

Sind psychologische Diagnostik und systemisches Denken vereinbar?

Beatriz Arias Martín

Zusammenfassung

Seit Anfang 2019 hat die systemische Therapie die Kassenzulassung. Ein Entwicklungsschritt, der nun neue Fragen aufwirft. Beispielsweise, ob sich der systemische Ansatz in die psychologische Diagnostik integrieren lässt. Die vorliegende Arbeit bietet einen ersten Versuch, psychologische Diagnostik und systemisches Denken zusammenzubringen. Fokussiert wird hierbei der Informationsgewinnungsprozess. Zunächst werden zentrale Grundaspekte des systemischen Ansatzes und der psychologischen Diagnostik vorgestellt, auf Grenzen und Schwierigkeiten der beiden Felder eingegangen und mit einer ersten Idee zur Implementierung systemischer Informationsgewinnungsverfahren in Veranstaltungen der Psychologie an Universitäten abgeschlossen.

Schlagwörter

systemische Grundhaltung – Diagnosen – psychologische Diagnostik – idiografischer Ansatz – Güte

Summary

Are psychological diagnosis and systemic thinking compatible?

Since the beginning of 2019 systemic therapy is covered by health insurance in Germany. This development raises new questions. For example, whether the systemic approach can be integrated into psychological diagnostics. The present work offers a first attempt to bring together psychological diagnostics and systemic thinking by focusing on the information retrieval process. First, central aspects of the systemic approach and psychological diagnostics are presented. Subsequently, the limitations and difficulties of the two fields are mentioned. Finally, a first idea for the implementation of systemic information retrieval methods in courses of psychology at universities is presented.

Keywords

systemic basic attitude – diagnosis – psychological diagnostics – idiographic approach – validity

*»Wir brauchen nicht so fortzuleben, wie wir gestern gelebt haben.
Macht euch nur von dieser Anschauung los,
und tausend Möglichkeiten laden uns zu neuem Leben ein.«*
Christian Morgenstern

»Ja! Die systemische Therapie hat die Kassenzulassung! Endlich!« Eigentlich ein sehr positiver und lang ersehnter Entwicklungsschritt. »Eigentlich«, weil sich nun die Frage dringlicher denn je stellt, ob die Vergabe von Diagnosen mit dem systemischen Ansatz vereinbar ist. Zukünftig werden systemische Berater und Therapeuten Diagnosen benötigen – wenn schon nicht für ihre Behandlung – dann doch zur Finanzierung dieser. Wie lässt sich dieser personenzentrierte und defizitorientierte Gedanke mit dem systemischen und lösungsorientierten Ansatz vereinbaren? Nicht nur die Kassenzulassung wirft diese Frage auf. Auch die im Jahr 2020 bundesweitweite Einführung des Direkt-Psychotherapie-Studiums an Universitäten zwingt Systemiker, sich spätestens jetzt damit auseinanderzusetzen, wo ihr Platz in den Einzeldisziplinen der Psychologie ist.

Jegliche Beratung, Therapie oder Begutachtung – unabhängig davon welche Ausrichtung der Berater, Therapeut oder Gutachter hat – beginnt mit der Sammlung von Informationen bezüglich des Klientensystems, um folgend zielgerichtet beraten, therapieren oder eine Prognose treffen zu können. Im Folgenden soll daher nicht die grundsätzliche Frage diskutiert werden, ob Diagnosen an sich notwendig sind, da dies den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde. Es geht vielmehr darum, ob es möglich ist, bei der Implementierung des systemischen Ansatzes in der Psychologie einen Kompromiss zu finden. Ganz konkret müssen sich Systemiker aktuell fragen, wo sie sich innerhalb der psychologischen Diagnostik, welche anwendungsfelderübergreifend ist, verorten.

1 Der systemische Ansatz

*»Der Glaube, es gebe nur eine Wirklichkeit,
ist die gefährlichste Selbsttäuschung.«*
Paul Watzlawick

Lineare Kausalität zwischen Ursache und Symptom wird vor allem aus systemischer Sicht als überholt angesehen. So haben Prozesse im sozialen Umfeld des Einzelnen Einfluss auf den Krankheitsverlauf, lösen diese aber nach Cierpka (1989) nicht aus. Dennoch, um es in den Worten Luhmanns zu sagen, »können Personen nicht ohne soziale Systeme entstehen und bestehen, und das gleiche gilt umgekehrt« (Luhmann, 1984, S. 92). Der Komplexität daraus resultierender ursächlicher Bedingungen wird durch Beachtung vielfältiger Wechselwirkungen

in Form zirkulärer Kausalität versucht, Rechnung zu tragen (Fiegl u. Reznicek, 2000).

Hinzu kommt, dass neben dieser komplexen zirkulären Kausalität das Individuum aus systemischer Sicht nicht als defizitär zu betrachten ist. Es versucht eher, sich stets an seine Umwelt anzupassen, damit diese in ein Gleichgewicht kommt, selbst wenn dies ein Leiden als Preis hat. Etwaige Veränderungen können zudem nicht von außen gesteuert herbeigeführt, sondern nur Impulse in ein System gegeben werden, welches sich dadurch in Bewegung setzt und sich von innen heraus selbst verändert (Systemische Gesellschaft).

1.1 Grundannahmen des systemischen Ansatzes

Die Basis systemischen Arbeitens ist die systemische Grundhaltung, welche mehrere Annahmen beinhaltet (nachzulesen u.a. in: DGSF u. SG, 2014; Willemse u. von Ameln, 2018; Schwing u. Fryszer, 2015; von Schlippe u. Schweitzer, 2016). So wird das System – wie oben bereits einleitend erwähnt – als »sich selbst erzeugend« bzw. »sich selbst organisierend« betrachtet. Diese sogenannte *Autopoiese* [griechisch: autos = selbst; poiein = erzeugen, erschaffen] besagt, dass das Verhalten von der Psyche der Person selbst erzeugt und nicht von außen hineingetragen wird. Die Person steht aber in Wechselwirkung mit ihrer Umwelt. Somit liegt eine mehrdimensionale zirkuläre Kausalität vor, wobei die Person durch ihre individuelle Sicht auf die Welt (konstruktivistische Grundannahme), das Selbst in dieser entwickelt.

Einer der wichtigsten Unterschiede zwischen den unterschiedlichen Theorien ist die Betrachtung von *Individuum versus System*. Die wissenschaftliche Psychologie (hier besonders die Persönlichkeitspsychologie) fokussiert bei der Erklärung menschlichen Verhaltens das Individuum. Sie untersucht Persönlichkeitsfaktoren, Merkmale, Konstrukte, Motivationen, Einstellungen etc. So nehmen viele Psychologen an, dass Unterschiede zwischen Personen sowie der Ursprung des »problematischen« Verhaltens innerhalb der Person liegen. Dieser intrapsychischen steht die interpersonelle Sichtweise entgegen. Vertreter dieses Ansatzes gehen so weit zu behaupten, dass Anhänger der Systemtheorie die Sonderstellung innehaben, die Anknüpfungspunkte für die Erklärung individuellen Verhaltens in den interpersönlichen Beziehungsmustern, den Netzwerken von Beziehungen und den Kommunikationsmustern zu suchen.

Eine weitere Grundannahme des systemischen Ansatzes ist die *Allparteilichkeit* und damit einhergehend eine stete *Neutralität* gegenüber den Annahmen und Lösungsideen der einzelnen Personen des betreffenden Systems. Es wird allerdings relativierend erwähnt, dass zwar vollkommener Respekt gegenüber den Personen, dennoch einerseits Respektlosigkeit gegenüber ihren störungsaufrechterhaltenden Ideen gegeben sein sollte, andererseits auch den klinischen Symptomen Wertschätzung entgegengebracht werden soll. Diese seien nämlich

mehr oder minder sinnvolle Lösungsversuche des eigenen Problems mittels der Fähigkeiten des Einzelnen. Die Haltung des Nicht-Wissens und eine authentische Wertschätzung des Gegenübers inklusive seiner (möglichen) Lösungsversuche sind zentral in der systemischen Praxis. Es sollen die Entdeckung eigener weiterer Möglichkeiten und somit wiederum die Autopoiese (s. o.) gefördert werden. Die Allparteilichkeit betrifft aber auch die Meinungen aller Beteiligten einer Beratung (bspw. Mitglieder einer Partnerschaft oder Familie).

In der klassischen Psychologie bzw. Persönlichkeitspsychologie wird jedes Problem oft als Folge einer Ursache – und nicht umgekehrt – gesehen, das heißt, es herrscht lineare Kausalität. Dagegen geht der systemische Ansatz davon aus, dass sich Ursachen und Wirkungen in Systemen häufig im Sinne einer kreisförmigen Kausalität gegenseitig bedingen. So gehört weiter zu den Grundannahmen des systemischen Ansatzes, Denken in *zirkulären Wechselwirkungen* und somit jeden Menschen sowohl als »Opfer« als auch als »Täter« seiner Situation zu sehen. Daraus folgt wiederum der Verzicht auf einseitige Schuldzuweisungen in Beziehungskonflikten und stattdessen neugieriges respektvolles Interesse an den verschiedenen interpersonellen Kontexten der Personen. Nun wird auch deutlich, dass der Perspektivwechsel Grundlage systemischen Handelns ist. Hierin besteht auch das Grundprinzip des sogenannten zirkulären Fragens.

Und damit ist bereits eine weitere Annahme des systemischen Arbeitens genannt: das *lösungs- und ressourcenorientierte Vorgehen*. So werden individuelle, partnerschaftliche und familiäre Ressourcen herausgearbeitet und Problemverhalten ressourcenorientiert umgedeutet (Reframing). Fokussiert man in der Arbeit Probleme, wird man Probleme finden, und dies trägt damit möglicherweise zur Verfestigung dieser bei. In der systemischen Arbeit wird dieser Zustand als »Problem-Trance« bezeichnet. Wer dagegen nach Lösungen sucht, wird Lösungen sehen. Das Ziel besteht darin, die Klienten dabei zu unterstützen, neue, hilfreichere Wirklichkeiten zu erschaffen (Willemse u. Ameln, 2018).

Bei der Problembetrachtung wird durch die Einbeziehung des Kontextes (Systembestandteile) und der Beziehungen untereinander deutlich, dass ein Problem nicht nur innerpsychische Muster abbildet, sondern auch sinnvoll, notwendig, attraktiv, erstrebenswert innerhalb des relevanten Systems sein kann – und dennoch schädlich im Ergebnis. »Die ernsthafte Suche nach dieser *Sinnhaftigkeit* im Handeln des Anderen ermöglichen uns, in Kontakt mit den Klienten zu gehen und zu bleiben, was wiederum die wichtigste Ressource in der systemischen Arbeit darstellt« (Möbius u. Friedrich, 2010, S. 54). Diese authentische, von gegenseitigem Respekt geprägte Beziehung zu den Klienten ist allerdings nicht ausschließlich für den systemischen Ansatz gültig, sondern für alle beraterisch oder therapeutisch arbeitenden Kollegen aller Ausrichtungen.

Der Mensch *konstruiert seine eigene Wirklichkeit*, was somit nicht für allemal Gültigkeit besitzt. Das gilt für einzelne Menschen sowie für alle sozialen Systeme.

So ist aus systemischer Sicht die Wirklichkeit nicht gegeben, sondern immer auch anders möglich. Entsprechend dieser konstruktivistischen Perspektive ist auch das, was das Klientensystem in Therapie oder Beratung über sich erfährt, kein Ausdruck einer Wahrheit, sondern Ergebnis eines Beobachtungs- und Konstruktionsprozesses. Die Idee dieser »gemeinsamen Konstruktion« kann am deutlichsten im sogenannten Reframing aufgegriffen werden. Die Wirklichkeit bekommt einen Sinn erst durch das, was wir in ihr sehen. Daher muss man oft gar nicht die Dinge verändern, sondern ihre Sichtweisen.

1.2 Systemische Therapie

»Konstruktive Psychotherapie gibt sich nicht der Illusion hin, sie könne den Patienten die Welt sehen lassen, wie sie wirklich ist.«

Paul Watzlawick

Systemische Therapie zentralisiert den sozialen Kontext psychischer Störungen und bezieht zusätzlich zum Patienten weitere Mitglieder des für den Patienten bedeutsamen sozialen Systems ein (Sydow, 2007). Sie beschäftigt sich mit Funktionsweisen dieser komplexen dynamischen Systeme, auf deren Grundlage Interventionen für die Veränderung bio-psycho-sozialer Verhaltensmuster entwickelt wurden mit dem Ziel, Leid zu lindern bzw. zu beseitigen. Die Veränderung kann durch eine neue Weltsicht herbeigeführt werden, welche wiederum »nur« eine Konstruktion ist, aber weniger schmerzlich.

Psychische Störungen werden im systemischen Ansatz zirkulär verstanden und behandelt. Statt linearer Kausalität von Krankheits- oder Beziehungsprozessen werden die Wechselbeziehungen in Verhalten und Wahrnehmung zwischen zwei und mehr Menschen, ihren Symptomen sowie ihrer weiteren Umwelt zum Gegenstand des Verstehens und der Veränderung gemacht. Es interessieren somit sowohl die Auswirkungen von Interaktionen auf die Symptome eines Mitglieds als auch umgekehrt die Auswirkungen von Symptomen auf andere Mitglieder und deren Interaktionen (Ochs u. Schweitzer, 2012).

Ziel der systemischen Therapie ist somit, symptomfördernde Interaktionen und Strukturen, *dysfunktionale* Lösungsversuche und starre/einschränkende Sichtweisen infrage zu stellen und die Entwicklung neuer, gesundheitsfördernder Interaktionen, Lösungsversuche und Sichtweisen anzuregen. Im praktischen Vorgehen finden sich beispielsweise zirkuläre Fragen zum Zusammenhang zwischen Symptomen und Beziehungen, positives Umdeuten von Symptomen mittels Reframing-Techniken, symbolisch-metaphorische Methoden wie Genogramm und Familienskulptur sowie spezielle Schlussinterventionen und Neuinszenierungen von Familienritualen (Schlippe u. Schweitzer, 2014).

1.3 Systemische Diagnostik

Im Rahmen der systemischen Diagnostik werden weniger die Symptome fokussiert, sondern die zirkulären Mechanismen, welche zur Aufrechterhaltung der Symptome führen. Systemische Diagnostik hat in Anlehnung an Perrez und Waldow (1984) drei *Funktionen*: (1) Qualitative und quantitative *Beschreibung* vom Klientensystem. Es werden beobachtbare Strukturen und Zusammenhänge konstruiert sowie Muster bisheriger Lösungsversuche erkannt. Diese Konstruktion bezieht sich stets auf einen begrenzten Zeitraum und muss somit veränderbar bleiben (Flexibilität und Prozessorientierung). (2) Suche nach vorhergehenden Bedingungen zum Zwecke der *Erklärung* des zu Erklärenden. Diese Erklärung ist theoriegeleitet und zeichnet beobachtbare Dynamiken nach. Generell ist zu berücksichtigen, dass sich lückenlose Systemkenntnis nicht realisieren lässt. (3) *Statusdiagnostik* zu Selektionszwecken: dies ist zwar nicht vorrangig, aber eine Vorstellung von den Systemzusammenhängen nützt allen weiteren Entscheidungen. Das Verschaffen eines Überblicks über die Probleme, die Persönlichkeit, das Verhalten, die Lebensumstände, die Sozialisation des Klienten dient dem Berater bzw. Therapeuten als Orientierungshilfe. Dabei wird Komplexität reduziert. »Von Reduktion der Komplexität sollte man [...] immer dann sprechen, wenn das Relationsgefüge eines komplexen Zusammenhangs durch einen zweiten Zusammenhang mit weniger Relationen rekonstruiert wird« (Luhmann, 1984, S. 50). Diese Funktionen verdeutlichen, dass systemische Diagnostik ebenso wie jede andere Diagnostik zielgerichtet ist. Sie sollte aber immer nur auf Basis der systemischen Grundhaltung ausgeübt werden. Ihre Ressourcenfokussierung verdeutlicht, dass es stets sinnvoll ist, ungerichtet zu testen.

1.4 Kritik am systemischen Ansatz

Als Kritikpunkt am systemischen Ansatz stößt man wiederholt auf den Vorwurf der fehlenden Seriosität. Hier ist gemeint, dass alltagssprachliche Begriffe verfremdet werden und somit eine typische Fachsprache aus akademisch scheinenden Wortschöpfungen verwendet wird. Diese Fachsprache immunisiert gegen Kritik. Beispiele für derartige Wortschöpfungen sind: Persönlichkeits- und Beziehungsdynamiken, Wirklichkeitslogik, unterschwellige Grundgefühle, Orientierungsdaten, identitätslose Beliebigkeit, Kulturkompetenz, nicht bewältigte Komplexität, wirklichkeitskonstruktive Traumarbeit, systemische Didaktik, Sinnerzählung, wirklichkeitsanalytische Perspektive etc. (Schmid, 2004). Ferner bestehe ein blinder Fleck der systemischen Beratung in der Immunisierung gegen Erfolg und Misserfolg der Beratung. Systemische Berater halten sich aufgrund ihrer Vorstellungen von der Autopoiesis (s. o.) des Klientensystems diesbezüglich zurück. Man zieht sich auf die Aussage zurück, dass man irritie-

ren kann, dass es aber von dem Klientensystem abhängt, wie es die Irritation aufgreift (Pelz, 2019). Somit lässt sich bei systemischen Beratern vermuten, dass sie sich mit ihrer Zurückhaltung in Bezug auf Erfolgskriterien gegen die Gefahr des Scheiterns schützen.

Im Rahmen dieser Übersichtsarbeit wird allerdings dem Thema »Diagnoseablehnung« die größte Aufmerksamkeit geschenkt. So lässt anmuten, dass der Verzicht auf Diagnosen ein »sich Loslösen« aus der Verantwortung zum Ziel haben könnte. Wobei maßgebend hier sicherlich die individuumszentrierte Schuldzuweisung vermieden werden soll.

2 Psychiatrische Diagnostik

*»Die Prophezeiung des Ereignisses
führt zum Ereignis der Prophezeiung.«
Paul Watzlawick*

Die meisten Menschen – unabhängig davon, ob sie vom Fach sind oder nicht – denken bei dem Begriff »Diagnostik« an die zwei am stärksten verbreiteten und restriktiven Herangehensweisen: die medizinische Denkweise und das psychiatrische Störungsmodell. In der medizinischen Denkweise wird das Krankheitsmodell im Rahmen nosologischer (die Nosologie betreffend = Krankheiten systematisch beschreibend) Diagnostik gesehen. Im psychiatrischen Störungsmodell wird ebenfalls systematisch und weitgehend objektiv (dieser Meinung sind zumindest die entsprechenden Praktiker) beschrieben. Die Operationalisierung findet sich in den Klassifikationssystemen (ICD und DSM) wieder. Diese operationalisierbaren Störungsbilder sind, soweit man sich eng an den Kriterien orientiert, angeblich äußerst messgenau (Reliabilität). Fraglich ist allerdings, ob sie das für eine Behandlung und besonders für das entsprechende System Relevante erfassen. Also messen diese, Experten zufolge, das, was sie vorgeben zu messen (Validität). Es ist aber infrage zu stellen, ob die Validität dieser Diagnosen gegeben ist (siehe hierzu auch die zwei Fehlerarten beim Diagnostizieren). Spitzcok von Brisinski (1999) schrieb bereits, dass es im Grunde egal sei, ob man Diagnosen vergebe oder nicht. Die Frage sei, wie man damit umgehe. Diagnosen haben auch in der systemischen Therapie zumindest die Funktion der Hypothesengenerierung, wobei Systemiker sich hier der Flexibilität aufgestellter Hypothesen bewusst sind (u. a. Borst u. Sydow, 2018).

Aus dem Beratungsverfahren gemäß § 135 Absatz 1 SGB V (vertragsärztliche Versorgung) des Gemeinsamen Bundesausschusses (2018) wird ersichtlich, dass Psychotherapie nur dann eine Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist, wenn sie dazu dient, eine *Krankheit zu erkennen*, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Psycho-

therapie kann im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinien nur erbracht werden, soweit und solange eine seelische Krankheit vorliegt. Das bedeutet, dass Systemiker zukünftig aufgefordert sind, Diagnosen zu stellen, um die Finanzierung des weiteren Arbeitsverlaufs sicherstellen zu können.

2.1 Nützlichkeit von Diagnosen

Allein aus dieser Finanzierungsnotwendigkeit ergibt sich ihre Berechtigung – zumindest heutzutage noch. So ist nach Borst (2003, Borst u. Sydow, 2018) »eine Diagnose die Eintrittskarte für die stationäre Behandlung und eine wichtige Legitimation für andere Leistungen der Sozialversicherungen«. Da die ICD bzw. das DSM aber Störungen rein phänomenologisch klassifizieren, was keinerlei Auskunft beispielsweise über die Funktion, die diese Phänomene für das System haben, gibt, ist es umso wichtiger, sich beim »Diagnostizieren« folgende von Borst (2003, Borst u. Sydow, 2018) gesammelte Fragen zu stellen: »Was ist das Ziel der Diagnosestellung? Welche Bedeutung hat die Diagnose für die Beteiligten? Für wen ist die Diagnose wichtig? Welche Fragen beantwortet diese? Welche Informationen glaubt man, dadurch zu gewinnen? Was sollen die Diagnose und die einzelnen Symptome mitteilen und wem? Welche Entwicklungen behindert die Diagnose und bei welchen Entwicklungen hilft sie? Was mutet man dem Patienten alles nicht zu aufgrund der Diagnose?«.

Ferner dienen psychiatrische Diagnosen – wie oben bereits erwähnt – als *Orientierungshilfe zur Hypothesenbildung*. Selbst bei systemischer Ausrichtung sind diese zur Orientierung dienlich. Umfangreiche Kenntnisse der Psychopathologie helfen den Praktikern, die Patienten zu verstehen und zu erkennen, was sie vom Therapeuten brauchen. Dies bedeutet wiederum nicht, dass man ausschließlich mit der Diagnose als alleinige Informationsquelle arbeitet. Abschließend helfen Diagnosen bei der *Kommunikation zwischen Fachleuten* (Borst u. Sydow, 2018, Kap. 7). Somit stellt die psychiatrische Diagnostik zwar teilweise ein notwendiges, aber kein erschöpfendes Konzept dar.

Kritisch zu betrachten ist, dass beim »Diagnostizieren« oft lediglich der primäre Krankheitsgewinn fokussiert wird (bspw. im Sinne einer Spannungsabfuhr bei Trichotillomanie). Bei zirkulärer Betrachtung haben Störungen bzw. Symptome aber einen Sinn, und es stellt sich die Frage, für welches Problem das Symptom eine Lösung sein könnte. So existieren neben dem primären auch ein sekundärer sowie tertiärer Gewinn. Zu dem sekundären Gewinn zählt das, was von der sozialen Umwelt erhalten wird (Zuneigung, Aufmerksamkeit etc.), und der tertiäre Gewinn ist der Gewinn für das soziale System durch das Symptom des Betroffenen. Der sekundäre Krankheitsgewinn ist in allen Therapieschulen schon lange integriert, lediglich der tertiäre wird oft außer Acht gelassen und fast ausschließlich im systemischen Arbeitsfeld integriert.

Heutzutage wird zudem stark debattiert, ob das klassische psychiatrische Störungsmodell so noch haltbar ist. Die Diskussionen betreffen hauptsächlich die *kategoriale* Betrachtungsweise psychischer Störungen. So sind heute viele Fachleute der Meinung, dass psychische Erkrankungen nicht mehr kategorial betrachtet werden dürfen, sondern eine *dimensionale* Betrachtung erfahren müssen (siehe hierzu Fehler erster und zweiter Art bei der Diagnosestellung). Eine dimensionale Betrachtung bringt aber viele Erschwernisse mit sich, vor allem in der praktischen Umsetzung, da die Funktion der Selektion (s. o.) und somit auch der Finanzierung erschwert wird.

Die Problematik der *Etikettierung* von Menschen und somit der Folge daraus, dass das Label zur Störung führe (siehe zahlreiche Quellen zum Labeling-Approach), beschreibt zwei Schwierigkeiten. Einerseits die Entmenschlichung durch die Etiketten und andererseits die Förderung der Merkmalsmuster durch die Etikette. Beides sind bereits mehrfach wissenschaftlich belegte Aspekte. Ferner ist die *Defizitorientierung* von Diagnosen nicht von der Hand zu weisen (siehe ICD und DSM). Hierbei zentralisieren Diagnosen deren Inhalte und lassen Umwelt- bzw. Umfeldaspekte zu stark außer Acht. Die Kritik, dass trotz der Bedeutung des sozialen Umfeldes die Beschreibung von Störungen individuumzentriert ist, wird teilweise durch die aktuellen idiografischen Entwicklungen ausgehebelt, nicht aber die Verortung der Störung innerhalb der Person.

2.2 Haltung zur Nützlichkeit von Diagnosen in der systemischen Arbeit

Erfahrene Praktiker und Ausbilder des systemischen Ansatzes äußern ebenso, dass Diagnosen nützlich sein können. Man sollte allerdings zwischen psychiatrischen Diagnosen und genereller standardisierter Diagnostik unterscheiden. Für die Qualitätssicherung ist laut Sydow (Borst u. Sydow, 2018) standardisierte Diagnostik unverzichtbar (Borst u. Sydow, 2018). Bei der Verwendung von Diagnosen sollte allerdings die Art und Weise des Umgangs damit stärker zentralisiert sein. So sagt beispielsweise Rainer Schwing (Leiter des Praxis Institutes Hanau): »Diagnosen sind für mich vage Richtungszeiger, die mir helfen, klinisches Erfahrungswissen für den Fall zu aktivieren und gesprächsfähig zu sein mit KollegInnen anderer Fachrichtungen. Ansonsten unterscheide ich zwischen psychologisch-psychiatrischer Diagnostik, die einordnet, und Zugangsdiagnostik (ich schaue und überprüfe, wie ich Zugang zum System bekomme) und Entwicklungsdiagnostik (ich beobachte, welche Impulse entwicklungsfördernd sind und lerne daraus). Diese beiden letzteren sind für mich zentrale Arbeitsmittel für systemisches Arbeiten. Mit anderen Worten: Wenn ich weiß, dass ein Klient als depressiv diagnostiziert wird, weiß ich noch lange nicht, was ihm genau weiter helfen wird. Das muss ich mit systemischer Neugier jedes Mal wieder neu herausfinden.« In einem Artikel (Schwing, 2014) ergänzt er zudem, dass

Diagnosen (Ableitungen aus den Informationen, welche in der gemeinsamen Interaktion entstehen) als diagnostische Hypothesen zusammengefasst werden. Und Hypothesen wiederum als vorläufige Konstruktionen im gemeinsamen Arbeitsprozess gesehen werden, welche wir als pragmatische Handlungsorientierung nutzen. Hypothesen sollten seiner Meinung nach stets offen bleiben für Korrektur und Veränderungen. Das setze eine experimentelle Lernhaltung der Therapeuten voraus, indem sie aus den Reaktionen der Klienten lernen, welche Hypothesen nützlich und welche Interventionen hilfreich und entwicklungs-fördernd seien. Dieses Vorgehen schließe seiner Meinung nach eine apparative Diagnostik oder Testdiagnostik nicht aus, wo sie indiziert ist.

2.3 Folgen zu starrer psychiatrischer Diagnostik

Kritisch zu betrachten ist, unabhängig von der generellen Kritik am (starren) psychiatrischen Störungsmodell, menschliches Verhalten zur Vergleichbarkeit messen zu wollen. Nach Meinung der Autorin muss menschliches Verhalten stets in irgendeiner Art und Weise »abgebildet« werden, um damit in Interaktion arbeiten zu können. Wir können nicht in Menschen hineinsehen, weshalb die Möglichkeit der Sichtbarkeit (in jeglicher Form verbal, gestalterisch etc.) ihrer Gedanken, Gefühle, Motive, Einstellungen etc. von großer Bedeutung für die beraterische sowie therapeutische Praxis ist. Dieses »Abbilden« sollte einige grundlegende Gütekriterien erfüllen, nicht zuletzt, um etwaigen Verzerrungen stärker entgegenzuwirken. Aber auch, um den subjektiven Einfluss des Beraters bzw. Therapeuten zu reduzieren und somit die Treffsicherheit der Diagnosen bzw. Hypothesen zu erhöhen (unabhängig ihrer Reversibilität).

Diese grundlegenden *Gütekriterien* dienen der Qualitätsprüfung etwaiger Erfassungsmethoden, worunter jegliche Methode fällt, die innerpsychische Anteile ins Außen verlagert. Hierunter sind alle psychologisch-diagnostischen Instrumente wie Testverfahren (worunter laut Ansicht der Autorin wiederum auch visualisierende systemische Methoden fallen), Interviews oder Verhaltensbeobachtungen gemeint. Also alle Methoden, mithilfe derer man Aussagen über das »Innenleben« eines Klienten trifft.

Eine Methode gilt dann als *objektiv*, wenn sie denjenigen Aspekt (hier auch Muster gemeint), den sie vorgibt zu messen, unabhängig von Methodenleiter, Methodenauswerter und von der Ergebnisinterpretation, misst. Da aber bereits jeglicher Kontakt zwischen Berater/Therapeut und Klient subjektive Anteile des Beraters/Therapeuten beinhaltet, Interaktion stets auch Veränderung zur Folge haben kann und Muster kontextabhängig sind, ist Objektivität aus systemischer bzw. konstruktivistischer Sicht eine Illusion. Es fließt stets auch die Wirklichkeit des Beraters in die Interaktion und die Folgen der Interaktion mit ein. Einzige Variationsquelle sollte aber der Klient/das System sein, um Objektivität gewähr-

leisten zu können. Dann wäre auch die Standardisierung und somit die Objektivität einer Methode optimal. Orientiert am gemäßigten Konstruktivismus wird ein *multiperspektivischer Ansatz* vertreten, welcher obige Aussage untermauert. Demgemäß ist nämlich das (psychosozial) Wahrgenommene nicht »an sich« beobachtbar, sondern abhängig von den Perspektiven derer, die dieses System beobachten. Deshalb neigen unterschiedliche Beobachter dazu, dieselben Systeme zumindest teilweise unterschiedlich zu beschreiben (Baumann u. Eppele, 2013). Das führt aber wiederum – wie oben bereits erwähnt – dazu, dass keine Objektivität existieren kann.

Wie unter anderem in Bühner (2011) sowie Moosbrugger und Kelava (2012) nachzulesen, ist eine Methode dann *reliabel*, wenn sie das, was sie vorgibt zu messen, exakt, das heißt ohne Messfehler misst. Messfehler beinhalten unter anderem, in welcher Tagesverfassung sich jemand befindet, und sind daher nicht vollständig vermeidbar. Wichtig ist dieser Aspekt, da bei konstant gehaltenen Durchführungsbedingungen davon auszugehen ist, dass Einbußen in der Reliabilität inhaltlich begründbar sind (was wiederum Grundlage der aufgestellten Hypothesen ist) und wir somit nicht fälschlicherweise ein einmaliges Schlafdefizit des Klienten mit einer generellen Schlafproblematik verwechseln. Es ist aber generell sehr schwierig, menschliches Verhalten sicher zu klassifizieren, denn es existiert keine hundertprozentige Treffsicherheit. Auf Prognosen bezogen (wobei dies genauso auf Gegenwartaussagen zutrifft), leidet jeder Klassifikationsversuch (Grundlage für Selektionsentscheidungen) unter *zwei Arten von Fehlern*. Entweder tritt das erwartete Verhalten ein, ohne dass es vorhergesagt wurde (ohne dass die entsprechenden Kriterien vorlagen bzw. diese erkannt wurden; *Falsch-Negative*). Oder das erwartete Verhalten tritt nicht ein, wobei es vorhergesagt wurde (die entsprechenden Kriterien vorlagen bzw. diese fälschlicherweise identifiziert wurden; *Falsch-Positive*). Diese Problematik ist auf die systemische Vorgehensweise ebenso übertragbar, da auch die Hypothesenbildung unter diesen zwei Arten von Fehlern leidet. Ferner geht der eine Fehler immer auf Kosten des anderen und die Entscheidung wird maßgeblich von den möglichen Konsequenzen beeinflusst. So würde man sich bei mehreren aufeinanderfolgenden Diagnoseschritten zunächst eher für den Fehler der Falsch-Positiven entscheiden. In folgenden zirkulären Schritten, kann dieser Fehler dann weiter reduziert werden, um so von vornherein den Fehler der Falsch-Negativen gering zu halten (siehe hierzu auch Schritte der Hypothesenbildung, Schwing, 2014).

Ferner gilt eine Methode dann als *valide*, wenn sie das, was sie vorgibt zu messen, auch wirklich misst und nicht irgendetwas Anderes. Die Validität ist somit das wichtigste Gütekriterium. Liegt eine hohe Validität vor, so kann von dem Verhalten in der eingesetzten Methode auf das nicht unmittelbar beobachtbare Verhalten geschlossen werden. Somit sollten wir mit dem Familienbrett auch tatsächlich die Beziehungen zwischen den Familienmitgliedern und nicht bei-

speilsweise nur das spielerische Verhalten des Klienten in der Beratungssituation erfassen. Ferner sollte die Aufstellung mittels Familienbrett vergleichbar sein mit der Familienaufstellung mit realen Personen, wenn das Beobachtbare ein zulässiger Indikator für die individuelle Ausprägung des nicht direkt Beobachtbaren ist. Und wenn von den Antworten innerhalb der Erhebungssituation erfolgreich auf ein Verhalten außerhalb der Situation geschlossen werden kann, ist eine Methode kriteriumsvalide (wenn z. B. die ermittelten Beziehungsdynamiken mittels Familienbrett auch mit den realen Beziehungsdynamiken innerhalb der Familie übereinstimmen).

Psychiatrische Diagnosen bzw. ihre Klassifikationsmanuale sind nicht ausreichend objektiv, reliabel und valide. Da ihre Konstruktion auf Expertenmeinungen basiert, sind sie in erster Linie inhaltsvalide, womit allerdings eine Überprüfung der Konstrukt- und Kriteriumsvalidität in einer Tautologie mündet, da anhand dieser Manuale wiederum die Klassifikation zur Überprüfung der Kriteriumsvalidität stattfindet.

3 Psychologische Diagnostik

*»Der Mensch findet zuletzt in den Dingen nichts wieder,
als was er selbst in sie hineingesteckt hat.«
Friedrich Nietzsche*

Was ist nun Diagnostik aus psychologischer Sicht? Die Wörter Diagnose und Diagnostik gehen zurück auf das griechische Verb »diagignoskein«, welches unterschiedliche Aspekte eines kognitiven Vorgangs bezeichnet, vom Erkennen bis zum Beschließen. Das Verb bedeutet »gründlich kennen lernen«, »entscheiden« und »beschließen« (Fisseni, 1990). Die ursprüngliche Wortbedeutung (»dia«: hindurch bzw. auseinander und »gnosis«: Erkenntnis) weist darauf hin, dass es sich bei Diagnostik um eine Erkenntnisgewinnung handelt. Und diese zur Unterscheidung zwischen Objekten dient. In jeglichen Disziplinen (Technik, Medizin, Psychologie) ist Diagnostik keine Informationssammlung zum Selbstzweck, sondern hat das Ziel, »Handeln zu optimieren«. Psychologische Diagnostik als eine anwendungsbezogene Methodenlehre im Dienste der Psychologie verfolgt das Ziel, intraindividuelle Merkmale und Veränderungen einschließlich ihrer jeweiligen Bedingungen so zu erfassen, dass hinlänglich präzise Vorhersagen künftigen Verhaltens und Erlebens sowie deren eventuelle Veränderungen in definierten Situationen möglich werden bzw. interindividuelle Unterschiede im Erleben und Verhalten zu erfassen sind (Schmidt-Atzert u. Amelang, 2012). Psychologische Diagnostiker sind sich einig, dass psychologische Diagnostik, »die Informationssammlung zur Beantwortung einer Fragestellung« bedeutet.

Kombinieren wir alle hier genannten Aspekte, haben wir als Definition für psychologische Diagnostik ein »gründliches Kennenlernen zur Beantwortung einer Fragestellung«.

Um das Gegenüber verstehen zu können, muss man sich ein Bild über das Innenleben des zu Verstehenden machen. Da man keinen direkten Einblick in dieses hat, muss man sich bestimmter Methoden bedienen. Dies geschieht aber nach Ansicht der Autorin nicht – wie Hans Lieb postuliert (Lieb, 2014, S. 142) – aufgrund der Auswertung eigener Erfahrungen (gerade diese Subjektivität sollte so weit wie möglich vermieden werden), sondern durch Hypothesen zu bekannten (gruppenspezifisch analysierten) Zusammenhängen und durch immer wieder zu überprüfenden Hypothesen (mittels Rückkoppelungsschleifen) in Zusammenarbeit mit dem Betroffenen. Hier wird die Expertise des zu Verstehenden über sein eigenes Handeln und Denken in die Analyse mit einbezogen.

Während bei der psychiatrischen Diagnosestellung die Ursache dieser nicht interessiert (Borst, 2003), ist sie im Rahmen der psychologischen Diagnostik bzw. bei der Beratung und Therapie der Betroffenen sehr wichtig. Da ebenso der Sinn des Symptoms hohe Relevanz hat, ist eine umfangreichere Informationssammlung anzustreben, um adäquate Hypothesen aufstellen zu können (s. u. idiografischer Ansatz).

3.1 Der diagnostische Prozess

Der psycho-diagnostische Prozess ist eine vorstrukturierte Abfolge von Maßnahmen zur Gewinnung diagnostisch relevanter Informationen und stellt keinen linearen Prozess dar, wie häufig von fachfremden Personen vermutet wird. So enthält der Prozess in jeder Stufe sogenannte Rückkoppelungsschleifen, welche erlauben, vorherige Feststellungen durch Hinzunahme neuer Informationen neu zu definieren. Vergleicht man diesen Prozess mit dem von Schwing (2014) vorgestellten Prozess der Hypothesengenerierung bzw. Informationssammlung im Rahmen systemischer Erstgespräche, ist ihre Ähnlichkeit eindeutig zu erkennen. So können aufgestellte Hypothesen durch neu gewonnene Informationen immer wieder ergänzt oder korrigiert werden. Ebenso verhält es sich in der psychologisch-diagnostischen Praxis. Hier können und sollten Verdachtsdiagnosen im Prozess durch neue Informationen falsifiziert und somit im Verlauf neu aufgestellt werden. Allerdings lassen viele sogenannte Psychometriker die individuellen Aspekte einer Person beim psycho-diagnostischen Prozess stark außer Acht. Sie sind der Meinung, dass vieles objektiv messbar sei und vergessen dabei, dass wissenschaftliche Erkenntnisse gruppenstatistische Ergebnisse sind, die oft nicht auf den Einzelfall übertragbar sind (siehe hierzu Fehler 1. und 2. Art). Das führt dazu, dass diese ebenso zu wenig flexibel mit der nachträglichen Modifikation von Hypothesen umgehen.

3.2 Idiografisches Vorgehen

Die psychologische Diagnostik wird immer wieder im Rahmen ihrer Ablehnung oder Bemängelung stark auf ein rein nomothetisches Vorgehen reduziert. Nomothetisch (von griechisch *nomos*: »Gesetz« und *thesis*: »aufbauen«) bezeichnet eine Ausrichtung, bei der die Arbeitsgrundlage allgemeingültige Gesetze darstellt. Ihre Methoden sind reduktionistisch und die erhobenen Daten quantitativ. Somit beschränkt sich jegliche Kritik auf zentrale Aspekte nomothetischer Psychometrie. Heutzutage ist dieser Ansatz aber nicht mehr »up to date«. So wird bereits in einigen psycho-diagnostischen Tätigkeitsbereichen rechtlich eine idiografische Vorgehensweise gefordert (bspw. Rechtspsychologie). Idiografisch (von griech. *idios*: »eigen« und *graphein*: »beschreiben«) ist eine Ausrichtung, bei der die Arbeit die umfassende Analyse konkreter, zeitlich und räumlich einzigartiger Aspekte ist. Idiografisch bedeutet somit »durch individuelle Rekonstruktion erklärend«. Diese idiografische Herangehensweise verlangt ein individuelles Vorgehen, um alle notwendigen Besonderheiten des Einzelfalls erfassen zu können. Aber auch ein regelgeleitetes Vorgehen muss bis zu einem bestimmten Grad gegeben sein, um wissenschaftlichen Standards zu genügen und somit auch eine gewisse Willkür oder Intuition des Beraters auszuschließen. Beide Herangehensweise stehen sich in gewisser Weise im Weg, da zunehmende Kontrollierbarkeit nur mit zunehmender Reglementierung zu erzielen ist. Dies wiederum geht auf Kosten der nötigen Freiheitsgrade, die erforderlich sind, um individuelle Eventualitäten mit zu berücksichtigen. Somit wären wir hier erneut bei der oben bereits erwähnten unausweichlichen Reduktion der Komplexität in der Einzelfallbehandlung. Diagnosen könnten eher so betrachtet werden, dass mit ihnen objektive Standards eingehalten, aber innerhalb dieser Raum für individuelle Gegebenheiten gelassen wird. Da die Diagnosen die Situation des entsprechenden Klienten nicht erschöpfend beschreiben (können), es aber zwingend notwendig ist, ein auf den Einzelfall zugeschnittenes Erklärungsmodell zu erstellen, um auf dieses individuelle Modell die Behandlung zu adaptieren, muss die idiografische Vorgehensweise unabdingbar sein. Der wichtigste Vorteil einer idiografischen Methodik ist die Möglichkeit, individuellen Aspekten bzw. Besonderheiten (jeglicher Art) im Rahmen der Beratung bzw. Therapie einen Raum zu geben und gleichzeitig ein Mindestmaß an wissenschaftlicher Fundierung und Kontrollierbarkeit zu wahren. So wird das Umfeld bei einer idiografischen Vorgehensweise mit einbezogen. Es ist im Grunde dem Diagnostiker/Praktiker überlassen, welche Informationen er fallspezifisch für relevant hält, was somit auch die Erhebung etwaiger Umweltinformationen beinhaltet, welche im Rahmen systemischer Arbeit von großer Bedeutung sind.

Grenzen einer zu stark einfallbezogenen Herangehensweise stellen sicherlich die mangelnde Transparenz und Nachvollziehbarkeit dar. Dies ist auch Ursprung der mangelnden Umsetzbarkeit, die Güte systemischer Methoden zu er-

mitteln. Hierzu muss nämlich eine intersubjektive Vergleichbarkeit herstellbar sein, was nicht möglich ist. Für den behandelnden Systemiker ändert sich nichts – zumindest wenn dieser weiterhin den Fokus auf die Sammlung einzelfallspezifischer Informationen legt.

4 Psychologische Diagnostik und systemische Denkweise

Sind psychologische Diagnostik und systemisches Denken vereinbar? Jedem wird die Antwort auf die zunächst undifferenzierte Frage klar sein, wenn man die Begriffe adäquat ersetzt und die Frage umformuliert: »Sind (oft visualisierende) Informationsgewinnungsmethoden mit einem Informationsgewinnungsprozess vereinbar?«: So lautet die Antwort eindeutig: »Selbstverständlich!« Deutlich schwieriger wird die Antwort hingegen, wenn man die Frage in die heutige, stark naturwissenschaftlich ausgerichtete Sicht der Psychologie übersetzt: »Sind nicht-evaluierte, zum Teil projektive Methoden mit einem Informationsgewinnungsprozess vereinbar, welcher mit einzelfallspezifischer Komplexität stets reduktionistisch umgeht?« Hier würde die Antwort lauten: »Ja, aber ...«. Und genau das scheint eher die Debatte anzuheizen.

Auf der einen Seite verlieren wir mit dem steten Weg der Psychologie von den Geisteswissenschaften hin zu den Naturwissenschaften immer mehr den Blick für den Einzelnen. Der Druck alles belegen zu müssen, erlaubt uns nur noch in gruppenstatistischen Zusammenhängen zu denken. Hierbei müssen individuelle Aspekte zu Gunsten von gruppenstatistisch zu ermittelnden Werten weichen. Diese stark reduktionistische Vorgehensweise führt dazu, dass wir individuellen Informationen keine oder wenig Beachtung schenken (können). Auf der anderen Seite steht die rein einzelfallzentrierte (hier auch System mit inbegriffen) Informationssammlung, welche aufgrund der hohen Komplexität sowie Subjektivität nicht oder nur schwer evaluiert bzw. validiert werden kann. Dies ist ebenfalls das fortwährende Problem projektiver bzw. symbolisch-metaphorischer Methoden. Anders formuliert, stehen auf der einen Seite die, die alles objektiv und genau gemessen haben wollen (wissenschaftlich tätige Psychometriker) und auf der anderen Seite die, die individualspezifische und somit subjektive Anteile der Klienten erfassen wollen. Aus Sicht der Autorin kann die Kombination verschiedener schulübergreifender Aspekte eine Lösung bieten. Verbinden wir die systemische Grundhaltung mit dem idiografischen Vorgehen inklusive des Zulassens etwaiger Rückkoppelungsschleifen und wechseln von einem kategorialen zu einem dimensional Denken, würde man vor allem den Klienten gerechter werden.

Beim »Diagnostizieren« folgt aber ein weiterer kritisch zu betrachtender Aspekt: die Etikettierung (s. o.). Ein erster Schritt weg von der Labelingproblema-

tik und hin zur systemischen Grundhaltung ist sicherlich die nicht kategoriale (Störung versus Nicht-Störung) Betrachtung der Persönlichkeit und somit der »Störung«, sondern die dimensionale. Hierbei kann auch der Leidensdruck der Person mitskaliert werden und in Zuschreibungen einfließen. Es ist ohnehin mittlerweile äußerst fraglich, ob ein kategoriales Zuordnungssystem existieren sollte. Nach Ansicht der Autorin existieren real gar keine global (individuumübergreifend) erfassbaren bzw. sinnvoll treffsicheren Grenzwerte für psychische Auffälligkeiten. Wir sollten die einzelnen Störungsbilder nicht mehr als »Störung« betrachten, sondern als dimensionale Ausprägungen auf einem Kontinuum. Eine gewisse Ausprägung oder gar Akzentuierung einer Störung liegt bei jedem Menschen vor – die Frage ist lediglich, wie stark die Ausprägung ist und ob sie zu subjektivem Leiden führt.

Nach Ansicht der Autorin beschäftigen sich zu viele Experten damit, Unterschiede zu finden, statt sich darauf zu konzentrieren, Gemeinsamkeiten zu erkennen und auf Basis dieser Gemeinsamkeiten, einheitlichere Lösungsansätze zu entwickeln. Eine eindeutige Grenze der systemischen Therapie ist der vermittelte Anschein, dass manchmal im »luftleeren Raum« versucht wird zu beraten/therapieren, was eine unseriöse Vorgehensweise darstellt. Gleichzeitig darf man nicht die Schwäche von Psychometrikern vergessen, dass ein völliges Außerachtlassen der individuellen Aspekte dem Individuum und der Treffsicherheit nicht gerecht wird. Beim idiografischen Vorgehen geht es um Mut, sich auf die Komplexität und Subjektivität von Situationen/Personen/Systemen einzulassen, um somit einzelfallspezifischer »Erkennen« zu können. Die systemische sowie die idiografische Vorgehensweise haben gemeinsam, dass es sich um eine scheinbar nicht erfassbare Komplexität der Informationsmöglichkeiten handelt. Diese dennoch umzusetzen, ist genau das, was in der praktischen Arbeit jeden einzelnen Fall so spannend macht, und was bereits in der universitären Lehre angeleitet werden sollte. Im Folgenden soll ein Vorschlag skizziert werden, wie dies im Fach Psychologie umgesetzt werden kann.

5 Skizzierung eines Veranstaltungskonzeptes

Aus Sicht der Autorin sind die systemische Grundhaltung und systemische Methoden im Rahmen bestehender universitärer Lehrveranstaltungen zur psychologischen Diagnostik ebenso vermittelbar wie Grundhaltungen anderer psychologischer Richtungen (wie bspw. der personenzentrierte Ansatz nach Carl Rogers).

In jeglichen Veranstaltungen zu psychodiagnostischen Verfahren geht es um die Lehre von Informationserhebungsmethoden, welche in der psychologischen Praxis zur Anwendung kommen. Hierunter fallen (1) Testverfahren (wozu psychometrische Tests sowie projektive Verfahren gehören), (2) Interviews (mit al-

len schulübergreifenden Gesprächsführungstechniken) und (3) Verhaltensbeobachtungen (sowohl strukturierte als auch freie). Lehre in der Psychologischen Diagnostik wird arbeitsbereichübergreifend angeboten (u. a. klinischer, pädagogischer, arbeits- und organisationspsychologischer und forensischer Kontext) und sollte nach Ansicht der Autorin ebenso systemische Methoden enthalten. Hier besteht die Möglichkeit, neben der Vermittlung der systemischen Grundhaltung (zumindest erste Schritte davon), visualisierende Methoden wie das Familienbrett oder die Timeline zu implementieren. Dies wäre wiederum kombinierbar mit der Verhaltensbeobachtung (Verhaltensbeobachtung und -beurteilung bei verschiedenartigen diagnostischen bzw. Informationsgewinnungsverfahren). Ebenso sollen systemische Gesprächsführungstechniken, wie das zirkuläre Fragen, das Reframing oder Fragen zu Ausnahmen des Problems, stärkeren Einzug in diese Veranstaltungen finden und in Kleingruppenübungen ausprobiert werden (sowohl theoretische als auch praktische Vermittlung). Ferner ist es möglich, die Anwendung veranstaltungsbegleitend im Feld zu üben und in den Folgesitzungen die Fälle im Plenum vorzustellen, zu besprechen und aufzuarbeiten.

Literatur

- Baumann, S., Epple, H. (2013). Zugänge und Anwendungen systemischer Diagnostik. In S. B. Gahleitner, K. Wahlen, O. Bike-Hentsch, D. Hillenbrand (Hrsg.), *Biopsychosoziale Diagnostik in der Kinder- und Jugendhilfe: Interprofessionelle und interdisziplinäre Perspektiven* (S. 210-221). Stuttgart: Kohlhammer.
- Borst, U. (2003). Diagnostik und Wissen in der psychiatrischen Klinik: Bis wohin nützlich, ab wann hinderlich? *Familiendynamik*, 28, 201-218.
- Borst, U., Sydow, K. von (2018). *Systemische Therapie in der Praxis*. Weinheim: Beltz.
- Bühner, M. (2011). *Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion* (3., aktual. Aufl.). München: Pearson.
- Cierpka, M. (1989). Das Problem der Spezifität in der Familientherapie. *System Familie*, 197-216. Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie, Systemische Gesellschaft (2014). Stellungnahme von DGSF und SG zur Bewertung der Systemischen Therapie als Psychotherapie-Verfahren bei Erwachsenen gemäß § 135 Abs. 1 SGB V anhand des Fragebogens des G-BA.
- Fiegl, J., Reznicek, E. (2000). Diagnostik in der systemischen Therapie. *Diagnostik in der Psychotherapie* (S. 235-245). Wien: Springer.
- Fisseni, H. J. (1990). *Lehrbuch der psychologischen Diagnostik*. Göttingen: Hogrefe.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2018). *Systemische Therapie bei Erwachsenen als Psychotherapieverfahren. Beratungsverfahren gemäß § 135 Absatz 1 SGB V (vertragsärztliche Versorgung)*.
- Lieb, H. (2014). *Störungsspezifische Systemtherapie – Konzepte und Behandlung*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Luhmann, N. (1984). *Soziale Systeme. Grundriß einer allgemeinen Theorie*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Möbius, T., Friedrich, S. (Hrsg.) (2010). *Ressourcenorientiert Arbeiten – Anleitung zu einem gelingenden Praxistransfer im Sozialbereich*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

- Moosbrugger, H., Kelava, A. (2012). *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion* (2. Aufl.). Berlin: Springer.
- Ochs, M., Schweitzer, J. (2012). *Handbuch Forschung für Systemiker*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Pelz, W. (2019). *Systemisches Coaching und Systemische Beratung: Eine kritische Analyse*. Wissenschaftliches Gutachten. Gießen: THM Business School.
- Perrez, M., Waldow, M. (1984). Theoriegeleitete Verlaufsdiagnostik im Bereich der Psychotherapie. In G. Jüttemann (Hrsg.), *Neue Aspekte klinisch psychologischer Diagnostik* (S. 61-76). Göttingen: Hogrefe.
- Schlippe, A. von, Schweitzer, J. (2014). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung II: Das störungsspezifische Wissen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schlippe, A. von, Schweitzer, J. (2016). *Lehrbuch der systemischen Theorie und Beratung I. Das Grundlagenwissen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schmid, B. (2004). *Systemisches Coaching. Konzepte und Vorgehensweisen in der und Persönlichkeitsberatung*. (EHP – Handbuch Systemische Professionalität und Beratung.) Bergisch Gladbach: Andreas Kohlhaage.
- Schmidt-Atzert, L., Amelang, M. (2012). *Psychologische Diagnostik* (5. Aufl.). Berlin: Springer.
- Schwing, R. (2014). Allgemeine Grundlagen systemischer Praxis. In T. Levold, M. Wirsching (Hrsg.), *Lehrbuch Systemische Therapie und Beratung* (Kap. 2.1.1 bis 2.1.3). Heidelberg: Carl-Auer.
- Schwing, R., Fryszer, A. (2015). *Systemisches Handwerk – Werkzeug für die Praxis* (7., durchges. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Spitzcok von Brisinski, I. (1999). Zur Nützlichkeit psychiatrischer Klassifikationen in der systemischen Therapie – DSM, ICD und MAS als Hypothesenkataloge dynamischer Systemkonstellation. *Zeitschrift für systemische Therapie*, 17, 43-51.
- Sydow, K. von (2007). Systemische Psychotherapie (mit Familien, Paaren und Einzelnen). In C. Reimer, J. Eckert, M. Hautzinger, E. Wilke (Hrsg.), *Psychotherapie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen* (S. 289-315). Berlin: Springer.
- Systemische Gesellschaft. *Der systemische Ansatz und seine Praxisfelder – Eine Informationsbroschüre der Systemischen Gesellschaft*. Deutscher Verband für Systemische Forschung, Therapie, Supervision und Beratung e.V.
- Willemse, J., Ameln, F. von (2018). *Theorie und Praxis des Systemischen Ansatzes: Die Systemtheorie Watzlawicks und Luhmanns verständlich erklärt*. Berlin: Springer.

Korrespondenzadresse: Dr. Beatriz Arias Martín, Philipps-Universität Marburg, AE Psychologische Diagnostik, Gutenbergstraße 18, 35032 Marburg;
E-Mail: beatriz.ariasmartin@uni-marburg.de