

## 1.6 Systemische Therapie und Diagnostik

Tom Levoid

Die Frage nach dem Wert von Diagnostik in der systemischen Therapie und Beratung ist von zentraler Bedeutung für die Identität des systemischen Ansatzes. Dennoch gehen mögliche Erwartungen, dieses Lehrbuch könnte die verbindliche Darstellung einer einheitlichen systemischen Diagnostik bieten, in die Irre. Zu verschieden, widersprüchlich und oft auch unklar sind die einzelnen Positionen zur Diagnostik im systemischen Feld, vieles ist eher implizit als manifest. Aus diesem Grund kann hier allenfalls der systemische Diskurs zur Diagnostik grob abgesteckt werden.

Die Literatur, die sich speziell mit dieser Frage auseinandersetzt, ist recht überschaubar. So taucht in der ersten systematischen Gesamtdarstellung systemischer Therapie bei Ludewig aus dem Jahre 1992 (4. Aufl. 1997) das Stichwort »Diagnose« oder »Diagnostik« im Sachwortverzeichnis überhaupt nicht auf, ebenso wenig übrigens im *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung* von von Schlippe und Schweitzer (2007). Erst in seiner überarbeiteten Neuauflage finden sich drei Seiten zum Thema (2012, S. 166 ff.). Diagnostik hat im systemischen Feld offenkundig keinen guten Ruf. Während im Bereich der Beratung diagnostische Fragen ohnehin keine vorrangige Rolle spielen, kommt die systemische Therapie aber gerade angesichts der aktuellen Bemühungen um eine Anerkennung als Versorgungsleistung im Gesundheitssystem in Zugzwang. Dieses Kapitel fokussiert deshalb vorrangig Belange der Psychotherapie. Der Bereich der Beratung kann mitgedacht werden.

Schon mit Beginn der systemischen Therapie als eigenständigen Verfahrens Anfang der 1980er-Jahre wurde Diagnostik in erster Linie unter epistemologischen Gesichtspunkten behandelt, und zwar vor allem als *Diagnostikkritik*. Im Zuge der

erfolgreichen Bemühungen der systemischen Verbände um die Anerkennung der systemischen Therapie durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie 2008; Kriz 2009) und der gegenwärtigen Anstrengungen für eine sozialrechtliche Anerkennung als Richtlinienverfahren bekommt das Thema wachsende praktische Bedeutung. Weitere Anpassungen an den psychotherapeutischen Mainstream sind zu erwarten. Diese sind für die systemische Therapie in Bezug auf ihr Wissenschaftsverständnis problematisch (vgl. Levold et al. 2011).

Im Antragsgutachten für den Wissenschaftlichen Beirat wird der Eindruck erweckt, als wäre die systemische Therapie nicht nur völlig problemlos mit der standardisierten klinischen Diagnostik vereinbar, sondern als würde Letztere auch in der Praxis regelmäßig angewandt:

»Systemische Diagnostik orientiert sich an den klassischen Ansätzen klinischer Diagnostik (z.B. ICD-10, DSM-IV, standardisierten Fragebogen, Interviews und Beobachtungsverfahren), weist darüber hinaus aber noch folgende Besonderheiten auf: Neben der Symptomatik und den Problemen von Indexpatient und Angehörigen werden auch [sic] die familiären Interaktionen [...] und der soziale Kontext erfasst« (von Sydow et al. 2007, S. 51).

Und:

»In der systemischen Therapie/Familientherapie wird zunächst wie in jeder anderen Therapie die Symptomatik des Indexpatienten [...], orientiert an der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 [...], durch Exploration, standardisierte Interviews oder Fragebogen diagnostiziert« (ebd., S. 52).

Auch wenn solche Formulierungen antragsstrategisch verstanden werden können, wird hier doch der Eindruck erweckt, als befände sich die systemische Therapie ohnehin schon längst im Zentrum des »evidenzbasierten« medizinischen Behandlungsparadigmas, das der Wissenschaftliche Beirat zum Standard erhebt.

Nicht zufällig folgt denn auch das *Lehrbuch II* von J. Schweitzer und A. von Schlippe (2012) in seiner Gliederung dem Diagnoseschlüssel des ICD-10. Zunehmend drängen Fortbildungsangebote mit dem Schwerpunkt »störungsspezifischer Therapie« auf den Markt.

Das systemische Feld ist im Bereich der Diagnostik in Bewegung. Dabei zeigt sich ein breites Spektrum von fundamentaler Ablehnung bis zur pragmatischen Übernahme formalisierter Klassifikations schemata. Übereinstimmung dürfte darüber bestehen, dass es sich durchweg um soziale Konstruktionen handelt.

In diesem Kapitel wird es um die Frage gehen, was von wem und zu welchem Zweck diagnostiziert wird. Im Weiteren wird die Kritik an den Diagnosesystemen ICD und DSM nachgezeichnet, die eine Negativfolie für die Erwartungen an eine systemische Diagnostik bietet. Darauf folgt die Darstellung unterschiedlicher Positionen zur Diagnostik in der systemischen Therapie. Am Schluss des Kapitels werden Überlegungen zur Bedeutung von Diagnostik für die systemische Wei-

terbildung und zur Handhabung von Diagnosen im therapeutischen Alltag ange- stellt.

### **Was ist Diagnostik?**

Diagnosen sind keine Feststellungen objektiver Sachverhalte, die unabhängig vom Diagnostiker existieren, auch wenn die dominanten formalen Diagnostiksysteme wie ICD oder DSM einen solchen Eindruck unterstützen könnten. Vielmehr geht es in der Diagnostik um die Zuordnung von bestimmten Phänomenen zu bestimmten Kategorien. Analog zur medizinischen Diagnostik werden auch im psychotherapeutischen Feld »Symptome« einer Kategorie wie »Krankheit«, »Störung«, »Problem« etc. zugerechnet. Auch wenn man standardisierter Diagnostik kritisch gegenübersteht, kommt man nicht umhin zuzugestehen, dass die Anwendung spezifischer therapeutischer Methoden und Vorgehensweisen ohne eine solche explizite oder implizite Zuordnung schlecht vorstellbar ist. In diesem Sinne kann man nicht »nicht diagnostizieren«, wenn man wissen möchte, was der Fall ist. In der Regel ist ja schon die *Selbstdiagnose* der Klienten Anlass, überhaupt eine Therapie nachzufragen.

»Ein Phänomen, das niemand bemerkt, ist eben kein Phänomen; es hat daher nur wenig Chancen, eine erfolgreiche Karriere als ›Symptom‹ oder ›Problem‹ zu durchlaufen« (Simon u. Retzer 1998, S. 197).

Die Klassifizierung von Phänomenen lässt sich – im Sinne von Uexküll (vgl. Uexküll et al. 1981) – als ein semiotischer Prozess, eine Art Mustererkennung verstehen, bei der diese Phänomene als Zeichen verstanden und durch die Anwendung bestimmter Regeln spezifischen Krankheitskonzepten und -kategorien zugewiesen werden (Ostwald 1968). Diagnostik stellt einen Code zur Verfügung, der eine Klassifizierung ermöglicht und die Bildung von Modellen der zugrunde liegenden Zusammenhänge erlaubt – »das Ausmaß des individuellen Leidens und der Behandlungsbedürftigkeit bilden die Codes dagegen nicht ab« (Borst 2003, S. 204).

Während eine Diagnostik 1. Ordnung in der bloßen Anwendung von Zuordnungsregeln besteht, muss eine systemisch-konstruktivistische Diagnostik prüfen, welche Phänomene Bedeutung als Zeichen erhalten sollen und welche Kategorien damit konstruiert werden. Ferner muss eine solche Diagnostik sich selbstreflexiv als einen sozialen Konstruktionsprozess verstehen, der von gesellschaftlichen Diskursen ebenso wie von der unmittelbaren Interaktion zwischen denjenigen abhängt, die diagnostizieren und diagnostiziert werden. Dabei wird eine Rückkoppelung eingebaut, d. h., »Diagnosen werden nicht nur [...] gemacht, sondern machen selbst etwas« (Buchholz 2000b, S. 179): Sie wirken auf das zurück, was sie vermeintlich feststellen wollen. Insofern ist jede Diagnose ein folgenreicher Akt der Wirklichkeitskonstruktion für alle an der klinischen Konstellation Beteiligten.

### Was wird diagnostiziert?

Historisch ist der Begriff der Diagnose an den der *Krankheit* gekoppelt, wobei der Krankheitsbegriff historisch in Abhängigkeit von Weltbildern und dem jeweiligen Wissensstand zahlreichen Wandlungen unterlegen ist (Overbeck 1987, S. 35). Diagnostische Systeme

»operieren mit der Leitunterscheidung ›gesund/krank‹. Dieser Code ist asymmetrisch konstruiert. Die ›kranke‹ Seite der Unterscheidung wird immer weiter ausdifferenziert, die unmarkierte andere Seite bleibt im Dunkel. Es kann nicht positiv formuliert werden, was ›gesund‹ ist, ›gesund‹ fungiert als ›unmarked space‹ – als andere Seite der Unterscheidung« (Buchholz 1998b, S. 50).

Dieser Zusammenhang wird auch durch die semantische Operation einer Ersetzung des Krankheitsbegriffs durch den der »psychischen Störung« nicht aufgelöst, solange Letzterer analog zum Krankheitsbegriff gedacht wird.

Die systemische Therapie hat sich von Beginn an radikal kritisch mit dem Krankheitsbegriff auseinandergesetzt und dabei wesentlich die sozialwissenschaftliche und antipsychiatrische Kritik aufgegriffen. Zu den prominentesten Werken in diesem Zusammenhang gehören u. a. Thomas Szasz' *Geisteskrankheit – ein moderner Mythos* (2013), Michel Foucaults *Wahnsinn und Gesellschaft* (2011), Ronald Laings *Das geteilte Selbst* (1994) und Erving Goffmans *Asyle* (1977). Der Philosoph Thomas Schramme, der selbst einen naturalistischen Krankheitsbegriff verfolgt, hat diese Kritik in fünf verschiedene Argumentationsstränge aufgegliedert (2003, S. 32–66).

*Funktionalistische Einwände* beziehen sich in erster Linie auf die problematische Verwendung des Krankheitsbegriffes, verbunden mit einer Kritik an der psychiatrischen Praxis und der »unbestreitbaren Medikalisierung eines Großteils der menschlichen Lebensprobleme« (ebd., S. 34). Protagonisten dieser Einwände waren und sind Michael Foucault (1926–1984), Franco Basaglia (1924–1980, vgl. Basaglia 1973) und Klaus Dörner (1975). *Historische Argumente* führen die Relativität des Krankheitsbegriffes in unterschiedlichen Epochen und Kulturen ins Feld, die Untersuchungen Michel Foucaults sind hierfür paradigmatisch. Als *interpretative Argumente* bezeichnet Schramme Versuche, an die Stelle einer objektivistischen Diagnostik die subjektive Sichtweise des Leidenden zu setzen. Psychiatrische Krankheit wird z. B. von den in den 1960er-Jahren berühmt gewordenen »Antipsychiatern« Ronald D. Laing und David Cooper als Ausdruck einer besonderen Existenzweise der Betroffenen verstanden, in der sich gesellschaftliche Nonkonformität und politischer Widerstand zum Ausdruck bringen (Schramme 2003, S. 37 ff.). Im engeren Sinne *soziologische Argumente* beziehen sich auf den gesellschaftlichen Umgang mit als »geisteskrank« etikettierten Patienten und den damit verbundenen Stigmatisierungseffekten (Scheff 1980). Der sogenannte *Labeling Approach* geht davon aus, dass zunächst unspezifische Normverletzungen gesellschaftliche Diagnosen provozieren, die durch eine spezifische professionelle Formatierung erst hervorbringen, was sie festzustellen glauben. Und schließlich stellen *begriffliche Argumente* die Übertra-

gung medizinischer Begriffe auf den Bereich psychischer und interaktionaler Phänomene infrage (Schramme 2003, S. 48 ff.). Protagonist dieser Argumentation ist Thomas Szasz (2013), der hier eine Reihe von Dysanalogien konstatiert: Somatische Krankheiten würden entdeckt, psychische dagegen erfunden, die somatische Medizin diagnostiziere Krankheiten aufgrund objektiv feststellbarer Symptome, psychische Krankheiten könnten aber nur aufgrund subjektiver Beschwerden diagnostiziert werden. Letztere könnten daher nur als Krankheiten im übertragenen Sinne gelten, da Körper und Geist unterschiedlichen logischen Kategorien angehörten. Und schließlich seien psychische Krankheitsbegriffe im Unterschied zu körperlichen Krankheitsbildern mit negativen Wertvorstellungen aufgeladen.

Viele dieser Argumente finden sich explizit oder implizit in der systemischen Literatur wieder. Im Vordergrund stehen dabei die Kritik an der Übertragung des medizinischen Modells auf die Bearbeitung psychischer und kommunikativer Probleme und die soziologische Reflexion der diagnostischen Praxis in Gesellschaft, Gesundheitssystem und psychotherapeutischer Interaktion.

Das klassische medizinische Modell fasst Krankheit ontologisch als eine äußere Entität auf, die »symbolisch oder tatsächlich ins Leben eigentlich gesunder Personen ein(tritt)« (Buchholz 1998b, S. 48). Unabhängig davon, ob bestimmte Verursacher (Erreger etc.) mit der Krankheit identifiziert werden oder ob Krankheit als ein eigenständig existierender Phänomenkomplex konzipiert wird, folgt daraus, dass Krankheiten bekämpft werden müssen. Die Medizin ist daher weitgehend von militärischen Metaphern des Kampfes gegen bzw. der Ausrottung von Krankheiten geprägt, ein Schema, das sich in der Organmedizin als ausgesprochen erfolgreich erwiesen hat (ebd.). Dabei nimmt der Arzt die Rolle des handelnden Experten ein, der auf der Basis präziser Diagnostik diesen Kampf führt und den Patienten durch seine *Behandlung* mithilfe von Medikamenten, operativen Eingriffen und Verhaltensvorschriften von der Krankheit befreit. Dieser ist damit Objekt der Behandlung, d. h. in der komplementären Patientenrolle, und hat den Arzt durch seine Compliance, d. h. Bereitschaft zur Befolgung seiner Anweisungen, entsprechend zu unterstützen.

Psychotherapie ist aus einer hermeneutischen, d. h. an Sinnfragen orientierten Perspektive, wie sie auch die systemische Therapie einnimmt, aber keine solche Behandlung, sondern ein interaktiver Versuch, psychische und kommunikative Probleme zu verstehen bzw. eine

»von einem Experten unterstützte ›Arbeit‹ an der Selbstveränderung und Persönlichkeitsentwicklung. Der Anlass und die Motivation für diese Selbstveränderung *kann*, aber *muss nicht* eine Krankheit oder ein ›krankheitswertiges‹ Symptom sein. [...] Auch der Begriff des ›Verfahrens‹ wird vor diesem Hintergrund obsolet, weil er Behandlung impliziert« (Köth 2008, S. 616; Hervorh. im Orig.).

Auf einen weiteren grundsätzlichen Unterschied zu medizinisch orientierten Verfahren weisen Fritz Simon und Peter Fuchs hin:

»Schon weil psychische Probleme immer nur über den Umweg der Kommunikation dem Therapeuten zugänglich sind und die Phänomene, die den Leidensdruck des Patienten erzeugen und schließlich ›Problem‹ genannt werden, in ihrer Kausalität weder für ihren Besitzer noch für den Therapeuten durchschaubar sind, ja, vom Patienten oft nicht einmal nachvollziehbar beschrieben werden können, bleiben sie vage und unbestimmt. Der Psychotherapeut ist auf seine Empathie angewiesen, er muss Perspektivübernahmen vollziehen, historische Entwicklungen und nicht in die erzählte Krankengeschichte aufgenommene Kontextvariablen hinzudenken und mitkalkulieren, vorläufige und nicht abschließbare Interpretationen anbieten, die immer auf höchst unvollständigen und vieldeutigen, oft widersprüchlichen Informationen beruhen« (F. B: Simon in seinem Vorwort zu P. Fuchs 2011, S. 8 f.).

Während Vagheit und Unbestimmtheit von Problemstellungen in der Medizin durch Forschung und fortschreitende Differenzialdiagnostik aufgelöst werden müssen, sind sie für Sinn- und Identitätsprobleme, die den Gegenstand von Psychotherapie ausmachen, geradezu konstitutiv. Diese hat Fuchs zufolge im Unterschied zur Medizin eben als Aufgabe, nichtcodierte bzw. nichtcodierbare (und damit eben auch nicht ohne Weiteres diagnostizierbare) Probleme zu bearbeiten:

»Im Blick auf psychische Systeme fallen [...] (Leidensdruck erzeugende) Unschärfeprobleme an, auf die sich dann die Psychotherapie bezieht, indem sie nichtcodierte und nichtcodierbare Probleme nicht codifiziert, sondern gelten lässt – durch Strategien, die zu viablen Identitätskonzepten führen, innerhalb deren es möglich wird, mit Unschärfen zu leben« (ebd., S. 34).

Die Problematik einer am medizinischen Modell ausgerichteten Diagnostik von Sinnproblemen erweist sich besonders augenfällig in der Ausblendung kultureller Besonderheiten psychischer und interpersonalen Probleme einerseits und der Überstülpung westlicher Diagnose- und Behandlungsmodelle auf andere Kultursysteme andererseits (vgl. Timimi 2013). Wir können in verschiedenen Kulturen unterschiedliche Ausdrucksformen für vergleichbare psychische und kommunikative Konflikte finden, die mit einem einheitlichen Diagnosesystem nicht erfasst werden können. Der Ethnopsychanalytiker Georges Devereux (1982) hat für diese Formen den Begriff »ethnopsychische Störung« geprägt. Damit ist gemeint, dass jede Kultur ihren Mitgliedern ein spezifisches Repertoire von abweichenden Verhaltensmustern »zur Verfügung stellt« (Krankheit, Wahnsinn, Dissozialität etc.), auf das mit einer ebenso spezifischen sozialen Reaktion (Behandlung, Bestrafung, Beratung usw.) geantwortet wird. Individuelle und interpersonale Konflikte, Motive und Bedürfnisse treffen auf die kulturellen, lebensweltlich vermittelten Muster und erfahren hier eine gewissermaßen vorgefertigte Kanalisierung, in der das spezifische Problem als solches zu erkennen ist, aber gleichwohl eine kulturspezifische Transformation durchgemacht hat. Die psychische und die soziale Matrix lassen sich nicht aufeinander reduzieren, sondern nur in einer komplementären Analyse erfassen, die das jeweilige kulturelle Sinnsystem als Kontext berücksichtigen muss.

Über die Missachtung kultureller Eigenständigkeit hinaus ist seit Jahren ein massiver Export westlicher psychiatrischer Diagnosen in Länder mit anderen Kulturen zu beobachten. Ethan Watters hat diesen Prozess der »Globalisierung der amerikanischen Psyche« (2010) am Beispiel der dramatischen Zunahme von Diagnosen der Anorexia nervosa in Hongkong, PTBS in Sri Lanka, Schizophrenie in Sansibar und Depression in Japan in den letzten Jahren exemplarisch nachgezeichnet. Hinter dieser Entwicklung verbergen sich einerseits das Interesse von Forschergruppen an internationaler Standardisierung und Vergleichbarkeit von Krankheitsbildern und Behandlungsverläufen, andererseits das ökonomische Interesse an der Entwicklung eines gewaltigen weltweiten Marktes für die Abnahme von Psychopharmaka (Timimi 2013). Die Verbreitung formaler Diagnosesysteme wie des DSM (s. u.) lässt sich in diesem Zusammenhang auch als ein Instrument der Durchsetzung der »Hegemonie des westlichen psychiatrischen Diskurses« (Gone u. Kirmayer 2010, S. 83; Übers.: T. L.) verstehen.

### **Funktion von Diagnostik**

Auch wenn die meisten systemischen Autoren den Gedanken ablehnen, dass Diagnostik im herkömmlichen Sinne ein elementarer Bestandteil von systemischer Therapie sei, wird doch von vielen eingeräumt, dass es gute Gründe gibt, sich mit Diagnostik zu beschäftigen. Buchholz schlägt vor, das »Verhältnis von therapeutischem Dialog und Diagnose [...] als System-Umwelt-Verhältnis sensu Luhmann«, also als ein Verhältnis von zwei getrennt operierenden Bereichen zu verstehen, die sich wechselseitig irritieren und beeinflussen (Buchholz 1998b).

Für eine solche Betrachtung spricht schon die Einsicht, dass man, auch wenn man gegen Diagnosen ist, kaum umhinkommt, sie in klinischen wie alltagssprachlichen Kontexten zu benutzen. Krankenkassen, Kliniken, Kammern, Forschungsinstitute, Gesundheitsbehörden mit den dazugehörigen Rechtsvorschriften, Berufsstandsregelungen usw. stellen Systeme in der Umwelt systemischer Therapie dar, für welche die Orientierung der eigenen Entscheidungen (betreffend Forschung, Verwaltung, Mittelbeschaffung, Feststellung von Zuständigkeiten und Behandlungsbedürftigkeit etc.) an Diagnoseschlüsseln verbindlich ist. Ohne ihre Kenntnis wäre eine Kommunikation in und mit diesen Systemen aussichtslos.

Aus dieser Perspektive fungieren Diagnosen weniger als Beschreibungen von Krankheiten und Störungen denn als »Strategien zur Allokation« (Buchholz 2000b), die die Bearbeitung von Problemen bestimmten Teilen des Gesundheitssystems zu- oder ihre Zuständigkeit zurückweisen. Auch auf der Ebene professioneller Geltungsansprüche haben Diagnosen in einem »problem determinierten System« bzw. Problemsystem (vgl. Abschn. 1.3.7), in dem Probleme durch die Beteiligung und Kommunikation unterschiedlicher Akteure erzeugt werden, eine spezifische Funktion:

»So versucht etwa eine der beteiligten Personen mittels professioneller Unterstützung durch die Diagnostiker, die eigene Position zu bestätigen und damit die Position anderer Beteiligter in Frage zu stellen« (Wiesner u. Willutzki 1992, S. 345).

Wenn man an einem beliebigen Problemsystem teilnimmt, kann man daher Diagnosen nicht ignorieren, selbst wenn man ihre inhaltlichen Implikationen ablehnt.

Stierlin bewertet vor diesem Hintergrund den dialogischen Aspekt einer Auseinandersetzung mit der psychiatrischen Diagnostik durchaus positiv. Für ihn

»verbietet sich eine strikte Abkoppelung von der gängigen psychiatrischen Diagnostik schon deshalb, weil, wie die Erfahrung zeigt, auch systemische Therapeuten gut beraten sind, wenn sie einen möglichst wertschätzenden und neugierigen Kontakt mit der Denk-, Sprach-, und Erfahrungswelt ihrer psychiatrischen Kollegen aufrechterhalten und suchen. Denn so bleiben auch sie mit diesen im Dialog, bleiben auch sie Lernende und vermögen auch sie am ehesten Missverständnissen und auch Loyalitätskonflikten vorzubeugen, die sich typischerweise ergeben, wenn, wie dies heutzutage immer häufiger der Fall ist, Klienten es mit unterschiedlich geschulten und theoretisch unterschiedlich orientierten ärztlichen und psychotherapeutischen Betreuern oder Überweisern zu tun haben« (2001b, S. 137).

Durchgängig findet sich in der systemischen Literatur eine starke Ambivalenz hinsichtlich der Verwendung psychiatrischer Diagnosen. Einerseits können sie neben den bereits geschilderten stigmatisierenden Wirkungen Patienten entmutigen oder gar »invalidisieren«, indem sie ihnen nahelegen, »kleine Schritte zu machen, statt aufrecht zu gehen« (Simon u. Weber 1988). Biologisch orientierte Diagnosen ermöglichen Patienten zudem die Ablehnung von Verantwortung für die Verbesserung ihrer Lebensumstände, da die Ursache für ihren Zustand in externen, körperlichen Bedingungen gesucht wird. Andererseits kann eine Diagnose auch von Schuld- und Versagensgefühlen entlasten. Auch für Helfer kann die Identifikation einer »Krankheit« einen beruhigenden und motivierenden Effekt haben, z. B. bei Problemen, die mit Normverletzungen einhergehen (Sucht, Dissozialität, Gewalt etc.) und durch ein Krankheitskonzept entmoralisiert werden.

Spitzcok von Brisinski hält daher einen Wechsel zwischen Gebrauch und Auflösung von Diagnosen für nützlich und schlägt vor, anstelle einer »antiquierten« Kritik an medizinischen Krankheitsmodellen

»die in DSM, ICD und MAS<sup>21</sup> aufgeführten Beschreibungen nicht als linear-kausale, statische und objektive ›Tatsachen‹ (zu verstehen), sondern als Sammlung von Anregungen zur Hypothesenbildung bezüglich aktueller Systemkonstellationen [...], als Ideenlieferanten für handlungsspielraumerweiternde Interventionen« (1999, S. 43).

Eine pragmatisch flexible Handhabung von Diagnosen in der klinischen Praxis lässt sich aus dieser Perspektive ohne Weiteres mit einem hermeneutisch-interpretativen, an der individuellen Fallkonstellation ausgerichteten systemtherapeutischen

21 Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters.

Vorgehensweise vereinbaren. Allerdings sollte dabei nicht vergessen werden, dass die striktesten Anforderungen an diagnostische Kriterien nicht aus der klinischen Praxis stammen, sondern aus der psychiatrischen und psychotherapeutischen Therapieforschung (Beels 1993). Der Versuch, sowohl reliable als auch valide Kriterien für voneinander abgrenzbare, als Variablen isolierbare (und kontextfreie) diagnostische Einheiten zu finden, deren Veränderungen im Therapieverlauf als (Miss-)Erfolgsindikator gelten können, gehört zur fragwürdigen Strategie der Übertragung des medizinischen Modells auf den Bereich der Psychotherapie, vor allem bei den in der Pharmakologie üblichen randomisierten kontrollierten Studien (RCT). Sie verfolgen das Ziel, »die Wirksamkeit von Interventionen unabhängig von den intervenierenden nachzuweisen« (Loth 2008, S. 233 f.). Ein Modell allerdings, das davon ausgeht, dass nur »wissenschaftlich objektivierbare Elemente wie Medikamente oder ›korrekte Interpretationen« zur »wirklichen« Heilung beitragen können, muss allen nichtspezifischen Faktoren einen Placebostatus zuweisen, der nach Möglichkeit eliminiert werden muss (Beels 1993). Damit steht die gegenwärtig dominante, weil nach dem Modell der Pharmaforschung organisierte (und im beträchtlichen Maße von den Pharmakonzernen finanzierte) Psychotherapieforschung im Kontrast zu systemischen, kontextbezogenen Ansätzen. Freilich zeigt gerade die Psychotherapieforschung, dass klassifikatorische Diagnosesysteme nur »empirisch unbefriedigende Reliabilitätswerte« liefern:

»Die Komplexität sprachlicher Mitteilungen, biografischer Ereignisse und interaktiv evozierter Narrationen auf einige wenige Klassen abbilden zu wollen, entspricht in der Psychotherapie weder praktischen Erfordernissen noch dem Stand der empirischen Forschung« (Buchholz 2000b).

### **Formale Diagnosesysteme**

Auch wenn der Konstruktcharakter vorhandener Diagnose-Systeme unbestritten ist, liegt die Anwendung der darin enthaltenden Kategorien in der Praxis im Sinne eines naiven Realismus schon aus zeitökonomischen Gründen nahe, um zu einer schnellen Einordnung zu kommen, was denn nun tatsächlich der Fall sei. »Gibt es jedoch keine Beobachtung zweiter Ordnung, keine Reflexion der eigenen Strategien der Komplexitätsreduktion, dann muss jedes diagnostische System wähen, Realität zu beobachten. Der naive Realismus diagnostischer Systeme will durch immer detailliertere Exaktheit deskriptiver Klassenbildung Sicherheit schaffen und kann es doch nie; denn ›Klasse‹ ist keine Kategorie der Welt, sondern der beobachtenden Systeme« (Buchholz 1998b, S. 50).

Das in Deutschland bekannteste Diagnosesystem ist die von der Weltgesundheitsorganisation WHO herausgegebene *Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme* (ICD), die gegenwärtig in der 10. Fassung erscheint und vor allem der fall- und diagnosebezogenen Abrechnung von medizinischen und psychotherapeutischen Leistungen dient. Ihre Verwendung

ist seit dem 1.1.2000 für alle Ärzte und Psychotherapeuten Pflicht (Hohage 2001). Im Unterschied zu früheren Ausgaben verzichtet die ICD-10 auf den Krankheitsbegriff zugunsten des Begriffs der Störung, was Schweitzer und von Schlippe »aus systemischer Sicht« für einen Fortschritt halten (2012, S. 24), für Hohage aber nur eine Verschleierung der »Krise der psychiatrischen Diagnostik« darstellt (Hohage 2001, S. 111), weil dabei nur auf Funktionsstörungen, aber nicht auf den individuellen Leidensdruck abgestellt wird (Letzterer alleine reicht daher nicht für eine Indikation zur Psychotherapie aus!). Ebenfalls im Unterschied zu früher (und anders als in den somatischen Kapiteln der ICD-10) gehören ätiologische Angaben nicht mehr zur Beschreibung von Störungen, stattdessen werden für diese jeweils eine Reihe von Symptomen beschrieben, von denen eine gewisse Anzahl über einen bestimmten Zeitraum zu Erstellung einer Diagnose erforderlich sind. Annahmen über biologische, psychische oder soziale Aspekte, die zur Entwicklung von Störungen beigetragen haben, sind also nicht Bestandteil von Diagnostik.

Eine ähnliche Operationalisierung weist auch das von der American Psychiatric Society (APA) herausgegebene *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM) auf, das ausschließlich psychiatrische Diagnosen enthält und 1952 in der ersten Fassung erschien. Es ordnet Symptomgruppen auf fünf Achsen: (I) klinische Störungen, (II) Persönlichkeitsstörungen, (III) medizinische Krankheitsfaktoren, (IV) psychosoziale und umgebungsbedingte Probleme und (V) die Beurteilung des Funktionsniveaus von Patienten.

Die Geschichte des DSM veranschaulicht auf plastische Weise, dass der Konstruktion diagnostischer Systeme nicht nur fachliche, sondern auch handfeste politische und wirtschaftliche Motive zugrunde liegen. Die ersten beiden Ausgaben von 1952 und 1968 (mit damals nur 182 Diagnosen) waren, dem psychiatrischen Zeitgeist entsprechend, psychoanalytisch geprägt – und führten noch Homosexualität als »mental disorder«. Durch die Antipsychiatriebewegung in den 1960er-Jahren und die oben erwähnten Arbeiten von Thomas Szasz und anderen kam die Psychiatrie als medizinische Disziplin zunehmend unter Druck. Die Herausgabe des DSM-III, 1980 (mit inzwischen 265 Diagnosen), vollzog nicht nur eine Umstellung der Art der Diagnostik (mit Verzicht auf Ätiologie und Beschränkung auf Symptomlisten), sondern stellte seitens der APA erklärtermaßen den – letztlich erfolgreichen – Versuch einer Remedikalisierung der Psychiatrie dar (Whitaker 2010; Angell 2011), der zudem mit dem Wechsel von einem klinischen Fokus zu einer vorrangigen Forschungsorientierung einherging, unterstützt durch die Entwicklungen in der biologischen Hightech-Forschung und die starken Verbindungen zur Pharmaindustrie (Moncrieff 2010, S. 372). Carol A. Bernstein, Präsidentin der APA im Jahre 2011, konstatiert für die 1970er-Jahre die große Bedeutung

»diagnostischer Übereinkunft von Klinikern, Forschern und regulierenden Behörden vor dem Hintergrund der Notwendigkeit, *Patienten mit neu entstandenen pharmakologischen Behandlungen zusammenzuführen*« (Bernstein 2011, S. 7; Hervorh. im Orig.; Übers.: T. L.).

Erstaunlich gleichwohl ist, dass das DSM-III sich nicht auf explizierte wissenschaftliche Grundlagen stützte, sondern in erster Linie die Meinung einer 15-köpfigen Kommission darstellte, vor allem aber die des führenden Herausgebers, Robert L. Spitzer, eines der einflussreichsten Psychiater des 20. Jahrhunderts. Er bestimmte die Zusammensetzung der Kommission nach seinen persönlichen Vorlieben, setzte zudem nur wenige Kommissionssitzungen an, sodass sich Beschwerden über seine willkürliche und selbstherrliche Führung des Redaktionsprozesses häuften (Angell 2011). Die mangelnde wissenschaftliche Grundlage zeigt sich auch in der bis Mai 2013 gültigen Fassung des DSM-IV, in dem sich weder Studien noch irgendwelche Zitate als Belege für die Einbeziehung von wissenschaftlichen Quellen finden lassen (ebd.). Es enthält bereits 365 Diagnosen und wurde in einer Auflage von bislang über einer Million Exemplaren verkauft – eine wesentliche Einnahmequelle für die APA (Carlat 2010, S. 55)!

Die Pharmakologisierung von Psychiatrie und Psychotherapie schreitet dabei voran. Von den 170 Autorinnen und Autoren der Ausgabe des DSM-IV-TR (TR = Textrevision) sind bei 95 finanzielle Verbindungen zu Pharmakonzernen bekannt, darunter alle Autoren der Abschnitte über Schizophrenie und Affektive Störungen (Angell 2011).

Die inhaltliche Konzeption des neuen DSM-V, das im Mai 2013 erschienen ist, ist seit einigen Jahren ebenso umstritten wie die Intransparenz des Redaktionsprozesses, die dazu geführt hat, dass einige Mitarbeiter ihre Tätigkeit niederlegten. Dabei kommt die Kritik längst aus der Ärzteschaft selbst (Waters 2011; Carlat 2010, S. 62 ff.; Frances 2013). Im DSM-V sind eine Vielzahl neuer Kategorien enthalten, die vor allem unter der vorgeblichen Absicht, die Früherkennung von Krankheiten zu ermöglichen, Verhaltensäußerungen als Störungen markieren, die bislang nicht als pathologisch angesehen wurden. Ein Beispiel ist die Diagnose einer Depression, wenn die Reaktion auf den Verlust eines Menschen länger als zwei Wochen mit Symptomen wie Traurigkeit, Schlafstörungen und Verlust von Appetit einhergeht (Frances 2013).

Im Kontext dieser auch innermedizinischen Kritik an den formalen Klassifikationssystemen schlägt der englische Kinder- und Jugendpsychiater Sami Timimi (2013) als Vertreter eines Netzwerkes kritischer Psychiater vor, auf ICD- oder DSM-Klassifikationen aus folgenden Gründen vollständig zu verzichten: Psychiatrische Diagnosen seien nicht valide, ihre Anwendung verstärke Stigmatisierung, biete keine Hilfe bei der Wahl von Behandlungsstrategien und zwingt anderen Kulturen westliche Vorstellungen psychischer Gesundheit und Krankheit auf.

### **Systemische Diagnostik**

Die systemische Kritik an der herkömmlichen Diagnosepraxis wirft die Frage auf, ob es überhaupt eine mit der systemischen Therapie kompatible Diagnostik geben kann. Hier liegen die Positionen weit auseinander (Borst 2003). Nachfolgend sollen vier unterschiedliche Standpunkte skizziert werden:

(1) eine grundsätzliche Ablehnung von Diagnostik aus epistemologischen Erwägungen, (2) das Konzept einer »relationalen Diagnostik«, die das Forschungswissen über Beziehungsmuster diagnostisch nutzen möchte, (3) Diagnostik als Exploration von Ressourcen und (4) ein Verständnis von Diagnostik als offenem Interaktionsprozess zwischen Therapeutin und Klientensystem.

**»Diagnose als Desaster?« (Gergen, Hoffman u. Anderson 1997)**

Die radikale Ablehnung einer eigenständigen Diagnostik begründet sich aus der sozialkonstruktivistischen Theorie, der zufolge Wirklichkeit durch Sprache erzeugt wird und außerhalb der sozialen Ko-Konstruktion der Welt durch Sprache keine soziale Realität existieren kann (vgl. Abschn. 1.3.7). Die alltagsgebundene, d. h. nicht reflexive Verwendung von Sprache trägt zu einer ontologisierenden Wahrnehmung von Wirklichkeit bei, die sprach- und beobachterunabhängig erscheint. Die naiv-realistische Benutzung von Wörtern wie »Depression«, »Schizophrenie« oder »Angststörung« legt daher nahe, dass es sich bei den damit bezeichneten Phänomenen um real existierende Sachverhalte handelt – eine soziale Konstruktion, die in der Tat ein soziales Eigenleben entwickeln kann, vor allem, wenn sie die Leitbegriffe gesellschaftlicher Funktionssysteme (des Gesundheitssystems bzw. der Psychotherapie) konstituiert. Gleiches gilt auch für die Ebene sozialer Interaktionen: Auf der Ebene der Feststellung und Bearbeitung konkreter Probleme entwickelt sich durch Kommunikation aller beteiligten Akteure ein »problemdeterminiertes System«, welches eine kommunikative Eigendynamik entfaltet, zu der der bezeichnete Begriffsgebrauch in starkem Maße beiträgt. Psychotherapeuten sind daher durch ihre Handlungen und Kommunikationen zwangsläufig Bestandteil eines solchen Problemsystems, ihre kommunikativen Beiträge (Diagnosen, Interventionen, Gutachten, Anträge etc.) tragen zur Herstellung, Aufrechterhaltung oder Auflösung sprachlicher Wirklichkeiten (etwa einer »Krankheit« oder »Störung«) bei. In diesem Sinne kann ein auf Diagnostik fokussierter Diskurs statt zur Überwindung des Problems zu seiner weiteren Fixierung beitragen, so Ludewig (1987).

Ludewig führt weiter aus, dass das Konzept des Problemsystems als Ergebnis von Handlungen konkreter Akteure zu einer Beschreibung jeweils individueller Systemfigurationen führt, was es erlaube, sich von normativen Vorstellungen und Erwartungen zu lösen. Indem die Systembildung an ein idiosynkratisches Problem gebunden ist, ohne welches das System gar nicht entstanden wäre, stellt sich nicht mehr die Frage, wie denn eigentlich eine »gesunde Alternative« beschaffen sein müsste, die dann durch therapeutisches Handeln anzustreben wäre. Begriffe wie »Gesundheit«, »Pathologie« und »Heilung« seien in diesem Kontext daher irrelevant, stattdessen wird auf Reflexion von Beobachtungen und ihre Einbindung in die Kommunikation fokussiert. Aufgabe des Therapeuten sei es dementsprechend nicht, das Problem diagnostisch in eine Klasse von behandlungsbedürftigen Problemen einzuordnen oder sein Handeln am Erreichen vorweggenommener Zielzustände zu orientieren, sondern im Dialog mit seinem Patienten so zu handeln

und zu kommunizieren, dass neue Kommunikationsformen generiert werden, die das Problemsystem auflösen oder obsolet werden lassen können (ebd.).<sup>22</sup>

Im 1996 von Florence Kaslow herausgegebenen *Handbook of relational diagnosis & dysfunctional family patterns* findet sich unter dem Titel »Is diagnosis a disaster?« ein kritischer »Constructionist dialogue« von Kenneth Gergen, Lynn Hoffman und Harlene Anderson (deutsch 1997), in dem sie auf den grundsätzlichen Widerspruch zwischen dem nichtessenziellen Standpunkt der Theorie sozialen Konstruierens und dem Versuch der Konzeptualisierung relationaler Diagnosen (s. u.) hinweisen. Hoffman stellt fest:

»Es gibt keine Systeme da draußen, keine verbindenden Muster, keine Ebenen, keine Strukturen, welche darauf warten, beobachtet zu werden. Für mich setzte diese Art des Denkens den Schlusspunkt hinter jedwede Diagnostik«.

Diese Überlegung machen die Autoren zum Ausgangspunkt dafür, alle diagnostischen Systeme (biologische, psychologische und relationale) infrage zu stellen und

»die Disziplin des therapeutischen Gesprächs von den Krallen der newtonschen Wissenschaft (zu befreien) und denen der Sprachkünste (zuzuordnen)« (Gergen, Hoffman u. Anderson 1997, S. 241).<sup>23</sup>

Während Diagnostik versucht, fallbezogene Daten in vorhandene fallunabhängige Wissensbestände einzuordnen, fordert die sozialkonstruktivistische Herangehensweise eine Haltung des *Nichtwissens*,

»die den KlientInnen Spielraum lässt, ihre Geschichte zu erzählen – und zwar unabhängig von den zuvor entstandenen Ideen des Therapeuten. Der Therapeut schließt sich der sich natürlich entfaltenden Erzählung der Klienten durch aufrichtiges Bemühen an, um mit grenzenloser Neugier die Bedeutungen des Klienten zu verstehen und kennenzulernen. Das Ziel dieses therapeutischen Kontexts ist nicht das Entdecken von Wissen, sondern die Erzeugung eines dialogischen Konversationsprozesses« (H. Anderson u. Goolishian 1992, S. 176).

Der Versuch, eine (Psycho-)Diagnostik systemisch zu begründen, kann vor diesem Hintergrund nur dem Wunsch entspringen, trotz Annahme der Relativität systemischen Denkens dennoch prinzipiell unmögliche Gewissheit zu erlangen, schreibt Ludewig 1987 und geht in der Radikalität seiner Aussage sogar so weit, dass selbst

---

22 In einem späteren Betrag (1999b) relativiert Ludewig allerdings diese radikale Infragestellung jeglicher Diagnostik aus dem Jahre 1987 deutlich (s. u.).

23 Allerdings gibt es eine vergleichbar kritische Position der Diagnose gegenüber schon lange vor der Entwicklung sozialkonstruktivistischer Theorien. Schon Carl Rogers (2012 [1951]) lehnte das medizinische Modell und den Gebrauch diagnostischer Kategorien für die Zuweisung einer behandlungsbedürftigen »Pathologie« ab »zugunsten eines Modells, das Therapie als einen interpersonellen Prozess betrachtet, der durch Empathie, bedingungslose Fürsorge und therapeutische Kongruenz charakterisiert ist« (Elkins 2007).

»der Versuch systemisch orientierter Autoren, Diagnostik angesichts dieser inhärenten Schwierigkeit doch noch im Sinne idiografischer, hypothesenspendender Methodik in den Bereich systemischen Denkens ›herüberzuretten‹ (vgl. z. B. Schiepek 1985), [...] nicht nachvollzogen werden (kann)« (Ludewig 1987 – eine Kritik, die er selbst später explizit revidiert, vgl. 1999b).

Letzten Endes laufe diese Sichtweise auch auf die Aufhebung der Begriffe »Therapie« und »Therapeut« hinaus, die ebenfalls der medizinischen Tradition entstammen und im Dualismus von handelndem Experten und behandeltem Objekt wurzeln (Ludewig 1999b). Ludewig zitiert hier Efran (1986), der als Alternativbegriff zum Therapeuten den »epistemologischen Berater« vorschlägt, dessen Aufgabe es nur mehr sei, sich als Partner für die Reflexion des Gegenübers zur Verfügung zu stellen.

Später hat Ludewig diese radikale Position nachdrücklich als »heilige Kuh« bezeichnet, die er »mitunter selbst gezüchtet und gehegt habe« und von der zumindest Teile in den »Stall der Historie befördert« werden sollten (1999b, S. 122). Die Nachteile dieser Haltung sieht er vor allem in der beruflichen Verunsicherung einer Generation von systemischen Therapeutinnen, die in ihrer Verständigung mit Professionellen anderer Provenienz ideologisch behindert worden seien und oft »unbillige Kompromisse« schließen mussten. Zudem sei es zu »einer übermäßigen Missachtung jenes in Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie in hundert Jahren hervorgebrachten ›Wissens‹« gekommen, das es bei aller Relativierung doch auch zu würdigen gelte (ebd., S. 128). Auch Borst (2003, S. 209) kritisiert das »Extrem des Nicht-wissen-Wollens« und fügt hinzu:

»Ludewig [1999b] beschreibt, wie in der Geschichte der systemischen Therapie das Wissen immer mehr in den Hintergrund geriet, ja sogar verleugnet wurde. Besonders das Wissen über Störungen war und ist tabu. In psychiatrischen Institutionen, und vielleicht nicht nur dort, hat das zu einer Marginalisierung der systemischen Therapie geführt«.

### **Relationale Diagnostik**

Bei denjenigen, die Diagnostik nicht grundsätzlich ablehnen, dürfte Einigkeit darüber herrschen, dass als Minimalanforderung an eine systemische Diagnostik gilt, Beziehungen und Kontexte einzubegreifen, innerhalb deren Symptome und Probleme überhaupt erst eine Bedeutung erhalten können. Dies kann sich sowohl auf den untersuchten Gegenstand beziehen wie auf den diagnostischen Prozess selbst. Relationale Diagnostik gehört dabei zur ersten Gruppe.

In der Familientherapie, aus der sich die systemische Therapie entwickelt hat, wurden schon früh – zunächst noch vor einem deutlich psychoanalytisch geprägten Hintergrund – Konzepte einer relationalen bzw. Interaktionsdiagnostik entwickelt in der Absicht, Typologien problematischer bzw. pathologischer Kommunikationsmuster in Familien zu konstruieren.

Bereits 1957 konstatierten Theodore Lidz et al. Zusammenhänge zwischen Schizophrenie-Diagnosen von jungen Patienten und den problematischen Bezie-

lungsmustern ihrer Eltern (»Spaltung und Strukturverschiebung«; 1957). Etwa zur gleichen Zeit führte eine von Lyman Wynne geleitete Forschergruppe die Begriffe »Pseudogemeinschaft« und »Pseudofeindseligkeit« zur Beschreibung pathologischer Beziehungsmuster ein sowie den des »Gummizauns« (»rubber fence«), der die familiären Grenzen verwische und so eine Individuation in der Familie verunmögliche (1958). Eine der ersten deutschsprachigen familiendiagnostischen Typologien legte Richter 1970 mit seinem Buch *Patient Familie* vor (2012).

Der Begründer der strukturellen Familientherapie, Salvador Minuchin, unterschied in seiner Familientypologie Muster der Verstrickung, Überfürsorglichkeit, Starrheit und fehlenden Bereitschaft bzw. Fähigkeit zur Konfliktlösung (Minuchin, Rosman u. Baker 1995, S. 41 ff.). Die strategische und kommunikationsorientierte Palo-Alto-Schule um Gregory Bateson, Jay Haley und Paul Watzlawick betonte vor allem die diagnostische Bedeutung problematischer und dysfunktionaler Kommunikationsmuster wie z. B. der »Doppelbindung« für die Entstehung von Symptomen (Bateson et al. 1969).

Wie Miklowitz und Clarkin ausführen, waren diese Typologien aber nie als explizite diagnostische Schemata gedacht, sondern dienten eher als Hinweise auf die psychosoziale Ätiologie von Schizophrenie und anderen Störungsbildern (2003, S. 348). Diese informellen Klassifikationssysteme seien eher willkürlich verwandt worden, insofern verschleierten die populären und weithin benutzten Begriffe eher die realen Differenzen in theoretischen Annahmen, Orientierungen und Behandlungsmethoden. Erst eine Operationalisierung diagnostischer Begriffe könne hier für mehr Einheitlichkeit und Vergleichbarkeit sorgen (ebd., S. 344).

Zu den bekannteren Beispielen für einen solchen Operationalisierungsversuch gehört das Circumplex-Modell von Olson (vgl. Olson a. Gorall 2003), das Familien mithilfe von Fragebögen entlang den Dimensionen Anpassungsfähigkeit und Kohäsion klassifiziert und zu 16 unterschiedlichen Typen kommt (zur Kritik am Modell sowie am Einsatz solcher Fragebögen, der »mit systemischer Erkenntnistheorie inkompatibel« ist, vgl. von Schlippe u. Schweitzer 1988). Ein weiterer Ansatz ist das *Beavers systems model of family functioning*, das aus der Kombination der Dimensionen Familienkompetenz (Struktur, Informationsverarbeitung und Anpassungsfähigkeit in fünf Abstufungen) und Interaktionsstil (zentrifugal, gemischt, zentripetal) 15 Typen entwickelt (Beavers u. Hampson 2000). Ein drittes Beispiel ist das *McMaster Model* des familiären Funktionsniveaus (Epstein et al. 2003), das im Unterschied zu klinischen Modellen die Beobachtung »normaler« Familien als Ausgangspunkt nimmt und eine Typologie anhand von sechs Komponenten eines gesunden Funktionierens entwirft: Problemlösen, Kommunikation, Rollen, affektive Reaktionsbereitschaft, affektive Beteiligung und Verhaltenskontrolle. Pathologische Entwicklungen ergeben sich für die Autoren aus Defiziten in einem oder mehrerer dieser Bereiche.

Ein besonderer familiendiagnostischer Ansatz entstand in den 1990er-Jahren in der Forschungsarbeit von Elisabeth Fivaz-Depeursinge und Kollegen in Lausanne,

die aus der Mikroanalyse von Spielsequenzen des »primären Dreiecks«, bestehend aus Eltern und ihren Kindern im Babyalter, eine Typologie von Familienallianzen (kooperativ, angespannt, kollusiv [offen oder verdeckt] und gestört [chaotisch bzw. starr]) entwickelt haben (Fivaz-Depeursinge u. Corboz-Warnery 2001). Dabei geht es methodisch nicht um die Bewältigung gestellter Aufgaben oder die Befragung der Untersuchungsteilnehmer, sondern um die Einschätzung der Qualität bzw. der Modulation von Übergängen zwischen Spiel- und Kommunikationssequenzen, die weder inhaltlich noch zeitlich, sondern nur in der Reihenfolge der Sequenzen (Elternteil + Kind; anderer Elternteil + Kind; Dreierkommunikation; Elternkommunikation ohne Kind) vorgegeben sind. Untersucht werden also (unter Einsatz hochauflösender Videotechnik mit bis zu 100 Frames/Sekunde) die Koordination und Feinabstimmung der Beteiligten bei der Auflösung einer bestehenden und Einleitung einer neuen Sequenz, welche Aufschluss über die Qualität der Beziehung zwischen den Eltern und Eltern und Kindern erlauben. Die Weichheit, Elastizität und Moduliertheit dieser Übergänge zwischen verschiedenen Sequenzen ist den Autorinnen zufolge ein Maß für die positive Qualität der Beziehungen, je unabhingiger, ruppiger und abrupter die Übergänge stattfinden, desto höher ist das Stressniveau in den Beziehungen, und desto eher sind angespannte und gestörte Beziehungsmuster zu erwarten.

Davidson, Quinn und Josephons (2003) schlagen vor, die Vielzahl diagnostischer Konzepte entlang den folgenden vier Basisdimensionen zu gliedern: strukturellen Komponenten (Grenzen und Subsysteme, Kohäsion, Anpassungsfähigkeit), historischen Betrachtungen (elterliche Entwicklung, elterliches Funktionsniveau, intergeneracionales Funktionsniveau, Vorgeschichte der Ehe), entwicklungspsychologischen Faktoren (individuelle Entwicklung, Lebenszyklus der Familie, Kontextfaktoren) und Prozessdimensionen (Klarheit, Ausdruck von Emotionen, Problemlösen, Kommunikation, Muster). Darüber hinaus bieten sie eine weiterführende vertiefende Darstellung einiger diagnostischer Modelle.

All diese Beispiele einer »relationalen Diagnostik« konzentrieren sich auf die Identifikation von Interaktionsmustern, anstatt individuelle Symptome oder Verhaltensweisen zum Ausgangspunkt diagnostischer Überlegungen zu machen.<sup>24</sup> Unabhängig vom Formalisierungsgrad relationaler Diagnostik dürfte klar sein, dass die Fokussierung auf Beziehungsmuster ein Kernmerkmal jeder systemischen Vorgehensweise ist, die sich von allen anderen Ansätzen unterscheidet. So konnten McGuirk, Friedlander und Blocher (1987) in einer vergleichenden Untersuchung von systemischen und nichtsystemischen Psychotherapeuten, die anhand von Videoaufnahmen einer Familiensitzung Hypothesen zur Falldynamik entwickeln sollten, mit einer inhaltsanalytischen Vorgehensweise zeigen, dass systemische Therapeuten

24 Die Vorstellung diagnostisch relevanter Konzepte innerhalb dieses Abschnitts ist natürlich keineswegs vollständig. Eine vertiefte Darstellung müsste sicherlich auch die soziologische Familienforschung (etwa von Klaus Schneewind, Kurt Lüscher, Hans Bertram u. a.), bindungstheoretische Konzepte u. v. a. einbeziehen, was hier einer engeren Fokussierung zum Opfer fällt.

im Unterschied zu den Nichtsystemikern eine »relevant größere Zahl von unterschiedlichen Subsystemen, mehr Triaden und weniger Monaden identifizierten« (S. 69; Übers.: T. L.).

Seit Beginn der 1990er-Jahre gab es verschiedentlich Bemühungen von Familienforschern und -therapeuten, relationale Diagnostik zum Bestandteil des DSM zu machen. Versuche einer entsprechenden Lobbyarbeit durch einer Gruppe um Florence Kaslow (1993) haben allerdings in den 1990er-Jahren keinen allzu großen Erfolg vorweisen können. 2006 wurde mit einem umfangreichen Sammelband ein erneuter Vorstoß zur Aufnahme relationaler Diagnosen in das DSM-V unternommen (Beach et al. 2006), ebenfalls ohne nennenswertes Ergebnis. Der psychodiagnostische Mainstream ist nach wie vor an individuellen Pathologien ausgerichtet und behandelt Beziehungsmuster und soziale Kontexte als Randphänomene ohne eigenständigen Problemwert, d. h. nur als Faktoren, die eine individuelle Pathologie womöglich verschärfen, bzw. als Bereiche, die durch eine individuelle Pathologie in Mitleidenschaft gezogen werden können.

### **Ressourcen- und Prozessdiagnostik**

Schon früh lässt sich in der Geschichte der systemischen Therapie eine Verschiebung des Aufmerksamkeitsfokus von Problemen auf Lösungen feststellen. Von Bertalanffys Konzept der Äquifinalität, das besagt, dass verschiedene Anfangszustände in offenen Systemen zu gleichen Endzuständen (und gleiche Anfangszustände zu verschiedenen Endzuständen) führen können, legte nahe, sich anstatt auf eine Klassifizierung von spezifischen Problemen und ihren Ursachen auf die Eigendynamik der Interaktionen in solchen Systemen zu konzentrieren (Watzlawick, Beavin u. Jackson 2011). So stellte schon die Palo-Alto-Gruppe die Pragmatik des therapeutischen Veränderungsprozesses in den Mittelpunkt ihres Interesses, auf eine detaillierte Exploration der Problemgeschichte sowie die Klärung möglicher Ursachen wurde, wenn möglich, eher verzichtet. Diese Haltung wurde durch die Gruppe um Steve de Shazer radikalisiert, die das Gespräch über Probleme generell als veränderungshinderlich betrachtete (vgl. Abschn. 1.3.9).

Die Pragmatik der Lösungsorientierung fordert, alles zu berücksichtigen, was als mögliche Ressource für Veränderung infrage kommt, sei es auch scheinbar noch so trivial oder marginal. Bereits Milton Erickson, dessen hypnotherapeutischer Ansatz eine wichtige Rolle bei der Entwicklung der Familientherapie und systemischen Therapie spielte, war ein Meister der Utilisierung (Nutzung) von Ressourcen seiner Patienten (vgl. Abschn. 1.3.10 und 2.3.9).

Klaus Grawe, ein Verhaltenstherapeut, der in den 1990er-Jahren den Versuch der Konzeptualisierung einer integrativen »allgemeinen Psychotherapie« unternahm, die sich auf allgemeine und grundlegende Wirkfaktoren stützte, erklärt die Ressourcenaktivierung zu einem »primären Wirkprinzip der Psychotherapie« (Grawe u. Grawe-Gerber 1999). Er anerkennt zwar die verbesserte Spezifizierung und Differenzierung psychischer Probleme in der formalisierten Standarddiagnostik,

sieht ihren großen Nachteil aber in der einseitigen Ausrichtung auf die Probleme der Patienten:

»Es gibt gute Gründe für die Annahme, dass die Ressourcen der Patienten für die Indikation und Wirkung von Psychotherapien eher eine noch größere Bedeutung haben als die Art ihrer Probleme. Für die Bestimmung dessen, was in einer Psychotherapie verändert werden soll, sind die Probleme des Patienten der natürliche Bezugspunkt. Für die Frage, wie die Probleme am besten verändert werden können, sind die Ressourcen des Patienten aber wahrscheinlich wichtiger als seine Probleme« (ebd., S. 63).

Diese Ansicht wird durch die Forschungen zu Salutogenese (Antonovsky 1997) und Resilienz (z. B. Walsh 2012; Retzlaff 2010) unterstützt, die die Bedeutung von Ressourcen für die Herstellung und Erhaltung von Gesundheit ebenso wie für die Überwindung von Problemen und belastenden Lebensereignissen in den Vordergrund stellen. In der Entwicklung der verschiedenen Psychotherapierichtungen dürfte seit Mitte der 1990er-Jahre kein inhaltlicher Aspekt größere Aufmerksamkeit erhalten haben als die Ressourcenorientierung.

Wenngleich sie im systemischen Kontext in erster Linie als Haltung diskutiert wird, die generell die Erkundung von veränderungsrelevanten Ressourcen an die Stelle einer Diagnostik von Defiziten und Problemen setzt, gibt es doch spezifische und methodisch fundierte Ansätze, die Exploration von Ressourcen als Diagnostikphase in den Therapieprozess zu integrieren. Einer der elaboriertesten Ansätze stammt von Günter Schiepek, der bereits in den 1980er-Jahren Überlegungen hierzu veröffentlichte (1985, 1986) und seine Konzepte kontinuierlich fortentwickelt hat (Schiepek u. Cremers 2003; Schiepek u. Matschi 2013):

In einem Ressourceninterview wird zunächst mit dem Patienten erörtert, was überhaupt mit dem Begriff der Ressource gemeint ist:

»Einige Beispiele verdeutlichen, dass es sich um sehr Verschiedenartiges handeln kann: eigene Kompetenzen und Fähigkeiten, Bezugspersonen, soziale Bezüge und Zugehörigkeiten, materielle Ressourcen, Ideelles wie Ideen, Visionen, Erinnerungen, Spiritualität und Religiosität, usw. Dann wird nach den aktuellen Herausforderungen oder Lebensplänen gefragt, zu deren Meisterung oder Realisierung die Ressourcen eingesetzt werden sollen. Im Anschluss soll der Klient seine Ressourcen benennen und v. a. durch Beispiele konkretisieren und beschreiben. Ziel ist dabei die Induktion eines kognitiv-emotionalen Ressourcenzustandes bzw. einer ›Ressourcen-‹ oder ›Lösungsstrance‹« (Schiepek u. Matschi 2013, S. 56).

Die vom Patienten identifizierten Ressourcen werden auf einem Formblatt notiert und auf einer Skala von 0 bis 10 nach den Kriterien »aktuelle Ausprägung«, »maximale bisherige Ausprägung«, »gewünschter Zielzustand« und »Relevanz« eingetragen. Aus den Daten kann dann eine idiografische Systemmodellierung vorgenommen werden, die dabei hilft, problematische ebenso wie lösungsrelevante Muster zu erkennen:

»Es eröffnen sich erweiterte Problemlöseszenarien und bestimmte Funktionalitäten (z. B. von Problemen oder Symptomen), oder zeitliche Dynamiken (regelmäßiges Auftreten von Problemverhaltensweisen oder Beschwerden) können nachvollzogen werden. Der Prozess der Modellierung selbst stellt für Klienten wie für Therapeuten eine hochkonzentrierte, kreative und produktive Arbeit des Mustererkennens dar« (ebd., S. 59).

Die Einbindung von Ressourcen ist jedoch nur ein Teil einer umfassenden Modellierung und Prozesserfassung verschiedener Systemebenen. Vor allem Günter Schiepek hat mit einem Konzept, das die Daten aus individualisierten Fragebogen, täglichen Selbstreflexionen und Tagebuchaufzeichnungen von Klienten sowie computer- und internetgestützten Evaluationstools zur kontinuierlichen einzelfallbezogenen Auswertung von Therapie- und Beratungsgesprächen verwendet, ein Modell systemischer Prozessdiagnostik entwickelt, das ganz neue Möglichkeiten der Klient-Berater-Kooperation im therapeutischen Prozess eröffnet (s. hierzu ausführlich Kap. 5.3.2):

»Die qualitative Darstellung von Vernetzungen zwischen den relevanten Elementen eines Systems (Konstrukte oder Variablen wie z. B. Leistung, Motivation, Stress, Aktivierung von Ressourcen) wird idiografisch, also auf den Einzelfall zugeschnitten entwickelt, und zwar unter aktiver Mitarbeit des Klienten, wodurch ein umfassendes und vertieftes Verständnis für intraindividuelle und interpersonelle Problemsysteme entsteht« (Schiepek u. Matschi 2013).

Ein solches Verständnis von Diagnose lässt sich problemlos mit dem aus der Sozialen Arbeit stammenden Konzept des »Fallverstehens« verbinden: Auch

»hier geht es darum, im Unterschied zur Festlegung von Menschen auf Symptome und die ihnen zugeordneten Diagnosen ein für die Umwelt auffälliges menschliches Handeln prozesshaft und kontextorientiert« (Ritscher 2011, S. 5)

zu beschreiben.

### **Diagnostik als Interaktionsprozess**

Abschließend soll noch auf eine Perspektive eingegangen werden, die ebenfalls mit einer grundsätzlichen Kritik an einer formal und zeitlich von der Therapie abgesetzten Diagnostik einhergeht, ohne jedoch den Begriff der Diagnostik als solchen zu verwerfen. Anstatt eine »kontext- und theoriefreien Diagnose« zu betreiben, die

»das zentrale therapeutische Moment, Interaktion und Beziehung, ausschließt und damit der Remedialisierung nicht nur der Psychiatrie, sondern der gesamten Psychotherapie Tür und Tor öffnet« (Buchholz 1998b, S. 49),

kommt hier dem therapeutischen Prozess selbst ein diagnostischer Charakter zu. Ob man therapeutische Handlungen als »diagnostisch-entdeckend« oder »interventiv-verändernd« beschreibt, erweist sich »als eine vom Beobachter allein aufgrund seiner Kriterien vorgenommene Interpunktion« (Ludewig 1987). In diesem Sinne »wird jede Tätigkeit zur Diagnostik, bei der Therapeuten Unterscheidungen treffen, die einen Unterschied machen« (Wiesner u. Willutzki 1992, S. 346).

Wichtig dabei ist die Überlegung, dass Diagnostik im Unterschied zur Medizin keine Maßnahme darstellt, die als notwendige Voraussetzung einer Therapie zu Beginn der Behandlung vorgenommen wird, sondern sich über den ganzen Zeitrahmen der Therapie erstreckt – und sich vor allem prozessual verändert: Buchholz verweist auf Untersuchungen, die zeigen,

»dass Psychotherapeuten nur zu Beginn einer Behandlung ›in abstract terms‹ (diagnostisch oder theoretisch) über ihre Patienten denken; ihre mit solchen Begriffen gemachten Voraussagen über Behandlungsverläufe und die Entwicklung der Behandlungsbeziehung treffen wenig zu. Werden sie nach einem Jahr über dieselben Patienten erneut befragt, sprechen sie umgangssprachlicher, ›wärmer‹ über ihre Patienten. Diagnostische Einordnung wäre so gesehen erneut als abhängige Variable einer noch am Anfang befindlichen, ›unentwickelten‹ Beziehung bestätigt« (1998b, S. 52).

Herkömmliche Diagnosen stellen sozusagen ein Stützgerüst dar, mit dem sich Therapeutinnen in die noch labile therapeutische Beziehung begeben, und verlieren im weiteren Verlauf zunehmend an Relevanz für die Beurteilung des Klientensystems. Auch eine weitere Aufgabe von klassischer Diagnostik, nämlich Behandlungschancen zu prognostizieren, muss hier in Frage gestellt werden, da die Psychotherapieforschung zeigt, dass »die therapeutische Interaktion [...] höheren prädiktiven Wert als diagnostische Klassifikationen« hat (ebd., S. 54).

Die diagnostische Perspektive ist dabei klassifikatorischen Diagnosesystemen entgegengesetzt und erfasst Problemlagen, Beziehungsmuster und Ressourcen auf einer alltagssprachlichen Ebene im je relevanten Beziehungskontext. Dabei werden die Wahrnehmungen und Prädispositionen aller Beteiligten in die gemeinsame Reflexion dessen, »was der Fall ist«, einbezogen, denn »klassifikatorisch zu verfahren ist nur möglich, wenn der Diagnostiker als Interaktionspartner und als Konstrukteur ignoriert wird« (ebd.). Folgerichtig versteht Ritscher unter einem »Diagnosesystem« keine formale Klassifikation von Störungsbildern, sondern ein die Diagnostikerin und den »zu diagnostizierenden Menschen« umfassendes,

»sie integrierendes System der Beobachtung/Beschreibung/Analyse. Die zirkuläre Beziehung zwischen diesen beiden Teilsystemen des ›Diagnosesystems‹ entscheidet zusammen mit den theoretischen Vorannahmen des/der Professionellen über die beobachteten und beschriebenen Informationen. Aus diesem Grund muss das zu ›diagnostizierende System immer korrigierend in den Prozess der ›Diagnose-Stellung einbezogen bleiben, sowohl hinsichtlich der Beschreibung als auch des abschließenden ›diagnostischen‹ Berichtes« (Ritscher 2011, S. 7).

## **Konsequenzen**

Im systemischen Diskurs wie in der systemtherapeutischen Praxis tauchen die verschiedenen dargestellten Überlegungen zur Diagnostik in unterschiedlichen Mischungsgraden auf, wenn nicht Diagnostik aus grundsätzlichen Erwägungen abgelehnt wird. Aber auch dann gilt, dass eigene Erfahrungen in der einen oder anderen Weise kategorisiert und eingeordnet werden, wenngleich nicht in standardisierter Weise.

Welche Folgerungen lassen sich für die Aus- und Weiterbildung ziehen? Der diagnosekritische Diskurs zeigt, dass auch die Entwicklung einer Haltung des Nichtwissens auf dem Erwerb und der Auseinandersetzung mit vorhandenem Wissen aufbaut. Diagnostisches Wissen ist daher auch dort am Platze, wo aus guten Gründen auf seine Formalisierung verzichtet wird. Helmut de Waal, ein in Österreich<sup>25</sup> praktizierender systemischer Therapeut, fordert, dass Ausbildungsteilnehmer (unabhängig von der jeweiligen theoretischen Haltung) die international anerkannten Diagnoseschemata als Grundlage der Abrechnung mit den Krankenkassen und der Kommunikation mit den medizinischen und anderen klinischen Fachgebieten kennenlernen sollten. Zudem soll dieses Diagnosewissen auch für den Fall orientieren, dass eine fachärztliche Unterstützung benötigt wird, und

»dem einzelnen (angehenden Therapeuten) bei der jeweiligen Festlegung seiner persönlichen Grenzen von therapeutischer Aktivität (also »was er sich zutraut und auch kann«)« (de Waal 2001)

helfen.

Als praktische Handreichung für den pragmatischen Umgang mit Diagnosen hat sich folgende »Frageliste zur Hinterfragung von Diagnosen« von Ulrike Borst (2003, S. 215 f.; Hervorh. im Orig.) erwiesen:

- »Was ist das Ziel der Diagnosestellung?
- Welche Bedeutungen hat die Diagnose für die Beteiligten? – Für wen ist die Diagnose wichtig?
- Welche Fragen, glaubt man, beantwortet die Diagnose?
- Welche Informationen glaubt man dadurch zu gewinnen? – Was soll die Diagnose mitteilen und wem?
- Was sollen die einzelnen Symptome mitteilen und wem? – Ist die Diagnose respektvoll?
- Wie kann die Diagnose sinnvoll für alle Involvierten sein?
- Wie kann sie kollaborativ, maßgeschneidert und nützlich sein?
- Welche Entwicklungen behindert die Diagnose?
- Wo hilft die Diagnose bei Entwicklung?
- Was würdest du (die Familie, die Versicherung ...) in der Therapieplanung/ in der Interaktion anders machen, wenn die Diagnose *nicht* XY lauten würde?
- Unter welchen Umständen würdest du die Diagnose aufgeben bzw. ändern?
- Auf welches Wissen greifst du zurück, ausgehend von deiner Diagnose? (Cave: Wissen über Verläufe kann in *self fulfilling prophecies* münden.)
- Welche Einschränkungen erlebt der Patient in der Lebenspraxis?
- Wie viel davon erklärt die Diagnose?
- Was mutest du dem Patienten alles nicht zu aufgrund deiner Diagnose?«

---

25 In Österreich stellt die systemische Therapie ein anerkanntes und von den Krankenkassen finanziertes Verfahren dar.