

Psychotherapie: Praxis

Günter Reich
Michael Stasch
Joachim Walter
Manfred Cierpka *Hrsg.*

Handbuch der Familiendiagnostik

4. Auflage

 Springer

Psychotherapie: Praxis

Die Reihe Psychotherapie: Praxis unterstützt Sie in Ihrer täglichen Arbeit – praxisorientiert, gut lesbar, mit klarem Konzept und auf dem neuesten wissenschaftlichen Stand.

Günter Reich • Michael Stasch
Joachim Walter • Manfred Cierpka
Hrsg.

Handbuch der Familiendiagnostik

4., vollständig überarbeitete Auflage

 Springer

Hrsg.

Günter Reich
Klinik für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie
Universitätsmedizin Göttingen
Göttingen, Deutschland

Michael Stasch
Praxis für Psychotherapie, Psychoanalyse,
Paar- und Familientherapie
Heidelberg, Deutschland

Joachim Walter
Abteilung für Psychiatrie, Psychosomatik
und Psychotherapie im Kindes- und
Jugendalter
Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift
Hamburg, Deutschland

Manfred Cierpka
Institut für Psychosoziale Prävention
Universitätsklinikum Heidelberg
Heidelberg, Deutschland

ISSN 2570-3285
Psychotherapie: Praxis

ISSN 2570-3293 (electronic)

ISBN 978-3-662-66878-8
<https://doi.org/10.1007/978-3-662-66879-5>

ISBN 978-3-662-66879-5 (eBook)

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <https://portal.dnb.de> abrufbar.

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 1996, 2003, 2008, 2024

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von allgemein beschreibenden Bezeichnungen, Marken, Unternehmensnamen etc. in diesem Werk bedeutet nicht, dass diese frei durch jedermann benutzt werden dürfen. Die Berechtigung zur Benutzung unterliegt, auch ohne gesonderten Hinweis hierzu, den Regeln des Markenrechts. Die Rechte des jeweiligen Zeicheninhabers sind zu beachten.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Planung/Lektorat: Monika Radecki

Springer ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer-Verlag GmbH, DE und ist ein Teil von Springer Nature.

Die Anschrift der Gesellschaft ist: Heidelberger Platz 3, 14197 Berlin, Germany

Wenn Sie dieses Produkt entsorgen, geben Sie das Papier bitte zum Recycling.

Vorwort zur vierten Auflage

Familienformen verändern sich – Familie bleibt. Der bisweilen postulierte Untergang der Familie erwies sich bisher stets als Übergang. Morphostase und Morphogenese als Grundprinzipien alles Lebendigen, die Dialektik von Beständigkeit und Veränderung, das Beständige im Veränderten und das Veränderte im Beständigen – das kennzeichnet auch Familie.

Manfred Cierpka hat uns kurz vor seinem Tod die Aufgabe übertragen, das von ihm ins Leben gerufene und über drei Auflagen innovativ gestaltete Handbuch der Familiendiagnostik fortzuführen. Wir hoffen, dass wir dieser Aufgabe gerecht geworden sind.

Wir freuen uns, dieses Standardwerk nun in bewährter veränderter Form wieder vorlegen zu können. Einiges ist geblieben, steht nun eventuell in einem neuen Kontext, einiges ist verändert, einiges ist ganz neu hinzugekommen.

Unser Handbuch richtet sich wie die vorhergehenden Auflagen an Praktikerinnen und Praktiker und an Forscherinnen und Forscher. Zugleich möchten wir, wie die Vorgängerauflagen, ermutigen, beide Perspektive miteinander zu verbinden, z. B. Fragebögen, Beobachtungsmethoden oder standardisierte Interviews in der Praxis einzusetzen, die eigene Praxis über den Einzelfall hinaus auch aus dieser Perspektive zu beleuchten, die Forschung zudem an Fragen auszurichten, die sich in der Praxis stellen. Viele der therapeutischen, beraterischen und präventiven Maßnahmen zur Behandlung und Unterstützung von Familien benötigen auch nach der wissenschaftlichen Anerkennung der Systemischen Therapie durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie und die Aufnahme der Systemischen Therapie in die Richtlinien-Psychotherapie der begleitenden Prozess- und Ergebnisevaluation. Dies, zumal viele dieser Maßnahmen eher psychodynamische (Säuglings-/Kleinkind-Eltern Psychotherapie, bindungsbasierte Maßnahmen, mentalisierungsbasierte Ansätze), verhaltenstherapeutische oder integrativ orientierte Ansätze sind und wir Vieles über die Effektivität und Effizienz von Interventionen noch nicht wissen. Zudem sind Mehrpersonen-Settings auch in der psychodynamischen und der Verhaltenstherapie möglich und üblich.

Die *Einführung und Synopsis* geben einen Überblick über die Gliederung des Buches.

Im *Abschnitt I* werden einige *Grundlagen und Definitionen* dargestellt. Das wegweisende Kap. 2 von Manfred Cierpka aus der dritten Auflage *Über Familiendiagnostik* haben wir ohne Änderung übernommen. Das *Drei-Ebenen-Modell der Familiendiagnostik* (Kap. 3) wurde aufgrund neuer Entwicklungen und entsprechend veränderter Literaturbasis überarbeitet.

Im *Abschnitt II* geht es um das *Familienerstgespräch*. Vorschläge zur Vorbereitung, Durchführung und Dokumentation des Erstgesprächs in unterschiedlichen Kontexten sowie zu Zielen und Indikationsfragen werden durch ein ausführliches, u. a. durch Operationalisierte Psychodynamische (OPD) Diagnostik erweitertes Fallbeispiel „abgerundet“.

Im *Abschnitt III* werden wie im Vorgängerband wesentliche *diagnostische Fenster* vorgestellt, wobei die Kapitel *Familiendiagnostik im Kontext* (Kap. 9), *Familiäre Lebenszyklen* (Kap. 10), *Systemische Diagnostik – eine integrative Perspektive* (Kap. 13) und neu verfasst wurden; *Verhaltenstherapeutische Familiendiagnostik* (Kap. 16) kommt zudem ganz neu hinzu. Die anderen Kapitel wurden überarbeitet und ergänzt, z. B. durch die OPD für Beziehungssysteme (*Psychodynamische Diagnostik*, Kap. 15). Die *Mehrgenerationen-Perspektive* (Kap. 14), im aktuellen Sprachgebrauch transgenerationale Perspektive, erfreut sich wachsender empirischer Fundierung. Die Genogramm-Anleitung aus der Vorgänger-Band haben wir beibehalten – Ergänzungen sind in verschiedener Hinsicht und Form im Internet zu finden, z. T. auch kostenlos. Dass angesichts sozialer Veränderungen und der gewachsenen Migrationsströme der letzten Jahre der *kulturelle Kontext von Familien* (Kap. 12) und die Bedeutung unterschiedlicher *Lebenswelten* (Kap. 11) gewachsen ist, bedarf keiner besonderen Betonung.

Aufgrund der Entwicklungen der letzten Jahre werden im *Abschnitt IV* *besondere Aspekte der Familiendiagnostik* beschrieben. Diese tragen der gewachsenen Bedeutung der *Bindungstheorie* (Kap. 18), der zunehmenden Verbreitung *mentalierungsorientierter Vorgehensweisen* in der Paar- und Familientherapie (Kap. 19) sowie der hohen therapeutischen und präventiven Relevanz der *Eltern-Säugling/Kleinkind-Psychotherapie* (Kap. 20) Rechnung. Ein Kapitel zu *Elternschaft und Erziehungsverhalten* (17) wurde neu erstellt.

Im *Abschnitt V* kommt zu den besonderen zu dem Kapitel über *Skulpturverfahren und andere nicht -verbale Methoden* (22) eines über *Familien-narrative – Erzählen und Familiendiagnostik* (Kap. 22) hinzu, das der immer schon gegebenen Bedeutung des Erzählens und der Erzählungen in Familien Rechnung trägt. Die bisherigen Kapitel *Systemisches Interviewen* (16) und *System- und Strukturdiagnose* (18) sind in dem neuen Kapitel *Systemische Diagnostik* (13) aufgegangen.

Im *Abschnitt VI* werden *empirisch-diagnostische Methoden* vorgestellt, *Standardisierte Formen des Familieninterviews* (Kap. 23), *Familiendiagnostische Beobachtungsmethoden* (Kap. 24), *Prozessmodelle und Rating-skalen* (Kap. 25) sowie *Deutschsprachige Fragebogeninventare* (Kap. 26).

Wir freuen uns, dass wir für alle Abschnitte des Werkes neue Autorinnen und Autoren gewinnen konnten, in nahezu alle Kapitel neue Perspektiven, Konzepte und Forschungsergebnisse Eingang gefunden haben, wir so hoffentlich dem anspruchsvollen Niveau der Vorgängerbände gerecht werden und das Interesse einer breiten Leserschaft von Praktikerinnen und Praktikern sowie Forscherinnen und Forschern finden.

Göttingen, Deutschland
Heidelberg, Deutschland
Hamburg, Deutschland
April 2024

Günter Reich
Michael Stasch
Joachim Walter

Inhaltsverzeichnis

1 Einführung und Synopsis	1
Manfred Cierpka, Günter Reich, Michael Stasch und Joachim Walter	
Teil I Definitionen und Grundlagen	
2 Über Familiendiagnostik	9
Manfred Cierpka	
3 Das Drei-Ebenen-Modell in der Familiendiagnostik	21
Manfred Cierpka, Michael Stasch und Günter Reich	
Teil II Das Familienerstgespräch	
4 Erstkontakt und Vorbereitung des Erstgesprächs	41
Manfred Cierpka und Joachim Walter	
5 Durchführung des Erstgesprächs	51
Astrid Riehl-Emde	
6 Ziele und Indikationsüberlegungen	65
Manfred Cierpka, Günter Reich, Michael Stasch und Joachim Walter	
7 Dokumentation des Erstgesprächs	95
Günter Reich und Cornelia von Wallmoden	
8 Erstgespräche am Beispiel einer Familie	103
Günter Reich, Cornelia von Wallmoden, Britta Zander, Manfred Cierpka und Lili Seide	

Teil III Die diagnostischen Fenster und deren Grundlagen

- 9 Familiendiagnostik im Kontext** 127
Christina Hunger-Schoppe, Chawwah Grünberg
und Tobias Knoll
- 10 Familiäre Lebenszyklen** 147
Inge Seiffge-Krenke
- 11 Familiäre Lebenswelten** 167
Günter Reich, Achim Kraul und Manfred Cierpka
- 12 Die Bedeutung von Kultur in der Behandlung
von Familien mit Migrations- oder Fluchthintergrund.** 195
Joachim Walter und Hubertus Adam
- 13 Systemische Diagnostik – eine integrative Perspektive** 213
Rüdiger Retzlaff
- 14 Mehrgenerationenperspektive (transgenerationale
Perspektive) und Genogramm** 233
Günter Reich, Almuth Massing und Manfred Cierpka
- 15 Psychodynamischer Befund** 271
Günter Reich, Manfred Cierpka und Michael Stasch
- 16 Verhaltenstherapeutische Familiendiagnostik** 303
Michael Borg-Laufs

Teil IV Besondere Aspekte der Familiendiagnostik

- 17 Familie, Elternschaft und Erziehungsverhalten.** 317
Heidi Bistrizky und Hubertus Adam
- 18 Diagnostik der Bindungsstrategien** 327
Gerhard J. Suess
- 19 Diagnostik des Mentalisierens** 341
Peter Rottländer
- 20 Diagnostik in der Eltern-Säuglings/
Kleinkind-Psychotherapie** 353
Inken Seifert-Karb

Teil V Besondere Techniken der Familiendiagnostik

- 21 Familiennarrative – Erzählen und Familiendiagnostik.** 367
Brigitte Boothe und Joachim Walter
- 22 Skulpturverfahren und andere nichtverbale Methoden** 381
Stephan Arnold, Peter Joraschky und Astrid Cierpka

Teil VI Empirisch-diagnostische Methoden

23 Standardisierte Formen des diagnostischen Familieninterviews	409
Christina Hunger-Schoppe, Niels Braus, Johanna Wichmann und Robin Gräfenkämper	
24 Familiendiagnostische Beobachtungsmethoden – die Analyse der familiären Interaktion (deutschsprachig)	421
Christoph de Oliveira Käßler und Michael Stasch	
25 Prozessmodelle und Ratingskalen	441
Christina Hunger-Schoppe, Nina Immel, Constance Boyde und Silvia Scholz	
26 Deutschsprachige Fragebogeninventare im Kontext Paar- und Familiendiagnostik	459
Corina Aguilar-Raab und Friederike Winter	
Stichwortverzeichnis	483

Autorenverzeichnis

Hubertus Adam Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, des Kindes und Jugendalters, Eberswalde, Deutschland

Corina Aguilar-Raab Institut für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

S. Arnold Heroldsbach, Deutschland

Heidi Bistrizky Abteilung Inklusive Bildung, Behörde für Schule und Berufsbildung in Hamburg, Hamburg, Deutschland

Brigitte Boothe Psychotherapie Bellevue, Zürich, Schweiz

Michael Borg-Laufs FB Sozialwesen, Hochschule Niederrhein, Mönchengladbach, Deutschland

Constance Boyde Fakultät für Gesundheit, Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Universität Witten/Herdecke, Witten, Deutschland

Niels Braus Fakultät für Gesundheit, Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Universität Witten/Herdecke, Witten, Deutschland

A. Cierpka Heidelberg, Deutschland

Manfred Cierpka Institut für Psychosoziale Prävention, Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

Robin Gräfenkämper Fakultät für Gesundheit, Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Universität Witten/Herdecke, Witten, Deutschland

Chawwah Grünberg Fakultät für Gesundheit, Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Universität Witten/Herdecke, Witten, Deutschland

Christina Hunger-Schoppe Fakultät für Gesundheit, Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Universität Witten/Herdecke, Witten, Deutschland

Nina Immel Fakultät für Gesundheit, Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Universität Witten/Herdecke, Witten, Deutschland

P. Joraschky Bubenreuth, Deutschland

Tobias Knoll Fakultät für Gesundheit, Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Universität Witten/Herdecke, Witten, Deutschland

Achim Kraul Private Praxis, Göttingen, Deutschland

Almuth Massing Psychoanalytikerin, Paar- und Familientherapeutin, Göttingen, Deutschland

Christoph de Oliveira Käppler TU Dortmund, Dortmund, Deutschland

Günter Reich Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsmedizin Göttingen, Göttingen, Deutschland

Rüdiger Retzlaff Helm Stierlin Institut, Heidelberg, Deutschland

Astrid Riehl-Emde Institut für Medizinische Psychologie, Zentrum für Psychosoziale Medizin (ZPM), Universitätsklinikum, Heidelberg, Deutschland

Peter Rottländer Praxis für Paartherapie, Frankfurt am Main, Deutschland

Silvia Scholz Fakultät für Gesundheit, Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Universität Witten/Herdecke, Witten, Deutschland

Lili Seide Private Praxis, Göttingen, Deutschland

Inken Seifert-Karb Psychoanalytische Paar-Familien- und Sozialtherapeutin (BvPPF) u. Eltern-Säuglings/Kleinkind-Psychotherapeutin (GAIMH) in eigener Praxis in Kronberg, Kronberg, Deutschland

Inge Seiffge-Krenke Psychologisches Institut der Universität Mainz, Deutschland

Michael Stasch Praxis für Psychotherapie, Psychoanalyse, Paar- und Familientherapie, Heidelberg, Deutschland

Gerhard J. Suess Ehemals Dpt. of Social Work, Hamburg University of Applied Sciences, Hamburg, Deutschland

Cornelia von Wallmoden Diplompsychologin, Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, Private Praxis, Göttingen, Deutschland

Joachim Walter Abteilung für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter, Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift, Hamburg, Deutschland

Johanna Wichmann Fakultät für Gesundheit, Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Universität Witten/Herdecke, Witten, Deutschland

Friederike Winter Institut für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

Britta Zander Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und Eltern, Emden, Deutschland

Einführung und Synopsis

1

Manfred Cierpka, Günter Reich, Michael Stasch
und Joachim Walter

- Diese Synopsis erläutert die Gliederung des Handbuchs. Zunächst wird die Durchführung der Erstgespräche dargestellt, darauf folgen die Kapitel, die aus unterschiedlichen Perspektiven („diagnostischen Fenstern“) die Familie, ihre Probleme und Ansätze zu deren Lösung diskutieren. Danach werden besondere Aspekte und Techniken der Familiendiagnostik dargestellt. Am Schluss des Handbuchs finden sich die empirisch gestützten diagnostischen Verfahren.

Manfred Cierpka ist vor der Veröffentlichung dieses Buches verstorben.

M. Cierpka (Verstorben)
Institut für Psychosoziale Prävention,
Universitätsklinikum Heidelberg,
Heidelberg, Deutschland
e-mail: author@noreply.com

G. Reich (✉)
Klinik für Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie, Universitätsmedizin Göttingen,
Göttingen, Deutschland
e-mail: reich@gwdg.de

M. Stasch
Praxis für Psychotherapie, Psychoanalyse, Paar- und
Familientherapie, Heidelberg, Deutschland
e-mail: praxis@psychotherapie-stasch.de

J. Walter
Abteilung für Psychiatrie, Psychosomatik und
Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter,
Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift,
Hamburg, Deutschland
e-mail: j.walter@kkh-wilhelmstift.de

Klinische Familiendiagnostikerinnen und -diagnostiker sind – wie in der Einzeltherapie – teilnehmende Beobachter, d. h.:

- Sie beobachten die „Familie“ im Therapie-
raum und beurteilen sie anhand ihrer
theoretisch-klinischen Konstrukte.
- Gleichzeitig sind sie in die Interaktion mit der
Familie entscheidend involviert.

Diagnostikerinnen und Diagnostiker beurteilen also ein Beziehungssystem, das von ihnen selbst mitkonstituiert wird. Die Interaktion zwischen den beteiligten Systemen ist ein zirkuläres, sich gegenseitig beeinflussendes Geschehen. Dies gilt auch für die der Diagnostik folgende therapeutische Phase. Angestrebt werden Veränderungen des Patientensystems durch die Interventionen des Therapeutensystems innerhalb des gemeinsam konstituierten und sich verändernden Therapeuten-Familien-Systems.

- **Wichtig** Die Aktivität der Therapeuten ist in der Familientherapie größer als in der Einzeltherapie. Insofern ist davon auszugehen, dass der Beitrag der Therapeuten an der Beeinflussung der Beziehungsdynamik und der zu beurteilenden „familiären Konstruktion der Wirklichkeit“ zu einem Zeitpunkt X als noch stärker zu veranschlagen ist. Es geht um „Begegnung“ und ein Verstehen in diesem Rahmen. Dies ist bei allen Interaktionen und

den sich daraus ableitenden diagnostischen Hypothesen zu bedenken.

Einem Handbuch der Familiendiagnostik müssen grundlegende Überlegungen zur Diagnostik vorangestellt werden. Diese befinden sich in **Teil I**. Im dortigen ersten Kap. 2 werden einige Definitionen angeführt. Kap. 3 enthält das grundlegende Modell für dieses Handbuch, das „Drei-Ebenen-Modell“.

Diagnostiker verwenden Theorien, Konzepte und Modelle

Diagnostiker sind Familientherapeutinnen und -therapeuten, die neben ihren familien-theoretischen Konzeptbildungen mit ihren persönlichen Theorien, Lebens-, Wissenschafts- und Weltanschauungen auf eine Lebensgemeinschaft, z. B. eine Partnerschaft oder eine Familie, treffen. Dies bedeutet:

- Die diagnostischen Beobachtungen, Beschreibungen und Beurteilungen erfolgen immer durch die „Brille“ der Familientherapeuten. Eine reflektierend-akzeptierende Haltung gegenüber den verschiedenen Lebensformen und den Lebensgestaltungen ist wesentlich.
- Die Diagnostikerinnen stellen der Familie ihre eigene „Brille“ zur Verfügung. Die Konstruktionen der Therapeutinnen und Therapeuten über die Familiendynamik und die Zusammenhänge mit dem präsentierten Problem können durch diese Brille von der Familie betrachtet werden.
- Möglicherweise kann sich die Familie durch die angebotenen Konstrukte ein Problemverständnis erarbeiten, ihre Schwierigkeiten anders wahrnehmen und dadurch zu neuen Lösungen kommen. Es liegt jedoch an der Familie, ob sie die neuen Informationen aufgreifen kann und will, um sich zu verändern.

Diagnostikerinnen und Diagnostiker verwenden Theorien, Konzepte und Modelle, um klinische Phänomene oder Daten erkennen, verstehen, zusammenfassen und interpretieren zu können. In einem multimethodalen familiendiagnostischen Ansatz werden mithilfe von unterschiedlichen Methoden das präsentierte

Problem, der Problemkontext, die Familiendynamik und das Therapeuten-Familien-System betrachtet. Der Blick durch unterschiedliche diagnostische „Fenster“ zeigt die Phänomene in immer neuer Gestalt und mit verschiedenen Facetten. Die Wahl des Fensters, durch das Diagnostikerinnen schauen, entscheidet darüber, welche Aspekte der Familienbeziehungen in den Vordergrund treten. Der Auswahl und damit der Begrenzungen des Blickwinkels müssen sich die Diagnostikerinnen und Diagnostiker bewusst sein. Zwischen den Fenstern bleibt in einem Gebäude sehr viel Wandfläche, d. h., dass der Blick auf einen Großteil dessen, was die zu untersuchende Familie ausmacht, versperrt bleibt.

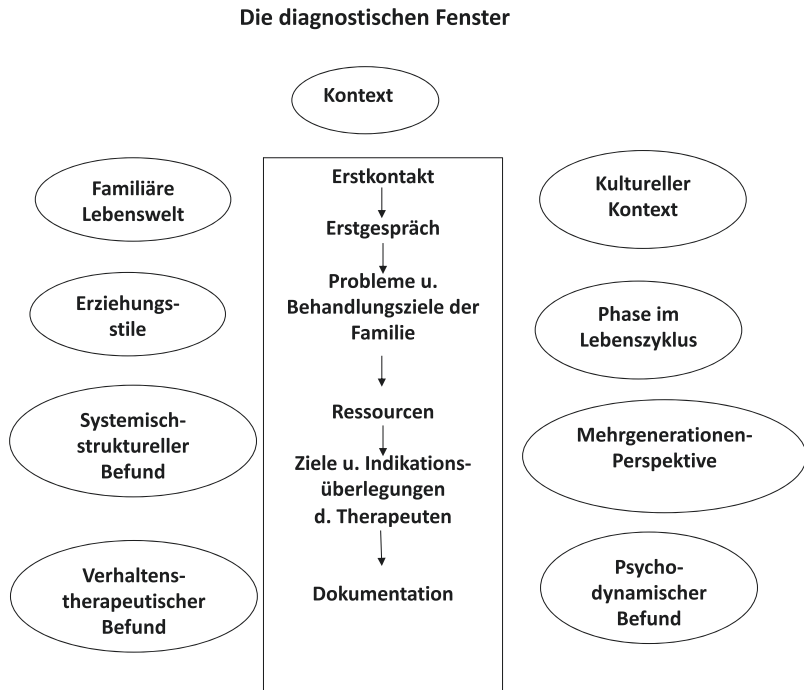
Das Bild vom „Haus der Familie“, welches viele Fenster unterschiedlicher Größe in unterschiedlichen Stockwerken (Multisystem-Multimethod-Ansatz; Cromwell und Peterson 1983) hat, die den Blick ins Innere der Familie erlauben, ist nicht sehr veränderungssensibel. Familien konstituieren sich ständig neu in der Auseinandersetzung mit den Vorstellungen aller Mitglieder und dem sozialen Kontext. Was die Familie letztendlich als Lebensform charakterisiert, ist kein statisches Gebäude. Es sind also dynamischere Modelle für die Diagnostik gefragt. Familien und die Interaktion mit dem Therapeutesystem müssen im Prozess der Beziehungsgestaltung erfasst werden.

Eine umfassendere Familiendiagnostik greift auf mehrere „Fenster“ zurück, um klinische Phänomene beurteilen zu können. Nur so kann der Komplexität von Familien und anderen Lebensgemeinschaften Rechnung getragen werden. Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass beobachtungsnahe Informationen weniger theorie-lastig sind. Diese Informationen sind insofern reliabler, als unterschiedliche Diagnostikerinnen zur selben Beurteilung kommen können. Wenn in klinischen Urteilsbildungen theoretische „Sprachen“ für die erfassten Phänomene verwendet werden, wird die Übereinstimmung zwischen den Diagnostikern entsprechend geringer.

Konzeption für die Erstgesprächsdiagnostik

Für die Konzeption der klinischen Diagnostik in der Phase der Familienerstgespräche ergibt sich die in Abb. 1.1 veranschaulichte Dreischichtung in der klinischen Urteilsbildung.

Abb. 1.1 Die diagnostischen Fenster in der Familiendiagnostik



► **Wichtig** Im Kern der Abbildung finden sich die beobachtungsnah formulierten diagnostischen Fenster, die bei der Durchführung der Erstgespräche und den klinischen Beobachtungen eine wesentliche Rolle spielen.

Im zentralen Teil der Abbildung wird die Chronologie in der Diagnostik als Ordnungskriterium zugrunde gelegt. Die Kapitel in **Teil II** des Handbuchs sind so angeordnet, dass der diagnostische Prozess vom ersten Kontakt (meistens einem Telefongespräch) mit der Familie bis zur abschließenden Dokumentation der Familiendiagnostik Schritt für Schritt möglichst praxisnah nachgezeichnet wird:

- Kap. 4: „Erstkontakt und Vorbereitung des Erstgesprächs“ beschreibt die Kontaktaufnahme zwischen Familien- und Therapeuten-System.
- Kap. 5: „Durchführung des Erstgesprächs“ enthält einen Leitfaden zur Gestaltung des Gesprächs
- Kap. 6: In der Auseinandersetzung mit den Vorstellungen der Familie sowie der Therapeutinnen und Therapeuten werden die Behandlungs-

ziele formuliert. Das diagnostische Fenster heißt: „Ziele und Indikationsüberlegungen“.

- Kap. 7: Die klinische „Dokumentation des Erstgesprächs“ und Problemdefinition muss die gewonnenen Informationen erfassen und ordnen. Ziel der Dokumentation ist, dass die Informationen immer wieder verfügbar sind und die Entwicklungen in einer Therapie evaluiert werden können.
- In Kap. 8 wird ein Familienerstgespräch dargestellt. Im Verlauf der beispielhaften Darstellung zweier Erstgespräche wird das konkrete Vorgehen der Therapeutin erläutert. Außerdem wird in den Kommentaren zum Interview die Familiendynamik „durch die einzelnen diagnostischen Fenster“ betrachtet und diskutiert.

Die diagnostischen Fenster

- **Wichtig** Die familientheoretischen Konzeptbildungen und die persönlichen Theorien der Diagnostikerinnen und Diagnostiker, deren wissenschaftliche Konzepte und der gesellschaftliche Kontext, in denen die Familiendiagnostik stattfindet, beeinflussen die Beobachtungen und die klinische Urteilsbildung.

In Abb. 1.1 werden diese Einflussfaktoren als äußerer Rahmen dargestellt, der die diagnostischen Fenster benennt und für die konkrete Durchführung des Erstgesprächs Orientierung gibt.

► **Wichtig** Durch verschiedene diagnostische Fenster werden die in der Erstgesprächsdiagnostik gewonnenen Informationen reflektiert, Zusammenhänge hergestellt und schließlich die Befunde interpretiert.

Jedes diagnostische Fenster entspricht einem Kapitel in **Teil III** des Handbuchs.

- Kap. 9: „Familiendiagnostik im Kontext“ beschreibt den Rahmen, in dem die Familienerstgespräche stattfinden, und die Variablen, die auf die Entwicklung von Familien und auf die Präsentation der familiären Probleme Einfluss nehmen.
- Kap. 10: Die innerfamiliäre Dynamik ergibt sich auch aus den individuellen Wachstumsprozessen und den damit verbundenen Anpassungsleistungen im Lebenszyklus der Familie. Familien durchlaufen lebenszyklische Phasen, die den Rahmen und die Aufgaben, die das Zusammenleben von Familien charakterisieren, ganz wesentlich mitbestimmen: „Familiäre Lebenszyklen“ heißt das entsprechende diagnostische Fenster.
- Kap. 11: Das soziale Umfeld der Familie bzw. der Lebensgemeinschaft hat Auswirkungen auf den diagnostischen und therapeutischen Prozess. Das Kap. 11 erläutert die Diagnostik der sozialen Wirklichkeit von Familien.
- Kap. 12: Die europäischen Länder verändern sich in den letzten Jahrzehnten in multikulturelle Gesellschaften. Wegen der zunehmenden Relevanz des Themas wird der kulturelle Einfluss auf die Familiendynamik von Migranten- und Flüchtlingsfamilien und die Entstehung von Problemen in einem gesonderten Kapitel dargestellt.
- Kap. 13 erläutert die „Systemische Diagnostik“. In diesem Kapitel geht es um systemische und strukturelle Konzepte familiärer Dynamiken, um die Ressourcen der Familie, das

Auffinden bisher nicht gesehener Beziehungsmöglichkeiten und systemische Frage-techniken.

- Kap. 14: Familien haben eine Geschichte über Generationen. Die Diagnostik der transgenerationalen Dynamiken, welche die aktuellen Beziehungen der Familie maßgeblich mitbestimmen, wird im Kap. „Mehrgenerationenperspektive (transgenerationale Perspektive) und Genogramm“ erläutert. Das Genogramm als grundlegendes Handwerkszeug des Familiendiagnostikers wird dargestellt.
- Kap. 15: „Psychodynamischer Befund“ beschreibt die Verschränkung von inneren Objektbeziehungen und „Beziehungslandkarten“ mit interpersonellen Prozessen in der Familie und auf der Paarebene, die Diagnostik der Übertragungs- und Gegenübertragungsdynamik und die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik von Familien.
- Kap. 16 beschreibt die verhaltenstherapeutische Diagnostik von Familien, vor allem als Analyse von sich verstärkenden Verhaltens- und Wahrnehmungskreisläufen im Beziehungssystem.

Zum Abschluss der klinischen Diagnostik werden die verschiedenen Informationen als „Befund“ zusammengefasst. Der Begriff des „Befundes“ weist medizinische Konnotationen auf. Aggregierende Festlegungen zwingen die Therapeuten, die familiendynamischen Informationen noch einmal zu reflektieren und möglichst präzise zu formulieren, auch wenn diese diagnostischen Einschätzungen immer nur hypothetischen Charakter haben können und im Verlauf oft modifiziert werden.

Für eine zusammenfassende Betrachtung ist das Spannungsverhältnis zwischen den individuellen Interessen und der Aufrechterhaltung der Familie als Ganzes eine Richtschnur. Je besser es einer Familie gelingt, die individuelle und die familiäre Entwicklung gleichermaßen zu fördern, umso besser kann sie in wesentlichen Bereichen Halt und Konstanz einerseits sowie wünschenswerte und notwendige Veränderungen andererseits gewährleisten.

► **Wichtig** Familiendiagnostikerinnen und -diagnostiker müssen das Wechselspiel und das Spannungsverhältnis zwischen den „inneren Bühnen“ der Familienmitglieder, ihren Bedürfnissen, Fähigkeiten und Grenzen und den interpersonalen familiären Beziehungen beobachten und beschreiben.

In der Familiendiagnostik verstehen die Therapeutinnen und Therapeuten die zu einem bestimmten Zeitpunkt gefundenen Zusammenhänge zwischen dem präsentierten Problem und der Familiendynamik vor dem Hintergrund des Ineinandergreifens der strukturell-horizontalen mit den longitudinal-vertikalen Aspekte der Dynamik:

1. Die transaktionalen Muster verdeutlichen die Struktur der Familie. Der Diagnostiker kann sich ein Bild vom habituellen Beziehungsverhalten machen, wenn er z. B. die Rollenzuweisungen und -übernahmen und die Angemessenheit der Rollen in Bezug auf Bündnisse, Generations- und Geschlechtsgrenzen beobachtet und erfasst. Er muss die wechselseitigen Beziehungen zwischen den Subsystemen und der Gesamtfamilie mit anderen Systemen beobachten und diese in Relation mit dem gegenwärtigen Entwicklungsstand der einzelnen Familienmitglieder und den für die Familie aktuellen lebenszyklischen Phasen und ihrer sozialen Realität setzen.
2. Die bewussten und unbewussten Wünsche und Befürchtungen der einzelnen Familienmitglieder und die Dynamik der „Familie als Ganzes“ bilden die Beziehungsdynamik. Die „Objektbeziehungen“ der einzelnen Familienmitglieder ergeben ein Netzwerk von bewussten und unbewussten Wünschen und Ängsten, die sowohl die Familiendynamik der Gesamtfamilie als auch das innere Bild der Familie bei jedem Einzelnen beeinflussen.

Diagnostikerinnen müssen sich klar darüber werden, wie konstruktiv oder destruktiv die Spannungsverhältnisse zwischen der individuellen inneren Welt der einzelnen Familienmitglieder, die mit erheblichen Erwartungen an

andere verbunden sein können, und den tatsächlich bestehenden familiären Beziehungsmustern sind. Die Flexibilität der Familie, also das Ausmaß an möglicher Veränderung, wird entscheidend von diesen Parametern abhängig sein.

In **Teil IV** werden besondere Aspekte der Familiendiagnostik beschrieben, welche die bisherigen diagnostischen Ansätze („Fenster“) ergänzen, die bisherigen Beobachtungen vertiefen und hierdurch neue therapeutische Optionen eröffnen können.

- **Kap. 17:** Das Erziehungsverhalten spielt bei vielen Familienproblemen eine wichtige Rolle. Das eigenständige Kapitel „Familie, Elternschaft und Erziehungsverhalten“ soll diesem diagnostischen Fenster mehr Gewicht in der Familiendiagnostik verleihen.
- In **Kap. 18** werden die Bindungsstile, ihre Bedeutung für die Entwicklung in Beziehungen, ihre transgenerationale Vermittlung sowie verschiedene Typisierungen dargestellt.
- **Kap. 19:** In interpersonellen Beziehungen spielt die Fähigkeit zum Mentalisieren eine wesentliche Rolle. Dieses Konzept ist für die Einschätzung von Familien- und Paardynamiken und der therapeutischen Möglichkeiten sehr bedeutsam geworden.
- **Kap. 20:** Die Eltern-Säuglings-Therapie als „neues“ Gebiet der Familientherapie erfordert einen spezifischen diagnostischen Blickwinkel, der in diesem Kapitel vorgestellt wird.

In **Teil V** werden über die bisherigen Aspekte hinausgehende besondere Techniken der Familiendiagnostik dargestellt.

- In **Kap. 21** werden Familiennarrative, also familiäre Erzählungen, die nicht selten mehrgenerational (transgenerational) tradiert sind, in den Blick genommen.
- In der erweiterten Familiendiagnostik spielen zudem schon lange Skulpturtechniken eine wichtige Rolle. Diese Techniken, ihre Entwicklung und ihre Anwendung werden in **Kap. 22** erläutert.

Teil VI enthält Übersichten über die empirischen Verfahren der Familiendiagnostik.

- In Kap. 23 werden standardisierte Formen von Familieninterviews vorgestellt.
- Kap. 24 gibt einen Überblick über die wichtigsten Beobachtungsverfahren. Bei der Zusammenstellung wurde insbesondere darauf geachtet, welche Verfahren im deutschsprachigen Raum eine Rolle spielen.
- Kap. 25 geht auf die theoriegeleiteten Prozessmodelle und die darauf basierenden Rating-skalen ein.
- Die Übersicht über die Fragebogeninventare in der Familiendiagnostik findet sich schließlich in Kap. 26.

► **Wichtig** Es hat sich als sinnvoll erwiesen, Familienerstgespräche durch standardisierte diagnostische Verfahren, z. B. Interviews, Interaktionsbeobachtungen oder Fragebogen, zu ergänzen. Diese geben oft weitere wertvolle Hinweise auf Probleme und Stärken von Familien.

Literatur

Cromwell RE, Peterson GW (1983) Mutisystem - multi-method family assessment in clinical contexts. *Fam Process* 22, 147–163

Teil I

Definitionen und Grundlagen

Über Familiendiagnostik

2

Manfred Cierpka

- Die Familie und andere Lebensformen werden in diesem Buch als besondere Beziehungsformen beschrieben, die durch die gemeinsamen Aufgabenstellungen, die Intimität der Beziehungspartner und ihre gemeinsamen Lebensentwürfe gekennzeichnet werden können. Die familiendiagnostischen Perspektiven und die davon abgeleiteten Beurteilungsdimensionen orientieren sich an dieser Auffassung von Familie. Die in diesem Handbuch maßgebende Definition der Familiendiagnostik betont, dass das aktuelle Interaktionsverhalten der Familienmitglieder und die damit verbundenen Konflikte im Schnittpunkt von mehrgenerationalen Beziehungen und gegenwärtigen Beziehungsmustern zu verstehen sind.

Das Problem der Etikettierung

In der Medizin gibt das „körperlich Gesunde“ den Standard für alle Menschen vor. Bei seeli-

chen Problemen, Störungen und Erkrankungen sind die Grenzen zwischen krank und gesund jedoch fließender und problematischer. Einerseits entscheidet oft der Kontext, was als gesund und was als krank bezeichnet wird, und andererseits wird gesund und krank allzu schnell mit normal und nicht normal vermischt. Diagnostik im psychosozialen Feld gerät häufig in den Verdacht der Etikettierung und Stigmatisierung des Anderen, des Ungewohnten oder Fremden. Die Vorsicht gegenüber der Beurteilung durch andere ist sicher nicht ganz unbegründet, weil sich die Diagnostik in der Gesellschaft als ein mächtiges Instrument erweisen kann, wenn es um die Abgrenzung oder sogar Ausgrenzung von psychisch Kranken oder behinderten Menschen geht. Totalitäre Regime neigen dazu, sich dieser etikettierenden Diagnostik zu bedienen. Mit Recht bedarf es der gesellschaftlichen demokratischen Kontrolle, wenn eine Diagnose mit weitreichenden Konsequenzen verbunden ist.

Dieser Beitrag wurde unverändert aus der Voraufgabe übernommen.

Manfred Cierpka ist vor der Veröffentlichung dieses Buches verstorben.

M. Cierpka (Verstorben)
Institut für Psychosoziale Prävention,
Universitätsklinikum Heidelberg,
Heidelberg, Deutschland
e-mail: author@noreply.com

Vorteile der Klassifikation

Die Festlegung von internationalen psychiatrischen Klassifikationsschemata erfolgt während der letzten Jahrzehnte in einem demokratischen (mehr oder weniger) transparenten Prozess durch eine große Gruppe von Psychiaterinnen, die versuchen, möglichst ideologiefrei und beobachtungsnah zu Unterscheidungen und zur Klassifikation von psychischen Phänomenen zu kommen. Egal wie man zu diesen standardisierten und operatio-

nalisierten Klassifikationssystemen steht – die Familiendiagnostik kann noch nicht auf einen solchen demokratischen Prozess der Konsensfindung zurückgreifen. Was etwa als zwischenmenschliche Störung gilt, wird zwischen den Familientherapeutinnen und zwischen den Schulorientierungen sehr unterschiedlich diskutiert. Insofern sind die in diesem Buch vorgelegten familiendiagnostischen Konzepte auch mit der gebotenen Vorsicht zu betrachten, weil sie noch vorläufigen Charakter haben und noch Abstimmungen in der „scientific community“ vermissen lassen.

Beurteilung der Beziehung

Zu einer Urteilsbildung in der Familiendiagnostik kommt man – genauso wie in allen anderen medizinischen und psychotherapeutischen Bereichen – mithilfe der Untersuchung und des Vergleichs. Die Diagnostik erfüllt viele Aufgaben wie Beschreibung, Klassifikation, Erklärung, Prognose, Dokumentation u. a. (Laireiter, 2001). Das vorrangige Ziel der Familiendiagnostik ist die Beschreibung und Erklärung funktioneller und weniger funktioneller Prozesse in Familien. Es geht in den Klassifizierungen nicht um den Unterschied zwischen normaler und nicht normaler Familie, sondern um das Erfassen von dysfunktionellen (also unteroptimalen) Prozessen und ressourcenorientierten Kräften, die die angestrebten Entwicklungen und Veränderungen von Individuen, der Partnerschaft oder der Familie anstoßen und zum Durcharbeiten der Probleme beitragen können.

Handlungsorientierte Diagnostik

Die Diagnostik steht im klinischen Bereich immer im Dienst der Therapie. Dieses Buch basiert auf der Hypothese, dass die Familiendiagnostik auch für die Familientherapie und andere Psychotherapieformen sehr wertvoll sein kann. Letztendlich wird die Anwendung der diagnostischen Möglichkeiten darüber entscheiden, ob die Familientherapie sich der Familiendiagnostik annimmt. Das wissenschaftlich begründete Wissen hat sich in den letzten Jahrzehnten in der Familiendiagnostik enorm vermehrt. Eine Bilanzierung und Diskussion der vorhandenen diagnostischen Möglichkeiten soll

in diesem Buch – mit der gebotenen Vorsicht – erfolgen.

2.1 Familiendiagnostik als theoriegeleitete Diagnostik

Familiendiagnostik als psychotherapeutische Diagnostik

Familiendiagnostik wird im Folgenden im Kontext der klinisch psychotherapeutischen Diagnostik diskutiert. Insofern gehört sie zum Spektrum der psychotherapeutischen Diagnostik (Cierpka, 2000). Laireiter (2000, S. 6) nennt vier Diagnostikkonzepte, die für die moderne Psychotherapie nützlich sind: die klinisch-psychiatrische, die somatisch-medizinische, die psychologische und die schulen- bzw. orientierungsbezogene Diagnostik. Die Familiendiagnostik in diesem Band ist überwiegend eine theorienbezogene (Baumann & Stieglitz, 1994) oder eine theoriegeleitete (Bastine, 1992) Diagnostik auf der interpersonellen Ebene. Auf der Grundlage von elaborierten familientheoretischen Modellen werden die Störungen Einzelner oder von Beziehungssystemen mithilfe von diagnostischen Kriterien beschrieben und erfasst sowie anhand der theoretischen Konstrukte erklärt.

Das Ziel dieser interpersonellen Diagnostik ist die Identifikation, Beschreibung und Quantifizierung von zwischenmenschlichen Prozessen, die sich für die Entwicklung des Einzelnen bzw. des Beziehungssystems als funktional bzw. dysfunktional kennzeichnen lassen. Die interpersonelle Diagnostik wird im Kontext der Psychotherapie zur **klinischen Familiendiagnostik**, weil die verschiedenen familientherapeutischen Schulen davon ausgehen, dass im Hinblick auf die Entstehung und Aufrechterhaltung individueller Probleme, Beschwerden und Symptome auch die interpersonellen Beziehungen und spezifischen Konflikte bzw. Störungen in Dyaden, Triaden und in der Gesamtfamilie beteiligt sind oder sogar ursächlich dafür verantwortlich gemacht werden können. In der Familientherapie wird versucht, diese an der Manifestation und Aufrechterhaltung beteiligten gestörten Beziehungen zu verändern.

Psychologische Diagnostik

Familiendiagnostik ist dann der **psychologischen Diagnostik** zuzurechnen, wenn durch reliable und valide Instrumente wie Ratingskalen oder Fragebögen familiäre Dimensionen erfasst werden, um Stärken und Schwächen von bestimmten Familien z. B. mit einer Stichprobe sog. Normalfamilien zu vergleichen. Im vorliegenden Buch wird diese Psychodiagnostik, die meistens am Anfang einer Therapie eingesetzt wird, unter klinischen Gesichtspunkten vorgestellt. Sie dient der Identifikation und Quantifizierung von familiären (Dys-)Funktionalitäten, die weitere Aussagen über den Zusammenhang von individueller Symptomatik und zwischenmenschlicher Beziehungsstörung erlauben.

Statusdiagnostik und Veränderungsdiagnostik

Familiendiagnostik dient sowohl zur **Statusdiagnostik** als auch zur **Veränderungsdiagnostik**.

- Staterfassungen sind zu einem bestimmten Zeitpunkt, meistens zu Beginn und am Ende der Therapie, hilfreich, um die Probleme bzw. Symptome zu identifizieren und in ihrer Schwere einzuschätzen. Dazu gehört auch eine Erfassung aller Faktoren, die zur Aufrechterhaltung, aber auch zur Auflösung der Symptome beitragen könnten. Auch die Klassifikation der Beschwerde, des Problems oder des Symptoms in ein übergeordnetes Klassifikationssystem wird zur Statusdiagnostik gerechnet.
- In der Veränderungsdiagnostik wird therapiebegleitend der Prozess beschrieben, der zu Veränderungen beim Einzelnen und/oder im Familiensystem führt. In der Psychotherapieforschung wird die Frage immer dringlicher, wie Effekte der Veränderung erfasst und beschrieben werden können, um die Wirkmechanismen der Psychotherapie zu identifizieren. Die Erkenntnisse über den Prozess gehen in die adaptiven Indikationsüberlegungen über das Zusammenspiel des Familien- und Therapeutensystems ein. Geeignete Interventionen können auf diesem Hinter-

grund erwogen werden. Ziel ist es, den therapeutischen Prozess voranzubringen.

Verlaufsdiagnostik

Vom Erstgespräch bis zum Abschluss der Therapie ergibt sich für jede Familientherapie ein spezifischer Verlauf. Eine **Verlaufsdiagnostik** kann in der Familientherapie – genauso wie in anderen psychotherapeutischen Verfahren – im Sinne des von Schacht u. Strupp (1984) benannten Prinzips der „Problem-Treatment-Outcome-Kongruenz“ erfolgen. Mit dieser generellen heuristischen Leitlinie ist gemeint, dass eine Ähnlichkeit, ein Isomorphismus oder eine Kongruenz zwischen der Beurteilung des klinischen Problems, der Konzeptualisierung des Prozesses der therapeutischen Veränderung und der Beschreibung des klinischen Erfolgs bestehen muss. Das, was als Erfolg charakterisiert wird (und auch z. B. mit verschiedensten objektivierenden Fragebögen gemessen werden kann), sollte also in den Einheiten der Analyse des klinischen Problems formuliert sein (vgl. Strupp et al., 1988). Allein die gemeinsame Sprache ermöglicht dann die theoretische Verbindung zwischen dem Problem, dem Interventionsprozess und dem, was nach der familientherapeutischen Behandlung herauskommt. Deshalb greifen wir über die im klinischen Erstgespräch stattfindende Problemdefinition hinaus gelegentlich auf den Einsatz von „Problemlisten“ (Kap. 6 und 7) zurück. Mithilfe dieser Listen können Probleme im Verlauf der Behandlung in ihrer Ausprägung quantifiziert werden. Außerdem gibt es inzwischen eine ganze Reihe von Ratingskalen und von Selbstberichtsinstrumenten, die als reliabel und valide gelten können, um in der objektivierenden Verlaufsdiagnostik eingesetzt zu werden (Kap. 25 und 26).

2.2 Diagnostik und Therapie

Im diagnostischen Prozess entsteht eine Beziehung zwischen dem Therapeut*innen- und dem Familiensystem. Die klinische Familiendiagnostik ist Beziehungsdiagnostik und erfolgt im Kontext zwischenmenschlicher Be-

ziehungen – nicht nur der intrafamiliären Beziehungen, sondern auch der Beziehung zwischen der Therapeut*in und der Familie. Die Interaktion zwischen der Therapeut*in und der Familie kann als Berührung zweier größerer Systeme, dem Therapeut*innensystem und dem Familiensystem, beschrieben werden. Die für die Therapeut*innen und die Familie zum Verständnis des Problems notwendigen Informationen werden innerhalb dieses Familien-Therapeut*innen-Systems erhoben.

- ▶ **Wichtig** Das Therapeut*innensystem besteht aus der Therapeut*in und allen beteiligten Systemen, die an der Behandlung der Familie teilhaben. Statt vom Familiensystem spricht man besser vom **Problemsystem**. Das Konzept des Problemsystems ermöglicht die Berücksichtigung der psychotherapeutischen Frage, welche Mitglieder des Systems an welchem Punkt der Diagnostik und später der Behandlung auf welche Art einbezogen werden können, um spezifische Informationen zu gewinnen oder bestimmte Veränderungsprozesse zu erreichen. Das Problemsystem umfasst alle Individuen, die zur Aufrechterhaltung oder Lösung des momentanen Problems beitragen.

Drei Informationsquellen

In der psychodynamischen Beziehungsdiagnostik verfügt man über drei Informationsmöglichkeiten:

1. Die Familienmitglieder berichten der Therapeut*in über ihre Beziehungen innerhalb oder außerhalb der Familie.
2. Die familiären Beziehungen können im Hier und Jetzt der Gesprächssituation beobachtet werden.
3. Diagnostisch kann auf die sich entwickelnde aktuelle Beziehung zwischen der Therapeut*in und der Familie geachtet werden. Mit der dritten Informationsquelle ist die Dynamik der Übertragung und Gegenübertragung zwischen den beiden Systemen gemeint (Kap. 15).

Die Entwicklung einer Beziehung zwischen dem Therapeut*innen- und Familiensystem führt u. a. zu der Schwierigkeit, einen klaren Trennstrich zwischen Diagnostik und Therapie zu ziehen. Dadurch, dass sich zwischen der Therapeut*in und der Familie vom ersten Moment der Kontaktaufnahme an eine Beziehung aufbaut und so eine von der Familie als supportiv empfundene Beziehung bereits therapeutisch wirksam wird, kann die Unterscheidung von diagnostischer und therapeutischer Phase nur künstlich gezogen werden. Allein eine testpsychologisch ausgerichtete Familiendiagnostik, in der die Familie in einem Labor vorgegebene Interaktionsaufgaben zu lösen oder Fragebögen auszufüllen hat, ohne dass eine tragende Beziehung zu den Therapeut*innen zustande kommt, könnte als Beispiel für eine abgegrenzte Diagnostik herangezogen werden.

Nicht nur die Beziehung wird im Therapeut*innen-Familien-System von Anfang an als therapeutischer Faktor wirksam. Die Fragen der Therapeut*innen regen die Reflexion der Familie an, führen zu Einsichten und zu Veränderungsüberlegungen. Oft wird innerhalb der Familie zum ersten Mal über die Entstehungs- und Aufrechterhaltungsbedingungen eines Symptoms nachgedacht. Allein das offene Gespräch unter dem Schutz der Therapeut*innen stärkt die Familie und motiviert zur Veränderung.

Diagnostik kommt vor der Therapie

Es gibt gute Gründe, an der Unterscheidung zwischen Diagnostik und Therapie festzuhalten. Die eigentliche **klinische Familiendiagnostik** ist der familientherapeutischen Behandlung vorgeschaltet, damit die Therapeut*innen und die Familie entscheiden können, ob sie in einen gemeinsamen Prozess einsteigen möchten. Die Familie erhält die Möglichkeit nachzuspüren, ob sie die anstehenden Entwicklungen zusammen mit dieser Familientherapeut*in machen möchte. Möglicherweise will die Familie noch eine andere Institution aufsuchen. Die Familie hat auch die Chance zur Reflexion, ob sie sich den im Erstgespräch formulierten Veränderungsmöglichkeiten wirklich annähern möchte. Einzelne in der

Familie können entscheiden, ob sie dies mit der Familie zusammen in Angriff nehmen wollen oder eher eine Einzeltherapie oder gar keine Therapie machen möchten. Der Einstieg in den therapeutischen Prozess erhält durch die Vorschaltung der Diagnostik mehr Verbindlichkeit. Die Verantwortlichkeit der Familie, die Veränderungen selbst anzustreben, wird gesteigert.

Transparenz

In einem partnerschaftlichen Verständnis bestimmen die Familien maßgeblich, was in der Diagnostik und in der Therapie erfolgen sollte. Nach einer Phase der Diagnostik können die Therapieziele zwischen der Familie und den Therapeuten abgesprochen werden (vgl. Kap. 5 und 6). Stierlin (2001) betont die Demokratisierung in diesem Prozess, wenn die Therapeut*innen offen über ihre Sichtweisen des Problems der Familie und die therapeutischen Möglichkeiten sprechen und damit ihre Karten auf den Tisch legen. Ein zwischen den Therapeut*innen und der Familie erarbeiteter Auftrag führt zu einer Transparenz im diagnostischen Prozess.

Eine Trennung zwischen Diagnostik und Therapie ist auch für die Therapeuten hilfreich, weil sie sich über die Indikation zur Psychotherapie Gedanken machen können. Klinische Familiendiagnostik ist kein Selbstzweck, sie sollte immer **als Handlungsanweisung für die Therapie** verstanden werden. Dies gilt sowohl für die Statusdiagnostik als auch für die Veränderungsdiagnostik. Als Statusdiagnostik verstanden, fällt den Therapeut*innen nach der Phase der Familiendiagnostik die Aufgabe der Indikationsstellung anheim.

Vorbehalte gegenüber der Diagnostik

Vorbehalte gegenüber der Familiendiagnostik kommen aus den Reihen der systemischen Therapeut*innen. Eine Gruppe dieser Therapeut*innen bezweifelt den klinischen Nutzen der Diagnostik überhaupt. Ihre Argumentation folgt der durchaus nachvollziehbaren Unterscheidung von Problemmustern und Lösungsmustern bei der Behandlung von Familien. Um Veränderungen im Prozess anzuregen, müssen Problemzustände nicht im Detail analysiert werden, manchmal könne sich dies

sogar für die Therapie entwicklungshemmend auswirken (Schiepek et al., 2000). Diese Überlegungen sind prozessorientiert und im Hinblick auf die Anregung eines Systems als Voraussetzung zur Veränderung schlüssig. Die **Analyse der Problemmuster** erlaubt jedoch eine genauere Beschreibung der Dysfunktionalitäten, sodass für die Indikationsentscheidungen ausreichend Informationen zur Verfügung stehen. Da die Psychotherapie heutzutage über viele Verfahren, Methoden, Techniken und Settingvarianten verfügt, ist eine Problemanalyse unserer Meinung nach unumgänglich. Freilich sind die Lösungsmuster gleichwertig zu behandeln und pathologisierende Fokussierungen zu vermeiden.

In der **indikationsorientierten Diagnostik** kommt nach der Erfassung und Erklärung der Problematik die Frage nach der geeigneten Methode oder des geeigneten Settings, also der differenziellen Indikationsüberlegungen. Neben der (manchmal sehr persönlichen) Frage, ob die Therapeut*innen meinen, mit dieser Familie arbeiten zu können, ist die Unterbrechung zwischen Diagnostik und Therapie aus diesen indikativen Überlegungen heraus sehr sinnvoll.

2.3 Der Diagnostiker – ein Brillenträger

Ähnlich wie in der organischen Medizin werden in der Psychiatrie Symptomen Krankheitsentitäten zugeordnet, woraus sich wiederum therapeutische Interventionen ergeben. Die deskriptiv-phänomenologische Diagnostik klassifiziert Krankheiten bzw. psychische Störungen nach vorgegebenen Kriterien, wie sie z. B. im ICD-10 oder DSM-IV (Anmerkung der Herausgeber: jetzt natürlich ICD-11 bzw. DSM-5) zusammengestellt sind. Die Diagnostik erfolgt dort innerhalb eines eindeutig konturierten Beziehungsmusters: Die Psychiater*in ist die Beurteiler*in, die zu Beurteilende ist die Patient*in. Die psychopathologischen Befunde sollen möglichst objektiv erfasst werden – die Patient*in und ihre psychischen Schwierigkeiten werden zum Gegenstand, den es möglichst vollständig zu er-

fassen gilt. Diese Aufspaltung in Betrachter*in und Gegenstand findet sich überall in der somatisch-medizinischen Diagnostik.

Diagnostik basiert nicht auf objektiver Realität

Um ein solches klassifikatorisch an der objektiven Realität orientiertes **topografisch diagnostisches Modell** geht es in der klinischen Familien-diagnostik nicht. Die Therapeut*innen betrachten die Familie nicht nur von außen wie einen Gegenstand, um das Problem zu beurteilen und eine Diagnose zu stellen. Die Diagnostiker*innen werden Mitglied des Systems, um diagnostische Überlegungen aus dem eigenen Fühlen, Denken und Verhalten als Mitglieder des Therapeut*innen-Familien-Systems ableiten zu können. Diagnostiziert wird also von den Diagnostiker*innen ein Prozess zu einem bestimmten Zeitpunkt, der von ihnen selbst mitkonstituiert wurde und der sich in ständiger Veränderung befindet. Die in der Diagnostik gewonnenen Informationen basieren auf den Konstruktionen der Therapeut*innen und der Familie, die den Beteiligten erlauben, die Familiendynamik zu verstehen.

Urteilsbildungen sind Arbeitshypothesen

Alle Urteilsbildungen sind **Arbeitshypothesen**, die im dialogischen Prozess zu überprüfen oder zu verwerfen sind. Dies bedeutet:

- Alle diagnostischen Informationen können nicht objektiv sein, sondern sie unterliegen immer den Einflüssen der Beurteiler*innen und deren Kontexten.
- Die innerhalb eines diagnostischen Prozesses erhobenen Informationen über die Familiendynamik wirken zwar statisch, weil die Daten zu einem „Gegenstand Familie“ zusammengesetzt werden, aber tatsächlich stellt die diagnostizierte Familienstruktur, -organisation, und -dynamik nur den querschnittartigen Befund in einem prozesshaft sich entwickelnden Therapeut*innen-Familien-System dar.

2.4 Spezifität versus Unspezifität

Eine Typologisierung der Familien entlang der psychiatrischen Diagnosen scheint für die Familiendiagnostik wenig geeignet zu sein. Der Einfluss von gestörten Paar- und Familienbeziehungen auf die Entstehung von spezifischen Erkrankungen wird spätestens seit der Veröffentlichung des Buchs über die „Psychosomatische Familie“ von Minuchin u. Mitarbeiterinnen (1983) kontrovers diskutiert. Die Debatte war danach geprägt von der Auseinandersetzung über spezifische familiäre Dysfunktionalitäten, die die „psychosomatischen“ Familien charakterisieren sollen. Mit dem Begriff der Spezifität wurden dabei theoretische Vorstellungen bezeichnet, die eine enge kausale Beziehung zwischen spezifischen Familieninteraktionen bzw. -konfigurationen und einem definierten Krankheitsbild des Patienten postulieren.

Begriff der Spezifität

Der Begriff der Spezifität stammt aus der somatischen Medizin. Die Infektion mit einem spezifischen Erreger, z. B. dem Tuberkelbakterium, führt zu einer bestimmten morphologischen Gewebeeränderung im Sinne der Tuberkulose. Auch wenn davon auszugehen ist, dass weitere Bedingungen erfüllt sein müssen, damit es zur Infektion kommt, kann das Tuberkelbakterium als spezifische Ursache gelten. Bei der Erörterung der Entstehung von seelischen Erkrankungen wies Freud darauf hin, dass man nur dann von einer spezifischen Ursache sprechen könne, wenn diese „... in keinem Falle von Verwirklichung des Effekts vermisst wird ...“ (Freud, 1985, S. 372). Für die psychosomatischen Erkrankungen wurde die Spezifitätshypothese von Alexander und Mitarbeiterinnen (1968) formuliert. Es wurde postuliert, dass bei jeder der seinerzeit untersuchten sieben Erkrankungen (dem Asthma bronchiale, der rheumatoiden Arthritis, der Colitis ulcerosa, der essenziellen Hypertonie, der

Hyperthyreose, dem Magenulcus und der Neurodermitis) neben dem prädisponierenden, somatischen X-Faktor und der auslösenden, subjektiv bedeutsamen Lebenssituation, eine spezifische psychodynamische Konfiguration anzunehmen ist, die sich in der Kindheit einschließlich der dazugehörigen Abwehrvorgänge gebildet hat. In der Folge entwickelte sich eine heftige, bis heute anhaltende Auseinandersetzung um Spezifität vs. Unspezifität bei psychosomatischen Erkrankungen.

Keine krankheitsbezogene Spezifität

Im Verlauf der Entwicklung der familien-therapeutischen Modelle lassen sich drei Konzepte von Spezifitätsannahmen über die Zusammenhänge zwischen dem Krankheitsbild eines Familienmitglieds und einer bestimmten Störung der Familieninteraktion identifizieren (Cierpka, 1989). Den linearen Vorstellungen folgten zirkuläre Modelle und zuletzt Konzepte, die auf dem Konstrukt der „Expressed Emotions“ basierten. Eine Spezifität ließ sich in keinem der Konzepte nachweisen. Die empirischen Untersuchungen zur Typologie von Familien, z. B. die „psychosomatischen“ (Wirsching & Stierlin, 1982), die „schizopräsenten“ (Stierlin, 1975), die „manisch-depressiven“ Familien (Stierlin et al., 1986), sind methodisch zu fragwürdig, um Gültigkeitsanspruch erheben zu können (Cierpka, 1989).

Das dimensionale Modell

In diesem Handbuch wird das „dimensionale Modell“ (Abschn. 3.3) vertreten. Das dimensionale Modell verzichtet auf eine krankheitsbezogene Kategorisierung der Familien. Stattdessen werden die Familien entlang einem Kontinuum in verschiedenen Dimensionen be-

schrieben, die über die Stärken und Schwächen der Familien Auskunft geben.

2.5 Pathologiezentrierte versus ressourcenorientierte Diagnostik

Statt kausaler Linearität: Zirkularität

Die medizinische Diagnostik ist pathologiezentriert. Der Begriff Diagnostik leitet sich aus dem griechischen Wort „diagnoskein“ ab, das untersuchen bzw. unterscheiden bedeutet. Mit der Unterscheidung von gesund und krank und der Forschung nach Krankheitsursachen folgt diese Diagnostik dem naturwissenschaftlichen Modell, das Ursache und Wirkung in einen kausal-linearen Zusammenhang bringt. Weil ein Tuberkelbakterium bei jeder Tuberkulose vorhanden sein muss, versuchen die Mediziner*innen konsequenterweise in der Diagnostik, das Tuberkelbakterium zu identifizieren, wenn sie dem Verdacht auf diese Infektionserkrankung nachgehen. Auch wenn andere Krankheitsbilder diesen einfacheren linearen Zusammenhang vermissen lassen, bleibt der Blick der medizinischen Diagnostiker*in auf einen Erreger, ein pathologisches Substrat oder eine Funktionsstörung gerichtet, die die Symptomatik und die Krankheit auslösen.

Erst in jüngster Zeit beschäftigt sich die Medizin verstärkt mit der Frage, wie ein Zustandsbild mit den vorhandenen Ressourcen des Körpers verändert werden kann, einer Frage also, der sich die Homöopathie schon seit Jahrhunderten annimmt. Bei der Erforschung von Krebs zielt die Medizin mehr und mehr auf die Stärkung der körpereigenen Abwehrkräfte, um die pathologisch veränderten Zellen zu bekämpfen. Die Ressourcen der immunologischen Abwehr und Autoregulation werden genutzt.

Hypothesenbildung

Eines der vorrangigen Ziele in der klinischen Familiendiagnostik ist die Hypothesenbildung, wie man sich den Zusammenhang zwischen Symptom/Problementstehung und den intrafamiliären Beziehungskonflikten erklären kann. Insofern ist auch der Blick der Familientherapeut*innen zwangsläufig defekt- oder pathologieorientiert, wenn er dysfunktionelle Muster identifiziert. Um zielgerechte Veränderungsprozesse anstoßen zu können, ist eine Störungsorientierung in gewissem Umfang unerlässlich, um Wegweiser für den therapeutischen Prozess zu erhalten. Ansonsten läuft man Gefahr, im Verlauf des Prozesses orientierungslos zu werden.

Kontextuelle Zusammenhänge

Familiendiagnostiker*innen beachten aber auch die systemischen Wechselwirkungsprozesse der vielen Faktoren, die zu einer Stagnation im Entwicklungsprozess einer Familie führen. Gerade die kontextuellen Zusammenhänge bei der Symptomentstehung und -aufrechterhaltung erlauben keine eindeutigen kausal-linearen Zusammenhänge. Ein pathologiezentrierter und damit auf Ursachen ausgerichteter Blick greift zu kurz. Eine praxisrelevante Diagnostik muss deshalb die kontextuellen Zusammenhänge beachten, die z. B. einen Entwicklungsprozess in einer Familie auch wieder anstoßen können. Dies führt zur Beachtung der Ressourcen im diagnostischen Prozess. Symptome haben immer auch eine stabilisierende Funktion und sollten deshalb für die Familie auch wertgeschätzt werden. Für die Familie ist das Herausheben dieser positiven Seite behandlungstechnisch viel hilfreicher, weil die Wirkmächtigkeit der systemimmanenten Kräfte angesprochen wird und die Familie sich dann eher kompetent als krank und hilflos erlebt. Viel stärker als in der Medizin und in allen anderen psychotherapeutischen Verfahren richtet sich der Blick der Familiendiagnostiker*in deshalb auf die Ressourcen, um mit ihrer Hilfe die selbstregulatorischen Kräfte der Familie zu aktivieren.

Ressourcen

► **Definition** In der ressourcenorientierten Familiendiagnostik sollten vor allem die Kräfte

identifiziert werden, die zu einer Veränderung – im von der Familie intendierten Sinn – beitragen könnten. Familiendiagnostik ist dann prozessual an den Entwicklungsmöglichkeiten der Familie ausgerichtet und benutzt die Ressourcen, um Entwicklungsschritte einleiten zu können.

Das halb volle Wasserglas

In diesem Buch wird davon ausgegangen, dass sich die pathologie- und die ressourcenorientierte Diagnostik ergänzen. Das berühmte halb volle Wasserglas ist eben auch halb leer und umgekehrt. Problematisch ist die alleinige Berücksichtigung einer Orientierung. Wenn die Perspektiven flexibel verändert werden können, erlaubt jeder Fall aufs Neue ein Wechseln der Brille für die Diagnostiker*in, um die Informationen für die Familie zu optimieren.

2.6 Definition der Familie

Soziologischer, rechtlicher, genealogischer, psychotherapeutischer Familienbegriff

Die klinischen Phänomene, die in der Familiendiagnostik erfasst werden sollen, sind u. a. davon abhängig, was unter Familie verstanden wird. Eine Definition des sozialen Gebildes Familie ist alles andere als einfach. Familie stellt nämlich für jede wissenschaftliche Disziplin etwas anderes dar. Diese grundlegende Schwierigkeit – auch für dieses Buch – zeigt sich in den unterschiedlichen normativen Definitionen der Familie.

- Die **Familiensoziolog*innen** helfen sich in ihren Definitionsansätzen in der Regel damit, dass sie den Sozialisationsprozess der Kinder als Kristallisationspunkt der Familie herausstellen. Familie bezeichnet dann soziale Beziehungen zwischen Eltern und Kindern, die als solche sozial anerkannt werden. Hier wird die Tatsache berücksichtigt, dass Menschenkinder, um zu überleben, während längerer Zeit der Fürsorge, Pflege und Erziehung bedürfen. Für die psychische Entwicklung der Kinder kommt dabei den innerfamiliären Beziehungen

und den Identifizierungen mit diesen Beziehungen eine herausragende Bedeutung zu.

- Auch der **rechtliche Familienbegriff** stellt für die Definition von Familie das Filiationsprinzip zusammen mit dem Sorgerechtsprinzip in den Vordergrund. Von einer Familie kann dann gesprochen werden, wenn „zwei Generationen durch biologische oder rechtliche Elternschaft miteinander verbunden werden und eine Klärung des Sorgerechts für die nachwachsende Generation erfolgt ist“ (Schneewind, 1988, S. 972).
- Im Vergleich zum rechtlichen Familienbegriff umfasst der am Verwandtschaftsprinzip orientierte **genealogische Familienbegriff** eine größere Vielfalt von Familienformen. Für den Einzelnen stellt sich seine Familie dar als „die Gruppe von Menschen ..., die miteinander verwandt, verheiratet oder verschwägert sind, gleichgültig, ob sie zusammen oder getrennt leben, ob die einzelnen Mitglieder noch leben oder – bereits verstorben – ein Glied in der Entstehung von Familie sind“ (Wissenschaftlicher Beirat für Familienfragen beim Bundesministerium für Jugend, 1984, S. 27).
- Psychotherapeut*innen definieren die Familie als intimes Beziehungssystem. Frevort (1992, S. 8) definiert in Anlehnung an Schneewind (1988) die Familie „als intimes Beziehungssystem von zwei oder mehr Personen, die einen gemeinschaftlichen Lebensvollzug vornehmen. Der gemeinsame Lebensvollzug wird durch die Kriterien der Abgrenzung, Privatheit, Dauerhaftigkeit und Nähe bzw. Intimität und Emotionalität bestimmt“.

Für die klinische Familiendiagnostik ist eine Definition der Familie notwendig, die sich am „Zusammenleben“ von Individuen in einer besonderen Kleingruppe – der Familie – orientiert. Die besonderen Beziehungen in der Familie kennzeichnen die Lebensform.

► **Definition** In einer (Ein- oder Zweieltern-) Familie leben mehrere, meistens die zwei Generationen der (leiblichen, Adoptiv-, Pflege-, Stief-) Eltern und der (leiblichen, Adoptiv-, Pflege-, Stief-) Kinder, zusammen. Das Zusammenleben

in der Familie ist charakterisiert durch gemeinsame Aufgabenstellungen, durch die Suche nach Intimität und Privatheit und durch die Utopie der Familie. Bei der Familiengründung bringt jede Partner*in ihre persönliche Utopie von Familie ein, die sich in der Auseinandersetzung mit den Vorstellungen der Partner*in und der sozialen Wirklichkeit als Lebensform realisiert. Dadurch wird ein Rahmen für das geschaffen, was die Familie oder eine andere Lebensform an Lebens- und Entwicklungsaufgaben erfüllt.

Diese Definition der Familie dient als Grundlage und Richtlinie für die familiendiagnostischen Perspektiven und die daraus abgeleiteten Beurteilungskriterien in den verschiedenen Teilen dieses Handbuchs, mit denen familiäre Beziehungen, Strukturen und Prozesse beurteilt werden können.

Neben dem Zusammenleben mehrerer Generationen, in der Regel also der Eltern und der Kinder, muss der Schwerpunkt der Definition auf den aktuellen Beziehungen und Interaktionen in der Familie liegen. Demoskopische Umfragen zeigen, dass Familie als Ort der Emotionalität gesucht wird, wo Privatheit und Intimität „gelebt“ werden kann (Emnid-Institut, 2007).

Multilokäre Mehrgenerationenfamilie

Nur noch selten leben heute mehr als zwei Generationen in einem Haushalt. Kaufmann (1994) beschreibt die aktuelle, idealtypische Lebensform als „multilokäre Mehrgenerationenfamilie“. In dieser Definition kommt zum Ausdruck, dass die Familienbeziehungen über mindestens drei Generationen erhalten sind. Die drei Generationen leben aber nicht mehr unter einem Dach zusammen, sondern in der Regel in verschiedenen Häusern an verschiedenen Orten.

Lebensentwürfe der Einzelnen führen zu Konflikten

Neben dem Zusammenleben von mindestens zwei Generationen und der Suche nach Intimität und Privatheit kommt ein drittes Kriterium für die Definition der Familie hinzu: ihre Vorstellungen von der gemeinsamen Zukunft – die Utopie der Familie und deren Lebensentwürfe. Wenn junge

Menschen Kinder planen, möchten sie eine Familie gründen, die man – im Lebensentwurf – gestrost als die herkömmliche Familie bezeichnen darf. Untersuchungen über die Lebensplanungen junger Menschen zeigen, dass sie in Familien leben wollen. So rangiert die Familie für 52 % der Deutschen nach einer Emnid-Umfrage im Jahr 2007 ganz oben auf der Werteskala, weit vor der persönlichen Freiheit. (Anmerkung der Herausgeber: Dies hat sich seither kaum verändert, vgl. Kap. 11). Dieses Ziel wird mit der persönlichen Utopie einer meist harmonischen, idealtypischen Familie verfolgt. Die persönlichen Vorstellungen von Familie gehen in die Familiengründung ein. Die Lebensentwürfe der Partner*innen basieren auf gemeinsamen, aber eben auch zum Teil sehr unterschiedlichen historischen Folien der eigenen Herkunftsfamilien. In der Realisierung wird ein neuer Rahmen hervorgebracht, unter dem zunächst die Partner*innen und, falls Kinder hinzukommen, die Familie zusammenlebt. Die Diskrepanz zwischen dem, was sich die einzelnen Partner*innen als Familie vorgestellt hatten, und zwischen dem, was tatsächlich realisiert werden konnte, gehört zu dem, was Familie ausmacht.

Pluralität der Lebensformen

Da unsere Gesellschaft die Möglichkeit verschiedener Lebensformen bietet, können sich unterschiedliche Rahmenbedingungen konstituieren, die das Zusammenleben in Intimität und Privatheit ermöglichen. Die Pluralität der Lebensformen gilt überwiegend für die kinderlose Zeit (Bertram et al., 1993). Betrachtet man die Scheidungsraten, zeigen sich Gipfel nach der Geburt des ersten Kindes und nach der Ablösung des letzten Kindes. Während der Zeit der Kindersozialisation weist also die traditionelle Kernfamilie die größte Stabilität auf.

Für die unterschiedlichen Lebensformen gilt im besonderen Maße, dass hier Beziehungsformen gesucht werden, die in der Auseinandersetzung mit den persönlichen Utopien entstehen. Oftmals bieten andere Lebensformen als die traditionelle Familie für die Einzelnen größere Möglichkeiten zum Ausbalancieren der persönlichen Bedürfnisse, zum Beispiel zwischen Auto-

nomie und Abhängigkeit von einer Partner*in. Manche Paare können oder wollen zum Beispiel nicht zusammenwohnen, die Partner*innen leben dann in verschiedenen Städten und treffen sich nur an den Wochenenden. Unsere heutige Welt erlaubt Paar- und Familienkonstellationen, die früher nicht realisierbar gewesen wären. Obwohl solche Lebensformen größere Unsicherheiten mit sich bringen können, versprechen sie doch mehr Entwicklungschancen und Befriedigungen der Bedürfnisse in den Beziehungen.

2.7 Definition der Familiendiagnostik

Auf dem Hintergrund der bisherigen Aussagen wird die Familiendiagnostik folgendermaßen definiert:

► **Definition** Die Familiendiagnostik untersucht und beschreibt Interaktionen und ihre Veränderungen zwischen den Familienmitgliedern, den Subsystemen, und analysiert die Dynamik der Familie als systemisches Ganzes. Sie untersucht die unbewussten Fantasien, Wünsche und Ängste der Familie auf dem Hintergrund der Familiengeschichte und der Lebensentwürfe für die Zukunft, um zu einem Verständnis für die bedeutsamen Interaktionssequenzen und deren Funktionalität zu kommen (Cierpka, 1987, S. 2).

Diese Definition beinhaltet verschiedene Prämissen, die für die klinische Familiendiagnostik eine wichtige Rolle spielen:

1. Interaktion

Gegenstand der Untersuchung ist die Interaktion der Familienmitglieder und deren Veränderung nach einer Intervention. Im klinischen Erstgespräch diagnostiziert man ein charakteristisches Netzwerk von Beziehungen, das im sog. Strukturbild der Familie querschnittartig (horizontale Perspektive) festgehalten werden kann. Die Familienstruktur ergibt sich aus den individuellen, persönlichen Bedürfnissen einerseits und den Anforderungen der Familie andererseits.