähigkeiten der Sekretärin wider (vgl. Marsden 1971).

- Der Arbeitsaufwand ist wesentlich geringer. Damit werden umfangreiche Untersuchungen ermöglicht.
- Die gewonnenen Analysen sind sofort verfügbar und können damit gegebenenfalls in den weiteren Therapieverlauf einbezogen werden.
- Mit der Erfassung des Schweigens wird ein wichtiger Aspekt der nonverbalen Kommunikation in die Untersuchung miteinbezogen.

Die lineare Anordnung von Reden und Schweigen der 4 Gesprächsteilnehmer wurde automatisch in Viertelsekundenabschnitten erfaßt, in dem in jedem Zeitintervall die Entscheidung getroffen wurde, ob auf einem Kanal, der für die Anlage kritische Werte von 300 überstiegen wurde oder nicht. Dieser kritische Wert wurde als Maximalwert bei Nichtsprechen der Interviewpartner, d.h. für das sogenannte Grundrauschen, das auch in einem schallgedämpften Raum unvermeidbar ist, ermittelt. Einem Zeitintervall wird der Wert 0 gleich Pause zugewiesen, wenn die Impulszahl auf allen 4 Kanälen unter dem kritischen Wert liegt. Übertrifft die Impulszahl auf allen 4 Kanälen den kritischen Wert, so wird dem Intervall der Wert Th, Va, Mu und Ki<sup>2</sup> zugewiesen, je nachdem um welchen Kanal es sich handelt. Die automatische Sprachanalyse macht daher eine Differenzierung des umgangssprachlichen Begriffs Schweigen und seines Verständnisses notwendig und zwar als persönliches Schweigen und Nichtreden. Im persönlichen Schweigen ist der persönliche Anteil am absoluten Schweigen (keine der 4 Personen redet) erfaßt. Dieser persönliche Anteil setzt sich zusammen aus den Pausen, die innerhalb der Rede dieser Person (z.B. Planungs- und Denkpausen) und im Anschluß an die Rede dieser Person entstehen. Bei der Anlage dieser Untersuchung wurde aus technischen Gründen vorerst auf die Erfassung gleichzeitigen Sprechens verzichtet.

Durch verschiedene Verfahren der Datenreduktion (Brähler/A. Overbeck 1980) erhält man folgende Variablen als Kennwert des Sprechverhaltens:

- a) *Globalmaße*: absoluter und prozentualer Redean- teil/Schweigeanteil an der Gesamtstunde; Redean- teil der Personen an der Gesamtstunde und am Gesamtreden sowie Anteile am absoluten Schweigen, durchschnittliche Statementanzahl und Statementlänge, wobei ein Statement definiert ist als Zustandskette von dem ersten Auftreten von Th (bzw. Va, Mu oder Ki) bis zu einem Auftreten von Va, Mu, Ki (bzw. Th, Mu, Ki oder Th, Va, Ki), d.h. vorliegende Reaktionspausen werden auch hier dem letzten Sprechen zugeschlagen.
- b) Kennwerte für die *lineare Abfolge von Sprechen und Schweigen*: Anzahl der Sprecherwechsel (als Aufeinander- folge der Phasen), Anzahl der Redewechsel (als Auf- einanderfolge von Statements); Kategorienhäufigkeit: hierbei werden Folgen gleicher Phasen, z.B. ununterbro- chenes Schweigen oder Reden von Th, Va, Mu, Ki daraufhin untersucht, welche Phase ihm vorausging und welche ihm nachfolgt, z.B. Th0Va, 0VaTh, KiMuVa usw. und jeweils eine von insgesamt 80 Kategorien zugewiesen. Zusatzinformation erhält man durch Einteil-

<sup>2</sup> Va = Vater, Mu = Mutter, Ki = Kind, Th = Therapeut, 0 = Pause

lung dieser Kategorien in Längenklassen. Die vorliegenden Ergebnisse werden gewonnen anhand der Häufigkeit der Kategorien insgesamt und der Anzahl der Kategorien bei einer Länge der mittleren Phase  $> 2$  sec.

Da die Kennwerte, die von der autoamtischen Analyse des Sprechverhaltens gewonnen werden können, lediglich formale Aspekte des Kommunikationsprozesses erfassen, wurde untersucht, ob diesen Variablen sinnvolle inhaltliche Äquivalente auf Seiten der Erlebnisdimension zugeordnet werden können. Darüber hinaus wurde die Frage aufgeworfen, welchen Einfluß das automatisch erfaßbare Sprechverhalten auf das Kommunikationserleben hat und umgekehrt.

Zur Erfassung des Kommunikationserlebens in familien-therapeutischen Gesprächen wurde für die Eltern, den Therapeuten und das Kind jeweils ein Kommunikationsfragebogen entwickelt, dessen Items bipolar angelegt und 5-stufig skaliert waren. Diese Fragebögen umfaßten 3 verschiedene Gruppen von Items: solche die die Wahrnehmung des Redeablaufs betreffen (Redeitems), solche die den emotionalen Kontakt mit den anderen am Gespräch beteiligten Personen betreffen (Beziehungitems) sowie solche Items, die die persönliche Befindlichkeit während und unmittelbar nach dem Gespräch betreffen und ihre Kombination mit den Beziehungitems, die Hinweise auf Übertragungs- und Gegenübertragungsverhältnisse geben können (Items vom Selbsterleben). Im Anschluß an das jeweilige Familiengespräch füllten alle 4 Teilnehmer ihren Fragebogen zur Erfassung des Kommunikationserlebens in der Sitzung aus.

Das Kommunikationserleben der Gesprächsteilnehmer wurde untereinander verglichen und auf systematische Zusammenhänge hin untersucht, sowie für die Weiterverarbeitung einer Datendreduktion durch Faktorenanalyse unterzogen (A. Overbeck 1980).

Das Kommunikationserleben ließ sich für alle 4 Personen auf 5 wesentliche Dimensionen zurückführen. Sie seien hier in kürzester Formulierung und in der diesen Interpretationen zugrundeliegenden Faktorenrichtungen zur Orientierung des Lesers zusammengestellt:

- K1: Isolation / Zugehörigkeit
- K2: hohe / geringe Gesprächsbeteiligung
- K3: Entlastung von / Belastung mit negativem Affekt
- K4: positiv / nicht positiv getönte Beziehung zur Therapeutin
- K5: vorhandenes / nicht vorhandenes Bündnis mit der Mutter
- T1: unangenehme / angenehme Gesprächsatmosphäre wegen Vater und Kind
- T2: depressive / rivalisierende Gesprächsatmosphäre
- T3: kindzentriertes / elternzentriertes Gespräch
- T4: unangenehme / angenehme Gesprächsatmosphäre
- T5: überwiegender Dialog mit Vater / Mutter
- M1: Enttäuschung über / Zufriedenheit mit Therapeutin
- M2: vorhandenes / nicht vorhandenes Bündnis mit Therapeutin gegen Kind
- M3: freie / beeinträchtigte Mitteilungsfähigkeit
- M4: vertrauensvolle / nicht vertrauensvolle Beziehung zu Ehepartner und Therapeutin
- M5: unkompliziertes / schwieriges Gespräch

- V1: gegenseitige Entwertung / Wertschätzung
- V2: Nicht-Unterstützung / Unterstützung durch Therapeutin
- V3: ungestörtes / gestörtes Gesprächsengagement
- V4: mangelndes Vertrauen / Vertrauen in die therapeutische Situation
- V5: negative / positive Beziehung zum Kind

Untersucht wurde eine Stichprobe von je 20 Familiensubsystemen (Vater, Mutter, Symptomträger Kind) plus einer Familientherapeutin. Das Durchschnittsalter der Kinder lag bei 11 Jahren. 60 % der Familien kamen auf ärztliche Überweisung in die Ambulanz des Zentrums für Psychosomatische Medizin. Die Kinder litten an neurotischen Störungen wie Angst, nächtliches Einnässen, Konzentrations- und Leistungsstörungen, Suicidversuche usw. Die Interviews wurden durch Tonband und Videocassetten aufgezeichnet. Aus technischen Gründen mußten bei dieser Pilotstudie andere Geschwister vom Gespräch ausgeschlossen werden.

### 3. Darstellung und Interpretation der Ergebnisse

Das automatisch erfaßbare Sprechverhalten in Familien-Erstgesprächen wurde mit den Faktorenscores in Beziehung gesetzt. Die Auswertung ergab, daß von den jeweils 5 Dimensionen des Kommunikationserlebens beim Kind 2, bei der Therapeutin 3, beim Vater 3 und bei der Mutter 4 Dimensionen Zusammenhänge mit dem automatisch erfaßbaren Sprechverhalten zeigen.

Als interpretationswürdig wurden Zusammenhänge nur dann angesehen, wenn auf dem Signifikanzniveau .05 und .01 jeweils eine überzufällige Anzahl von Werten vorhanden waren.

#### a) Systematische Zusammenhänge der Erlebnisdimensionen der Therapeutin mit dem objektiven Sprechverhalten der Gesprächsteilnehmer in der Sitzung

Folgende 3 Erlebnisdimensionen der Therapeutin stehen in systematischem Zusammenhang mit den Sprachvariablen: T2, T4, T5 (s.o.).

Mit der Dimension T2: depressive/rivalisierende Gesprächsatmosphäre, stehen lediglich Therapeuten-Reden und -Schweigen, Länge der Therapeuten-Statements, sowie 5 lange Kategorien im Zusammenhang.

Je höher der prozentuale Anteil des Therapeuten-Redens an einer Sitzung ist ( $-.54^*$ ), und je häufiger lange Th-Statements vorkommen ( $-.51^*$ ), desto mehr erlebt die Therapeutin die Gesprächsatmosphäre als rivalisierend im Sinne eines Machtkampfes: in der Beziehung herrscht Ärger vor, sie ist aufgeregt, fühlt sich nicht ernst genommen, wurde ihrer Meinung nach häufig unterbrochen und ist am Ende des Gesprächs erleichtert, wahrscheinlich darüber, daß es nun vorüber ist. Je geringer jedoch der prozentuale Anteil des Therapeuten-Redens an einer Stunde ist, desto depressiver erlebte die Therapeutin die Gesprächsatmosphäre.

Ein hoher Schweigeanteil der Therapeutin korreliert mit ihrem Erleben einer rivalisierenden Gesprächsatmosphäre

( $-.53^*$ ). Hierbei muß man berücksichtigen, daß auch die prozentualen Anteile von Reden und persönlichem Schweigen im allgemeinen hochsignifikant korrelieren (z.B. Therapeutin Reden/Schweigen:  $.77^{**}$ ).

Wer sehr viel redet, dessen Anteil an persönlichem Schweigen ist ebenfalls sehr hoch, weil sich Denk-, Planungs- und Reaktionspausen aufsummieren.

Auch bei den langen Kategorien ergeben sich 5 signifikante Zusammenhänge zur Dimension T2 (vgl. Tab. 2).

Je mehr die Mutter in der Sequenz 0Mu0 länger als mit einer Dauer von 2 sec. ununterbrochen spricht, desto eher empfindet die Therapeutin die Gesprächsatmosphäre als depressiv.

Je mehr aber das Therapeutenreden in der Abfolge MuTh0 die Dauer von 2 sec. übersteigt, und je mehr die nach Therapeutenreden entstehenden Reaktionspausen die Dauer von 2 sec. übersteigen, bevor jemand von den Erwachsenen mit Reden fortfährt (Th0Th, Th0Mu, Th0Va), desto eher wird die Gesprächsatmosphäre von der Therapeutin als rivalisierend erlebt, d.h. die Therapeutin strapaziert die Familie, mutet ihr sehr viel zu, so daß die Familie nicht unmittelbar reagieren kann.

Möglicherweise geht die Therapeutin sehr stark konfrontierend und deutend vor, wenn die Beziehungen durch Machtkampf geprägt sind, während sonst eher ein gelassenes und die Familie begleitendes Vorgehen denkbar wäre.

Die *Dimension T4*: unangenehme/angenehme Gesprächsatmosphäre, was die Therapeutin in Dimension T4 an der Mutter festmacht, steht in 5 signifikanten Zusammenhängen zu den Kategorien insgesamt, und 5 signifikanten und einem hochsignifikanten Zusammenhang zu den langen Kategorien (vgl. Tab. 1 und 2).

Die Therapeutin findet die Gesprächsatmosphäre bei negativ bewerteter Beziehung zur Mutter um so eher unangenehm, je häufiger Therapeutenreden in Verbindung mit Reden des Kindes und des Vaters auftritt, sowie je häufiger auf Reden des Vaters Schweigen folgt, was von der Mutter beendet wird.

Hier stellt sich die statistisch nicht zu lösende Frage, ob das objektive Redeverhalten das subjektive Empfinden auslöst oder umgekehrt. Die Erfahrung spricht dafür, daß nicht das Reden mit Vater und Kind die Atmosphäre des Gesprächs und die Beziehung zur Mutter negativ einfärbt, sondern daß die Therapeutin zunächst das Gespräch und die Beziehung zur Mutter unangenehm findet und sich dann reaktiv lieber Vater und Kind zuwendet. Vielleicht stört sich die Therapeutin an der Überaktivität und dem Kontrollbestreben der Mutter, von der wir sowohl aus den objektiven Daten zum Sprechverhalten als auch aus dem Vergleich des Erlebens bei allen vier Personen wissen, daß sie Vater und Kind nicht in Ruhe reden lassen kann, auch nicht mit der Therapeutin, ihnen oft das Wort abschneidet und sich selbst immer wieder ins Gespräch einschalten muß, um sich nicht geängstigt und benachteiligt zu fühlen (Brähler u. Overbeck 1980, Overbeck, Brähler u. Klein 1980). Hier ist selbstverständlich an zirkuläre Prozesse zu denken. Wenn sich die Therapeutin von ihr ab- und Vater und Kind zuwendet, dann wird sie das zu weiterer Anklammerung und Kontrolle veranlassen, was bei der Therapeu-

tin wiederum das negative Gefühl gegenüber der Mutter verstärkt, sofern dieser Interaktionszirkel nicht reflektiert und bearbeitet werden kann.

Die Therapeutin findet die Gesprächsatmosphäre auch um so mehr unangenehm und bewertet die Beziehung zur Mutter negativ,

je häufiger z.B. die langen Kategorien KiThKi und Va0Ki vorkommen, d.h. je häufiger die Therapeutin lange nach Kinderreden redet und vom Vater abgelöst wird und je häufiger lange Reaktionspausen ( $> 2$  sec.) nach Vaterreden auftauchen, die vom Kind beendet werden.

Diese Kategorien unterstreichen die Vermutungen, die bereits anhand der signifikanten Zusammenhänge mit den Kategorien insgesamt vorgenommen wurden, und unterstreichen, wie sehr sich die Therapeutin von Müttern beeinträchtigt fühlen kann, die ihrerseits überaktiv und kontrollierend sein müssen und damit die Gesprächsführung gewissermaßen an sich reißen, bzw. das Ziel der kooperativen Gesprächsführung und der Gleichverteilung des Gesprächsengagements immer wieder vereiteln. Die Therapeutin findet nämlich die Gesprächsatmosphäre um so eher angenehm und bewertet auch die Beziehung zur Mutter positiv,

je häufiger die langen Kategorien 0VaKi, KiVaTh, ThVa0, ThVaTh vorkommen, d.h. je häufiger der Vater mit einer Dauer  $> 2$  sec. redet und sich dabei im verbalen Austausch mit dem Kind und der Therapeutin befindet. Bei KiVaTh handelt es sich um einen hochsignifikanten Zusammenhang.

*Dimension T5*: überwiegender Dialog mit Vater/Mutter steht weder mit den Globalmaßen, noch mit den Variablen der Übergangsmatrix oder der Matrix der Redewechsel in signifikantem Zusammenhang. Zu den Kategorien insgesamt ergeben sich jedoch zwei signifikante und zwei hochsignifikante Zusammenhänge und zu den langen Kategorien ergeben sich drei signifikante Zusammenhänge und ein hochsignifikanter Zusammenhang. Die nichtsignifikanten Werte zwischen .40 und dem kritischen Wert des Signifikanzniveaus von .05, die zur Absicherung der Interpretation ebenfalls überprüft wurden, unterstreichen die Tendenzen, die sich aus den signifikanten Zusammenhängen ablesen lassen (vgl. Tab. 1 und 2).

Die Therapeutin nimmt die Bewertung „überwiegender Dialog mit Vater“ um so eher vor,

je häufiger die Kategorien 0VaMu, Mu0Va, MuVa0, VaMu0 vorkommen, wenn also tatsächlich Reden des Vaters stattgefunden hat.

Dabei handelt es sich jedoch nicht um Kategorien, die auf einen Dialog mit der Therapeutin hindeuten. Hochsignifikant sind dabei die Zusammenhänge 0VaMu und Mu0Va, d.h. wenn der Vater nach Schweigen initiativ redet und sich nicht nur verbal reaktiv verhält.

Je weniger der Vater redet und initiativ redet, um so eher bewertet dann auch die Therapeutin das Gespräch als überwiegenden Dialog mit der Mutter.

Die Therapeutin beurteilt das Gespräch auch um so eher als überwiegenden Dialog mit Vater,

je häufiger die langen Kategorien MuKiTh, MuVa0, VaThMu vorkommen. Hochsignifikant ist der Zusammenhang mit VaThMu.

Tabelle 1: Korrelationen der Kennwerte der Kategorien gesamt mit den Faktorenscores der 4 Personen

Variable	Kategorie	T1	T2	T3	T4	T5	K1	K2	K3	K4	K5
1	OKO								-.489 *		
2	OKT							.469 *			
3	OKM				.400			.426	-.583 **		
4	OKV							.503 *			
5	OTO		-.431								
6	OTK										
7	OTM										
8	OTV								.611 **		
9	OM0										
10	OMK								-.581 **		
11	OMT										
12	OMV				.401						
13	OV0										
14	OVK							.501 *			
15	OVT								.534 *		
16	OVM					.564 **	.422				
17	K0K								-.450 *		
18	K0T										
19	K0M								-.604 **	.451 *	
20	K0V							.477 *			
21	KT0										
22	KTK				.495 *			.564 *			
23	KTM							.469 *			
24	KTV				.505 *		-.430				
25	KM0								-.549 *		
26	KMK							.488 *	-.516 *		
27	KMT										
28	KMV							.630 **		-.413	
29	KV0							.468 *			
30	KVK										
31	KVT							.408			
32	KVM							.496 *			
33	T0K										
34	T0T										
35	T0M										
36	T0V								.582 **		
37	TK0										
38	TKT				.474 *						
39	TKM								-.461 *		
40	TKV										
41	TM0										
42	TMK				.417						
43	TMT										
44	TMV										
45	TV0					.405			.466 *		
46	TVT										
47	TVK								.618 **		
48	TVM	-.455 *							.403		
49	M0K				.408			.480 *	-.572 **	.412	
50	M0T								-.414		
51	M0M										
52	M0V					.639 *					
53	MK0								-.629 **	.400	
54	MKT							.478 *			
55	MKM							.458 *	-.425		
56	MKV							.619 **			
57	MT0										
58	MTK				.508						



Vari- ble	Kate- gorie	T1	T2	T3	T4	T5	K1	K2	K3	K4	K5
59	MTM										
60	MTV										
61	MV0					.475 *					
62	MVT							.602 **		.437	
63	MVK								.425		
64	MVM										
65	V0K				.425			.562 **			
66	V0T								.532 *		
67	V0M	.432			.444	.434					
68	V0V										
69	VK0							.484 *			
70	VKT				.423			.552 *			
71	VKM				.416			.607 **			
72	VKV							.491 *			
73	VT0								.643 **		
74	VTK										
75	VTM										
76	VTV								.520 *		
77	VM0	-.402				.475 *					
78	VMK							.538 *			
80	VMV										

V = Vater, M = Mutter, K = Kind, T = Therapeut, 0 = Pause, \*p = 0.05, \*\*p = 0.01

Vari- ble	Kate- gorie	M1	M2	M3	M4	M5	V1	V2	V3	V4	V5
1	OK0										
2	OKT							.526 *			
3	OKM										
4	OKV			.583 **							
5	OT0		.556 *					.663 **			
6	OTK				-.400			.652 **			
7	OTM							.455 *			
8	OTV										
9	OM0										
10	OMK										
11	OMT										
12	OMV										
13	OV0	.602 **									
14	OVK										
15	OVT	.541 *							.524 *		
16	OVM		-.435						.606 **		
17	K0K										
18	K0T							.548 *			
19	K0M										
20	K0V			.578 **							
21	KT0		.512 *					.669 **			
22	KTK							.423			
23	KTM										
24	KTV				-.489 *			.449 *			
25	KM0			.432							
26	KMK										
27	KMT										
28	KMV			.537 *					.468 *	-.478 *	
29	KV0								.527 *		
30	KVK										
31	KVT				-.583 **						-.560 *

Variable	Kategorie	M1	M2	M3	M4	M5	V1	V2	V3	V4	V5
32	KVM			.534 *	-.404	-.443				.476 *	
33	TOK		.457 *					.584 **			
34	TOT		.557 *					.690 **			
35	TOM					-.477 *		.615 **			
36	TOV	.451 *									
37	TKO							.584 **			
38	TKT				-.524 *			.641 **			
39	TKM	-.454 *						.441			
40	TKV				-.575 **			.418		.523 *	
41	TMO										
42	TMK										
43	TMT										
44	TMV				-.403						
45	TVO	.511 *							.442		
46	TVT				-.464 *			.574 **			
47	TVK										
48	TVM		-.452 *		-.432						
49	MOK			.453 *							
50	MOT					-.439		.543 *			
51	MOM										
52	MOV								.476 *		
53	MKO										
54	MKT										
55	MKM										
56	MKV										
57	MTO							.443			
58	MTK							.590 **			
59	MTM										
60	MTV				-.534 *				.439		
61	MVO									-.402	
62	MVT			.580 **					.406		
63	MVK					-.480 *			.426		
64	MVM		-.560 *								.434
65	VOK			.540 *						-.439	
66	VOT										
67	VOM										
68	VOV	.628 **						-.420			
69	VKO			.670 **							
70	VKT			.415							
71	VKM				-.542 *			.430			
72	VKV		-.404								
73	VT0										
74	VTK							.564 **			
75	VTM					-.604 **		.444 **	.451 *		
76	VTV	.408	-.411						.424		
77	VM0		-.562 **			-.410					
78	VMT			.517 *					.491 *		
79	VMK										
80	VMV		-.568 **								

V = Vater, M = Mutter, K = Kind, T = Therapeut, 0 = Pause, \*p = 0.05, \*\*p = 0.01

Tabelle 2: Korrelationen der Kennwerte der Kategorien lang (&gt; 2 sec.) mit den Faktorenscores der 4 Personen

Variable	Kategorie	T1	T2	T3	T4	T5	K1	K2	K3	K4	K5
1	OKO										
2	OKT										
3	OKM							.523 *	-.467 *		
4	OKV										
5	OTO										
6	OTK										
7	OTM										
8	OTV										
9	OMO		.475 *								
10	OMK										
11	OMT										
12	OMV										
13	OVO								.446 *		
14	OVK				-.522 *						
15	OVT								.516 *		
16	OVM								.478 *		
17	KOK										
18	KOT			.515 *							
19	KOM								-.583 **		
20	KOV										
21	KTO										
22	KTK							.581 **			
23	KTM							.498 *			
24	KTV				.448 *						
25	KMO							.471 *			
26	KMK							.547 *			
27	KMT										
28	KMV	-.451 *						.513 *			
29	KVO										
30	KVK							.553 *			
31	KVT				-.652 **						
32	KVM							.445 *			
33	TOK										
34	TOT		-.449 *								
35	TOM		-.553 *					-.540 *			
36	TOV		-.553 *								
37	TKO			-.468 *							
38	TKT					-.461 *				-.489 *	
39	TKM							.533 *			
40	TKV										
41	TMO										
42	TMK							.501 *			
43	TMT										
44	TMV										
45	TVO				-.457 *				.469 *		
46	TVK			.452 *						.534 *	
47	TVT				-.468 *						
48	TVM										
49	MOK			.503 *							
50	MOT										
51	MOM										
52	MOV										
53	MKO										
54	MKT					.573 *					
55	MKM										
56	MKV										
57	MTO		-.478 *								
58	MTK							.573 **			

Vari- ble	Kate- gorie	T1	T2	T3	T4	T5	K1	K2	K3	K4	K5
59	MTM										
60	MTV										
61	MV0					.455 *					
62	MVK								.471 *		
63	MVT	-.481 *							.487 *		
64	MVM						.583 **				
65	V0K				.487 *						
66	V0T										
67	V0M	.579 **								-.444 *	
68	V0V										
69	VK0										
70	VKT										
71	VKM										
72	VKV										
73	VT0								.558 *		
74	VTK										
75	VTM					.663 **	.464 *				
76	VTV								.511 *		
77	VM0										
78	VMK										
79	VMT										
80	VMV								.510 *		

V = Vater, M = Mutter, K = Kind, T = Therapeut, 0 = Pause, \*p = 0.05, \*\*p = 0.01

Vari- ble	Kate- gorie	M1	M2	M3	M4	M5	V1	V2	V3	V4	V5
1	0K0										
2	0KT										
3	0KM			.561 *					.485 *	-.466 *	
4	0KV			.526 *							
5	0T0										
6	0TK							.608 **			
7	0TM							.512 *			
8	0TV		-.557 *								
9	0M0										
10	0MK										
11	0MT										
12	0MV										
13	0V0	.574 **									
14	0VK					.494 *					
15	0VT		-.451 *								
16	K0K		-.482 *								
17	K0K										
18	K0T									-.461 *	
19	K0M										
20	K0V										
21	KT0			.524 *							
22	KTk									-.459 *	
23	KTM			.572 **							
24	KTV							.452 *			
25	KM0										
26	KMK									-.450 *	
27	KMT										
28	KMV						-.468 *			.477 *	
29	KV0										
30	KVK			.463 *					.538 *		
31	KVT										

Variable	Kategorie	M1	M2	M3	M4	M5	V1	V2	V3	V4	V5
32	KVM			.629 **							
33	T0K		.614 **								
34	T0T		.568 **					.641 **			
35	T0M										
36	T0V										
37	TK0										
38	TKT										
39	TKM			.496 *							
40	TKV										
41	TM0										
42	TMK										
43	TMT										
44	TMV										
45	TV0										
46	TVK			.550 *			-.511 *				
47	TVT		-.490 *								
48	TVM		-.513 *								
49	M0K										
50	M0T		.633 *					.535 *			
51	M0M										
52	M0V										
53	MK0										
54	MKT								.589 **		
55	MKM										
56	MKV										
57	MT0									.522 *	
58	MTK										
59	MTM	-.489 *									
60	MTV										
61	MV0										
62	MVK		.468 *								
63	MVT										
64	MVM		-.482 *								
65	V0K										
66	V0T										
67	V0M										
68	V0V										
69	VK0		-.452 *								
70	VKT			.466 *							
71	VKM										
72	VKV										
73	VT0								.462 *		
74	VTK							.603 **			
75	VTM			.612 **							
76	VTV					-.445 *					
77	VM0		-.475 *								
78	VMK			.474 *							
79	VMT										
80	VMV										.482 *

V Vater, M Mutter, K Kind, T Therapeut, 0 Pause, \*p 0,05, \*\*p 0,01

Diese Kategorien bestätigen die Tendenz, die sich aus der Interpretation der signifikanten Kategorien insgesamt ergibt:

Wenn Kind und Vater überhaupt und auch lange (> 2 sec.) nach der Mutter reden können und die Therapeutin lange nach dem Vater reden kann, die Mutter dieses Reden also zuläßt, dann bewertet die Therapeutin das Gespräch als „überwiegenden Dialog mit dem Vater“.

Die Therapeutin hat das Erleben, *mit* dem Vater im Gespräch zu sein, auch wenn objektiv gar keine Wechselrede zwischen Vater und Therapeutin stattfindet: sie schreibt es offenbar ihren Bemühungen zu, die sie unternommen hat, um den Vater zum Sprechen zu ermuntern, wenn er redet. Es ist jedoch anzunehmen, daß von der Therapeutin nonverbal signalisierte, ermunternde Aufforderungen an den Vater ergehen, das Sprechen – hier mit der

Mutter – fortzusetzen. Dieses Ergebnis könnte auch verstanden werden als das Resultat einer besonders sensiblen Anpassung der Therapeutin an die Empfindlichkeiten beider Eltern: an die Mutter, die verletzt und enttäuscht reagiert, wenn sich die Therapeutin zu ausgedehnt in verbaler Interaktion mit dem Ehemann befindet; an den narzißtisch verletzlichen Vater, der es im ersten Gespräch schwer hat, gegenüber der Therapeutin in der Rolle des Hilfesuchenden und des zu Unterstützenden zu erscheinen, also eine komplementäre, abhängige Rollenposition einzunehmen.

*b) Systematische Zusammenhänge der Erlebnisdimensionen des Kindes mit dem objektiven Sprechverhalten der Gesprächsteilnehmer in der Sitzung*

Die Zusammenstellung der signifikanten Werte zeigt, daß beim Kind zwei Erlebnisdimensionen in einem systematischen Zusammenhang mit dem objektiven Sprechverhalten stehen. Wie aus der Zusammenstellung weiter hervorgeht, liefern die verschiedenen Kennwerte der Sprachanalyse übereinstimmende Ergebnisse im Hinblick auf die zwei Dimensionen.

Es handelt sich um K2 und K3:

Aus den Globalmaßen lassen sich folgende Zusammenhänge von objektivem Sprechverhalten und der Erlebnisdimension K2 ermitteln.

Das Kind schätzt für sich selbst hohe Gesprächsbeteiligung um so eher ein,

- je größer der prozentuale Anteil seines Redens an der Sitzung ist (.49 \*),
- je größer Statementzahl (.49 \*) und -länge (.48 \*) insgesamt sind,
- je mehr es mit der Therapeutin (.48 \*), der Mutter (.47 \*), dem Vater (.56 \*) redet.

Es schätzt hochsignifikant hohe Gesprächsbeteiligung um so eher ein,

- je häufiger sich seine Statements mit denen des Vaters ablösen und umgekehrt (.57 \*\* und .62 \*\*).

Dieser Eindruck, daß sich in dem Erleben von hoher verbaler Produktivität tatsächlich die reale Gesprächsbeteiligung widerspiegelt, und für sein Erleben der verbale Austausch mit den Eltern besonders mit dem Vater, wichtig ist, wird durch die Zusammenhänge von Erleben und Kategorien insgesamt und „Kategorien lang“ bestätigt. Hierbei kann allerdings ein noch differenzierteres Bild gewonnen werden.

Es handelt sich zunächst um 15 signifikante und 6 hochsignifikante Zusammenhänge der Dimension K2 mit den Kategorien insgesamt (Tab. 1).

Das Kind hat das Gefühl von hoher Gesprächsbeteiligung um so eher –, verallgemeinert – je mehr Kinder-Reden in der Sprecherabfolge enthalten ist, genauer:

- je häufiger das Kind initiativ redet, d.h. nach Schweigen redet (0KiTh, 0KiVa) – siehe auch lange Kategorien)
- je häufiger es ein Schweigen, das nach Reden der Mutter oder des Vaters entstanden ist, beendet, also auch hier initiativ ist (Mu0Ki, Va0Ki)
- je häufiger es nach einem Reden der Mutter redet (MuKiTh, MuKiMu, MuKiVa)

je häufiger es nach einem Reden des Vaters redet (VaKi0, VaKiTh, VaKiMu, VaKiVa) oder ein Reden des Vaters beendet (0VaMuKi)

je häufiger es nach einem vorherigen Redewechsel zwischen Vater/Mutter (mit Reden der Mutter) redet (VaMuKi)

je häufiger sein Reden von Schweigen, Therapeutenreden, Mutterreden oder Vaterreden abgelöst wird (KiMuKi, KiMuVa, KiVa0, KiVaMu)

Dabei sind die hochsignifikanten Zusammenhänge dann gegeben, wenn die Therapeutin mit dem Kind redet (KiThKi), sowie bei den Kategorien, die Trilogie kennzeichnen (KiMuVa, MuKiVa, MuVaTh, VaKiMu), insbesondere wenn die Familie unter sich redet (s. auch die langen Kategorien) einmal auch im Zusammenhang mit der Tatsache, daß die drei Erwachsenen unter sich reden (Vaterreden nach Mutter, gefolgt von der Therapeutin).

Die *Dimension K2* steht in 10 signifikanten und 2 hochsignifikanten Zusammenhängen zu den langen Kategorien.

Das Kind schätzt seine Gesprächsbeteiligung um so eher gering ein,

- je häufiger nach Therapeutenreden eine lange Reaktionspause (> 2 sec.) auftritt, die dann von der Mutter beendet wird (Th0Mu).

Das Kind aber schätzt seine Gesprächsbeteiligung hochsignifikant eher hoch ein,

- je häufiger KiThKi und MuThKi vorkommen, also je häufiger Therapeutin und Kind im Gespräch miteinander sind und das Kind langes Therapeutenreden (> 2 sec.) durch eigenes Sprechen beendet.

Hohe Gesprächsbeteiligung wird signifikant um so eher eingeschätzt,

- je mehr das Kind lang und initiativ redet (0KiMu),
- je mehr das Kind sich im Gespräch (Dialoge oder Trilogie) mit Vater und Mutter befindet (KiMu0, KiMuKi, KiMuVa, KiVaKi, KiVaMu), wobei durchaus die Mutter oder der Vater lange reden können, wobei aber direktes Wechselreden stattfinden kann.
- je mehr sich das Kind im verbalen Austausch mit der Therapeutin und der Mutter befindet (KiThMu, ThKiMu, ThMuKi), wobei alle drei Personen einmal mit einer Dauer von > 2 sec. sprechen können.

Diese Ergebnisse können dahingehend verstanden werden, daß sich die objektive Realität des Gesprächs im Erleben einer hohen Gesprächsbeteiligung und damit verbaler Produktivität abbildet. Dabei ist wesentlich, daß mit der positiven Einschätzung der Gesprächsbeteiligung ein positives Selbstgefühl verbunden ist, welches auch mit einem Bündnis zum Vater einhergeht, der das Kind gegenüber der Therapeutin und der Mutter stützt und Kritik des Kindes an der Mutter ermöglicht. Das Gefühl der Produktivität und der Identifikation mit dem Vater bringt so sicherlich seinerseits hohe Werte für die reale verbale Aktivität des Kindes hervor: ein Kind mag sich mutig beteiligen, wenn es sich – verbal und nonverbal – gestärkt fühlt.

Die *Erlebnisdimension K3*: Entlastung von / Belastung mit negativem Affekt – steht mit folgenden Globalmaßen im Zusammenhang.

Das Kind fühlt sich um so eher mit negativen Affekten *belastet*,

je höher sein prozentualer Rede/Schweigeannteil an der Sitzung ist,  
je längere Zeit seine Statements insgesamt ausmachen,  
je mehr es nach Schweigen redet oder auf seine Rede Schweigen folgt,  
je häufiger Übergänge und Redewechsel KiMu und MuKi vorkommen, also je häufiger es mit der Mutter im Gespräch ist.

Das Kind fühlt sich um so mehr von negativen Affekten *entlastet*,

je größer der prozentuale Redeanteil des Vaters an der Sitzung ist,  
je größer die Statementanzahl und -länge des Vaters insgesamt ist,  
je häufiger die Übergänge und Redewechsel ThVa und VaTh vorkommen, also je häufiger die Therapeutin und der Vater miteinander im Gespräch sind und ihre Statements sich ablösen.

Die Dimension K3 steht mit 9 Kategorien in signifikanten und 9 Kategorien in hochsignifikanten Zusammenhängen. Es handelt sich hier zunächst um die Kategorien insgesamt.

Das Kind fühlt sich um so mehr von negativen Gefühlen *entlastet*,

je häufiger Kategorien auftauchen, die auf Dialoge von Vater und Therapeutin hindeuten (hochsignifikant eher, je häufiger die Kategorien 0ThVa, Th0Va, ThVaKi, VaTh0 und signifikant eher, je häufiger die Kategorien 0VaTh, ThVa0, Va0Th, VaThVa auftreten).

Das Kind fühlt sich aber um so mehr mit negativen Affekten *belastet*,

je häufiger Dialoge von Kind und Mutter auftreten und wenn Schweigen eine große Rolle spielt, dabei signifikant mehr belastet, wenn 0Ki0, Ki0Ki, ThKiMu, KiMuKi, hochsignifikant mehr, je häufiger 0KiMu, 0MuKi, Ki0Mu, KiMu0, Mu0Ki, MuKi0 auftritt.

Die Kategorien insgesamt bestätigen die Ergebnisse, die mit Hilfe der Globalmaße gewonnen wurden. Auch aus den langen Kategorien ergibt sich ein ähnliches, aber noch differenzierteres Bild:

Das Kind fühlt sich um so eher mit negativem Affekt *belastet*,

je mehr langes Reden des Kindes (> 2 sec.) durch die Mutter beendet wird – sie ihm also das Wort abschneidet (0KiMu),  
je mehr eine lange Reaktionspause, die nach Kinder- oder Vaterreden entstanden war, von der Mutter beendet wird (Ki0Mu, Va0Mu).

Es fühlt sich aber um so eher *entlastet*,

je häufiger der Vater lange (> 2 sec.) spricht (0Va0, 0VaTh, 0VaMu, ThVa0, MuVaKi, MuVaTh),  
je häufiger die Therapeutin lange (> 2 sec.) nach dem Vater und mit dem Vater spricht (VaTh0, VaThVa),  
und je häufiger die Mutter lange (> 2 sec.) im Wechsel mit dem Vater spricht (VaMuVa).

Aufgrund der vorliegenden Ergebnisse ist nicht zu übersehen, von welcher erheblicher Bedeutung das Verhalten des

Vaters in familientherapeutischen Sitzungen ist. Die Rede des Vaters ist von großer entlastender Bedeutung, während sich das Kind durch Reden der Mutter und mit der Mutter sowie durch Schweigen erheblich belastet fühlt. Entlastung und Belastung gilt negativen Affekten wie Ärger, Scham und Schuld, die in der Familientherapie eine große Rolle spielen und sich anfangs auf das Kind konzentrieren, weil es als Symptomträger und damit gewissermaßen als Sündenbock der Familie vorgestellt wird.

Wenn das Kind nach Schweigen spricht, mag es sich affektiv belastet fühlen, weil auch das Kind als Gesprächsteilnehmer einen Druck empfindet, das Schweigen zu beenden. Alle warten in solchen Gruppensituationen, bis jemand spricht. Schweigen erzeugt im familientherapeutischen Erstgespräch für das Kind vermutlich Leistungsdruck. Aber das Kind fühlt sich auch belastet, wenn die Mutter das Schweigen bricht, vielleicht, weil sie ihrem Kind helfen wollte oder aber um Kontrolle über den weiteren Verlauf des Gesprächs zu behalten. Für-das-Kind-Sprechen kommt in Familientherapien häufig vor. Es kann ein Zeichen dafür sein, daß die Mutter aktuell Hilfs-Ich-Funktion übernimmt, vor allem bei kleineren Kindern, bis sie mit der Situation vertraut geworden sind. Häufiger jedoch ist Für-das-Kind-Sprechen Teil mystifizierender, bindender Strategien (Laing 1975, Stierlin 1975), durch die das Kind gehindert werden soll, sich als Subjekt zu artikulieren.

### *c) Systematische Zusammenhänge der Erlebnisdimensionen der Mutter mit dem objektiven Sprechverhalten der 4 Gesprächsteilnehmer in der Sitzung*

Die Zusammenstellung der signifikanten Werte zeigt, daß bei der Mutter 4 Erlebnis-Dimensionen in systematischem Zusammenhang mit dem objektiven Sprechverhalten stehen, jedoch werden diese Zusammenhänge nicht von allen Kennwerten in gleicher Weise belegt. Es handelt sich um die Dimensionen M1, M2, M3, M4 (siehe Tab. 1 und 2).

*Dimension M1* steht in signifikanten Zusammenhängen zu bestimmten Globalmaßen, sowie den Kategorien insgesamt. Bei den langen Kategorien sind der Dimension M1 nur 2 signifikante Werte zugeordnet, die für die Interpretation nicht herangezogen werden können.

Die Mutter ist um so eher mit der Therapeutin zufrieden und fühlt sich wohl,

je höher der prozentuale Redeanteil der Mutter an der Sitzung (–.52\*),  
je größer die Statementanzahl der Mutter ist (–.49\*),  
je häufiger Redesequenzen nach dem Muster ThKiMu vorkommen, je häufiger also das Kind nach der Therapeutin redet und die Mutter das Reden des Kindes mit der Therapeutin beendet und sich damit wieder selbst ins Spiel bringt (vgl. Tab. 1).

Die Mutter ist jedoch um so eher von der Therapeutin enttäuscht und fühlt sich von ihr benachteiligt,

je größer der prozentuale Redeanteil des Vaters an der Sitzung ist (.53\*),  
je mehr der Vater vor oder nach Schweigen spricht (.58\*, .61\*\*).

je weniger Statements sie selber abgibt ( $-.48^*$ )  
 je länger die Statements des Vaters insgesamt dauern ( $.52^*$ ),  
 je häufiger (auch bei den Kategorien insgesamt) Reden des Vaters vorkommt und je häufiger er initiativ am Redewechsel beteiligt ist (0Va0, 0VaTh, ThVa0, Va0Va, Th0Va, 0VaTh, Th0Va) (siehe Tab. 1).

*Dimension M2:* vorhandenes/nicht-vorhandenes Bündnis mit Therapeutin gegen Kind – steht in signifikanten Zusammenhängen zu bestimmten Globalmaßen, sowie zu den Kategorien insgesamt, wie auch zu den langen Kategorien:

Die Mutter nimmt um so eher Einschätzungen vor, die auf ein ihrem Erleben nach vorhandenes Bündnis mit der Therapeutin gegen das Kind schließen lassen,

je häufiger fortgesetztes Schweigen vorkommt ( $.64^{**}$ ),  
 je mehr die Therapeutin insgesamt persönlich schweigt ( $.61^{**}$ ),  
 je häufiger die Kategorien (insgesamt) 0Th0, KiTh0, Th0Ki, Th0Th vorkommen, je häufiger also die Therapeutin redet, initiativ redet, fortgesetzt und nach Pausen redet, und das Kind nach Therapeutin und Pausen redet (siehe Tab. 1),  
 je häufiger die langen Kategorien Th0Ki, Th0Th, Mu0Th, MuVaKi vorkommen, d.h. also auch, je häufiger lange Reaktionspausen ( $> 2$  sec.) nach Therapeutenreden oder eigenem Reden auftreten und je häufiger der Vater im innerfamiliären Trilog lange ( $> 2$  sec.) redet (siehe Tab. 2).

Die Mutter nimmt um so seltener Einschätzungen ihres Erlebens vor, die auf ein Bündnis mit der Therapeutin hindeuten, sondern eher für ein nicht-vorhandenes Bündnis zur Therapeutin und damit auf eine gewisse Unabhängigkeit von der Therapeutin schließen lassen,

je häufiger Statements zwischen Mutter und Vater wechseln ( $-.47^*$  und  $-.52^*$ )  
 je mehr Statements der Vater insgesamt abgibt ( $-.46^*$ ),  
 je häufiger die Kategorien (insgesamt) ThVaMu, MuVaMu, VaMu0, VaMuVa vorkommen (siehe Tab. 1), je häufiger also der Vater am Gespräch beteiligt ist, indem er die Therapeutin unmittelbar ablöst und die Mutter das Reden des Vaters beendet (ThVaMu), und wenn Dialoge zwischen Vater und Mutter vorkommen (MuVaMu, VaMu0, VaMuVa). Die hochsignifikanten Zusammenhänge liegen vor beim Reden der Mutter nach Vaterreden (VaMu0, VaMuVa),  
 je häufiger die langen Kategorien (mittleres Ereignis  $> 2$  sec.) 0ThVa, 0VaTh, 0VaMu, ThVaTh, ThVaMu, MuVaMu, VaKi0, VaMu0 vorkommen (siehe Tab. 2), d.h. also, je häufiger langes Therapeutenreden vom Vater beendet wird, der Vater oder die Mutter im Gespräch ist, je häufiger das Kind lange nach dem Vater spricht und die Mutter lange nach dem Vater spricht.

Bei der Formulierung der Erlebnisdimension M2 vorhandenes Bündnis mit der Therapeutin gegenüber dem Kind wurde ausgeführt, daß die Mutter in der Anlehnung an die Therapeutin Schutz sucht gegen die Angriffe des Kindes, dem sie sich jedoch auch verbunden fühlt (vgl. Overbeck,

Brähler u. Klein 1980). Diese kindlichen Angriffe erlebt sie möglicherweise als Angriffe auf ihr Selbstwertgefühl als Mutter, was ja in der therapeutischen Situation durchaus realistisch erscheint. In der gegenteiligen Faktorenrichtung fand man weder einen kindlichen Angriff, noch die Notwendigkeit und das Vorhandensein eines Bündnisses im Erleben der Mutter. Man kann also sagen, daß je nach dem, ob das Kind die Mutter angreift oder nicht, sich die Mutter von der Therapeutin in gewisser Weise abhängig fühlt oder nicht. Nun gibt es jedoch bedeutende Hinweise darauf, daß die Realität des Sprechverhaltens in der Sitzung auf das Erleben der Mutter einwirkt. Folgende Bedingungen führen zum Erleben eines Bündnisses mit der Therapeutin: einmal die hohe verbale Aktivität der Therapeutin selbst, zum anderen das Schweigen in der Stunde, speziell das persönliche Schweigen der Therapeutin. Beides, hohe verbale Aktivität einer Person und Schweigen sind Gesprächsstrategien, mit denen in hohem Maße Einfluß ausgeübt und eine Situation dominiert und Abhängigkeit erzeugt werden kann (Faller 1979, Breunlin & Southgate 1979).

Unter den genannten Bedingungen wird der Mutter der Eindruck vermittelt, daß sie auf die Therapeutin angewiesen ist, also nicht selbst die Probleme mit ihrem Kind lösen und ihr Verhältnis zu ihm klären kann.

*Die Dimension M3:* freie/beeinträchtigte Mitteilungsfähigkeit – steht in signifikanten Zusammenhängen zu den Redewechseln zwischen Kind/Vater und umgekehrt, sowie zu den Kategorien insgesamt und den langen Kategorien.

Je freier sich die Mutter in ihrer Mitteilungsfähigkeit fühlt, je positiver ihr Selbstgefühl dabei beschaffen ist und je unbefangener sie sich mit dem Kind auseinandersetzen zu können glaubt,

desto häufiger kommen Redewechsel zwischen Kind und Vater vor ( $.52^*$ ,  $.56^*$ ),  
 desto häufiger sind Kategorien, die einen Dialog von Kind und Vater enthalten (0KiVa, Ki0Va, Va0Ki, VaKi0),  
 desto häufiger beendet das Kind ein Schweigen nach Reden der Mutter,  
 desto häufiger kommen Trilogie zwischen Vater, Mutter und Kind – also innerfamiliärer Austausch – vor (KiMuVa, KiVaMu),  
 desto häufiger die langen Kategorien 0KiMu, 0KiVa, KiTh0, KiThMu, KiVaKi, KiVaMu, ThKiMu, ThVaKi, VaKiTh, VaThMu, VaMuKi vorkommen, d.h. also,  
 je häufiger das Kind mit einer Dauer  $> 2$  sec. nach Schweigen, nach der Therapeutin, nach dem Vater spricht,  
 je häufiger die Therapeutin lange nach Kind und Vater spricht, der Vater lange nach Kind und Therapeutin spricht, die Mutter lange nach dem Vater spricht.

Dieses Ergebnis enthält Anklänge an das, was bei der Interpretation der Dimension 2 gesagt wurde: das heißt Unabhängigkeitsgefühl und positives Selbstgefühl sind mit strukturell ganz ähnlichen objektiven Gesprächsbedingungen verbunden. Darüber hinaus kann man sagen, daß die Mutter dialogisches und trilogisches Redeverhalten zulassen kann, d.h. ja auch: nicht andauernd selbst mit der Therapeutin reden und darüber deren Beziehung zu den anderen Familienmitgliedern kontrollieren muß, je freier sie



sich in ihrer Mitteilungsfähigkeit fühlt und je selbstbewußter und je weniger aggressionsgehemmt die Mutter dem Kind gegenüber ist. Die Dimension M3 kann daher eher als Voraussetzung für Verhalten im Gespräch interpretiert werden. Je weniger selbstbewußt und je aggressiv gehemmt eine Mutter ist, um so mehr wird sie auch von sich aus ihr Leiden und Abhängigkeitserleben in der Therapiesituation reproduzieren, u.a. durch ihr eigenes Interaktionsverhalten: sie will dann die Therapeutin ganz für sich selbst haben.

Die *Dimension M4*: vertrauensvolle/nicht-vertrauensvolle Beziehung zu Ehepartner und Therapeutin – steht lediglich mit einer interpretationsfähigen Anzahl von Kategorien insgesamt in Beziehung. Es handelt sich um 5 signifikante und 2 hochsignifikante Zusammenhänge der Dimension mit den Sprechkategorien.

Die Gesprächsatmosphäre wurde um so eher von den Müttern als nicht vertrauenswürdig, bedrückend und verletzend wahrgenommen,

je häufiger Therapeutin, Vater, Kind innerhalb von Trilogie miteinander redeten (KiThVa, hochsignifikanter Zusammenhang mit KiVaTh und ThKiVa),

je häufiger das Kind und der Vater in Dialogen mit der Therapeutin redeten (ThKiTh, ThVaTh),

je häufiger die Therapeutin im Trilog mit Mutter und Vater redete (MuThVa),

je häufiger das Kind im Trilog mit Vater und Mutter redete.

Hier ist auffällig, daß es sich um Unterschied zu bestimmten Trilogformen, die zur Dimension M3 in Beziehung standen, mit 2 Ausnahmen um Kategorien handelt, bei denen Reden der Mutter in der Sprecherfolge *nicht* vorkommt, die Mutter also ausgeschlossen ist. Ausschuß der Mutter aus dem Redeablauf wird von ihr also mit dem Gefühl von Bedrückung und seelischer Verletzung beantwortet. Wenn sie jedoch in Trilogie beteiligt ist, fühlt sie sich – siehe M3 – in der Situation wohl und selbstbewußt.

#### d) Systematische Zusammenhänge der Erlebnisdimensionen des Vaters mit dem objektiven Sprechverhalten der 4 Gesprächsteilnehmer in der Sitzung

Die Zusammenstellung der signifikanten Werte zeigt, daß beim Vater drei Erlebnisdimensionen in systematischen Zusammenhang mit dem objektiven Sprechverhalten stehen. Es handelt sich um die Dimensionen V2, V3, V4.

Bemerkenswert ist, daß die Dimensionen V3 und V4 in interpretierbarem Zusammenhang nur mit den Kategorien insgesamt (V3) oder den langen Kategorien (V4) stehen, während die Dimension V2 auch im Zusammenhang steht zu den Globalmaßen und den langen Kategorien.

Für die Dimension V4: mangelndes Vertrauen/Vertrauen in die therapeutische Situation – läßt sich durch 6 signifikante Werte (6 von 80) sowie die Berücksichtigung der im Bereich von 0.40 bis 0.44 liegenden nichtsignifikanten Werte ein gewisser Zusammenhang mit den Sprachvariablen vermuten. Hier sind nur sehr zurückhaltende Interpretationen angezeigt.

Die *Dimension V2* steht in signifikanten Zusammenhängen zu den prozentualen Rede-/Schweigananteilen des Va-

ters an der Gesamtstunde, sowie zum prozentualen persönlichen Schweigeanteil der Therapeutin, Statements und Redewechseln, den Kategorien insgesamt und den langen Kategorien.

Dabei wird deutlich, daß die Zusammenhänge, anhand der Kategorien insgesamt und der Kategorien lang, spezifischer ausgesagt werden können als nur mit den Globalmaßen.

Der Vater fühlt sich in dem Gespräch um so eher *nicht* von der Therapeutin unterstützt und stellt dabei körperliche Beschwerden bei sich fest,

je geringer der prozentuale Rede-/Schweigeanteil des Vaters an der Sitzung ist ( $-.50^*$ ;  $-.45^*$ ) und

je größer der Anteil persönlichen Schweigens bei der Therapeutin ist ( $.53^*$ ),

je mehr Statements die Therapeutin abgibt ( $.57^{**}$ ),

je längere Zeit ihre Statements insgesamt beanspruchen ( $.63^{**}$ ),

je häufiger Statementwechsel zwischen Kind/Therapeutin ( $.59^{**}$ ;  $.66^{**}$ ) und Mutter/Therapeutin stattfinden ( $.45^*$ ).

Die Aktivität der Therapeutin ist also eine Bedingung, die die Väter eher Nicht-Unterstützung erleben läßt. Die Kategorien geben noch genauer über diese Bedingungen Aufschluß:

Die Väter fühlen sich um so eher in der therapeutischen Situation *nicht* unterstützt

je häufiger die Therapeutin initiativ (nach Pause) redet und auf ihr Reden erneut eine Pause erfolgt (0Th0),

je häufiger sie nach Pause redet und Kind oder Mutter auf die Therapeutenrede reagieren (0ThKi, 0ThMu),

je häufiger die Therapeutin eine Pause nach Kinderreden oder nach Reden der Mutter beendet (Ki0Th, Mu0Th),

je häufiger die Therapeutin nach dem Kind (KiTh0, KiThVa), nach Mutter (MuThKi), nach Vater (VaThKi, VaThMu) redet,

hochsignifikant eher *nicht* unterstützt

je häufiger Schweigen nach Therapeutenreden auftritt, was vom Kind oder Therapeutin beendet wird (Th0Ki, Th0Mu, Th0Th).

je häufiger das Kind auf Therapeutenreden folgt und mit der Therapeutin im Dialog ist (ThKi0, ThKiTh),

je häufiger der Vater nach der Therapeutin redet und auch durch Therapeutenreden wieder abgelöst wird (ThVaTh).

Diese Tendenz ergibt sich auch aus den langen Kategorien:

Der Vater fühlt sich um so eher *nicht* unterstützt,

je häufiger die Therapeutin mit einer Dauer  $> 2$  sec. spricht (KiThVa, VaThKi), während sie sich im Austausch mit Vater und Kind befindet,

je häufiger sie mit einer Dauer  $> 2$  sec. initiativ spricht (0ThKi, 0ThMu),

je häufiger sie eine lange ( $> 2$  sec.) dauernde Reaktionspause beendet (Th0Th, Mu0Th).

Je aktiver also die Therapeutin ist, desto mehr weniger fühlt sich der Vater selbst von der Therapeutin unterstützt, desto eher empfindet er körperliche Beschwerden, gibt aber im Widerspruch dazu auch an, er sei nach dem Gespräch zufrieden. Die Erlebnisdimension V2 ist geprägt durch eine Beziehungsdiskrepanz: der Vater meinte, er habe oft zur Therapeutin gehalten, diese jedoch nicht zu ihm. Einerseits deklarierte er nun – trotz der Kränkung – Zufriedenheit, andererseits stellte er häufig körperliche Beschwerden bei sich fest. Man kann daher von einer gewissen Entfremdung (Goffmann 1978) wegen Ich-Befangenheit sprechen, und ferner davon ausgehen, daß der Vater sein Unbehagen gegenüber der Therapeutin in der Erstinterviewsituation verleugnen muß, sofern die Therapeutin sich überaktiv verhält.

Die Väter brauchen dagegen ihre Unzufriedenheit nicht zu verleugnen, sondern können diese offen empfinden und im Fragebogen angeben, je weniger die Therapeutin aktiv im genannten Sinne ist und je aktiver die Väter während der Sitzung selbst sein können, genauer:

- je höher der prozentuale Rede-/Schweigeanteil des Vaters an der Sitzung ist,
- je länger seine Statements insgesamt dauern.

Zusammenfassend läßt sich also ein Zusammenhang feststellen von Aktivität der Therapeutin mit dem Gefühl der Nicht-Unterstützung und dem Auftreten von Verleugnung als Abwehrmechanismus. Hier sei nur angemerkt, daß die Aktivität auch auf das Erleben der Mutter Einfluß hatte. Hier resultierte daraus eine Intensivierung von Abhängigkeit gegenüber der Therapeutin.

Die *Dimension V3*: ungestörtes/gestörtes Gesprächsengagement steht lediglich mit den Kategorien insgesamt und den langen Kategorien in interpretationsfähigem Zusammenhang. Es handelt sich um 7 signifikante Zusammenhänge und 1 hochsignifikanten Zusammenhang mit den Kategorien insgesamt, sowie um insgesamt 4 Zusammenhänge mit den langen Kategorien, davon ist 1 Zusammenhang hochsignifikant.

Der Vater fühlt sich um so eher in seinem Gesprächsengagement ungestört,

- je häufiger er redet und initiativ (nach Pause) redet (KiVa0, KiVaMu, Mu0Va, 0VaMu),
- je häufiger er das Reden der Mutter nach Kinderreden beendet (KiMuVa), was als deutliche hierarchisch organisierte trilogische Struktur zu sehen ist,
- je häufiger er geredet hat und sein Reden von der Therapeutin und Mutter abgelöst wurde, die Frauen also auf ihn reagierten (0VaTh, 0VaMu, KiVaMu, VaMuTh),
- je häufiger die langen Kategorien 0KiMu, KiVaKi, MuKiTh, VaTh0 vorkamen, d.h. je häufiger das Kind lange initiativ und nach der Mutter redete,
- je häufiger er selbst lange im verbalen Austausch mit dem Kind redete,
- je häufiger die Therapeutin durch langes Reden auf ihn reagierte.

Die Dimension V3 war gebildet worden durch die subjektive Einschätzung des eigenen Redeanteils und die Gelegenheit, mit der Therapeutin sprechen zu können. Mit ungestörtem Gesprächsengagement waren positive, mit

gestörtem Gesprächsengagement negative emotionale Begleiterscheinungen im Selbsterleben verbunden: Es fiel ihm leicht/schwer zu reden, er war aufmerksam/mit Gedanken woanders, konzentriert/durcheinander, Schweigen unangenehm/angenehm, kämpfte selten/häufig mit Müdigkeit. Beziehungselemente spielten in dieser Dimension keine Rolle.

Unsere Kenntnisse über die verbale Interaktion, die bisher aus den subjektiven Einschätzungen des Vaters bestanden, können nunmehr durch die objektiv ermittelten Daten ergänzt werden. Vermutlich resultiert das positive Selbsterleben daraus, daß für den Vater Bedingungen geschaffen wurden, unter denen er sich engagieren konnte. Der Zusammenhang mit dem Reden des Kindes ist dabei jedoch eher so zu sehen, daß das verbale Engagement des Kindes an verbale Produktivität des Vaters geknüpft ist und nicht umgekehrt.

Die *Dimension V4*: mangelndes Vertrauen/Vertrauen in die therapeutische Situation – steht mit 6 langen Kategorien in signifikantem Zusammenhang:

Der Vater hat um so mehr Einschätzungen vorgenommen, die darauf schließen lassen, daß er Vertrauen in die therapeutische Situation setzt,

- je häufiger der Vater langes (> 2 sec.) Reden der Mutter beendet,
- je häufiger die Therapeutin lange nach der Mutter spricht und danach eine Pause eintritt.

Er nimmt jedoch um so eher Einschätzungen vor, die auf mangelndes Vertrauen des Vaters in die therapeutische Situation schließen lassen,

- je häufiger die Mutter langes Reden des Kindes beendet,
- je häufiger lange Reaktionspausen, die nach Reden des Kindes entstanden, durch die Therapeutin beendet werden,
- je häufiger die Therapeutin lange nach dem Kind oder der Mutter spricht,
- je häufiger die Mutter lange nach dem Kind spricht.

Eine Bedingung mangelnden Vertrauens scheint demnach die verbale Dominanz von Mutter und Therapeutin zu sein, was aufgrund des Rollenkonflikts, den der Vater mit in das Erst-Gespräch bringt, verständlich erscheint.

#### 4. Zusammenfassende Diskussion der Ergebnisse

##### a) im Hinblick auf inhaltliche Validität

Die zusammengestellten und interpretierten Ergebnisse zeigen die inhaltliche Validität der mit der automatischen Analyse des Sprechverhaltens gewonnenen Kennwerte. Insgesamt weisen 12 von 20 ermittelten Erlebnisdimensionen bedeutsame Beziehungen zum automatisch erfaßten Sprechverhalten auf.

Ferner wurde festgestellt, daß das durch die automatische Analyse erfaßte Sprechverhalten das Kommunikationserleben der Gesprächsteilnehmer überwiegend beeinflusst. Nur in wenigen Ausnahmen kann man annehmen, daß eine vorgefaßte Einstellung oder vor Gesprächsbeginn manifestiertes Erleben das Verhalten maßgebend beeinflusste. Es wurde

jedoch deutlich, daß, sobald der Kommunikationsprozeß in Gang gekommen ist, auch an Prozesse der fortlaufenden gegenseitigen Beeinflussung von Verhalten und Erleben zu denken ist.

In den folgenden Tabellen wird zusammenfassend und übersichtlich dargestellt, welche Beziehungen zwischen Erleben und Verhalten vorkommen.

Wenn das <i>Kind</i> folgendes erlebt:	dann war es im Gespräch zu folgendem charakteristischem Verhalten der Teilnehmer gekommen:
<i>hohe</i> Gesprächsbeteiligung	viel Ki-Reden; lange Ki-Statements; Ki redet viel mit Eltern, vor allem mit Va im Gespräch; Ki redet initiativ; Ki beendet Th-Reden, Va-Reden, Mu-Reden; die Erwachsenen beenden Reaktionspausen nach Ki-Reden.
<i>geringe</i> Gesprächsbeteiligung	o.g. Ereignisse sind selten; Reaktionspausen nach Th-Reden werden von Mu beendet.
<i>entlastet</i>	großer Redeanteil von Va; viele lange Va-Statements; viel Dialoge Va/Th
<i>belastet</i>	hoher Redeanteil von Mu; wenig Ki-Statements; Ki häufig mit Mu im Gespräch; Ki beendet Schweigen, Mu beendet Schweigen; Mu spricht nach Ki.

Wenn die <i>Therapeutin</i> die Gesprächsatmosphäre erlebt als:	dann war es im Gespräch zu folgendem charakteristischem Verhalten der Teilnehmer gekommen:
<i>rivalisierend</i>	viel und langes Th-Reden; Th-Reden nach Mu; lange Reaktionspausen nach Th.
<i>depressiv</i>	viel und langes Reden der Mu; wenig Th-Reden.
<i>unangenehm</i> (mit negativer Beziehung zur Mutter)	Th spricht viel und lang mit Va und Ki
<i>angenehm</i>	Va spricht viel und lang mit Ki und Th.
überwiegender Dialog mit <i>Vater</i>	Va redet viel und lange; und initiativ; Va redet in Dialog mit Mu und nach langen Pausen
mit <i>Mutter</i>	Va redet wenig, wenig initiativ und wenig nach langen Pausen

besonders charakteristischem Zusammenhang zum Erleben im Erstgespräch stehen und dieses Erleben bewirken.

Folgendes schält sich als bedeutsam heraus:

- (1) Alle vier Gesprächsteilnehmer reagieren darauf, ob und wie sie selbst in dem Gespräch verbale Aktivität und Initiative entfalten konnten, ob sie sich durchsetzen konnten oder ob sie unterlagen.

Das Kind zum Beispiel reagiert darauf, ob es viel und lange reden konnte, ob es das Reden der Erwachsenen beenden und sich damit behaupten und als Subjekt einbringen konnte, oder ob etwa die Mutter an seiner Stelle sprach.

- (2) Als wesentlich wurde demnach auch erachtet, welche anderen Personen sich jeweils mit quantitativ gewichtigen verbalen Beiträgen hervortaten und wer mit wem in verbalen Austauschbeziehungen stand

Für die Therapeutin ist zum Beispiel wichtig,

Wenn die <i>Mutter</i> im Gespräch folgendes erlebt:	dann war es im Gespräch zu folgendem charakteristischem Verhalten der Teilnehmer gekommen:
<i>Enttäuschung</i> über die Therapeutin	hoher Redeanteil von Va; wenig Mu-Statements; lange Va-Statements; Va-Reden initiativ.
<i>Zufriedenheit</i> mit Therapeutin	hoher Redeanteil von Mu; lange Mu-Statements; Mu beendet Th-Reden oder Ki-Reden.
<i>vorhandenes</i> Bündnis mit Therapeutin	hoher Schweigeanteil an der Sitzung; Th schweigt persönlich viel; Th-Reden vor und nach Schweigen; Mu schweigt selbst viel; Th spricht initiativ und viel
<i>nicht</i> vorhandenes Bündnis mit Therapeutin	häufige Dialoge Va/Mu; viel Va-Reden; viele Va-Statements; langes Th-Reden wird vom Vater beendet; langes Va-Reden.
<i>freie</i> Mitteilungsfähigkeit	viele Va/Ki-Dialoge; viele innerfamiliäre Dialoge und viele Trilogie zwischen den Erwachsenen; Mu läßt oft zu, daß Ki Pause nach Mu-Reden, Va-Reden, Th-Reden beendet; Ki spricht lange.
<i>beeinträchtigte</i> Mitteilungsfähigkeit	wenig der o.g. Ereignisse
<i>nicht</i> vertrauensvolle Beziehung zu Ehepartner und Therapeutin	viele Trilogie zwischen Ki/Va/Th; viele Dialoge Ki/Va; viele Trilogie zwischen Th/Mu/Va oder Ki/Mu/Va, in denen die Mutter der Tendenz nach von Reden ausgeschlossen ist.
<i>vertrauensvolle</i> Beziehung zu Ehepartner und Therapeutin	die o.g. Ereignisse kommen nicht oft vor.

#### b) Diskussion unter therapeutisch-praktischen Gesichtspunkten

Die übersichtliche Anordnung von Erleben und Sprechverhalten ermöglicht nun einen Überblick über die Merkmale der automatisch erfaßten verbalen Interaktion, die in

Wenn der Vater im Gespräch folgendes erlebt:	dann war es im Gespräch zu folgendem charakteristischem Verhalten der Teilnehmer gekommen:
Nicht-Unterstützung durch Therapeutin	Va spricht prozentual wenig; Th schweigt viel; Th redet viel und lange; viele und lange Th-Statements; Th spricht viel in Dialogen mit Ki und Mu; Th spricht viel initiativ und nach anderen; nach Th-Reden tritt Schweigen auf; was von Th auch beendet wird
Unterstützung durch die Therapeutin	Th ist wenig aktiv im o.g. Sinne; Va spricht prozentual viel; viele lange Va-Statements.
ungestörtes Gesprächsengagement	Va redet viel und initiativ; Va redet nach Mu; Th und Mu reden viel nach Va; Ki redet lange und initiativ nach Mu; Va redet selbst lange im Austausch mit Ki; Th reagiert durch langes Reden auf Va-Reden.
gestörtes Gesprächsengagement	die o.g. Ereignisse kommen nicht vor
mangelndes Vertrauen in die therapeutische Situation	Mu beendet langes Ki-Reden; Th beendet die langen Reaktionspausen nach Ki-Reden; Th oder Mu sprechen lange nach Ki
Vertrauen in die therapeutische Situation	Va beendet langes Reden von Mu; Th spricht lange nach Mu und danach tritt Pause ein

- (a) daß der Vater Gelegenheit bekommt und bestehende Gelegenheiten wahrnimmt, um sich verbal zu entfalten, Initiative zu entwickeln und Einfluß auf die Gesprächssituation auszuüben,  
 (b) ob sie mit Vater und Kind sprechen konnte und ob der Vater seinerseits mit ihr und dem Kind sprechen konnte,  
 (c) oder ob das von der Mutter vereitelt wurde.

Auch für das Kind erweist sich der verbale Beitrag des Vaters an der Sitzung und die Möglichkeit zum Dialog mit dem Vater als sehr wesentlich. Daraus resultiert nämlich, ob es sich produktiv, selbstbewußt und entlastet fühlen kann oder ob es sich der Übermacht der Mutter und negativen Affekten wie Ärger, Scham und Schuld ausgeliefert fühlen muß.

Für den Vater ist es wichtig, ob sich Mutter und Therapeutin gegenüber dem Kind als dominant erweisen und ob er sich in den Redesequenzen gegenüber Mutter und Therapeutin durchsetzen kann.

Obwohl also die verbale Durchsetzungsfähigkeit des Vaters diesem selbst in seinem Rollenverständnis als Mann und Familienvater wichtig ist, obwohl das Kind das verbale Engagement des Vaters und den verbalen Austausch mit dem Vater braucht, und die Beteiligung des Vaters am Gespräch und das Gespräch der Eheleute untereinander zu

den wichtigsten affektiv besetzten Zielen der Therapeutin gehört, zeigt sich,

(3) daß damit Bedingungen geschaffen werden, die bei der Mutter auf Widerstand stoßen müssen, weil dadurch ihr Wohlbefinden im Gespräch nicht erhöht, sondern bedroht wird.

Was Vater, Kind und Therapeutin nützt, führt bei der Mutter dazu, daß sie sich ausgeschlossen und benachteiligt fühlt, von der Therapeutin enttäuscht ist und möglicherweise das Vertrauen zu Ehemann und Therapeutin verliert. Nur wenn sie selbst verbal dominiert, und sich in Sequenzen gegenüber Kind und Therapeutin durchsetzt, dann ist sie zufrieden. Auch mit der Dominanz der Therapeutin kann sie sich arrangieren: Sie phantasiert aus ihrer abhängigen Position heraus ein Bündnis mit der mächtigen Therapeutin.

Die Situation des Familien-Erstgesprächs ist also gekennzeichnet durch einen Konflikt um die Verteilung von Wohlbefinden, Macht und Einflußnahme auf der einen Seite und Abhängigkeit und Leiden auf der anderen Seite. Zunächst versuchen die Gesprächsteilnehmer sich rollenkonform zu verhalten, ihre Positionen auszubauen und zu befestigen und sich damit die an ihre sozialen Positionen gebundenen Befriedigungsmöglichkeiten zu erhalten.

Wenn die Therapeutin dominiert, identifiziert sich die Mutter aus ihrer Position heraus mit ihr und partizipiert damit an ihrer Macht und Omnipotenz. Mit dominierendem Verhalten stärkt also die Therapeutin die Position der Mutter gegenüber dem von ihr abhängigen Kind. Wenn der Vater Einfluß gewinnt, büßt die Mutter wieder an Einfluß ein. Die Therapeutin versucht, die Dominanz der Mutter und ihre eigene Dominanz zu relativieren und entsprechend der Frustrationstoleranz der Mutter abzubauen, um ein Gleichgewicht der Einflußmöglichkeiten der Eltern herzustellen und auch um dem Kind zu Selbstvertretungsmöglichkeiten zu verhelfen. Ob es der Therapeutin ansatzweise gelingt, entscheidet über ihre Selbstachtung als relativ gute oder relativ schlechte Familientherapeutin.

Dieses Ergebnis verweist auf sozialpsychologische und entwicklungspsychologische Zusammenhänge: Koalitions-möglichkeiten verringern das Gefälle in komplementären Abhängigkeitsbeziehungen (Beckmann 1973). Die Mutter verschafft sich gegenüber dem Vater durch das Bündnis mit der Therapeutin eine günstigere, von ihm weniger abhängige Position, sie wird dafür jedoch von der Therapeutin, mit der sie sich identifiziert, abhängig. Triangulierung führt ursprünglich bereits das Kleinkind aus der symbiotischen Abhängigkeit heraus (Abelin 1971) und begleitet seine Individuation mit dem Streben nach Autonomie, Initiative und Identität, wie das besonders von Karpel 1977 auch für alle späteren Beziehungen herausgearbeitet wurde. Vom Kind aus gesehen wird der Vater auch deshalb im Gespräch wichtig, weil er die Beziehung des vorgestellten Kindes zur Mutter, die der Tendenz nach eine enge, in Richtung Symbiose tendierende Beziehung ist, trianguliert. Der Vater seinerseits mag die enge Abhängigkeitsbeziehung von Mutter und Kind begrüßen und sich fernhalten, weil sie seine eigene Unabhängigkeit garantiert. Die Mutter ist in einem tieferen Sinne nicht nur die reale Mutter des Kindes, son-

dern sie verkörpert das Bild der Mutter, die „Mutter der Familie“.

Für die Praxis psychoanalytischer, d.h. konfliktorientierter Familientherapie ist an den vorliegenden Ergebnissen wesentlich – entgegen verbreiteten Vorurteilen –, daß die Therapeutin der Mutter durchaus nicht zu geringerer Abhängigkeit und einem höheren Maß an Konfliktlösungsfähigkeit verhelfen kann, indem sie ihre persönliche verbale Aktivität minimalisiert und sich zurückhaltend und schweigend verhält, indem sie also den Analytiker hinter der Couch nachahmt. Schweigen ist ebenfalls eine Strategie der Dominanz, die Regression und Abhängigkeit erzeugt und perpetuiert. Dieses Ziel wird ja in der klassischen Psychoanalyse im Einverständnis zwischen Analysand und Analytiker angestrebt. In der konfliktorientierten Familientherapie strebt man dagegen die Bearbeitung von Konflikten unter weitgehender Ausnutzung der in der sozialen Gruppe vorhandenen Selbsthilfefähigkeiten an. In der Familie sind oftmals noch genügend eigentherapeutische und gesunde Anteile vorhanden, so daß die Fixierung an Experten mit Vorsicht betrachtet werden muß. Die Entfaltung der Selbsthilfekapazitäten geht nun, soviel legen die Ergebnisse nahe, nur unter ganz spezifischen Bedingungen mit therapeutischer Zurückhaltung einher: Nämlich wenn der Therapeut schweigt, weil das Gespräch sich zu einem dialogischen Austausch zwischen den Eltern und zwischen Eltern und Kind entwickelt. Wenn der Familientherapeut also Vorsorge dafür leisten will, daß die einseitige Abhängigkeitsbeziehung der Mutter zum idealisierten Therapeuten nicht überproportional anwächst, weil das der Grundregel der Allparteilichkeit und der Forderung nach Stärkung der Selbsthilfepotentiale zuwiderläuft, dann muß sich der Therapeut zurückhalten ohne die Schweigestrategie anzuwenden.

Vielmehr muß er in Erstinterviews, wenn die Kräfte des familiären Gruppen-Ichs von der Aufgabe der Anpassung an die ungewöhnliche und beschämende Situation absorbiert sind und daher die unbewußten Konflikte um Abhängigkeit/Unabhängigkeit gar nicht therapeutisch und kooperativ bearbeitbar sind, vor allem dafür sorgen, daß das Ehepaar Gesprächsmöglichkeiten hat. Gerade das ist ja auch die Bedingung dafür, daß die Mutter sich von der Therapeutin unabhängiger fühlt und selbst weniger dominiert. Die Therapeutin sollte die Themenwahl so beeinflussen, daß der verbale Kontakt der Ehepartner zueinander relativ angstfrei verläuft. Gesprächsmöglichkeiten bestehen über die Frage, was in der Familie alles gut läuft, auf was das Ehepaar stolz ist, wie sich das Paar kennengelernt hat, was beide aneinander mochten usw. Auch die Ermunterung dazu, an den Dingen und Personen, denen man mit großer Kritik und Skepsis gegenübersteht, die positiven Seiten nicht zu übersehen, führt oft Phasen der Entspannung und des Kontakts herbei.

Das Gespräch in der angedeuteten Weise zu gestalten, ist eine der schwersten Aufgaben im Erstgespräch mit einer Familie. Insbesondere deshalb, weil die Väter sich nur ungern in Gespräche mit ihrer Partnerin einlassen, vielmehr darauf bedacht zu sein scheinen, das Kind sowie Mutter und Therapeutin im Verständnis des Kindes zu unterstüt-

zen, denn der Vater möchte seine narzißtische Position, die er in der Familie mit der „versagenden“ Mutter und dem „kranken“ Kind einnimmt, wahren und festigen.

Aus dem Vergleich des Erlebens, was Vater und Mutter im Zusammenhang mit dem objektiven Sprechverhalten der Therapeutin haben, ergibt sich auch die therapeutisch relevante Vermutung, daß das Unbehagen des Vaters über die Nicht-Untersützung durch die Therapeutin verleugnet werden muß, sofern die verbale Interaktion durch Aktivität und Dominanz der Therapeutin gekennzeichnet ist. Diese Situation birgt auch für den Vater die Gefahr von Abhängigkeit in sich. Das Eingeständnis von Abhängigkeit und Abhängigkeitsangst bedeutet jedoch für die Väter meist Gesichtsverlust. Sie stehen darüber hinaus im Erst-Gespräch im Konflikt: Einerseits suchen sie Hilfe bei einer therapeutischen Institution, andererseits können sie u.U. aufgrund ihrer Sozialisation und des möglicherweise auch die Gegenwartsfamilie beherrschenden Geschlechts-Rollenstereotyps nur sehr schlecht Hilfe annehmen. Hilfe annehmen heißt, eine asymmetrische Beziehung einzugehen, in der der Hilfesuchende in der abhängigen Position ist.

Deutlich wird auch hier, daß Konflikte erst bearbeitet werden können, wenn die Väter innerlich zur Mitarbeit in der Therapie bereit sind, das Arbeitsbündnis geschlossen ist und die Positionen im Wechsel von Unterstützung und Selbsthilfe flexibel gehandhabt werden können. Der Grundstein dazu wird im ersten Gespräch gelegt.

## Summary

### *The Connection between Verbal Behaviour and Experience of Communication in the Family Therapy Interview*

A study in which 20 families were interviewed by a female therapist is described. Data on the verbal interactions and relationship structures in each family interview was gathered by means of automatically analyzing the linear sequence of speech and pauses produced by the four participants. The way in which each experienced the communication subjectively was recorded by questionnaire.

The following results can be reported:

- The speech behaviour during an interview is closely related to 12 of the 20 dimensions defined by factor analysis for the communication questionnaires and influences the participants' experience of the interaction.
- The variables obtained by speech analysis also prove helpful in therapeutic practice: they reflect conflicts in the interaction taking place during an interview and provide the therapist with additional information on the effects of his or her own behaviour in this conflict situation.

With such a small sample and the involvement of only one therapist in this study, no generalizations from the results reported can be made. The usefulness of the study lay rather in the direction of action-research: it offered the therapist a means of controlling her own behaviour with the help of a research method.

Future work on this project will include controlling the therapist variable.

## Literatur

- Abelin, E. L.: Role of the father in the separation – individuation process. In: McDevitt, J. D. u. Settlege, C. F. (eds.): Separation – Individuation, Essays in Honour of Margaret Mahler. Int. Univ. Press, New York 1971, S. 229–252. – Beckmann, D.: Funktionale Struktur informeller Rollensysteme. *Psyche* 27 (1973), S. 718–748. – Ders.: Der Analytiker und sein Patient – Untersuchungen zur Übertragung und Gegenübertragung. Huber, Bern 1974. – Brähler, E.: Die automatische Analyse des Sprechverhaltens in psychoanalytischen Erstinterviews mit der Gießener Sprachanalyseanlage. Diss. Ulm 1976. – Brähler, E., Beckmann, D. u. Zenz, H.: Gießen-Test (GT) und Sprechverhalten bei neurotischen Patienten im Erstinterview. *Med. Psychol.* 2 (1976), S. 49. – Brähler, E. u. Overbeck, A.: Die Erfassung der Interaktion in familientherapeutischen Sitzungen durch die automatische Analyse des Sprechverhaltens. *Med. Psychol.* 1980 (im Druck). – Dies.: Therapist's and Patient's Speech-Pause Behavior and the Psychotherapy. *Dyn. Psychiat.* 9 (1976), S. 275–286. – Brähler, E., Overbeck, G., Braun, D. u. Junker, H.: Was kann die automatische Analyse des Sprech-Pausen-Verhaltens (on-off-pattern) von Arzt und Patient für die Beurteilung von Psychotherapien leisten? *Z. Psychosom. Med.* 20 (1974), S. 148. – Breunlin, D. C. u. Southgate, P.: Schweigen, Verschweigen, zum Schweigen bringen. *Fam. Dynamik* 4 (1979), S. 158–171. – Burger, G.: Personalpronominagebrauch und formales Sprechverhalten – Eine Untersuchung zu Zusammenhängen zwischen formalen und inhaltlichen Redemerkmale in psychoanalytischen Erstinterviews. *Psych. Dipl.-Arbeit*, Gießen 1977. – Falter, K. C.: Die Machtdimensionen der Familie und ihre Verwendung in der Therapie. *Fam. Dynamik* 4 (1979), S. 318–332. – Fürstenau, P.: Probleme der vergleichenden Psychotherapieforschung. *Psyche* 26 (1972), S. 423–462. – Ders.: Zur Problematik von Psychotherapiekombinationen aus der Sicht der vergleichenden Psychotherapieforschung und der Organisationspsychologie. *Gruppenpsychother. Gruppendyn.* 8 (1974), S. 131–140. – Goffman, E.: Interaktionsrituale. Über Verhalten in direkter Kommunikation. Suhrkamp, Frankfurt 1978. – Junker, H., Overbeck, G. u. Brähler, E.: Vergleiche und Interpretationen des formalen Sprechverhaltens (on-off-pattern) zweier Psychotherapien. *Psychother. Med. Psychol.* 24 (1974), S. 163. – Karpel, M.: Individuation: Von der Verschmelzung zum Dialog in der Partnerbeziehung. *Fam. Dynamik* 2 (1977), S. 50–69. – Marsden, G.: Content-analysis Studies of Psychotherapy: 1954 through 1968. In: Bergin, A. E. u. Garfield, S. L. (eds.): *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. Wiley, New York 1971. – Mattejat, F. u. Brumm, J.: Kommunikationspsychologische Grundlagen. In: Pongratz, L. J.: *Handbuch der Psychologie*. 8 Band Klinische Psychologie. Hogrefe, Göttingen 1977. – Moeller, M. L.: Zur Theorie der Gegenübertragung. *Psyche* 31 (1977), S. 142–166. – Nash de Witt, K.: The Effectiveness of Family Therapy – A Review of Outcome Research. *Arch. Gen. Psychiat.* 35 (1978), S. 549–561. – Overbeck, A.: Das familientherapeutische Gespräch als Instrument der Steuerung oder Ort der Verständigung. (in Vorbereitung) 1980. – Overbeck, A., Klein, H., Meyer, A. u. Brähler, E.: Kommunikationserleben in familientherapeutischen Erstinterviews. Manuskript, (1980). – Overbeck, G. u. Brähler, E.: Eine Beobachtung zum Sprechverhalten von Patienten mit psychosomatischen Störungen – *Dyn. Psychiat.* 7 (1974), S. 100. – Overbeck, G., Brähler, E., Braun, P. u. Junker, H.: Über die Anwendung eines Sprachanalyseverfahrens (on-off-pattern) in einer laufenden Psychotherapie. *Psyche* 28 (1974), S. 815. – Richter, H.-E.: Zwei-Wochen-Paar-Therapie. *Psyche* 27 (1973), S. 889–901. – Richter, H.-E. u. Wirth, H. J.: „Sieben Jahre Erfahrung mit der analytischen Zwei-Wochen-Paar-Therapie“. *Fam. Dynamik* 3 (1978), S. 20–36. – Riskin, J. u. Faunce, E. E.: *An Evaluative Review of Family Interaction Research*. *Fam. Proc.* 11 (1972), S. 365–455. – Traunfelder, M.: Das Sprech-Pausen-Verhalten im Erstinterview im Zusammenhang mit verbalen Interaktionen zwischen Therapeut und Patient. *Psych. Dipl.-Arbeit* Gießen 1976. – Zenz, H. u. Brähler, E.: Die Beziehungen zwischen Kommunikationsverhalten und Kommunikationserleben von Patient und Psychotherapeut im Erstinterview. *Med. Psychol.* 1 (1974), S. 159.
- Anschr. d. Verf.: Dr. A. Overbeck, Zentrum f. Psychosomatische Medizin des Klinikums der Justus-Liebig-Universität, Friedrichstr. 35, 6300 Gießen.