

Zugänge und Anwendungen systemischer Diagnostik¹

Sebastian Baumann, Hartmut Epple

Zusammenfassung

Die Zeiten, in denen Systemische Therapeuten auf diagnostische Verfahren ausschließlich mit Stimrunzeln reagierten, sind zwar vorbei, geblieben ist aber ein eigenes Verständnis der Frage, wie man beschreiben kann, was in Klienten und Therapeuten vorgehen könnte. In diesem Beitrag wird zunächst in Abgrenzung zu anderen diagnostischen Selbstverständnissen ein Überblick über die Zugänge zu systemischer Diagnostik gegeben. Systemische Diagnostik wird dabei als Beziehungsdiagnostik verstanden, die auch Ressourcen aufdeckt und bereits selbst eine Intervention darstellt. Im zweiten Teil werden diagnostische Anwendungen auf drei miteinander verbundenen Ebenen angeboten: der Ebene der Klienten, der des Helfersystems sowie einer Selbst- und Prozessdiagnostik. Die einzelnen Zugänge und Anwendungen sind durch Fallbeispiele erläutert.

Die konzeptionellen Hintergründe des systemtheoretischen Umgangs mit dem Diagnostikthema sind bereits von verschiedenen Autoren (Ritscher, 2011; Schweitzer-Rothers, Ochs, 2003) detailliert beschrieben worden. Daher wird in diesem Beitrag nach einer kurz gehaltenen Einführung in das Denken über systemtheoretische Diagnostik der Fokus auf die direkte Anwendbarkeit für PraktikerInnen gesetzt.²

1 Systemisch und Diagnostik – keine Liebeshochzeit, aber eine Vernunftfehle mit Entwicklungspotenzial

Stellen wir uns „die Diagnostik“ als eine lebendige Person vor, könnte sie im Verlauf der Geschichte von Systemischer Therapie und Beratung von einem bewegten Leben erzählen: Als sie, bereits betagt und in „alteuropäisch“ (Luhmann) anmutendem Habitus, auf systemtheoretisch und konstruktivistisch denkende KollegInnen traf, wurde sie geradezu gemobbt. Die Praxis angeblich objektiver BeobachterInnen, die unter Zuhilfenahme diagnostischer Instrumentarien auf die individuellen und endogenen Defizite des Gegenübers fokussierten,

- 1) Original erschienen in: Gahleitner, Wahlen, Bilke-Hentsch, Hillenbrand (Hrsg.) Biopsychosoziale Diagnostik in der Kinder- und Jugendhilfe, 1. Auflage © 2013 Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH
- 2) Für eine einfachere Lesbarkeit verwenden wir die Begriffe „Beratung“ und „BeraterIn“, meinen damit aber immer „Beratung/Therapie“ und „BeraterIn/TherapeutIn“.

passte so überhaupt nicht zu den Errungenschaften von Ressourcenorientierung, dem Prinzip der Selbstorganisation lebender Organismen, der Unmöglichkeit direkter Kommunikation und dem Denken in interindividuellen zirkulären Wechselwirkungsdynamiken statt in linear-kausalen Zusammenhängen. Zunächst wurde deswegen versucht, Diagnostik einfach ganz wegzulassen (vgl. Ludewig, 1987; Gergen, Hoffmann, Anderson, 1997). Das Scheitern dieses Versuches stellt Clement (2003, S. 155) so fest: „Das medizinische Krankheitsmodell hat die konstruktivistische Herausforderung überlebt“. Und mit der Zeit entdeckte man – neben einer weiterhin kritischen Haltung – auch den Nutzen von Diagnostik: das Wissen über bestimmte Störungsbilder, Notwendigkeiten differenzialdiagnostischer Abklärungen und als Kommunikationsgrundlage mit FachkollegInnen. Ob man es nun möchte oder nicht: Der „Erwerb“ einer Diagnose ist nicht zuletzt die notwendige Eintrittskarte für die Gewährung versicherungs- und sozialrechtlicher Leistungen (vgl. Borst, 2003). Da sich natürlich auch systemisch denkende BeraterInnen ein Bild von KlientInnen machen und Kategorien im Kopf haben, nach denen sie Beobachtungen und Beschreibungen der Klientel einordnen, hat sich ein verändertes Konzept von Diagnostik entwickelt. Nach diesem Konzept systemischer Diagnostik werden weniger die Symptome oder Probleme auf inhaltlicher Ebene in den Blick genommen als vielmehr formale Muster bisheriger Lösungsversuche, die zirkulären Mechanismen, die zur Aufrechterhaltung des gegenwärtigen Status führen, sowie ein Meta-Blick auf den Beratungsprozess selbst. Statt einer Erfassung der Defizite steht dabei eine „Diagnostik der Möglichkeiten“ (Schweitzer-Rothers, Ochs, 2003, S. 156) im Vordergrund.

2 Grundhaltungen systemischer Diagnostik

Was genau ist nun das Typische systemischer Diagnostik und wie „geht“ sie? Dazu möchten wir zunächst vier systemische Grundhaltungen beschreiben, die sowohl für die Diagnostik als auch für den weiteren Beratungsprozess genutzt werden können. Für die Diagnostik sind sie insofern wichtig, als sie den Blick auf Dimensionen lenken können, die einen wichtigen Beitrag zur Problemlösung bieten. Und das ist ja der Sinn von Diagnostik.

2.1 Fokussierung auf Ressourcen und Lösungen

Dass man bei der Diagnostik nicht nur auf die Defizite der KlientInnen schauen, sondern auch Ressourcen erfragen sollte, gehört inzwischen in den meisten Ansätzen der Kinder- und Jugendhilfe zum State of the Art. Und doch ist es eine Herausforderung, Ressourcen als solche zu erkennen oder sich den Blick dafür zu bewahren. Das liegt unter anderem daran, dass Ressourcen in den Problembeschreibungen der KlientInnen selten auftauchen und Defizite offensichtlicher zutage treten. Das Entdecken von Ressourcen ist oft eine Neubewertung des Erlebten: Was zuvor als selbstverständlich und kaum beachtenswert galt, wird

durch einen neuen Blickwinkel zu einer Quelle von Kraft und Zuversicht. Fragen darüber, wie KlientInnen eine bestimmte Situation bewältigen konnten, wie sie es sich erklären können, dass es ihnen unter den gegebenen schwierigen Umständen nicht noch schlechter geht, was dazu geführt hat, dass sie nicht aufgegeben haben, sondern zur Beratung gekommen sind, oder in welchen Momenten es Ausnahmen zum geschilderten Problem gegeben hat, lenken die Aufmerksamkeit unwillkürlich auf real erlebte Ressourcen und Lösungen. Meistens sind das Fragen, auf die KlientInnen nicht wie aus der Pistole geschossen antworten, sondern innere Suchprozesse starten.

Bei aller Begeisterung für ressourcen- und lösungsfokussierte Diagnostik sollte sie ausgewogen angewendet werden. Ein zu schnelles und vor allem vehementes Fokussieren auf Problemausnahmen und Stärken kann dazu führen, dass die KlientInnen sich mit ihrer Problematik nicht ernst genommen fühlen und damit der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung eher erschwert wird. Mit Wachsamkeit und direktem Nachfragen kann die passende Geschwindigkeit ausgelotet werden. („Jetzt merke ich gerade, dass ich mich schon mit Lösungen beschäftige und Sie vielleicht den Eindruck haben, dass ich Ihre Schwierigkeit noch gar nicht richtig verstanden habe.“) Ressourcen- und lösungsfokussierung sollte auch nicht mit „positivem Denken“ verwechselt werden, das jedes noch so schwere Ereignis positiv umdeutet und damit per Wortfindung abschafft (vgl. Ritscher, 2008). Die Schwierigkeiten eines Kindes, das mit dem Schulrhythmus nicht zurechtkommt, bleiben, auch wenn das fortwährende Stören als „verhaltensoriginell“ bezeichnet wird.

Gerade in der Arbeit mit Familien kommt dem gemeinsamen Entdecken von Ressourcen aber eine nicht zu unterschätzende Bedeutung zu: für Eltern, weil sie einen guten „Erziehungsjob“ machen wollen, sich im Alltag aber oft als defizitär und als Opfer des Handelns ihrer Kinder erleben und sich selbst kaum Ressourcen und Lösungskompetenzen zuschreiben, für die Kinder und Jugendlichen, weil ihre im Aufbau befindliche Identität Defizitanahmen speichern und überbewerten kann.

2.2 Diagnostik ist bereits eine Intervention

Die Unterteilung des Beratungsprozesses in Diagnostik und daraus abgeleitete Interventionen mag eine sinnvolle Unterteilung zur gedanklichen Strukturierung des Beratungsprozesses sein. In der Erlebenswelt der KlientInnen und in den Auswirkungen gibt es diese Unterteilung aber nur bedingt. Wonach BeraterInnen fragen, darauf hin wird die Aufmerksamkeit gelenkt. Bei der Diagnostik ist also immer mitzudenken, welche Auswirkungen das auf den weiteren Beratungsverlauf haben könnte. Denn vielfach trifft man auf die Haltung: „Ich mache noch keine Intervention, wir sind ja noch bei der Diagnostik.“

Fallbeispiel

Dem Skript eines Arztbesuchs folgend, legte mir (S. B.) eine Mutter einen Schnellhefter auf den Tisch, in dem sie die Ergebnisse vergangener Diagnostik und problematische Verhaltensweisen ihres zwölfjährigen Sohnes gesammelt hatte. Ich schlug die Einladung aus, mir die Mappe genau durchzulesen und weitere diagnostische Verfahren zur Anwendung zu bringen. Wir sprachen über ihren Sohn, den ich bereits als zwar nicht sonderlich aufgeweckt, aber an praktischen Dingen interessiert kennengelernt hatte. Sie erzählte z. B., dass ihr Sohn sich mit Rasenmähen bei den Nachbarn Geld verdiene. Auf meine Einschätzung, dass das für einen Zwölfjährigen aber ganz schön verantwortungsbewusst wäre, fielen ihr weitere Beispiele ein, wo sie eigentlich ganz zufrieden mit ihm war. Wir verabredeten, dass sie einen Hefter anlegen könnte, in dem die Stärken und erfolgreich erledigten Aufgaben ihres Sohnes beschrieben sind. Zum nächsten und zugleich letzten Termin kam sie mit diesem noch dünnen Ordner, und als ich sie ein paar Monate später zufällig in der Bahn traf, erzählte sie mir, dass sie mit ihrem Sohn ganz zufrieden sei.

Diagnostik ist eine Intervention – man kann sie also auch bewusst einsetzen: Spitzcok von Brisinski (1999) weist im Zusammenhang des klinischen Kontextes darauf hin, Diagnosen zu vergeben sei „an sich“ nicht besser oder schlechter, als sie nicht zu vergeben. Er rückt dabei die systemische Grundhaltung in den Mittelpunkt, dass es eben auf den Unterschied ankommt: Quält sich ein Klient bzw. eine Klientin oder eine Familie durch die x-te Diagnostik und haben die vorherigen Diagnosen nicht zu einer Behandlung geführt, die eine Verbesserung gebracht hätte, kann es sehr hilfreich sein, eine Diagnose infrage zu stellen. Andererseits kann eine ausgesprochene Diagnose den Beteiligten (zunächst) Erleichterung verschaffen, weil nun klar ist, womit ein bestimmtes Verhalten zu erklären ist; es kann elterliche Schuldgefühle minimieren oder ein wenig den Schrecken nehmen, wenn man nun wenigstens weiß, wie die Situation heißt, in der man steckt. Und wenn es dafür sogar einen eigenen Namen gibt, scheint man ja nicht allein mit dieser Schwierigkeit zu sein. Dies alles können wichtige Entlastungen sein, die für den weiteren Beratungsprozess von Bedeutung sind. Hilfreich hat sich in Fragen von Diagnosen für uns erwiesen, die Familie nach den hypothetischen Auswirkungen einer Diagnosestellung zu fragen: „Was wäre für Sie anders, wenn Ihr Kind eine ADHS-Diagnose bekäme? Würde sich dann etwas an Ihrem Verhalten zu Ihrem Sohn ändern? Falls ja, was?“ „Angenommen, du hättest ADHS, wolltest aber nicht, dass das jemand merkt – was müsstest du tun?“

2.3 Einbeziehung der sozialen Umwelten der Klientel

In der Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und Familien bekommt man nicht selten „Reparaturaufträge“. AuftraggeberInnen sind andere Familienmitglieder, die Schule, die Kita, das Jugendamt oder manchmal auch einzelne KlientInnen selbst. So soll der aggressive (bereits

eine Diagnose?) Sohn dazu gebracht werden, sich im Schulhof nicht mehr zu prügeln, ein Partner soll dazu bewegt werden, sich stärker um die Kinder zu kümmern und mehr Zeit für Gespräche mit der Partnerin einzuplanen, oder es soll das Abrutschen der Tochter in die Drogenszene verhindert werden. Aus jeweils nachvollziehbaren Gründen wird so der Fokus auf einzelne Familienmitglieder gelenkt, die als isolierte ProblemträgerInnen präsentiert werden. Das „Problemverhalten“ eines Familienmitgliedes kann im Lichte der Beziehungen zu Personen, die für es relevant sind, aber plötzlich logisch und folgerichtig erscheinen: Aggressives Verhalten könnte als Zeichen eines berechtigten, aber inadäquat ausgedrückten Bedürfnisses gewertet werden (z. B., um endlich von anderen ernst genommen zu werden, um bei den Peers nicht als „Streber“ dazustehen und zur Clique dazuzugehören oder um zu testen, ob es wenigstens in diesem Kontext jemanden gibt, der eine Grenze setzt). Der Vorteil dieser wohlwollenden Unterstellung liegt aus systemischer Sicht weniger darin, den „wahren Grund“ oder die „wahre Bedeutung“ des Verhaltens zu erkennen, als vielmehr darin, beidseitig den Beziehungsaufbau zu erleichtern und alternative Verhaltensweisen zu besprechen, die ebenfalls zur Bedürfniserfüllung beitragen würden, aber weniger belastende Nebenwirkungen hätten.

Ein Blick auf den sozialen Kontext lohnt sich auch vor dem Hintergrund des Überweisungskontextes. Wenn eine relevante Bezugsperson bzw. -institution auf die Inanspruchnahme professioneller Hilfe gedrängt hat, KlientInnen selbst dafür aber keine Notwendigkeit sehen, steckt man als BeraterIn schon unabhängig vom konkreten Anliegen im Dilemma: Denn ließen sich die KlientInnen auf die Beratung ein, gäben sie der überweisenden Person ja Recht. In diesem Fall ist es unserer Erfahrung nach hilfreich, das Dilemma aufzugreifen und in der Beratung selbst zum Thema zu machen.

Um die Dimension des sozialen Kontextes in die Beratung hineinzunehmen, lohnt es sich, Fragen nach den Auswirkungen einer gelungenen Beratung zu stellen (unabhängig davon, wie diese genau aussähe): Wer würde vermutlich als erstes eine mögliche Verbesserung der Situation bemerken? Wer würde vermutlich wie darauf reagieren? Was müsste man tun, um eine Verbesserung vor einer bestimmten Person bzw. Institution geheim zu halten?

2.4 Systemische Diagnostik als Beziehungsdagnostik

Systemische Diagnostik, gerade in der Kinder- und Jugendhilfe, fokussiert auf Beziehungen, also auf ein „Dazwischen“: auf die Beziehung zwischen Familienmitgliedern, zwischen dem „Innen“ und „Außen“ von Familien, der Beziehung einzelner Anteile bzw. Eigenschaften innerhalb einer Person, der Beziehung zu Institutionen und relevanten Bezugspersonen. Wie sind diese Beziehungen definiert, wie (im wahrsten Sinne des Wortes) steht man zueinander, welche Regeln gelten, was geschieht bei Regelverstößen? Fragen danach können

ein diagnostisches Bild ergeben, in dem zirkuläre Prozesse von Problemstehung und -aufrechterhaltung sichtbar werden. Manchmal hilft bereits ein Blick auf diese Prozesse, um Problemmuster zu unterbrechen, z.B. wenn bei Paaren ein/e PartnerIn die eigenen Attacken lediglich als Reaktion auf das aggressive Verhalten des/der anderen beschreibt. Ziel der Diagnostik ist es so, zusammen mit den KlientInnen eine Art Außenperspektive auf die vorliegenden Schwierigkeiten und Lösungsmöglichkeiten zu bekommen. Auch hier wird deutlich, wie eng Diagnostik und Intervention miteinander verzahnt sind.

Diese Außenperspektive ist auch für die direkte BeraterInnen-KlientInnen-Beziehung von Bedeutung, noch bevor überhaupt ein Wort oder gar ein Auftrag für eine gemeinsame Lösungssuche ausgesprochen ist.

Fallbeispiel

Vom Jugendamt wurde mir (S. B.) eine Familie vermittelt, die bereits seit einigen Jahren die Unterstützung einer sozialpädagogischen Familienhilfe bekommen hat. Paul, der älteste Sohn der drei Kinder, schlug seit geraumer Zeit seine Mutter. In der ersten Sitzung, die mit dem 17-Jährigen alleine stattfand, fiel mir auf, wie gut er sich mit einer solchen Gesprächssituation auskannte und wie mein Ehrgeiz geweckt wurde, der Familie zu helfen. Das ist insofern etwas Besonderes, da eines meiner Ziele für ein Erstgespräch ist, dass der/die KlientIn motivierter sein sollte als ich, die Beratung weiterzumachen. Am Ende der Sitzung wurde ich unruhig (s. u., Ebene der Co-BeraterInnen) und hatte den Eindruck, als hätte Paul den Spieß umgedreht. Ich teilte ihm meine Beobachtung mit und er lächelte:

„Ja, Sie haben auch schon darum gebettelt, mich zu beraten.“ Ich dankte ihm für seine Einschätzung und sagte, dass ich wahrscheinlich nicht die richtige Person für ihn sei, er sich melden müsste, wenn er einen weiteren Termin vereinbaren wollte. Tatsächlich rief er am nächsten Tag an und bat um einen weiteren Termin für sich und die Familie. In den darauffolgenden Gesprächen drohten abwechselnd er und seine Schwester immer wieder mal mit dem Abbruch der Gespräche. Obgleich ich Verständnis dafür hatte, knüpfte ich meinerseits weitere Bedingungen an die Fortführung der Gespräche, mit dem „Risiko“, mich mit abgebrochenen Gesprächen in die Riege gescheiterter BeraterInnen einzureihen – doch sie wurden eingehalten. Den Durchbruch erzielten die Gespräche, als wir herausarbeiten konnten, wie außerordentlich unangenehm Paul die Schwäche seiner Mutter war (das kannte er schon von ihrer Beziehung zum Vater) und wie er hoffte, durch Härte gegen sie eine Gegenreaktion zu bewirken – und zu der Erkenntnis kam, dass diese Strategie nicht zum Erfolg führte, sondern das ungewünschte Gegenteil bewirkte. Ob diese „Einsicht“ den innerpsychischen „Tatsachen“ entsprach oder ob sie Paul v. a. die Möglichkeit einer Verhaltensveränderung nach langer Zeit ohne Gesichtsverlust erlaubte, bleibt offen. Jedenfalls hörte ich vom Jugendamt, dass die Schläge in der Familie aufgehört hatten.

3 Systemische Diagnostik auf drei Ebenen

Da unser therapeutisches Vorgehen stark durch unsere Tätigkeiten im Rahmen der Jugendhilfe geprägt ist, werden wir im Folgenden auch meist diesen Blickwinkel einnehmen. Das passt auch zu dem Umstand, dass Systemische Therapie bzw. Beratung in der Jugendhilfe (zumindest wenn man den Fyern der Träger glaubt) weit verbreitet ist. Immerhin kann gesagt werden, dass die Qualifikation zum/zur Systemischen BeraterIn bzw. TherapeutIn inzwischen eine anerkannte und häufig geforderte Qualifikation im Anwendungsfeld Jugendhilfe darstellt.

Außerdem illustriert gerade die therapeutische Arbeit in der Jugendhilfe, wie schwer (unmöglich?) es ist, Diagnostik und Intervention zu trennen. Haben wir es doch meist mit Krisen zu tun, in denen Familien zu uns kommen bzw. wir diese aufsuchen. In der Krise geht es nicht nur aus prinzipiellen erkenntnistheoretischen Erwägungen heraus nicht darum, „zuerst“ Diagnostik zu betreiben und erst danach zu „intervenieren“, wenn die Krise womöglich abgekühlt ist. Wir bemühen uns stattdessen, das, was in der Krise so deutlich zutage tritt, mit den Familien gemeinsam zu nutzen, um neue Verhaltensmuster anzuregen.

Sowohl die Krisenbeschreibungen der einzelnen Familienmitglieder (und des Umfeldes der Familie) als auch die ersten gemeinsamen Überlegungen, wie einer akuten Eskalation so begegnet werden könnte, dass wieder konstruktivere Interaktionen möglich sind, haben einen unschätzbaren Wert gerade in ihrem Doppelcharakter von diagnostischer Information und Intervention.

3.1 Diagnostik auf der Ebene der Klientel

Ein zentraler Bestandteil systemischer Diagnostik (Darstellungen systemischer Methoden der Diagnostik bei Ritscher, 2011; Schweitzer-Rothers, Ochs, 2003) ist die Auftragsklärung. Dabei wird von jedem Familienmitglied (und allen anderen AuftraggeberInnen) erfragt, was sie erreichen möchten (Zieldefinition) und was er oder sie bereit ist, dafür zu tun. Bei Ersterem ist es sinnvoll, darauf zu achten, dass nicht Aufträge an die Therapie formuliert werden, bei denen sich (ausschließlich) die anderen ändern sollten. Letzteres gibt uns meist Hinweise auf die Motivation der einzelnen Familienmitglieder. Außerdem können unvereinbare (offizielle) Aufträge so modifiziert werden, dass ein gemeinsames Anliegen formuliert werden kann.

Fallbeispiel

Die Eltern einer 15-jährigen Tochter formulierten als Anliegen, dass die Tochter wieder so hören solle wie damals, als sie zwölf war. Die Tochter wiederum wollte mehr Freiraum bekommen (länger ausgehen, Freund selbst aussuchen ...). Durch weiteres Nachfragen wurde deutlich,

dass die Eltern sich einerseits Sorgen machten und andererseits respektvoller behandelt werden wollten, was u. a. dadurch geschehen könnte, dass die Tochter sie besser darüber informierte, wo sie sei. Die Tochter ihrerseits wünschte sich ebenfalls, respektvoller behandelt zu werden, und erklärte, dass sie nicht Bescheid gebe, wo sie sei, weil das ständige Kontrollanrufe nach sich zöge. Sie wünschte sich mehr Vertrauen der Eltern. Als neuer gemeinsamer Auftrag wurde vereinbart, daran zu arbeiten, den respektvollen Umgang zu verbessern und (modellhaft) Gespräche zu moderieren, die Freiräume und Informationsverpflichtungen regeln sollten.

Schon an diesem kleinen Beispiel lässt sich sehen, wie das Erheben diagnostischer Informationen und Intervention miteinander einhergehen. Einerseits erhalten wir Hinweise darauf, wie und wo die Familie Ressourcen hat, die für die Problemlösung hilfreich sein können. Wir beobachten, wer vielleicht kooperationsbereiter mit der Tochter sein kann, wer für mehr Klarheit stehen könnte, inwieweit die Jugendliche Kooperationsbereitschaft mit den Eltern zeigt usw. Andererseits verändert das Erarbeiten eines gemeinsamen Ziels bereits die in der Eskalation festgefahrenen Muster und eröffnet Hoffnung auf eine bessere Lösung.

Auch das Erfragen bisheriger (erfolgreicher und weniger erfolgreicher) Lösungsversuche seitens der KlientInnen kreiert Informationen über die bisherigen Verhaltensmuster der Familie, würdigt dabei die bereits unternommenen Anstrengungen aller Beteiligten und erlaubt möglicherweise bereits eine erste „Umerzählung“ eines beklagten symptomatischen Verhaltens als Lösungsversuch, der allerdings unerwünschte Nebenwirkungen hat. In einem differenzierten Gespräch über die bisherigen und zukünftigen Lösungsmöglichkeiten können sowohl Handlungen als auch das Unterlassen von Handlungen einzelner Familienmitglieder als Lösungsbeitrag gewürdigt werden.

Weitere „diagnostische Vorgehensweisen“, die bei uns im Rahmen der Jugendhilfe zum Einsatz kommen, sind die Genogrammarbeit, die Arbeit mit (Figuren-) Skulpturen sowie der Einsatz von Videomethoden besonders in der Kinderorientierten Familientherapie (Reiners, 2013). Auch Visualisierungstechniken, wie die Ressourcen- oder die Netzwerkkarte, sind hilfreiche Methoden in diesem Zusammenhang.

Fallbeispiel

In diesem Fall ging es um Familiengespräche mit einer alleinerziehenden Mutter, ihrer 17-jährigen Tochter, mit der es heftige Konflikte gab, und der 13-jährigen Tochter, die wegen einer Spina-Bifida-Erkrankung im Rollstuhl sitzt. Immer wieder stand das Thema Nähe und Distanz zwischen Mutter und ältester Tochter im Mittelpunkt der Gespräche. Wir forderten die Tochter auf, sich im Raum so in Beziehung zu ihrer Mutter zu stellen, dass der Abstand ihrem aktuellen Empfinden von passender Nähe bzw. Distanz zu ihr entsprach. Die Mutter saß im Wohnzimmer und die Tochter begab sich zur Küchentür auf der anderen Seite des Flurs und schaute von

dort aus ihre Mutter an. Die Mutter wurde sehr nachdenklich, weinte auch und konnte formulieren, dass es ja richtig sei, dass ihre Tochter weiter weg sei, sie dann aber ihre eigene Einsamkeit spüre, was sie schmerze. Sie freute sich aber auch, dass ihre Tochter noch zu ihr schaute, also gar nicht den Kontakt abbrechen wollte, was sie selbst immer befürchtet habe.

Diagnostisch haben wir von Mutter und Tochter Informationen über die unterschiedlichen Nähe-Distanz-Wünsche und deren Hintergründe erhalten. Durch die Erlebnisorientierung der Skulptur wurden aber auch die Emotionen der Beteiligten aktiviert und konnten anschließend reflektiert werden. In einem Katamnesegespräch berichtete die Mutter, dass diese Sequenz der Therapie für sie sehr eindrücklich war, weil sie für sich begriff, dass sie sich der Trauer um den bevorstehenden Auszug der Tochter und ihren eigenen Einsamkeitsgefühlen stellen müsse. Außerdem wurde ihr klar, dass das „Loslassen“ der älteren Tochter eine Übung war für das Loslassen der behinderten jüngeren Tochter.

Wie eine Familie über Probleme, Lösungen und Beziehungen spricht, gibt uns wertvolle Hinweise über Annahmen und Haltungen, mit denen die Familienmitglieder diesen Themen begegnen. Herrscht eine Kultur der Abwertung oder Fehlerfokussierung (was häufig beobachtet werden kann), tun wir unserer Erfahrung nach gut daran, uns so weit sprachlich anzupassen, dass die KlientInnen sich verstanden und angenommen fühlen, in unseren Verbalisierungen zugleich aber auch so unterschiedlich zu sein, dass Irritation und neue Möglichkeiten entstehen.

Fallbeispiel

Eine Mutter, die einen sehr kritischen und defizitorientierten Blick auf ihre fünfjährige Tochter hatte und sich viel über diese beschwerte und deren Fehler aufzeigte (die Mutter arbeitete im Callcenter eines Dienstleistungsunternehmens und war dort eine sehr geschätzte Arbeitskraft im Beschwerdemanagement), war einerseits sehr irritiert durch unsere lösungsorientiert umdeutende Sprache. Sie wurde allerdings zunehmend neugierig auf diese Sichtweise, v. a. nachdem wir gemeinsam eine Videoaufnahme von ihr und ihrer Tochter beim gemeinsamen Spiel analysiert hatten. Dabei achteten wir auf gelungene Interaktionen, aber auch auf einige „Fehler“ der Mutter: Interaktionen, bei denen sie ihre Tochter entwertete oder dazu brachte, sich abzuwenden und unruhig zu werden. Sie fühlte sich durch unser Vorgehen gut verstanden und ernst genommen und konnte in der Folge ihr Verhalten in kritischen Situationen Stück für Stück modifizieren.

3.2 Ebene des beteiligten Hilfesystems

Es ist in der Jugendhilfe unerlässlich, den Helferzusammenhängen große Aufmerksamkeit zu schenken (ausführliche Beschreibung unterschiedlicher Dimensionen der kontextuellen Zusammenhänge und ihrer Auswirkungen bei Benninghoven, Krebeck, Bohlen, 2003). Das

beginnt wiederum bei der Auftragsklärung: Besonderes Augenmerk legen wir auf den Auftrag des Jugendamtes, der gegenüber der Familie transparent gestaltet werden sollte. Dies ist in der Praxis nicht immer der Fall. So lehnen wir verdeckte Kontrollaufträge (z. B. im Hinblick auf den Alkoholkonsum der Mutter) ab. Auch gutachterliche Aufträge mit der Fragestellung, ob das Kindeswohl gewahrt oder gefährdet ist, nehmen wir nicht an, wenn diese Themen nicht transparent gemacht werden. Nach unserer Erfahrung können bei klarer Rollenverteilung sehr gute Ergebnisse im Zwangs- bzw. Auflagenkontext erzielt werden (vgl. auch Conen, 2005). Die oft entscheidende Frage für die Eltern ist dann: Woran erkennt das Jugendamt, dass wir die Auflagen erfüllt haben? Die Eltern müssen klar wissen, wann das Jugendamt ihnen wieder vertraut, dass sie gut (genug) für ihre Kinder sorgen, sodass das Jugendamt als sozialer Kontrolleur sich wieder zurückziehen kann.

Zum Hilfesystem gehören meist auch noch andere MitspielerInnen, insbesondere Kliniken, Schulen, Kitas, andere Jugendhilfeangebote und -einrichtungen, PsychotherapeutInnen. Neben einer immer wieder neu abzustimmenden Rollenklärung (Wer macht wann was mit wem mit welchem Ziel?) gehören zur Diagnostik auf der Ebene des Hilfesystems auch Erwartungen, Einstellungen und Erwartungserwartungen der HelferInnen und ihrer Institutionen untereinander. So ist beispielsweise die Wirksamkeitsüberzeugung eines fallzuständigen Sozialarbeiters bzw. einer fallzuständigen Sozialarbeiterin im Jugendamt bezüglich einer bestimmten Hilfeart (oder bestimmter Fachkräfte) bezogen auf eine Familie und ihre Problemstellung ein wichtiger Erfolgsprädiktor. Insgesamt erhöht eine kooperative und wertschätzende Haltung der beteiligten Helfenden die Erfolgchancen der KlientInnen. Dabei sollte man nur immer bei sich selbst anfangen und überlegen, was man manchmal über andere Berufsgruppen oder Institutionen (heimlich) denkt ... Manchmal reicht es, wenn sich Fachkräfte nicht sympathisch finden oder eine unbearbeitete negativ konnotierte, frühere Zusammenarbeit hatten.

Fallbeispiel

Eine für die Hilfeplanung zuständige Sozialarbeiterin war unzufrieden mit dem Verlauf eines Clearingprozesses, bei dem sie sich u. a. von uns schlecht informiert fühlte. Dies wurde nach Beendigung der Hilfe thematisiert, blieb aber im Raum stehen. Einige Monate später erging eine erneute Anfrage über ein regionales Krisentelefon und ich hatte ein mulmiges Gefühl, als ich die Kollegin anrief, um die ersten Schritte der Fallübernahme zu besprechen. Ich entschied mich für eine „offensive“ Variante und leitete das Telefonat ein mit: „Ich könnte mir vorstellen, dass Sie nicht so begeistert sind, wenn meine Kollegin und ich diesen Fall übernehmen, nachdem es das letzte Mal nicht so gut gelaufen ist.“ Sie lachte daraufhin. Wir konnten noch einmal über den vergangenen Fall reden und haben dann gut und erfolgreich mit der neuen Familie kooperiert.

Ein in der Praxis immer wieder herausfordernder Punkt ist die „Feldwirkung“ der Familie auf das Hilfesystem.³ Damit ist die immer wieder zu beobachtende Erfahrung gemeint, dass Kommunikationsmuster der Familien sich im Hilfesystem reproduzieren. Dies kann dazu beitragen, dass dort bereits (latent) fühlbare eigene Rivalitäten, Unterstellungen, Erwartungshaltungen in der Zusammenarbeit mit bestimmten Familien verstärkt werden. Es kann aber auch dazu kommen, dass in ansonsten gut kooperierenden Hilfestrukturen Konflikte auftauchen, über die sich die Beteiligten wundern. Gelingt ein Metadialog unter den beteiligten Fachkräften, in den dann auch die Familie einbezogen wird, können daraus gute Entwicklungsschritte entstehen. Und diese Vorgehensweise vertieft auch unser Verständnis für das Funktionieren des Klientensystems im Beratungssystem.

Häufiger erleben wir jedoch, dass es zu diesem Metadialog nicht oder nur bruchstückhaft kommt. Dann versuchen wir, die möglichen destruktiven Dynamiken zu entschärfen, indem wir uns selbst möglichst transparent und kooperativ im Hilfesystem verhalten, beispielsweise dadurch, dass wir das erlebte oder geschilderte professionelle Verhalten anderer HelferInnen wohlwollend ressourcenorientiert konnotieren. An diesem Punkt befinden wir uns bereits am Übergang zur dritten zu betrachtenden Ebene systemischer Diagnostik, die man in der konstruktivistischen Logik auch als Ausgangspunkt betrachten könnte.

3.3 Ebene der (Co-)BeraterInnen und des Beratungsprozesses

Die Erfahrungen, Impulse, Intuitionen und Emotionen von BeraterInnen sind wichtige Informationsquellen. Dies gilt auch und gerade für aufsuchende Settings, begibt man sich mit seinen eigenen Eigenheiten und Bedürfnissen doch ganz ins Kraftfeld der Familie. Inwieweit es uns gut gelingt, für unsere Arbeitsfähigkeit bei der Familie zu Hause zu sorgen, ist meist auch ein diagnostischer Hinweis.

Mücke (2001) greift für die Position der BeraterInnen während der Therapie das Bild des Heckenzauns auf. Der Zaun markiert die Grenze zwischen den Wirklichkeitskonstruktionen der KlientInnen und denen der BeraterInnen. Darauf nehmen die BeraterInnen selbst Platz. Von dort aus haben sie Zugang sowohl zu den KlientInnen als auch zu sich selbst. So können sie hin- und herpendeln zwischen dem, was sie bei den KlientInnen wahrnehmen, und dem, was bei ihnen selbst ausgelöst wird. Die Kunst ist dabei, den Kontakt weder zu sich selbst noch zu den anderen zu verlieren.

3) Spricht man einer Familie „Feldwirkung“ auf das Hilfesystem zu, kann das eine heikle Beschreibung sein – kann, aber muss nicht. Die Zuschreibung ist heikel und problemverschärfend, wenn darin eine Schuldzuweisung an die Familie zum Ausdruck kommt, mit der Hilfesysteme sich als Opfer zu stilisieren und von Mitverantwortung für das Scheitern ihrer Interventionsbemühungen zu entlasten versuchen.

Gerade in der Arbeit im Co-Team sind dabei Spiegelphänomene von hohem diagnostischen Wert. Es gilt daher, sensibel dafür zu sein, wenn wir uns plötzlich anders verhalten als sonst. Verstumme ich ganz gegen meine Gewohnheit im Familiengespräch? Fühle ich mich von dem Kollegen bzw. der Kollegin dominiert? Wem in der Familie könnte es mit wem ähnlich gehen? Wenn wir uns solche Fragen stellen, entstehen neue Hypothesen und Ideen für das weitere Vorgehen.

Dies gilt in ähnlicher Form auch, wenn wir alleine arbeiten. Fragen wir: Mit welcher Position identifiziere ich mich (heute) leichter? Welches Beziehungsangebot löst das Gegenüber in mir aus? Wer geht mir auf die Nerven? Fühle ich mich eingeladen, Verantwortung zu übernehmen? Für wen? Entspricht dies meinen bekannten eigenen Mustern oder fällt bei dieser Familie ein Unterschied auf? Wann werde ich auffällig müde oder aktiv in der Sitzung? Immer stellt sich die Frage, inwieweit mein Erleben als BeraterIn mit der Familie zusammenhängt und daher sowohl diagnostische Information als auch Interventionspotenzial enthält. So verstanden ist das psychoanalytische Konzept der Gegenübertragung für unsere eigene Diagnostik und Intervention sehr nützlich. Was wir in der Gegenübertragung erfahren, lässt sich als Anregung nutzen, mit den KlientInnen über die Beratung zu sprechen. Derart gemeinsam aus einer Metaposition auf den Beratungsprozess zu schauen, ist eine sehr wirksame Methode, die oft neue Impulse bewirkt.

4 Schlussbemerkung

Für die Systemische Diagnostik existieren kaum Manuale und eng definierte Vorgehensweisen, dafür aber eine große Vielfalt diagnostischer Vorgehensweisen auf unterschiedlichen Ebenen und Dimensionen. Zentral ist aus unserer Sicht die diskursive Struktur von Diagnosen im Sinne von Diagnoseprozessen. In der Praxis ermöglicht diese Perspektive im Hinblick auf die zu diagnostizierenden Wirklichkeitsbereiche Verhandlungsprozesse; und sie fordert immer wieder dazu auf, in der Kommunikation mit den KlientInnen sinnstiftende Beschreibungen von Problemen und Lösungen (oder von Problemen als Lösungen) zu suchen, die neue und befriedigendere Möglichkeiten des Umgangs mit ihnen erschließen. So sind Diagnostik und Intervention eins, auch wenn wir sie gedanklich trennen. Daher ist es auch unerlässlich, dass SystemikerInnen einen Arbeitskontext gestalten, der Zeit für die reflexive Natur dieser Prozesse lässt.

Literatur

- Benninghoven, D., Krebeck, S., Bohlen, U. (2003). Familiendiagnostik im Kontext. In: Cierpka, M. (Hrsg.). Handbuch der Familiendiagnostik. 2. Aufl. Berlin: Springer, S. 173-182.
- Borst, U. (2003). Diagnostik und Wissen in der psychiatrischen Klinik: Bis wohin nützlich, ab wann hinderlich? Familiendynamik 28(2), S. 201-218.
- Clement, U. (2003). Editorial: Diagnostik und systemische Therapie. Familiendynamik 28 (2), S. 155-158.
- Conen, M. L. (2005). Zwangskontexte konstruktiv nutzen. Psychotherapie im Dialog 6(2), S. 166-169.
- Gergen, K., Hoffmann, L., Anderson, H. (1997). Diagnose – ein Desaster. Ein konstruktivistischer Dialog. Zeitschrift für Systemische Therapie 15(4), S. 224-241.
- Ludewig, K. (1987). Vom Stellenwert diagnostischer Maßnahmen in systemischem Verständnis von Therapie. In: Schiepek, G. (Hrsg.). Systeme erkennen Systeme. Individuelle, soziale und methodische Bedingungen systemischer Diagnostik. München: Psychologie Verlags Union, S. 155-173.
- Mücke, K. (2001). Probleme sind Lösungen. Systemische Beratung und Psychotherapie – ein pragmatischer Ansatz. Potsdam: Klaus Mücke Ökosysteme Verlag.
- Reiners, B. (2013). Kinderorientierte Familientherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Ritscher, W. (2008). Systemische Soziale Arbeit – Systemische Kinder- und Jugendhilfe: Kritische Anmerkungen zu einem Konzept mit Hochkonjunktur. Kontext 39(2), S. 143-161.
- Ritscher, W. (2011). Systemische Diagnose: Eine Skizze. Kontext 42(1), S. 4-28.
- Schweitzer-Rothers, J., Ochs, M. (2003). Das Auffinden bisher ungesehener Beziehungsmöglichkeiten – systemisch-konstruktivistische Diagnostik. In: Cierpka, M. (Hrsg.). Handbuch der Familiendiagnostik. 2. akt. u. erg. Aufl. Berlin: Springer, S. 155-171.
- Spitzcok von Brisinski, I. (1999). Zur Nützlichkeit psychiatrischer Klassifikationen in der systemischen Therapie – DSM, ICD und MAS als Hypothesenkataloge dynamischer Systemkonstellationen. Zeitschrift für systemische Therapie 17(1), S. 43-51.

Sebastian Baumann: *Diplom-Psychologe, Systemischer Therapeut und Berater (SG), Studium der Religions- und Sozialwissenschaften in Florenz und Fribourg (CH). Geschäftsführer der Systemischen Gesellschaft e.V. und als (Paar)Therapeut und Supervisor in eigener Praxis tätig (www.loesungsraum-berlin.de). Zuvor in Leitungsfunktion der kommunalen Düsseldorfer Familienberatungsstelle.*

E-Mail: baumann@loesungsraum-berlin.de

Hartmut Epple: *Diplom-Psychologe, Systemischer Familientherapeut, Supervisor und Organisationsberater, langjährig in der Aufsuchenden Familientherapie im Rahmen des SGB VIII tätig und zuvor Geschäftsführer eines Jugendhilfeträgers in Berlin. Angebot von Fortbildungen im Bereich Jugendhilfe, Schwerpunkt Aufsuchende Familientherapie und Elterncoaching, Ausbilder am Institut für Systemisches Arbeiten Berlin. Seit 2011 im Vorstand der Systemischen Gesellschaft e.V.*