

## **Der Beitrag der Theorie selbstreferentieller Systeme zur Präzisierung von Forschungsfragen in der systemischen Therapie**

Egbert Steiner und Ludwig Reiter

**Zusammenfassung.** Systemische Therapieansätze lassen sich zwei typischen Modellen therapeutischen Handelns zuordnen: dem „Medikamentenmodell“ und dem „Konversationsmodell“. Prozeßforschung, die gleichzeitig angewandte Forschung sein soll, soll der Logik dieser Modelle folgen, damit der Therapeut die Resultate gebrauchen kann. Dem medizinischen Modell mit der Trennung von Diagnose und Therapie entsprechen experimentell-statistische Versuchspläne. Für die Forschung im Kontext des Konversationsmodells wird die Theorie sozialer Systeme von Luhmann als ein vor allem hermeneutische Forschungsansätze vereinheitlichender Ansatz diskutiert.

### **The contribution of the theory of selfreferential systems to the definition of research questions in the field of systemic therapy**

**Summary.** Therapeutic action in systemic therapy can be attached to two basic concepts: the “drug metaphor” and the “conversation metaphor”. Applied process research in order to be useful for the therapists should conform to the logic of the concept used in therapy. For the medical model experimental designs seem appropriate. For research in the context of the conversational model we discuss the theory of social systems by Luhmann as a unifying theory for hermeneutic and similar approaches.

### **1. Einleitung**

Im Rahmen eines Themenheftes zur systemischen Theorie erscheint es uns wichtig, daß wir uns auch mit den Möglichkeiten und den Grenzen von Forschung in diesem Bereich auseinandersetzen. Die vorliegende Arbeit soll dazu einen Beitrag leisten. Mitte der 80er Jahre kam es zu heftigen Diskussionen über die theoretischen Fundamente systemischer Therapie („Epistemologie-

Diskussion“) sowie über die Frage, welche Form der Forschung diesen Therapieansätzen angemessen ist („Kausalitäts-Diskussion“). Wir möchten die zweite Fragestellung für die Gruppe systemischer Ansätze, die Therapie als „Konversation“ definieren, präzisieren. Therapeuten, die diese Position vertreten, sind z. B. Goolishian, de Shazer und Ludewig. Weiters soll diese Diskussion auf angewandte Prozeßforschung – im Unterschied zur Erfolgsforschung – beschränkt bleiben (zur Problematik zwischen Prozeß- und Erfolgsforschung vgl. Wynne 1988, S. 16). Das Ziel solcher Forschung ist es, dem Therapeuten verbessertes „Handwerkszeug“ zu liefern. Unter dieser Bedingung ist es unumgänglich, die Selbstbeschreibung von Therapie durch die Therapeuten, d. h. deren klinische Theorie, als ein konstitutives Element des Gegenstandsbereiches in das jeweilige Forschungsvorhaben einzubeziehen. Diese Selbstbeschreibungen liegen als Curricula, Lehrbücher, Rollenspiele auf Video etc. vor und werden in konkreten Untersuchungen durch die Zusammenarbeit von Forschern und Therapeuten präzisiert und ergänzt. Das bedeutet nicht, daß angewandte Forschung damit zu einer Duplizierung der Therapiekonzepte (mit nur unterschiedlichen Methoden der Umsetzung) wird, die verwendeten Theorien sollten aber, um für Therapeuten und Forscher eine gemeinsame Reflexionsbasis zu bilden, eine „Familienähnlichkeit“ mit den klinischen Theorien zeigen. Erst damit ist nach unserer Überzeugung die Voraussetzung dafür geschaffen, daß beide – Therapeuten und Forscher – von diesen Forschungen auch profitieren (Steiner 1986). Mit der Theorie selbstreferentieller sozialer Systeme (Luhmann 1981, 1984, 1986) liegt ein Ansatz vor, solche Forschungsprogramme zu entwickeln. Diese Theorie ist hochdifferenziert und umfaßt von ihrem Anspruch her unseren gesamten Gegenstandsbereich, d. h. Therapie ist als eine Form eines sozialen Systems beschreibbar. Weiters stützt sie sich – was unter dem Aspekt einer anwendungsorientierten Forschung besonders wichtig ist – partiell auf dieselben theoretischen Entwicklungen im Bereich der Biologie und Systemtheorie wie die hier diskutierten Ansätze (Maturana und Varela 1987).

## 2. Prozeßforschung: Zwei grundlegende Perspektiven des Therapieprozesses

Therapien lassen sich idealtypisch zwei Modellen therapeutischen Handelns zuordnen: dem *Medikamentenmodell* (drug-metaphor) und dem *Konversationsmodell*. Wird Familientherapie nach dem medizinischen Wirkmodell aufgefaßt, so gibt – vereinfacht ausgedrückt – der Therapeut dem „Patienten Familie“ nach einer Diagnose in den folgenden Sitzungen wiederholt eine Dosis von etwas, das es für die einzelnen Therapieansätze (strukturell, strategisch, etc.) in entsprechenden Untersuchungen noch genauer zu erforschen gilt. Er kuriert die Familie wie der Arzt, der ein Medikament verschreibt. Im Konversationsmodell wird der Therapieprozeß als ein fortgesetztes Gespräch – als ein In-Beziehung-Setzen von Erfahrungen und Erklärungen – gesehen, als ein Erzählen verschiedener Geschichten durch Klienten und Therapeuten (Anderson et al. 1987; Ludewig 1987, 1988; abweichend z. B. Peseschkian 1979). Die Aufgabe des Therapeuten besteht hier vor allem darin, in bestimmter Weise das Gespräch mit den Klienten zu führen (und darin liegen auch die Unterschiede zwischen

den einzelnen Ansätzen; vgl. de Shazer 1985; Tomm 1987a, b), um die vorhandenen Selbstheilungskräfte und Ressourcen des Systems zu aktivieren. Im Gegensatz zum medizinischen Modell, wo die Diagnose des Problems zentral für das Therapiekonzept ist, ist diese im konversationalen Ansatz kaum von Bedeutung. Hier sind es Lösungsversuche – z. B. Ausnahmen vom problematisierten Handeln – die zum Kern neuer Geschichten werden, die Klienten und Therapeuten gemeinsam konstruieren und die zur „Auf-Lösung“ des Problems führen sollen (vgl. Golann 1987; Steiner und Reiter 1986; Steiner 1987; zur Bedeutung der Lösung des von der Familie präsentierten Problems für die Familientherapie siehe Wynne 1988, S.9).

### 3. Zum Verhältnis von Forschungs- und Therapiemodell

Bei Therapiekonzepten, wo der Therapieprozeß dem *medizinischen Modell* entspricht, sind in der angewandten Forschung experimentelle Versuchspläne (Hypothesentest) analog zur Wirkstoffprüfung in der Medizin angemessen. Die Isolierung schulspezifischer Wirkfaktoren kann durch besonderes Training und Kontrolle des Therapeutenverhaltens, durch laufende Supervision etc. wie im psychologischen Experiment zumindest annäherungsweise erreicht werden (vgl. Orlinsky und Howard 1987). Probleme für den Forscher entstehen dann hauptsächlich bei der Auswahl geeigneter statistischer Verfahren bzw. der Prüfung der Gültigkeit ihrer Voraussetzungen (Fischer 1974; Petermann und Hehl 1979). Sind die zentralen Annahmen des statistischen Modells in einem klinisch-theoretischen Modell inhaltlich interpretiert, so kommt es zur gewünschten wechselseitigen Präzisierung von theoretischem und statistischem Modell als Voraussetzung für einen geordneten Fortschritt der Forschung in diesem Bereich. Eine zentrale Fragestellung in diesem Forschungskontext war und ist, ob bzw. mit welchen Methoden die „Systemqualität“ einer Familie aus Frabebogen- und Beobachtungsdaten, die aus Urteilen einzelner über andere Familienmitglieder bzw. die gesamte Familie bestehen, gewonnen werden kann. Die Kombination beider Zugänge bei derselben Therapie sollte so ein möglichst umfassendes Bild der „Totalität“ des Systems ergeben. Übersichtsreferate zur Prozeßforschung zeigen aber, daß das so erhaltene Bild des Therapieprozesses keineswegs klar, sondern recht widerspruchsvoll ist und daß auch bei der Bestimmung von Wirkfaktoren – einem zentralen Anliegen dieser Forschung – bisher keine eindeutigen Ergebnisse erreicht wurden (Pinsof 1981, S. 738). Die Vorschläge für erfolgversprechende Forschungsstrategien sind dementsprechend auch recht uneinheitlich (vgl. Rice und Greenberg 1984 sowie die Diskussion um die Ergiebigkeit des Multisystem-Multimethod-Ansatzes (MS-MM): Cromwell und Peterson 1983; Reiss 1983; Oliveri und Reiss 1984; Kog et al. 1987).

Bei Therapiemodellen, die die *Konversation* zwischen den Beteiligten als zentrales therapeutisches Element definieren, müssen im Kontext von angewandter Forschung andere Untersuchungsverfahren zur Erklärung des Therapieprozesses in Betracht gezogen werden, da die Voraussetzungen für statistische Verfahren (auch der Einzelfallstatistik) nicht mehr ohne weiteres gelten (vgl. dazu Brunner 1986, S. 71ff; Willke 1983, S. 35). Bevor wir näher darauf

eingehen, möchten wir kurz die grundlegenden Vorstellungen dieser Klasse von Therapiemodellen darstellen.

Therapie wird in diesen Ansätzen als Konversation von Klienten (Kunden) und Therapeuten (Konsulenten) über das Thema „Problem“ definiert. Andere Aspekte, wie z. B. die Anwesenheit aller Familienmitglieder in der Therapie, Informationsgewinnung vor Beginn des Erstgesprächs bzw. aus externen Quellen etc. sind hier kaum von Bedeutung. Die Rolle des Therapeuten in diesem Modell besteht darin, sich an der Konversation jener zu beteiligen, die über als problematisch beurteilte Ereignisse ein Problemsystem erzeugen und aufrechterhalten und die damit auch für die Problemlösung bedeutsam sind. Er muß dies in einer Weise versuchen, daß es zu einer Koevolution einer neuen Realität, d. h. eines neuen Sprachsystems kommt. Als Veränderung gilt, wenn das, was wir beobachten, nicht mehr unseren früheren Beschreibungen entspricht. Das Ziel einer so orientierten Therapie besteht also darin, durch Konversation einen Kontext herzustellen, in dem Veränderung – als eine neue Beschreibung, Metapher oder Geschichte – durch gemeinsame sprachliche Reflexion von Klienten und Therapeuten möglich wird. Die Beschreibung des Therapeuten wird zu einer unter anderen Beschreibungen, die nicht mehr besser (realitätsgerechter, korrekter, wahrer, etc.) als andere ist. Denn es gibt im Rahmen dieser konstruktivistischen Ansätze keine zu „entdeckende“ Realität (z. B. eine gestörte Familienstruktur), der sich der Therapeut durch ein diagnostisches Interview oder durch Tests möglichst genau nähern soll, um daraus korrekte und hilfreiche Interventionen für die Klienten abzuleiten (vgl. Anderson et al. 1987). Für die Therapie bedeutet das, daß der Therapeut als Mitglied mit dem System zwar interagiert, aber Veränderung nicht kontrollieren kann. Er ist in Relation zu den Klienten in keiner hierarchisch höheren Position. Therapie ist eine Konversation zwischen Menschen, und sie besteht in der gemeinsamen Erforschung von Bedeutung durch und in dieser Konversation. Das Sprechen darüber, was als Problem gilt, definiert gleichzeitig, wer und was zum System gehört; man kann daher diese Ansätze auch nicht mehr sinnvoll als Familientherapie bezeichnen. Diese Therapiesysteme sind ein Netzwerk von miteinander kommunizierenden Personen rund um jene Angelegenheiten, die sie als problematisch sehen (Ludewig 1988). Die Veränderung, die passiert, ist die Veränderung der sprachlichen und kognitiven Erfahrung über das, was als problematisch gesehen – oder präziser: gehört – wird.

Welche Theorien und Forschungsmethoden sind nun geeignet, den Therapieprozeß dieser auf Konversation aufbauenden Therapiemodelle in einer produktiven Weise, speziell auch im Sinne angewandter Forschung, zu erfassen? Wir sind der Überzeugung, daß Luhmanns Theorie sozialer Systeme dafür einen differenzierten begrifflichen Rahmen bildet, in den einerseits bereits vorhandene – vor allem hermeneutische – Methoden eingeordnet werden können und in dem andererseits auch Forschungsergebnisse neu interpretiert werden können. Ein Beispiel soll letzteres erläutern. Ein Aspekt der weiter oben erwähnten Diskussion zwischen Cromwell und Peterson (1983) und Oliveri und Reiss (1984) über die Angemessenheit des MS-MM-Ansatzes zur Analyse eines Familiensystems war die Interpretation der geringen Korrelation zwischen Fragebogen- und Beobachtungsdaten bei Verfahren, die dasselbe messen soll-

*nur  
ein Teil  
des  
Prozesses!*

ten (op. cit., S. 41 ff). Im Rahmen der Theorie Luhmanns könnte dieses Ergebnis als Folge einer mit unterschiedlichen Beobachtungsmethoden notwendig verbundenen unterschiedlichen System-Umwelt-Differenz interpretiert werden, die hier in einem statistischen Modell amalgamiert wurden. Der Luhmannsche Ansatz ist allgemein genug, daß er sowohl forschungsleitend ist und dabei auch die oben genannte Forderung angewandter Forschung, die von den Therapeuten verwendeten Konzepte in den Forschungsansatz einzubeziehen, erfüllt.

Ausgangspunkt jeder systemtheoretischen Analyse ist die Differenz von System und Umwelt. Systeme konstituieren und erhalten sich durch die Erzeugung der Differenz zur Umwelt, und auch die Umwelt erhält ihre Einheit erst durch diese Differenz und ist somit für jedes System eine andere. Luhmann unterscheidet biologische, psychische und soziale Systeme, die als geschlossene selbstreferentielle Systeme nur auf ihre eigenen Zustände und die Differenz zwischen diesen Zuständen Bezug nehmen können. Die zweite Differenz, „die einen Unterschied macht“, ist die zwischen Element und Relation im System selbst. Die Elemente eines selbstreferentiellen Systems werden durch das System definiert (z. B. welche Äußerungen zu einem therapeutischen Gespräch gehören, auf die Bezug genommen werden kann). Selbstreferentielle Systeme produzieren die Einheiten, aus denen sie bestehen, selbst, wobei sie sich an die Typik der Elemente halten müssen; somit sind nach dieser Theorie auch Individuen (Personen) keine Elemente sozialer Systeme, sondern nur eine Adresse für kommunikative Zuschreibungen in einer Kommunikation (gegensätzlich dazu Hejl 1987; Ludewig 1988). Biologische, soziale und psychische Systeme sind füreinander Umwelt. Daraus folgt, daß Forschung, die sich auf Luhmanns Theorie stützt, sich auf diese Einschränkungen der Systemtypik einlassen muß und damit Therapie als soziales System, dessen Elemente Kommunikationsakte rund um das präsentierte Problem sind, definieren muß. Die meisten Therapiekonzepte behandeln diesen Sachverhalt nur unzureichend und lassen meist beide Möglichkeiten – Individuen oder kommunikative Handlungen als Elemente des Systems – offen. Hier kann die Theorie sozialer Systeme die klinischen Theorien präzisieren. Kommunikation ist auch ohne Sprache möglich (Kleidung, Gesten, Blicke etc.), sprachliche Kommunikation ist jedoch dadurch ausgezeichnet, daß sie Reflexion auf sich selbst und auf andere Formen der Kommunikation möglich macht und die Ordnung von Kommunikationszusammenhängen durch Themen, auf die sich Redebeiträge beziehen können, herstellen und laufend prüfen und damit auch die Grenzen des Systems bestimmen kann. Kommunikation wird in der Therapie zu einem bestimmten Zweck eingesetzt. Diese Vorstellung von Therapie steuert die Erwartung der Beteiligten, und dies ist mit ein Grund, die Beobachtung auf sprachliche Kommunikation zu konzentrieren (vgl. das Diktum Watzlawicks: Man kann nicht nicht kommunizieren. Das ständige Mitteilungsverhalten ist Teil der Therapie, Reden und Schweigen zählen bezogen darauf gleichviel (Luhmann 1986, S. 99)).

Familientherapieforschung, die das therapeutische System als ein System definiert, dessen Einheiten hauptsächlich sprachliche Kommunikationsakte sind, hat eine prinzipiell vollständige Datenbasis (d. h. auch der handelnde Therapeut weiß unter dieser Einschränkung nicht mehr als der Forscher; vgl. dazu Labov und Fanshel 1977, S. 7; seitens der klinischen Theorie Tomm

1987a, b). Die von uns vorgeschlagene Einschränkung der Analyse auf verbales Handeln ist innerhalb der Forschergemeinschaft aber keineswegs unumstritten (z.B. gegensätzlich dazu Kiesler 1980, S. 74). Dem hier vorgeschlagenen Ansatz entsprechend wird nonverbales Verhalten nur dann zu einem Element des sozialen Systems Therapie und damit auch der Analyse, wenn es von irgendeinem Teilnehmer in der Sitzung angesprochen wird („Warum lachst du?“ etc.). Ist dies nicht der Fall, so bleibt es ein Kommentar des wissenschaftlichen Beobachters.

Das System der Forschung und Wissenschaft, das andere Systeme beobachtet, benutzt im Verhältnis zu diesen Systemen in der Regel eine inkongruente Perspektive. Es zeichnet nicht einfach nach, wie das beobachtete System sich und seine Umwelt erlebt, sondern es überzieht dieses mit einem für es selbst nicht möglichen Verfahren der Steigerung von Komplexität. Ein Beispiel dafür ist das Buch von Labov und Fanshel (1977) über die Analyse eines Therapieabschnittes von 15 min Dauer. Wissenschaft benutzt bei ihrer Analyse begriffliche Abstraktionen, die dem konkreten Milieuwissen und der laufenden Selbsterfahrung des beobachteten Systems Therapie nicht gerecht werden, denn Wissenschaft steht, verglichen mit Therapie, nicht unter Handlungs- und Zeitdruck. Aber auch Therapie versetzt, wie Wissenschaft, Bekanntes und Vertrautes in den Kontext anderer Möglichkeiten. Probleme und Problemlösen werden – und darum drehen sich auch die in der Therapie erzeugten Beschreibungen und Geschichten – stets unter dem Gesichtspunkt des Vorhandenseins anderer Möglichkeiten gesehen. Probleme können so oder auch anders – jedoch nicht beliebig anders – gelöst werden. Die Problemdarstellung der Familie wird durch den Therapeuten – und das gilt für alle Psychotherapien – kontingent gestellt. Dieses Vorgehen dient dazu, Vorhandenes für den Seitenblick auf andere Möglichkeiten (vergangene oder zukünftige, bereits realisierte oder hypothetische) zu eröffnen. Die wissenschaftliche Analyse rekonstruiert die Kontingenzen des Systems Therapie (wie auch der Therapeut die Kontingenzen des Systems, das sich um das problematisierte Verhalten gebildet hat, erkundet; vgl. de Shazer 1985), obwohl diese als solche oft gar nicht ausgenutzt werden können (Weber und Simon 1987). Sie unterstellt dem Objekt Freiheitsgrade, die ihm selbst nicht zur Verfügung stehen.

Die Theorie Luhmanns ermöglicht neben der Analyse von Therapie als sozialem System über die Konzepte „Interpenetration“ und „Sinn“, die die wechselseitige Relation von sozialen und psychischen Systemen beschreiben, auch einen theoretisch geordneten Anschluß an psychologische Theorien, die die subjektiven Vorstellungen (cognitive maps) der Beteiligten und deren Veränderung zum Inhalt haben (Luhmann 1984, S. 286ff.; vgl. auch Steiner und Reiter 1986, S. 334ff). Wir denken hier vor allem an die Theorie kognitiver Konstrukte von Kelly und die Methode des repertory-grid (Rüpell 1979; Karastergiou-Katsika und Watson 1985; Waeber und Ciompi 1986).

Was sind nun weitere, bereits in anderen Kontexten verwendete Forschungsansätze, die in diesem skizzierten Forschungsprogramm ihren Platz finden können? In erster Linie sind es hermeneutische Verfahren der Textinterpretation (vgl. Labov und Fanshel 1977; Russel 1987; zur Methodik Heft 37 der „Osnabrücker Beiträge zur Sprachtheorie“, 1987). Ein weiteres Modell, das die

kreativen Leistungen des Beobachters in das Forschungsmodell einbezieht, ist das von Mitroff und Blankenship (1973) entwickelte Verfahren zur Analyse komplexer sozialer Situationen. Die beiden Autoren bezeichnen ihre Methode als „holistisches Experiment“, die es einem Team erlaubt, Beobachtungen in geordneter und prinzipiell wiederholbarer Weise zu „synthetisieren“ (op.cit., S. 345; Reiter und Steiner 1988). Die Datenbasis für Untersuchungen dieser Art werden in der Regel direkte Beobachtung von Therapiesitzungen bzw. „Rohdaten“ in Form von Videoaufzeichnungen und Transkripten von Therapiegesprächen sein. Diese hermeneutischen Verfahren können durch eine Analyse der zähl- und meßbaren Anteile eines Gespräches wie Redezeit, Anzahl der Redebeiträge, Textumfang, Sprecherabfolgen, Art des Sprecherwechsels etc. (Mergenthaler 1986) dann in wertvoller Weise unterstützt und ergänzt werden, wenn es gelingt, aus der Theorie Erwartungswerte von Kennzahlen abzuleiten, da ansonsten die Interpretation von Übereinstimmung oder Abweichung der empirischen Verteilungen uninterpretierbar bleibt (vgl. Brunner 1986, S. 165f; Kriz 1985, S. 87f).

#### 4. Schluß

Die Theorie sozialer Systeme von Luhmann ist für den Bereich der Prozeßanalyse bei Therapien, die dem Konversationsmodell entsprechen, ein geeigneter und ertragreicher Ansatz, da sie drei Bedingungen erfüllt, die für eine übergreifende Theorie notwendig sind: (1) sie erlaubt aufgrund ihrer Reichhaltigkeit die Entwicklung eines Forschungsprogrammes, (2) sie ist eine differenzierte und umfassende Theorie des Sozialen, die den für unseren Bereich wichtigen Bezug zu psychologischen Theorien herstellt, und sie ist (3) als Theorie auch den in diesem Bereich bestehenden Therapiekonzepten partiell ähnlich, womit sie auch für die angewandte Forschung, die auf den intensiven Austausch und das gegenseitige Verstehen von Praktikern und Forschern angewiesen ist, geeignet erscheint.

#### Literatur

- Anderson H, Goolishian H, Winderman H (1986) Problem determined systems: Towards transformation in family therapy. *JSST* 5:1-14
- Brunner EJ (1986) Grundfragen der Familientherapie. Systemische Theorie und Methodologie. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Cromwell RE, Peterson GW (1983) Multisystem-multimethod family assessment in clinical contexts. *Fam Proc* 22:147-163
- de Shazer S (1985) Keys to solution in brief therapy. Norton, New York
- Fischer GH (1974) Einführung in die Theorie psychologischer Tests. Huber, Bern
- Golann S (1987) On description of family therapy. *Fam Proc* 26:331-340
- Hejl PM (1987) Zum Begriff des Individuums – Bemerkungen zum ungeklärten Verhältnis von Psychologie und Soziologie. In: Schiepek G (Hrsg) Systeme erkennen Systeme. Psychologie Verlags Union, München
- Karastergiou-Katsika A, Watson JP (1985) A comparative study of repertory grid and clinical methods for assessing family structure. *J Fam Ther* 7:231-250

- Kiesler DJ (1980) Psychotherapy process research: Viability and directions in the 1980s. In: De Moor W, Wijngaarden HR (eds) *Psychotherapy. Research and training*. Elsevier/North-Holland, New York
- Kog E, Vertommen H, Vandereyken W (1987) Minuchins's psychosomatic family model revised: A concept-validation study using a multitrait-multimethod approach. *Fam Proc* 26: 235–253
- Kriz J (1985) Die Wirklichkeit empirischer Sozialforschung. Aspekte einer Theorie sozialwissenschaftlicher Forschungsartefakte. *Soziale Welt, Sonderband 3*: 77–89
- Labov W, Fanshel D (1977) *Therapeutic discourse. Psychotherapy as conversation*. Academic Press, New York
- Ludewig K (1987) Vom Stellenwert diagnostischer Maßnahmen im systemischen Verständnis von Therapie. In: Schiepek G (Hrsg) *Systeme erkennen Systeme*. Psychologie Verlags Union, München
- Ludewig K (1988) Problem – Bindeglied klinischer Systeme. In: Reiter L, Brunner EJ, Reiter-Theil S (Hrsg) *Von der Familientherapie zur systemischen Perspektive*. Springer, Berlin Heidelberg New York (in Druck)
- Luhmann N (1981) Die Ausdifferenzierung von Erkenntnisgewinn: Zur Genese von Wissenschaft. *KZfSS, Sonderheft 22*: 102–139
- Luhmann N (1984) *Soziale Systeme. Grundriß einer allgemeinen Theorie*. Suhrkamp, Frankfurt
- Luhmann N (1986) Systeme verstehen Systeme. In: Luhmann N, Schnorr KR (Hrsg) *Zwischen Intransparenz und Verstehen*. Suhrkamp, Frankfurt
- Maturana HR, Varela FJ (1987) *Der Baum der Erkenntnis*. Scherz, Bern
- Mergenthaler E (1986) *Die Transkription von Gesprächen*. Ulmer Textbank, Ulm
- Mitroff II, Blankenship LV (1973) On the methodology of the holistic experiment: An approach to the conceptualization of large-scale social experiments. *Tech Forecast Soc Change* 4: 339–353
- Orlinsky DE, Howard KI (1987) A generic model of process in psychotherapy. In: Huber W (ed) *Progress in psychotherapy research*. Presses Universitaires de Louvain, Louvain la Neuve
- Osnabrücker Beiträge zur Sprachtheorie (1987) Heft 37
- Petermann F, Hehl FJ (Hrsg) (1979) *Einzelfallanalyse*. Urban und Schwarzenberg, München
- Peseschkian N (1979) *Der Kaufmann und der Papagei. Orientalische Geschichten als Medien in der Psychotherapie*. Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt
- Pinsof WM (1981) Family therapy process research. In: Gurman AS, Kniskern DP (eds) *Handbook of family therapy*. Brunner/Mazel, New York
- Reiter L, Steiner E (1988) Über holistisches Denken und Methodologie. In: Reiter L, Brunner EJ, Reiter-Theil S (Hrsg) *Von der Familientherapie zur systemischen Perspektive*. Springer, Berlin Heidelberg New York (in Druck)
- Rice LN, Greenberg LS (eds) (1984) *Patterns of change. Intensive analysis of psychotherapy process*. Guilford Press, New York
- Rüppell M (1979) *Einzelfallanalyse und Subjekt*. In: Petermann F, Hehl FJ (Hrsg) *Einzelfallanalyse*. Urban und Schwarzenberg, München
- Russel RL (ed) (1987) *Language in psychotherapy. Strategies and discovery*. Plenum Press, New York
- Steiner E (1986) Problemorientierte Forschung am Institut für Ehe- und Familientherapie. In: Reiter L (Hrsg) *Theorie und Praxis der systemischen Familientherapie*. Facultas, Wien
- Steiner E (1987) Selbstorganisierende Systeme: Ein neues theoretisches Fundament für die Familientherapie? *Delfin* 4 (2): 48–58
- Steiner E, Reiter L (1986) Zum Verhältnis von Individuum und sozialem System: Hierarchie, strukturelle Koppelung oder Interpenetration? *Familiendyn* 11: 325–342
- Tomm K (1987a) *Interventive interviewing: Part I. Strategizing as a fourth guideline for the therapist*. *Fam Proc* 26: 3–13
- Tomm K (1987b) *Interventive interviewing: Part II. Reflexive questioning as a means to enable self-healing*. *Fam Proc* 26: 167–183

- Waeber R, Ciompi L (1986) Konzepte und Methoden zur Untersuchung von Zusammenhängen zwischen familiären und intrapsychischen Strukturen. Sozialpsychiatrische Universitätsklinik, Bern
- Weber G, Simon FB (1987) Systemische Einzeltherapie. Z Syst Ther 5:192-206
- Willke H (1983) Methodische Leitfragen systemtheoretischen Denkens. Z Syst Ther 1:23-37
- Wynne LC (1988) Zum Stand der Forschung in der Familientherapie: Probleme und Trends. System Familie 1:4-22

Manuskript eingegangen am 21.12.1987;  
revidierte Fassung eingegangen und zum Druck angenommen am 22.1.1988

Egbert Steiner, Univ.-Doz. Dr. Ludwig Reiter  
Institut für Ehe- und Familientherapie  
Praterstr. 40/10  
A-1020 Wien