Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Fakultät Wirtschaft und Soziales
Department Soziale Arbeit
Studiengang Soziale Arbeit B. A.

Kinder als Symptomträger:

Eine Analyse dysfunktionaler Familien aus systemischer Perspektive

Bachelor-Thesis

Tag der Abgabe: 22.02.2019

Vorgelegt von: Johanna Wessel

[redacted]

Betreuender Prüfer: Prof. Dr. Gerhard J. Suess
Zweiter Prüfer: Prof. Dr. Jens Weidner

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis .....
Vorwort .....
I. Einleitung 1
II. Hauptteil 4
1. Das Expert*inneninterview als qualitative Forschungsmethode 4
2. Die Familie als System aus der theoretischen Perspektive 5
2.1 Was bedeutet „Familie“? 6
2.2 Systemtheorie: Komplexität statt Kausalität 8
2.2.1 Systemtheoretische Ansätze in der Familie 8
2.2.2 Transaktionales Entwicklungsmodell: Wechselseitige Beeinflussung 12
2.3 Funktion und Dysfunktion des Familiensystems 14
3. Ätiologie von Störungen in der Familie: Risikofaktoren und aufrechterhaltende Bedingungen 17
3.1 Familienexterne, distale Risikofaktoren 20
3.2 Familieninterne, proximale Risikofaktoren 20
4. Störungsausprägungen innerhalb des Familiensystems 22
4.1 Kohäsion und Adaptabilität 24
4.2 Kommunikation 28
4.3 Grenzen 29
4.4 Rollen 31
5. Abweichende Entwicklungen von Kindern in dysfunktionalen Familiensystemen 35
5.1 Studien über familiäre Funktionalität und Psychopathologie des Kindes 36
5.2 Kommunikationsmuster und Psychopathologie des Kindes 38
5.3 Konflikte und Psychopathologie des Kindes 39
5.4 Fall Tobias 43
6. Systemische Familientherapie mit Kindern 46
6.1 Wirksamkeit der Systemischen Familientherapie bei Kindern und Jugendlichen 50
6.2 Kinderorientierte Familientherapie nach Bernd Reiners 52
6.3 Kinderorientierte Familientherapie mit Tobias und seiner Familie 53
III. Fazit 59
Literaturverzeichnis 62
Anhang 69
Eidesstattliche Erklärung 78

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Transaktionales Entwicklungsmodell und Design der deutschen Entwicklungsstudie über Familien mit unterschiedlicher psychosozialer Belastung……14

Abbildung 2: Direkte und indirekte Antezedenzien von Störungen bei Kindern und Jugendlichen……..19

Abbildung 3: Circumplex model: Couple and family map……..26

Vorwort

Das Thema der vorliegenden Bachelorarbeit wurde aufgrund der Erfahrungen der Verfasserin innerhalb eines dreimonatigen Praktikums in der „Kinder- und Jugendpsychiatrie am Rosenhügel“ in Wien ausgewählt. In den dort stattfindenden multidisziplinären Visiten wurden die psychischen Auffälligkeiten der zu behandelnden Kinder besprochen und dabei oftmals festgestellt, dass sich die Kinder in kritischen oder schwierigen psychosozialen Verhältnissen, häufig in Verbindung mit familiären Schwierigkeiten, befanden.

Die vorliegende Bachelorarbeit soll diese Erkenntnis genauer untersuchen.

I. Einleitung

Am 22.11.2018 „[…] hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) den Nutzen und die medizinische Notwendigkeit der Systemischen Therapie für Erwachsene bestätigt." (Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie e. V. 2018, o.S.) Mit dieser Entscheidung soll die systemische Psychotherapie in Zukunft von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden können (ebd.). Die Wirksamkeit der Systemischen Therapie wurde dadurch nach der 2008 vergebenen berufsrechtlichen Anerkennung auch sozialrechtlich anerkannt und soll laut Bundesregierung bis März 2019 formell umgesetzt werden (vgl. Systemische Gesellschaft 2019, o.S.). Für Kinder und Jugendliche gilt die sozialrechtliche Anerkennung der Systemischen Therapie jedoch nicht: Bisher wurde weder ein Antrag dafür eingereicht noch ein Zeitpunkt bekannt gegeben, wann dies erfolgen soll (ebd.). Warum dem so ist, ist fraglich, insbesondere, wenn man bedenkt, dass gerade diese Zielgruppe verstärkt in ihren Familiensystemen eingebettet ist (vgl. Sydow 2018a, 136). „Kinder […] sind emotional, versorgungstechnisch und materiell sehr viel stärker abhängig von ihren Eltern, als es umgekehrt der Fall ist." (Sydow 2015, 38) Auch wurde die Wirkung der Systemischen Therapie für Kinder und Jugendliche durch viele Studien empirisch sehr gut erhoben und gilt bei bestimmten psychischen Auffälligkeiten als das erfolgreichste Verfahren (vgl. Retzlaff et al. 2013, 642).

Laut der „BELLA-Studie", einer Befragung zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen innerhalb des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS) des Robert-Koch-Instituts, wiesen im Zeitraum von 2009 bis 2012 „[…] 17,2% der Kinder und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren diagnostisch oder klinisch bedeutsame Hinweise auf psychische Auffälligkeiten […]" auf (Klasen et al. 2017, 402). Die Hälfte aller psychischen Erkrankungen zeigen sich bereits vor dem 15. Lebensjahr (vgl. Kessler 2005, 601). In dieser Bachelorarbeit wird der Fokus auf „Kinder" gelegt, da es als sinnvoll erachtet wird bereits im Kindesalter zu intervenieren, um einer Chronifizierung entgegenzuwirken.

Die Entstehung von psychischen Erkrankungen wird durch ein multifaktorielles Zusammenkommen von biologischen und kontextuellen Bedingungen erklärt (vgl. Klasen et al. 2017, 404). Bei Kindern seien psychosoziale Faktoren insbesondere wichtig, da sie bedeutsam zu präventiven sowie intervenierenden Maßnahmen beitragen (ebd.). Für die Klassifikation von psychischen Erkrankungen werden derzeitig die zehnte Version der „International Classification of Diseases", abgekürzt ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation und die fünfte Version des „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders", abgekürzt DSM-5, der American Psychiatric Association verwendet (vgl. Caspar/Pijanic/Westermann 2018, 16). Diese

international anerkannten Klassifikationsschemata orientieren sich vordergründig an dem Individuum, welches Symptome psychischer Störungen zeigt (vgl. Heekerens/Perrez 2011, 1140).

Auf Anfrage der Verfasserin bestätigte Sebastian Baumann, Vorstandsbeauftragter der systemischen Gesellschaft, dass auch bei der Systemischen Therapie das Individuum mit den krankheitswertigen Symptomen im Rahmen der kassenfinanzierten Therapie abgerechnet werden würde. Dies würde die „[…] Individuallogik spreng[en], wenn man mit Familiensystemen arbeitet. Aber die formalen Regelungen des SGB V gelten auch hier." (Emailverkehr mit Systemischer Gesellschaft 2018, o.S.). Diese Formalien stellen in Anbetracht der systemtherapeutischen Haltung nämlich einen Widerspruch dar: In der Systemischen Therapie werden psychische Symptome in einem interpersonellen Kontext gesehen: „Die Störung eines Familienmitglieds wird nicht primär als individuelles Problem, sondern als Symptom dysfunktionaler familiärer Interaktionen aufgefasst." (Sydow 2015, 11) Das Familienmitglied, welches psychische Auffälligkeiten zeigt, sei somit nur ein*e Symptomträger*in im eigenen System, der/die systemtherapeutisch als „Indexpatient*in" bezeichnet wird (vgl. Schlippe/Schweitzer 2016, 150f.; vgl. Reiners 2019, 126). Im familiären System betrachtet, können Indexpatient*innen somit als Symptomträger*innen gedeutet werden, die durch psychische Auffälligkeiten auf eine bestehende Dysfunktionalität in der Familie aufmerksam machen (ebd.). Das Symptom könne als Hilferuf der gesamten Familie verstanden werden (vgl. Schlippe/Schweitzer 2016, 150f.).

Um auf die Bedeutung der sozialrechtlichen Anerkennung der Systemischen Therapie auch für Kinder aufmerksam zu machen, stellt sich folgende Forschungsfrage: Was tragen dysfunktionale Familiensysteme zur Entwicklung psychischer Störungen im Kindesalter bei? Aus dieser Hauptfragestellung ergeben sich weitere präzisierende Fragen: 1) Was sind dysfunktionale Familiensysteme? 2)Wie lässt sich die Entstehung familiärer Störungen erklären? 3) Welche familiären Aspekte können zur Entwicklung eines psychischen Symptoms beim Kind beitragen? 4)Wie kann man intervenieren?

Um diese Fragen zu beantworten, wird bei dieser wissenschaftlichen Untersuchung der Fokus auf einen Mehrpersonenansatz auf der familiären Ebene gelegt. Dabei soll betont sein, dass sich diese Arbeit zwar auf das Wirkungsgefüge zwischen Familie und Kind konzentriert, jedoch, dass es sich um keine kausalen Zusammenhänge handelt und es unzählige weitere Faktoren gibt, die zur Entstehung von psychischen Erkrankungen beitragen können. Familien sollen hierbei weder als Verursacher von psychischen Erkrankungen beschuldigt werden noch soll eine psychische Erkrankung beim Kind verharmlost oder in Frage gestellt werden. Die Bachelor-Thesis fokussiert zur Beantwortung der Fragestellungen jedoch auf die Interaktion von

Familienmitgliedern untereinander als Faktor, der Störungen in der Familie und bei einzelnen Mitgliedern begünstigen könnte. Es wurde absichtlich auf die Spezialisierung eines Störungsbildes verzichtet, da es laut Literaturrecherche als nicht sinnvoll erachtet wird, spezifische Interaktionseigenschaften des Familiensystems zu spezifischen psychischen Auffälligkeiten zuzuordnen (vgl. Schweitzer/Schlippe 2007, 20). „Nicht Homogenität, sondern Heterogenität bestimmt das Bild der Familiendynamiken bei den einzelnen Störungen […]“ (ebd.).

Bei der Bearbeitung der Fragestellung wurde für einen weiteren Quellenbezug ein Expert*inneninterview mit einem systemischen Therapeuten und Berater der Beratungsstelle für Erziehungs-, Ehe-, Familien- und Lebensfragen in Itzehoe geführt, der ergänzend zu der hauptsächlich theoretisch fundierten Analyse dieser Bachelorarbeit Einblicke in seine praktischen Erfahrungen geben soll, um diese zu bestätigen, zu erweitern und zur Diskussion zu stellen. Dazu werden Sequenzen aus dem Gedächtnisprotokoll des Interviews in kursiver Schrift zitiert und ausgeführt.

Hierzu soll im ersten Kapitel zunächst das Expert*inneninterview als qualitative Forschungsmethode erklärt werden. Im zweiten Kapitel werden theoretische Grundlagen ausgeführt: Es wird versucht zu erfassen, welche Bedeutung der Begriff „Familie“ hat sowie welche Eigenschaften und Relevanz der Familie zugeordnet werden. Um die Wechselseitigkeit innerhalb einer Familie und ihres Umfeldes zu betonen, sollen als nächstes systemtheoretische Ansätze, angewandt auf die Familie, geschildert werden. Dazu soll dann in einem weiteren Schritt das „Transaktionale Entwicklungsmodell“ nach Sameroff ergänzend veranschaulichen wie die wechselseitigen Prozesse in der Familie funktionieren. Anschließend soll untersucht werden, welche Funktion Familiensysteme haben (können) und was unter dysfunktionalen Familiensystemen verstanden werden kann. Im dritten Kapitel soll durch die Erläuterung von Risikofaktoren versucht werden, den Ursachen zur Entstehung familiärer Störungen näher zu kommen. Im vierten Kapitel werden Aspekte, die eine Dysfunktionalität im System der Familie beeinflussen könnten, schwerpunktmäßig anhand des Klassifikationsmodells für Störungen in Familien, dem „Circumplex-Modell“ von Olson, analysiert. Im fünften Kapitel werden dann die zuvor genannten familiären Aspekte in Bezug auf abweichende psychische Entwicklungen von Kindern gesetzt. Darauffolgend wird dieser mögliche Zusammenhang anhand eines konkreten Beispiels dargestellt. Im sechsten Kapitel werden Interventionsmöglichkeiten durch die Systemische Familientherapie, speziell mit der Methode der „Kinderorientierten Familientherapie“, vorgestellt und anhand des vorher erläuterten Beispiels veranschaulicht. Zum Schluss soll ein Fazit gezogen werden, das die Ergebnisse der wissenschaftlichen Untersuchung zusammenfasst.

II. Hauptteil

1. Das Expert*inneninterview als qualitative Forschungsmethode

Das Expert*inneninterview ist ein Verfahren in der qualitativen Sozialforschung, in dem eine Person, die als Experte*in des Forschungsinteresses anzusehen ist, in die Untersuchung der Forschung integriert wird (vgl. Flick 2016, 214). „Der praktische Verwendungszusammenhang von Experteninterviews ist es, komplexe Wissensbestände zu rekonstruieren, die für die Erklärung sozialer Phänomene, auf die sich das aktuelle Forschungsinteresse bezieht, von Bedeutung sind." (Liebold und Trinczek 2009, 35) Es bestehen verschiedene Meinungen dazu, wer als Expert*innen gelten (ebd.). Laut Bogner, Littig und Menz schreibt der Forschende einer bestimmten Person aufgrund eines spezifischen Forschungsinteresses zu, Experte*in zu sein (vgl. Bogner/Littig/Menz 2014, 11). Es handelt sich also bei der Benennung von Expert*innen zum einen um eine Konstruktion von den Forschenden. Zum anderen gelten die Expert*innen jedoch auch allgemein in den gesellschaftlichen Konventionen als solche. (ebd.) Dabei haben Expert*innen ein „[…] Praxis- oder Erfahrungswissen, das sich auf einen klar begrenzbaren Problemkreis bezieht […]" (Bogner/Litting/Menz 2014, 13). Das Expert*innenwissen hat außerdem eine bestimmte Wirkung und Macht: So wird „[…] dieses Wissen in besonderer Weise praxiswirksam und damit orientierungs- und handlungsleitend für andere Akteure […]" (Bogner/Littig/Menz 2014, 13f.). Das Expert*inneninterview wird häufig mit Hilfe eines Leitfadens erstellt, der durch Fragen Themen strukturiert und Interviewpartner*innen zum Erzählen motiviert (vgl. Liebold und Trinczek 2009, 32). Der Leitfaden soll sowohl den Schwerpunkt auf das gewählte Thema beibehalten als auch freie Passagen zur Ausführung dessen garantieren (vgl. Hopf 1978, 101). Bei der Durchführung des Interviews muss der/die Interviewer*in entscheiden, wann welche Fragen oder ergänzende Nachfragen gestellt werden sollen oder schon im Gespräch beantwortete Fragen weggelassen werden. Außerdem sollte der/die Interviewer*in dafür sensibilisiert sein, wann der/die Experte*in bei seinen/ihren genaueren Ausführungen unterstützt oder unterbrochen wird, damit das Thema des Interviews im Fokus bleibt. (vgl. Flick 2016, 223) Expert*inneninterviews sollten per Tonbandgerät aufgenommen werden, es sei denn der/die Interviewte lehnt dies ab. Dann ist auch ein Protokoll des Interviews möglich. (vgl. Bogner/Littig/Menz 2014, 40) Die Notizen für das Interview sollten „[…] das Wesentliche der Antworten des Befragten und Informationen zum Verlauf des Interviews enthalten." (Flick 2016, 374f.) Die Notizen sind durch die „Wahrnehmung und Dartstellung" des*r Forscher*in beeinflusst (vgl. Flick 2016, 376). Dafür wirkt die Interviewsituation am natürlichsten, wenn Aufzeichnungen weniger präsent sind. Die Anwesenheit eines Aufzeichnungsgerätes könnte Einfluss auf die Antworten des/der Interviewten nehmen (vgl. Flick 2016, 373). Das

Expert*inneninterview wird in unterschiedlicher Weise eingesetzt (vgl. Flick 2016, 217f.). So kann es auch ergänzend oder vervollständigend zu anderen Methoden verwendet werden (ebd.). Der Vergleich des Expert*inneninterviews mit anderen Informationen stellt eine Auswertungsmöglichkeit dessen dar (vgl. Bogner/Littig/Menz 2014, 73). Welche Inhalte des Interviews dafür verwendet werden, wird einerseits durch die Fragestellung des Forschungsinteresses und andererseits durch die erhobenen Informationen des Interviews selektiv ausgewählt (ebd.). Potenziell problematisch beim Expert*inneninterview könnte die Gradwanderung zwischen Strukturierung und Offenheit, wie oben bereits beschrieben und die damit einhergehende erforderliche inhaltliche und soziale Kompetenz des Forschenden sein sowie der Expert*innenstatus selbst (vgl. Liebold und Trinczek 2009, 53f.). Dieser sollte einen nicht dazu verleiten, nicht zu erkennen, dass es sich trotz der Zuschreibung, dass es sich um einen Experten handelt, gleichzeitig auch um die „[…] jeweiligen Perspektiven, Sinngebungen und Relevanzstrukturen eines Gesellschaftsmitgliedes handelt." (Liebold und Trinczek 2009, 54) Man sollte die Person und ihre Erfahrung in den Expert*innen mitdenken (ebd.).

In dieser wissenschaftlichen Arbeit wird das Expert*inneninterview ergänzend eingesetzt. Bei dem Interviewpartner handelt es sich um einen systemischen Therapeuten und Berater, der mehrere Jahrzehnte in einer Beratungsstelle praktisch tätig war und mit vielen Familien zusammengearbeitet hat. Somit wird er als Experte des Forschungsinteresses betrachtet. Nachdem der Kontakt telefonisch hergestellt war, wurde anhand der verschiedenen Forschungsfragen ein Leitfaden erstellt. In einem zweistündigen Interview wurde anhand des Leitfadens strukturiert die Fragestellung mehr oder minder durch den Experten beantwortet. Zwischenzeitliche erweiterte Schilderungen und eine flexible Umordnung der Fragen waren möglich. Der Interviewpartner lehnte es ab per Tonbandgerät aufgenommen zu werden, sodass stattdessen ein Protokoll während des Interviews erstellt wurde. Nachdem das Interview vorbei war, wurde das Interviewprotokoll anschließend aus dem Gedächtnis ergänzt. Methodisch soll bei der Verwendung des Interviews die Version des psychologischen systemischen Beraters und Therapeuten Andreas Hahn inhaltlich in Bezug zur Fragestellung und zu den theoretischen Überlegungen dieser Bachelorthesis gesetzt werden.

2. Die Familie als System aus der theoretischen Perspektive

In den nächsten Kapiteln wird die Bedeutung der Familie und der Begriff „Familie" erläutert. Darauffolgend wird die Systemtheorie in Bezug zum System Familie erklärt und mit dem systemtheoretischen transaktionalen Entwicklungsmodell ergänzt. Zuletzt werden die Funktionen

der Familie dargestellt und geklärt, was der Begriff „Dysfunktion“ im Kontext dieser Bachelorthesis meint.

2.1 Was bedeutet „Familie“?

Nach den im Juli 2018 veröffentlichten Mikrozensusdaten des Statistischen Bundesamtes, die von 1996 bis 2017 erhoben worden sind, lebten im Jahr 2017 circa 11, 58 Millionen Familien in Deutschland (vgl. Statistisches Bundesamt 2018, o. S.). „Der Mikrozensus ist eine repräsentative Haushaltsbefragung der amtlichen Statistik in Deutschland.“ (Statistisches Bundesamt 2019, o.S.) Dabei wird 1 % der Bevölkerung „[…] stellvertretend für die gesamte Bevölkerung zu ihren Lebensbedingungen befragt.“ (ebd.) Zehn Jahre zuvor lag der Anteil der in Deutschland lebenden Familien noch bei 12, 3 Millionen Familien (vgl. Statistisches Bundesamt 2018, o.S.). Der Begriff Familie wurde bei dieser Statistik als Eltern-Kind-Gemeinschaft verstanden, was sowohl Ehepaare, nichteheliche gleich- und gemischtgeschlechtliche Lebensgemeinschaften sowie Alleinerziehende mit leiblichen, Stief-, Pflege und Adoptivkindern ohne Altersbegrenzung in einem Haushalt miteinschließt (vgl. Statistisches Bundesamt 2018, o. S.). Der Anteil der in Deutschland lebenden Familien ist also nach dieser Vorstellung von Familie zurückgegangen.

Jedoch hat die Familie für die Bevölkerung Deutschlands eine große Bedeutung laut Aussage des Familienreports von 2017: „Die Familie ist weiterhin und mit noch gewachsenem Stellenwert in allen Generationen der zentrale Lebensbereich für die große Mehrheit der Bevölkerung in Deutschland.“ (Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend 2017, 11) 2006 wurde die Familie bei 76 Prozent der deutschen Bevölkerung zum wichtigsten Lebensbereich gewählt, 2017 wuchs der Wert auf 79 Prozent (ebd.). Im Kontext dieser Bachelorarbeit ist die Bedeutung der Familie auch insbesondere deshalb wichtig, da beinahe jedes Kind in einer Familie aufwächst: „Die Zahl der Kinder, die in Heimen bzw. öffentlicher Erziehung aufwachsen, liegt statistisch unter 0,5 %.“ (Hantel-Quitmann 2013, 97) Die Familie sei somit Zentrum der Lebenswelt der allermeisten Kinder (vgl. Hurrelmann/Andresen/Schneekloth 2010, 351). „Kinder werden in ihre Familie hinein geboren und wachsen in und mit ihr auf. Die Familie stellt demnach ihr primäres soziales System dar.“ (Schneekloth/Pupeter 2010, 61)

Eine weitere Studie aus dem Jahr 2007 zeigte, dass der Begriff „Familie“ aus Sicht der Bevölkerung unterschiedlich definiert werden kann. So zeigte die auf jüngere Personen orientierte Studie einen erweiterten Familienbegriff im Vergleich zur Definition des Statistischen Bundesamtes. (vgl. Schneewind 2010, 19) Dies lässt vermuten, dass der Anteil der in Deutschland

lebenden Familien aus Sicht der jüngeren Bevölkerung größer sein könnte, als es aus dem Ergebnis der zuvor erwähnten Studie geschlossen wurde.

Auch für jede Wissenschaftsdisziplin stelle die Definition des Begriffs „Familie“ eine Schwierigkeit dar und könne unterschiedlich verstanden werden (vgl. Cierpka 2008a, 19f.). In diversen Versuchen Familien anhand struktureller Merkmale zu definieren, könnten viele Beziehungsgefüge, die eine Familieneinheit bilden würden, nicht erfasst werden (vgl. Schneewind 2010, 21). Das gemeinsame Merkmal von allen familienartigen Lebensgemeinschaften bestehe darin, dass sich durch den gemeinschaftlichen Vollzug erheblicher Teile des Lebens Bindungen zwischen den Familienmitgliedern entwickeln würden, die wiederum die Qualität der Beziehung dieser beeinflussen würden (ebd.). Beziehungen wiederum würden aus wiederkehrenden Interaktionen zwischen mindestens zwei Personen entstehen (vgl. Schneewind 2010, 24). Welche Form und Intensität der Bindung und Beziehung in der Familie aufgefasst werden könne, hänge davon ab, welche Bedeutung man ihr gebe (vgl. Schneewind 2010, 21). Schneewind erläutert nach Karpel und Strauß, dass die Bindung von außen zugeschrieben werden könne, wie im Fall von rechtlichen Verpflichtungen, beispielsweise bei Unterhaltszahlungen oder dass eine Bindung von einzelnen Familienmitgliedern selbst erlebt werden könne, ohne dass sie von außen festgeschrieben wäre (vgl. Karpel/Strauß 1983, o.S.; zit. n. Schneewind 2010, 23).

Schneewind definiert Familien psychologisch als „intime Beziehungssysteme“ (vgl. Schneewind 2010, 25). Diese Auffassung wurde von diversen Autoren der Familienpsychologie geteilt und weiterführend ergänzt (vgl. Petzold 2001; vgl. Cierpka 2008a; vgl. Schlippe/Schweitzer 2016; vgl. Hantel-Quitmann 2013). Petzold reicht das Verständnis der Familie als intimes Beziehungssystem nicht aus und erweitert es zusätzlich mit dem Aspekt der intergenerationellen Beziehungen: „Leben Menschen aus verschiedenen Generationen in einer Gemeinschaft zusammen, dann macht dies den Kern einer Familie aus“. (Petzold 2001, 2) Manfred Cierpka definiert Familie, indem er beide Auffassungen miteinander verbindet: „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.“ (Cierpka 2008a, 20)

Nach Schneewind könne man Beziehungen in Familien von anderen sozialen Beziehungssystemen durch die vier Kriterien: Abgrenzung, Privatheit, Dauerhaftigkeit und Nähe auseinanderhalten; zudem könne man den schon erwähnten gemeinsamen Lebensvollzug durch diese bestimmen (vgl. Schneewind 2010, 25f.). Mit dem ersten Kriterium, der Abgrenzung, verstehe man eine räumliche und zeitliche Gestaltung des Lebensvollzuges mit wechselseitig

verinnerlichten expliziten und impliziten Regeln, welche sich von anderen Personen und Gruppen abheben würden (vgl. Schneewind 2010, 25). Die räumliche und zeitliche Abhebung schließe sowohl das zweite als auch das dritte Kriterium mit ein. Zum einen

> „Privatheit, d.h. das Vorhandensein eines umgrenzten Lebensraumes […], in dem ein wechselseitiger Verhaltensaustausch möglich ist, und zum anderen Dauerhaftigkeit, d.h. einen auf längerfristige Gemeinsamkeit angelegten Zeitrahmen, der sich aufgrund wechselseitiger Bindung, Verpflichtung und Zielorientierung ergibt." (Schneewind 2010, 25)

Aus diesen Kriterien entwickle sich das vierte Kriterium: „Nähe, d.h. die Realisierung von physischer, geistiger und emotionaler Intimität […]" (Schneewind 2010, 25). Innerhalb und zwischen verschiedenen Beziehungssystemen könnten diese Kriterien jedoch unterschiedlich vorkommen (ebd.).

2.2 Systemtheorie: Komplexität statt Kausalität

Um nun eine theoretische Grundlage systemischen Denkens zu erhalten, werden im Folgenden systemtheoretische Ansätze angewandt auf die „Familie" erläutert, wie sie von Schlippe und Schweitzer beschrieben werden. Darauf soll ein systemisches Modell, das „transaktionale Modell" nach Sameroff, dargestellt werden.

Drei verschiedene theoretische Ansätze würden der Systemischen Theorie derzeit Orientierung geben, die im Folgenden erklärt werden sollen: Dazu zähle die Theorie komplexer dynamischer Systeme aus der Naturwissenschaft, in welcher die Synergetik und Selbstorganisation beschrieben würde. Weiter würde die sozialwissenschaftliche Theorie der sozialen Systeme den Begriff der Autopoiese zum Verstehen sozialer Systeme verwenden und zuletzt sei dazu die narrative Theorie zu nennen. (vgl. Schlippe/Schweitzer 2016, 95f.) Als besonders wichtig wird der Versuch der Erfassung der Komplexität, statt der Entwicklung von Kausalitäten gesehen (vgl. Schlippe/Schweitzer 2016, 149).

Innerhalb der Anwendung der Systemtheorie lassen sich diverse systemtherapeutische Ansätze für Familien einordnen, die in dieser Bachelorarbeit nicht erläutert werden können; Kriz gibt einen guten Überblick über diese (vgl. Kriz 2009, 224-244).

2.2.1 Systemtheoretische Ansätze in der Familie

Passend zu den vorher genannten Kriterien der Familie, die diese von anderen sozialen Gruppen unterscheiden lassen, wird auch der Begriff „System" nach Schlippe und Schweitzer folgendermaßen verstanden: „Als System bezeichnen wir eine beliebige Gruppe von Elementen, die durch Beziehungen miteinander verbunden und durch eine Grenze von ihren Umwelten abgrenzbar sind." (Schlippe/Schweitzer 2016, 31) Eine Familie könne somit ebenfalls als System

gesehen werden (ebd.). Die Familie wird ganzheitlich betrachtet, Probleme von einzelnen Mitgliedern in der Familie werden als „[…] Verhaltensformen gesehen, die zumindest partiell durch spezifische Familienbeziehungen hervorgerufen bzw. aufrechterhalten werden." (Schneewind 2010, 102) System-Umwelt-Grenzen würden entscheiden, wer als Mitglied des Systems gelte und wer von diesem ausgeschlossen sei: Über die Mitgliedschaft könne zudem die Identität und der Sinn des Systems bestimmt werden. Normen für das Zusammenleben innerhalb des Systems seien durch explizite und implizite Regeln festgehalten und würden das System stabilisieren (vgl. Sydow 2015, 32f.). Diese Regelhaftigkeit sei durch bewusste Familienrituale und unbewusste Verhaltensweisen gekennzeichnet (vgl. Schneewind 2010, 103). Dabei sei es erst sinnvoll ein System zu definieren, wenn es sich um ein Gefüge von Beziehungen handle. Es solle zudem berücksichtigt werden, dass das System durch eine*n äußeren Beobachter*in konstruiert worden sei, weshalb auch die Beobachtung als solche als Teil der Konstruktion eines Systems betrachtet werden müsse (vgl. Schlippe/ Schweitzer 2016, 90).

In der älteren Phase der Systemtheorie, genannt Kybernetik erster Ordnung, seien im Zeitraum von 1950 bis 1980 Theorien über beobachtete Systeme entwickelt worden. Systeme seien als realexistierend und nicht als von Beobachter*innen konstruiert angesehen worden. (vgl. Schlippe/Schweitzer 2016, 95 und 101) Es sei zudem noch nicht erkannt worden, dass Systeme nicht gezielt beeinflussbar seien (vgl. Sydow 2015, 33). Außerdem habe das Risiko bestanden, zu vermuten, dass die Beobachter*innen von außen bestimmen könnten, wie eine Familie sein sollte (vgl. Schlippe/Schweitzer 2016, 102).

Gleiches Risiko gelte auch im sogenannten „Homöostase-Konzept", das ebenfalls in der frühen Systemtheorie große Bedeutung gehabt habe. Homöostase bedeutet Gleichgewicht. Das Konzept bezieht sich darauf, wie sich ein System unter verändernden Umweltbedingungen stabil halten könne, also im Gleichgewicht verbleiben könne. (vgl. Schlippe/Schweitzer 2016, 104) „Eine Abweichung vom Gleichgewichtszustand wird wahrgenommen und löst eine regulierende Handlung aus, die den Parameter auf den alten Wert zurückführt […]." (Schlippe/Schweitzer 2016, 104) Die Homöostase wird regelmäßig durch die gewohnten Regeln und Verhaltensmuster der Familie erzeugt (vgl. Schneewind 2010, 103). Das Homöostase-Konzept setze voraus, dass es einen Idealzustand des Systems gebe, der mit dem Istzustand identisch sein solle: Der Idealzustand sei jedoch regelmäßig nicht erreicht, weshalb das System immer „korrekturbedürftig" sei (vgl. Schlippe/Schweitzer 2016, 104). Das Konzept sei auch deshalb aus mehreren Gründen problematisch: Es gehe davon aus, dass man von außen bewerten könne, was nun der Idealzustand des Systems wäre. Außerdem würde in diesem Konzept zum einen impliziert werden, dass Systeme auf alte Zustände beharren würden und zum anderen

außer Acht gelassen, dass sich Systeme zufällig und kreativ in neue Zustände bringen könnten. (ebd.)

Lebende Systeme seien im Unterschied zu nicht lebenden Systemen (Beispiel Auto) eigendynamisch, sie würden sich aktiv aufrechterhalten können und würden sich ständig verändern, falls dies nicht durch irgendetwas gehindert werden würde. Diese Eigendynamik würde auch dazu führen, dass das System schwer beeinflussbar und vorhersagbar sei. (vgl. Schlippe/Schweitzer 2016, 91)

Die „narrative Theorie" wird als weiterer Orientierungsstrang der Systemischen Therapie gesehen (vgl. Schlippe/Schweitzer 2016, 95). Durch Erzählungen und die Entwicklung von Geschichten über Erfahrungen einzelner Familienmitglieder entsteht innerhalb des Familiensystems ein eigens erschaffenes Konstrukt der Wirklichkeit (vgl. Schlippe/Schweitzer 2016, 59f.). Neben den Erfahrungen fließen Ansichten und Überzeugungen der einzelnen Mitglieder dabei mit hinein (ebd.). „Jedes Familienmitglied macht dabei für die Interpretation von Wirklichkeit von einem gemeinsamen System von Begriffen und Überzeugungen Gebrauch, von einer ‚narrativen Tradition', die jeweils für die spezifische Familie gilt." (Schlippe/Schweitzer 2016, 60) Die Geschichten werden durch das wiederholte Erzählen von ihnen stabilisiert (ebd.).

Das System organisiert sich während der Kommunikation seiner Mitglieder „[…] einfach aus dem Zusammenspiel der Teile heraus und ohne das planende Werk eines großen Schöpfers […]." (vgl. Schlippe/Schweitzer 2016, 106) Die Entstehung neuer Eigenschaften des Systems wird systemtheoretisch als Emergenz bezeichnet und kommt ursprünglich aus der äquivalenten naturwissenschaftlichen Theorie der Synergetik (vgl. Sydow 2015, 36; vgl. Schlippe/Schweitzer 2016, 105f.). Dabei würden sich die Muster des Systems wiederholend in einem Prozess hin zu einer stabilen, selbstorganisierten Ordnung, die Attraktor genannt wird, entwickeln (vgl. Schlippe/Schweitzer 2016, 107). Der Attraktor wiederum würde die Möglichkeiten der Interpretation von Situationen, Äußerungen und Handlungen verengen. Durch ihn würde ein ungeordneter Zustand geordnet und auch nach der Entstehung noch weiterführend gefestigt und strukturiert werden. (vgl. Schlippe/Schweitzer 2016, 108f.) Es entstehe eine „Komplettierungsdynamik": „Erfahrungen, die zu dieser Ordnung passen (oder leicht passend gemacht werden können), werden entsprechend als Unterstützung gewertet […]. Erfahrungen, die der Erwartung widersprechen, werden dagegen eher ignoriert, umgedeutet oder bestenfalls als Ausnahme deklariert." (Schlippe/Schweitzer 2016, 109)

Schlippe und Schweitzer erläutern hierzu auch den Begriff der Selbsterzeugung (griech. Autopoesie), der auch laut Sydow immer mehr Beachtung fände (vgl. Sydow 2015, 33; vgl.

Schlippe/Schweitzer 2016,111f.). Ein lebendes System würde sich aus seinen bestehenden Teilen immerzu selbst reproduzieren und sei von außen nur begrenzt beeinflussbar. Dabei würde es zwar von der Umwelt geprägt werden, wäre jedoch nur dann relevant „[…], wenn sie im System Eigenzustände“ anstoßen […]“ oder verstören würden. (vgl. Schlippe/Schweitzer 2016, 110-113) Spezielle Eigenschaften von Menschen seien somit zu deren Struktur passend und nur veränderbar, wenn sich die eigene Struktur dazu passend verändern würde (vgl. Schlippe/Schweitzer 2016, 113).

Die Orientierung an der Selbststeuerung und -organisation von Systemen, der Verzicht auf normative Vorstellungen über Familien und deren Gesundheit, sowie der Einbezug von Beobachter*innen, die das nicht real existierende System konstruieren würden und nicht gezielt beeinflussen könnten, seien innerhalb der theoretischen Überlegungen der Kybernetik zweiter Ordnung postuliert (vgl. Sydow 2015, 33; vgl. Schlippe/Schweitzer 2016, 53 und 95). Dies ist eine Phase der Entwicklung von Theorien über Beobachter*innen eines Systems, die ab 1980 begonnen hat (ebd.). Therapeut*innen seien in diesem Sinne selbst Bestandteil des Systems, welche sich nicht als Experten fühlen, um über das Familiensystem zu urteilen (vgl. Schneewind 2019, 100).

Innerhalb des Kontextes der Kybernetik erster Ordnung könne man auch Subsysteme bilden. Im System Familie könne das Drei-Ebenen-Modell erfasst werden: Hierzu sei die Ebene des Individuums, der Dyade oder Triade und der gesamten Familie zu nennen. (vgl. Cierpka 2008b, 26f.) Die verschiedenen familiären Positionen ergeben sich aus der Interaktion der Familienmitglieder: So entstehen unterschiedliche Zweierbeziehungen, die als Dyaden und Dreierbeziehungen, die als Triaden bezeichnet werden (vgl. Petzold 1999, 70). Die Ebenen könne man innerhalb ihrer Funktionen voneinander unterscheiden (vgl. Cierpka 2008b, 26f.). Diese würden dazu dienen, komplexe Situationen einzugrenzen, jedoch solle man sich bewusst sein, dass die Subsysteme nicht voneinander trennbar seien, da sie in der Realität in „[…] ständiger Wechselwirkung miteinander stehen [würden].“ (Cierpka 2008b, 26f.) Weitere Einteilungen der Familie können beispielsweise in die Subsysteme „[…] Eltern, Paare, Geschwister, Großeltern […]“ getätigt werden (vgl. Schlippe/Schweitzer 2016, 131).

Andererseits sei das Familiensystem jedoch auch Teil eines größeren Systems: Dabei sei zum Beispiel die umgebende Gemeinde, Gesellschaft und Kultur zu nennen (vgl. Cierpka 2008b, 26f.). Orientiert am bio-psycho-sozialen Modell müsse man ebenso das soziale und materielle Umfeld, die historische Zeit, Gesundheit, Biologie und den Entwicklungsstand der Personen miteinbeziehen (vgl. Sydow 2015, 38). Schlippe und Schweitzer nennen hierzu ebenso

biologische, psychische, soziale und gesellschaftliche Aspekte, die gemeinsam für die Entwicklung einer psychischen Erkrankung begünstigend oder beschützend wirken können. Diese werden als Schutz- und Risikofaktoren bezeichnet. (vgl. Schweitzer /Schlippe 2007, 21f.)

In der Systemischen Theorie geht man von wechselseitigen, zirkulären Mustern aus: „Das Verhalten jedes Systemmitglieds ist gleichzeitig Ursache und Wirkung des Verhaltens der anderen Mitglieder." (Sydow 2015, 33) Lineare Ursache-Wirkung-Beschreibungen werden dagegen willkürlich bewertet (ebd.). Dabei würden symmetrische Verhaltensweisen von komplementären Verhaltensweisen ausbalanciert werden: Symmetrische Verhaltensweisen seien die gleichartigen Reaktionen der einen Seite auf das vorher stattgefundene Verhalten der anderen Seite (vgl. Schlippe/Schweitzer 2016, 97). Komplementäres Verhalten hingegen sei eine Reaktion der anderen Seite mit entgegengesetztem Verhalten (ebd.). Die Verwendung beider Verhaltensmuster würde Beziehungssysteme stabilisieren; die Beschränkung auf ein Verhaltensmuster, könne es hingegen „[…] immer mehr aufschaukeln, eskalieren und dabei das Gesamtsystem instabil machen." (Schlippe/Schweitzer 2016, 97) Kausalität, bedeutet Denken im Ursache-Wirkungs-Prinzip, als Erklärungsansatz wird in der Systemtheorie nicht als hilfreich angesehen: Diese Form des Denkens führt zu Reduzierung von Komplexität und kann insbesondere in zwischenmenschlichen Beziehungen verwirren oder gar schaden (vgl. Schlippe/Schweitzer 2016, 149f.). Die Systemtheorie hat ihren Schwerpunkt in der Betrachtung der Wechselwirkungen und Zusammenhänge des Indexpatient*in und seinem/ihrem sozialen Umfeld (vgl. Sydow 2015, 31).

2.2.2 Transaktionales Entwicklungsmodell: Wechselseitige Beeinflussung

Auch innerhalb des transaktionalen Entwicklungsmodells nach Sameroff wird die wechselseitige Beeinflussung betont: „[…] where individual behavior reciprocally changes both biological and social circumstance." (Sameroff 2010, 6) Alle Personen würden sich in ständiger Entwicklung befinden (vgl. Montada/Lindenberger/Schneider 2018, 34). Sameroff kombiniert in seinem transaktionalem Entwicklungsmodell Elemente von vorherigen Theorien miteinander (vgl. Sameroff 2010, 7). Er verbindet sowohl die Anlage als auch die Umwelt als Erklärungsaspekte für die Entwicklung einer Person: „It is both child and parent, but it is also neurons and neighborhoods, synapses and schools, proteins and peers, and genes and government." (Sameroff 2010, 7)

Als relevant für die Entwicklung beschreibt er die Interaktion zwischen biologischen und psychologischen Prozessen, die ein biopsychologisches System darstellen würden (vgl. Sameroff 2010, 17). Die biologischen Prozesse würden sich beispielsweise aus neurologischen und

genetischen Aspekten zusammensetzen. Die psychologischen Prozesse beinhalten zum Beispiel die kognitiven, emotionalen und sozialen Merkmale der Person. (ebd.) Diese stehen wieder in Wechselwirkung mit anderen Systemen, die sich außerhalb des Individuums befinden und damit ein biopsychosoziales System gestalten (ebd.). Die äußeren Systeme umfassen: „[…] family, school, neighborhood, community, and overarching geopolitical […].“ (Sameroff 2010, 17) Die Entwicklung des Menschen würde zudem in einem Prozess stattfinden, in welchem die biopsychologischen Aspekte sich im Alter des Menschen in ihrer Bedeutung steigern würden, jedoch in ihrem Wechselspiel zueinander bestehen bleiben würden (vgl. Sameroff 2010, 17). „[…] [D]er Mensch und seine Umwelt [bilden] ein Gesamtsystem […], indem sowohl das Entwicklungssubjekt als auch seine Umwelt aktiv und miteinander verschränkt aufeinander einwirken.“ (Montada/Lindenberger/Schneider 2018, 34). Übertragen auf die Familie beeinflusst sowohl die Familie das Kind als auch andersherum, das Kind die Familie (vgl. Montada/Lindenberger/Schneider 2018, 34). Die Abbildung 1 zeigt Aspekte wechselseitiger Beeinflussung im Verständnis eines transaktionalen Entwicklungsmodells. Diese könnten sich beispielsweise aus den kindlichen Merkmalen wie Temperament und Gesundheit, den Eigenschaften der Eltern, wie beispielsweise die Emotionsregulation und Selbstwirksamkeit in der Erziehung sowie aus der Interaktion zwischen Eltern und Kind ergeben (vgl. Zimmermann et al. 2016, 1265). Im Sinne des transaktionalen Entwicklungsmodells ist es sehr wichtig, nicht zu verkennen, dass es sich um ein großes Ganzes handelt, das mit vielen Systemen wechselseitig in Verbindung steht: „The top down theoretical stance is that researchers need to be aware that they are examining only a part of a larger whole consisting of multiple interacting dynamic systems.“ (Sameroff 2010, 19) Es ist unzureichend, die Entwicklung von Personen mit Kausalitäten zu begründen, da dadurch die „dynamischen Interaktionen“ zwischen der Person und ihrer Umwelt und die „komplexe Verschränkung gleichzeitiger Veränderungen aller Systemteile“ nur verkürzt dargestellt wird (vgl. Montada/Lindenberger/Schneider 2018, 35). Somit ist es unzulänglich, einen Teil des Systems als vorausgehende Bedingung und den anderen Teil als Folge zu betrachten. Jedoch kann es „ungünstige systemische Wechselwirkungen“ innerhalb eines Systems geben, wie schon im vorherigen Kapitel in der Systemtheorie erläutert wurde, die zu einem Teufelskreis führen könnten. (ebd.) Im Sinne des transaktionalen Modells kann man somit die Merkmale der Familie nicht als vorausgegangene Bedingungen einer psychischen Erkrankung des Kindes bestimmen. Genauso könnte es auch andersherum gewesen sein oder sich im Sinne eines Teufelskreises gegenseitig bedingen (ebd.).

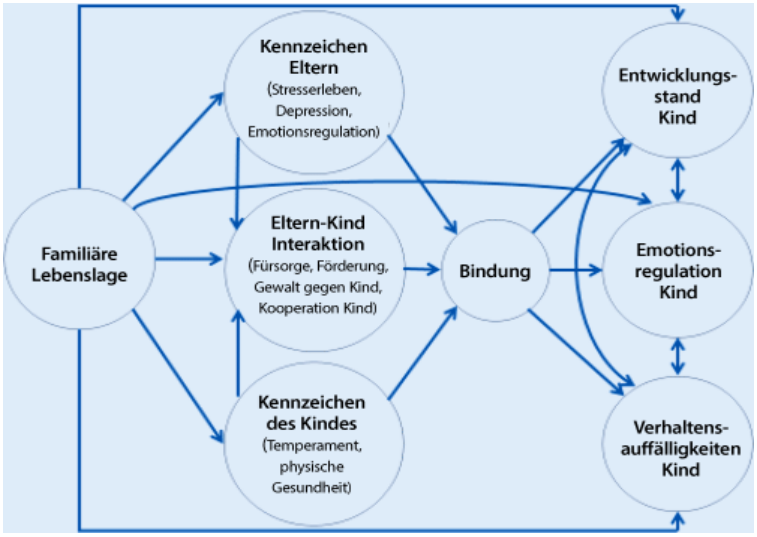


Abbildung 1: Transaktionales Entwicklungsmodell und Design der deutschen Entwicklungsstudie über Familien mit unterschiedlicher psychosozialer Belastung (vgl. Zimmermann et al. 2016, 1265)

2.3 Funktion und Dysfunktion des Familiensystems

In diversen Klassifikationsmodellen zur Diagnostik von Familien wird häufig eine Unterscheidung von funktionalen und dysfunktionalen Familien getätigt (vgl. Heekerens/Perrez 2011, 1141-1151). „[…] [D]ie Systemtheorie [versteht] das jeweilige Problem als Ausdruck einer Störung oder einer Dysfunktionalität des Gesamtsystems.“ (Hantel-Qutimann 1996, 205) Im Folgenden sollen die Begriffe „Funktion“ und „Dysfunktion“ von Familien erläutert werden und somit auf die erste Fragestellung „Was sind dysfunktionale Familiensysteme?“ eingegangen werden.

Bezüglich ihrer Funktion kann man Familien in den verschiedenen Systemebenen betrachten: Man kann die Familie als Gesamtsystem oder innerhalb verschiedener Subsysteme untersuchen, sowie auch als Teilsystem innerhalb weiterer Systeme, außerhalb der Familie, betrachten (vgl. Cierpka 2008b, 37f.). Als Teilsystem kann beispielsweise der soziale, kulturelle und gesellschaftliche Kontext des Familiensystems beleuchtet werden. Diese Umgebungsbedingungen sollten immer berücksichtigt werden. (ebd.)

Zentrale Funktionen der Familie seien insbesondere in der Bewältigung verschiedener Aufgaben impliziert: Eine Aufgabe der Familie sei die Alltagsbewältigung. Dazu zähle die materielle Versorgung durch Nahrung, Sicherheit und Gesundheit sowie eine somatische Unversehrtheit, eine emotionale Einbettung der Mitglieder in die Familie sowie eine Atmosphäre, in der ein Zusammenleben möglich sei. (vgl. Cierpka 2008b, 35) Hantel-Quitmann hat eine ähnliche Auffassung zur Funktion der Familie und nennt als wichtigen Aspekt zur Bewertung dieser „das

Wohlergehen der Kinder“ (Hantel-Quitmann 2013, 95). Dabei habe die Lebensqualität der Kinder zwei Dimensionen: „[D]ie Befriedigung ihrer physischen Bedürfnisse nach Nahrung, Kleidung, Wohnung etc. und die Befriedigung ihre psycho-sozialen und emotionalen Bedürfnisse nach Liebe, Zuwendung, Wertschätzung, Geborgenheit sowie nach Bildung.“ (Hantel-Quitmann 2013, 96) Schneewind erläutert zu den Bedeutungsvarianten, die Familien haben könnten, die „funktionale Familie“. Diese sei durch die Gestaltung des gemeinsam vollziehenden Alltags mit den alltäglichen Herausforderungen gekennzeichnet: „[…] [V]on der Haushaltsführung über die Freizeitgestaltung bis zur Kindererziehung […].“ (Schneewind 2010, 22) Hand in Hand mit beiden Dimensionen der von Hantel-Quitmann genannten Lebensqualität folgen bestimmte Bedingungen, die zur zweiten und zur dritten Funktion der Familie beitragen. Nach Cierpka sei die „Entwicklung des Einzelnen bei Aufrechterhaltung des Ganzen“ eine weitere Aufgabe (vgl. Cierpka 2008b, 35). Hierfür müssten Bedingungen von der Familie hergestellt werden, die es dem Kind ermöglichen sich psychisch adäquat zu entwickeln. Dazu müssten Familien selbst Entwicklungsaufgaben besonders für „[…] die Reifung und das psychische Wachstum an den Schwellensituationen (erste Selbständigkeit in Kindergarten und Schule, Veränderungen in der Pubertät, Ablösung vom Elternhaus [...]“ bewältigen. (ebd.)

Als dritte Funktion nennt Cierpka ein „intimes Zusammenleben der Familienmitglieder“ (vgl. Cierpka 2008b, 35f.). Als Ideal erläutert er Intimität verbunden mit gleichzeitigem Respekt der Integrität von einzelnen Mitgliedern (ebd.). Zu diesem Balanceakt in Familiensystemen beschreiben Boszormenyi-Nagy und Spark: „Alle engen Beziehungen enthalten Konflikte, die den Kampf um Nähe und Distanz, um Angleichung und Differenzierung, um Gebundensein und Getrenntsein, um Abhängigkeit und Individuation nach sich ziehen.“ (Boszormenyi-Nagy/Spark 2015, 297)

In „dysfunktionalen Familien“ würden diese Aufgaben unzureichend bewältigt werden und den Mitgliedern würden keine dem Alter angemessenen Bedingungen zur Entwicklung ermöglicht werden (vgl. Cierpka 2008b, 35). Dysfunktion von Familiensystemen sei nach Schneewind auch dann gegeben, wenn „Basisbedürfnisse einzelner Familienmitglieder wie z.B. das Bedürfnis nach Nahrung und Schutz nicht befriedigt werden […]“ könnten. (Schneewind 2010, 22)

Interne Spannungen und Konflikte zwischen den Familienmitgliedern seien jedoch ein Zeichen für die Gesundheit in der Familie (vgl. Richter 2007, 30f.). Dagegen würden sich Dysfunktionen von Familien in der Unfähigkeit Spannungen auszuhalten und Konflikte zu klären sowie in der Ausgrenzung von Mitgliedern und dem Hineintreiben von Mitgliedern der Familie in Symptombildung zeigen (ebd.).

Zusammenfassend bedeutet Dysfunktion, dass die erwähnten zugeschriebenen Funktionen der Familie nicht erfüllt werden und somit bestimmte Bedürfnisse, insbesondere die Reifung von Einzelnen betreffend, nicht befriedigt werden können oder kein Familienleben als Ganzes stattfinden kann.

Es handelt sich um Störungen in Familien, beziehungsweise dysfunktionale Familiensysteme, wenn einzelne Aspekte, die zu der Erfüllung der Funktion des Familiensystems beitragen, weniger gut, weniger effizient und weniger angemessen funktionieren (vgl. Cierpka 2008b, 37). Dabei seien Störungen der Familie durch das Verhältnis der Funktion und der Dysfunktion quantifizierbar (ebd.). Klassifikationsmodelle typisieren Familien zu bestimmten Mustern und bewerten sie in ihrer Funktion und Dysfunktion (vgl. Heekerens/Perrez 2011, 1141-1149). In Kapitel 4 soll noch eingehender auf verschiedene Aspekte von Dysfunktionalität innerhalb Familiensystemen eingegangen werden. Dabei solle jedoch bedacht werden, dass es Familien mit Konflikten und Störungen gebe, die dennoch funktionieren würden und dass es Familien gebe, die von außen als funktional angesehen werden würden, jedoch eigentlich Hilfe benötigen könnten (vgl. Boszormenyi-Nagy/Spark 2015, 297f.).

Außerdem könnten ähnliche Störungsaspekte einer Familie zu einem unterschiedlichen Umgang mit diesen führen (vgl. Perrez/Heekerens 2011, 1158f.). Die dysfunktionalen Aspekte könnten zu einem hilfebedürftigen Problem in der Familie werden oder auch anders, die Gesamtfunktion der Familie nicht beeinträchtigen (ebd.). Diese unterschiedlichen Entwicklungsresultate bei ähnlichen Ausgangsbedingungen werden als Multifinalität bezeichnet (ebd.). Andersherum können auch unterschiedliche Aspekte der Umgebung zum selben Ergebnis, in diesem Fall zur Dysfunktion, führen. Dies wird als Äquifinalität bezeichnet (ebd.). Ob eine Dysfunktion vorliegt oder nicht, kann nicht pauschal beantworten werden, es sollte für jedes Familiensystem individuell überprüft werden und dabei insbesondere die Familie und ihre Sicht auf ihre Funktion dafür als Gradmesser verwendet werden: Denn bei der Erfassung der Funktion und Dysfunktion einer Familie sei fraglich, ob der/die Beobachter*in bewerten könne, welche Tendenz innerhalb des Familiensystems vorliege, da für Familien eine eigene Norm für ihr Funktionieren vorliege, die sich aus ihrer sozialen Übereinkunft im System, ableite. (vgl. Schlippe/Schweitzer 2016, 94).

Dieser Ansicht ist auch Andreas Hahn: Aus Sicht seiner praktischen Erfahrung ist er der Auffassung der Klassifikationsmodelle, es gäbe dysfunktionale Familien, gegenüber kritisch: „Auch wenn bestimmte Aspekte als dysfunktional bewertet werden würden, so würden sie doch in ihrem System Sinn ergeben, bedeute sie könnten ebenso als funktional gewertet werden.“

(Gedächtnisprotokoll 2019, 1) So habe er innerhalb seiner praktischen Tätigkeit nicht festmachen können, dass es dysfunktionale Familien tatsächlich gebe (ebd.).

Dennoch muss erkannt werden, dass sich die psychische Erkrankung eines Mitgliedes einer Familie und sei diese Erkrankung selbst noch so funktional für das System, gleichzeitig als unerwünscht geltende Entwicklung und Belastung darstellt: Mit dem Symptom geht ein als schmerzhaft empfundenes Leid einher (vgl. Mentzos 2013, 22). Somit könnte auch in diesem Sinne von Dysfunktionalität gesprochen werden.

In dieser Arbeit wird sich die Verfasserin trotz der Aussage des Praktikers auf diverse Autoren beziehen, die den Begriff der Dysfunktion als solchen nennen und in ihrer analytischen Bearbeitung der Fragestellung verwenden. Frage ist jedoch zunächst, welche Faktoren dazu beitragen, dass familiäre Aspekte dysfunktional werden und zu Störungen in der Familie führen können.

3. Ätiologie von Störungen in der Familie: Risikofaktoren und aufrechterhaltende Bedingungen

Was führt dazu, dass Familien dysfunktionale Aspekte, beziehungsweise Störungen in der Familie, entwickeln? Diese Frage wird in diesem Kapitel beleuchtet.

Die Ursache für die Entwicklung von psychischen Störungen wird nicht auf einen bestimmten linear erklärbaren Grund aus der Vergangenheit zurückgeführt, sondern ist laut Forschungsstand in dem Vorhandensein von diversen, sich wechselseitig beeinflussenden Risiko- und Schutzfaktoren begründet. (vgl. Schweitzer/Schlippe 2007; vgl. Zimmermann et al. 2016) Schon aus den Begriffen selbst lässt sich ihre Bedeutung erklären: Risikofaktoren vergrößern das Risiko einer Störung, Schutzfaktoren mildern diese ab und wirken protektiv (vgl. Zimmermann et al. 2016, 1262). Dabei sind die Anzahl und das Verhältnis der Risiko- und Schutzfaktoren ausschlaggebend: „Je nach Balance der pathogenen Bedingungen und der Schutzfaktoren schaffen es Familien kritische, belastende Phasen und Ereignisse zu verarbeiten und sich an neue Rahmenbedingungen anzupassen." (Perrez/Heekerens 2011, 1157) Dabei muss das Vorhandensein von Risikofaktoren oder Schutzfaktoren nicht bedeuten, dass diese tatsächlich eine negative oder positive Wirkung zur Folge haben (vgl. Zimmermann et al 2016, 1263). Es gilt auch hier das Prinzip der Äquifinalität und Multifinalität: Verschiedene Risikofaktoren können zum gleichen Ergebnis führen, ähnliche Risikofaktoren können unterschiedliche Folgen haben (vgl. Perrez/Heekerens 2011, 1158). Die Resilienz der Familie, „[…] das Potenzial von Familien, Belastungen abzupuffern […]" spielt ebenfalls eine Rolle wie mit Belastungen in der Familie umgegangen wird (vgl. Retzlaff 2012, 25).

In der Studie „Aufwachsen unter familiärer Belastung in Deutschland“ aus dem Bundesgesundheitsblatt von 2016 wurden Risiko- und Schutzfaktoren in Familien untersucht, die zu Vernachlässigung und Misshandlung sowie zu Beeinträchtigungen in der kindlichen Entwicklung führen könnten (vgl. Zimmermann et al. 2016, 1264). Dazu wurde von dem transaktionalen Entwicklungsmodell, das in Abschnitt 2.2.2 erläutert wurde, ausgegangen: Demnach würden sowohl die Eigenschaften der Familie, die des Kindes und insbesondere deren Interaktion untereinander wechselseitig das Ausmaß des Risikos für Belastungen in der Familie ausmachen. Das Forschungsdesign der Studie, zu erkennen in Abschnitt 2.2.2 in Abbildung 1, zeigt das wechselseitige Zusammenspiel der einzelnen Faktoren. (vgl. Zimmermann et al. 2016, 1265) Die Studie wurde von der Verfasserin ausgewählt, da sie „[…] längsschnittlich den Zusammenhang zwischen dem Risikoausmaß, das Familien erleben, und der nachfolgenden Kompetenzentwicklung sowie der Entwicklung von Verhaltensproblemen bei Kleinkindern […]“ untersucht (Zimmermann et al. 2016, 1264). Somit ebenfalls einen Zusammenhang zwischen familiären Umständen und der Entwicklung von Auffälligkeiten bei Kindern vermutet. Dazu sei auch nochmals auf die Abbildung 1 hinzuweisen, die die familiäre Lebenslage direkt mit Verhaltensauffälligkeiten beim Kind verbindet. (vgl. Zimmermann et al. 2016, 1265) Hierfür wurden 937 Familien mit Kleinkindern per Fragebogen über ihre Lebenssituation befragt. Danach wurden sie in die Risikogruppen niedrig, mittel und hoch, je nach Anzahl der Risikofaktoren, eingeteilt (ebd.). In zwei Messzeiträumen in einem Abstand von sieben Monaten wurden in Hausbesuchen Verhaltensbeobachtungen zwischen Kind und Hauptbezugsperson gemacht und schriftliche Befragungen mit der zweiten Bezugsperson vorgenommen (vgl. Zimmermann et al.1266). Dazu wurden die Merkmale der Bezugspersonen, der Kinder und der Eltern-Kind-Interaktion erhoben (vgl. Zimmermann et al. 1264). Die Kinder in dieser Studie befanden sich im ersten bis zum dritten Lebensjahr (ebd.). In der vorliegenden Bachelorarbeit wird ein anderer Fokus für Aspekte zur Interaktion der Familie mit Kindern außerhalb des Kleinkindalters gesetzt. Die erhobenen Risikofaktoren zur psychosozialen Belastung von Familien werden hingegen miteinbezogen.

Bei den im Folgenden beispielhaft genannten Risikofaktoren soll es sich um solche handeln, die die Funktionsfähigkeit der Familie beeinträchtigen könnten und somit zu einer Vulnerabilität von Familiensystemen führen, die eine Dysfunktion dieser begünstigen könnte (vgl. Perrez 2005, 194). Die Abbildung 2 zeigt die indirekte und direkte Wirkung von diesen Risikofaktoren für Störungen in der Familie (a) auf die Entstehung von Störungen bei Kindern und Jugendlichen (c) (ebd.). Dabei wird deutlich, dass die Risikofaktoren selbst, die zu der Störung in der Familie beitragen, auch direkt eine Störung von Kindern und Jugendlichen begünstigen

könnten. Außerdem sind sie in der Lage indirekt über die Störung der Familie als Risikofaktor die Entwicklung einer Störung bei Kindern zu unterstützen. (ebd.) Die Störungen in der Familie selbst (b) können nach dieser Abbildung ebenfalls als Risikofaktor für die Entstehung von Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen wirken (vgl. Perrez 2005, 194). Dieses Kapitel beantwortet somit die zweite Fragestellung und stellt auch eine Teilantwort der dritten Fragestellung dar, da die Risikofaktoren zu Entstehung familiärer Dysfunktion gleichzeitig direkte Risikofaktoren sein können für die Entstehung einer psychischen Erkrankung beim Kind. Somit wird ein potenzieller Zusammenhang zwischen den Störungen der Familie und psychischen Auffälligkeiten beim Kind abgezeichnet.

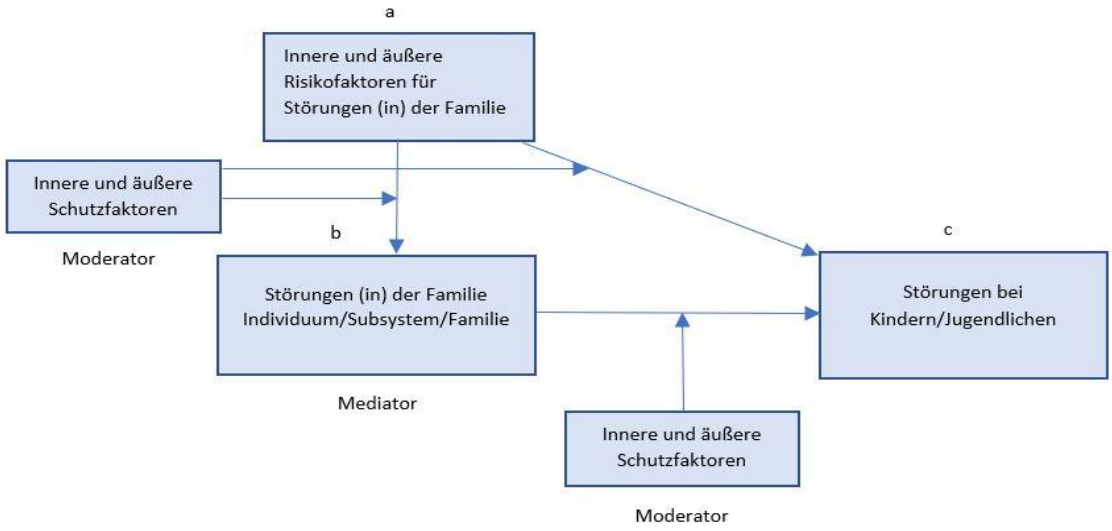


Abbildung 2: Direkte und indirekte Antezedenzien von Störungen bei Kindern und Jugendlichen (vgl. Perrez 2005,194)

Es lassen sich zwei Formen von Risikofaktoren und Schutzfaktoren unterscheiden: Distale Faktoren stellen äußere Lebensbedingungen dar. Innerhalb der Abbildung 1 aus dem Abschnitt 2.2.2 sind sie der „familiären Lebenslage“ zuzuordnen. (vgl. Zimmermann et al. 2016, 1263-1265) Die andere Form sind die proximalen Risikofaktoren und Schutzfaktoren, die interne Bedingungen ausmachen (vgl. Zimmermann et al. 2016, 1263). Diese sind bezogen auf Abbildung 1 einerseits ebenso unter den „familiären Lebenslagen“ zu kategorisieren sowie unter den elterlichen und kindlichen Merkmalen. Dazu gehört ebenfalls der „Entwicklungsstand“, die „Emotionsregulation“ des Kindes sowie die „Bindung“ und „Eltern-Kind-Interkation“. (vgl. Zimmermann et al. 2016, 1265)

3.1 Familienexterne, distale Risikofaktoren

Ein wichtiger distaler Risikofaktor ist Armut. Denn durch diesen könnte die Funktion der Familie, Grundbedürfnisse wie beispielsweise Nahrung und Schutz zu befriedigen, nicht erfüllt werden. (vgl. Perrez/Heekerens 2011, 1160) Die in der Einführung dieses Kapitels erläuterte Studie des Bundesgesundheitsblattes führte ebenfalls Armut als Risikofaktor auf (vgl. Zimmermann et al. 2016, 1267). Armut geht oftmals mit weiteren belastenden, distalen Bedingungen einher wie beispielsweise ungenügenden Wohnverhältnissen, Arbeitslosigkeit, Status als alleinerziehend, niedrigem Bildungsgrad der Bezugspersonen, frühe Mutterschaft und Gewalterfahrungen (vgl. Perrez/Heekerens 2011, 1159-1161; vgl. Zimmermann et al. 2016, 1267). Weitere distale Risikofaktoren sind Krieg, Migration und Flucht (vgl. Perrez/Heekerens 2011, 1161). Besonders bei erzwungenem Wohnortswechsel stellt dies eine belastende Erfahrung dar: „(D)ie Migration hat den Verlust des sozialen Netzwerks, und damit der emotionalen und instrumentellen Unterstützung zur Folge.“ (ebd.) Außerdem könnten durch diese Risikofaktoren Traumata erlebt worden sein, die ebenfalls Risikofaktoren darstellen. Chronisch belastende Sozialbeziehungen zu Personen außerhalb der Familie können ebenfalls einen distalen Risikofaktor ausmachen (vgl. Perrez/Heekerens 2011, 1161). Dabei kann es sich zum Beispiel um soziale Konflikte, Ausgrenzung und Isolierung handeln. (ebd.)

3.2 Familieninterne, proximale Risikofaktoren

Als familieninterne, proximale Risikofaktoren werden unter anderem der Tod eines Elternteils, Scheidung der Eltern sowie eine Häufung kritischer Lebensereignisse in der Familie verstanden (vgl. Perrez/Heekerens 2011, 1161f.). Auch die einzelnen Merkmale der Eltern und des Kindes können verstärkende Faktoren für den Risikostatus darstellen. So zum Beispiel ein schwieriges Temperament des Kindes oder eine schwierige Emotionsregulation der Eltern. (vgl. Zimmermann et al. 2016, 1265 und 1269)

Weitere interne familiäre Risikobedingungen sind die psychische oder körperliche Erkrankung eines Familienmitglieds, die Substanzabhängigkeit eines Elternteils und eine negative Haltung zum Kind während der Schwangerschaft und der Erziehung (vgl. Perrez/Heekerens 2011, 1162f.; vgl. Zimmermann et al. 2016, 1265). Störungen des Paarsubsystems können Konflikte der Eltern und Uneinigkeit dieser bei Erziehungsfragen betreffen, die weiter zu einer belastenden Familienatmosphäre, Spannungen und Stress beitragen können (ebd.). Auch die aktuelle Vernachlässigung und Erfahrung von Gewalt in der Familie stellt ein Risiko dar (Zimmermann et l. 2016, 1265).

Eine weitere mögliche Erklärung zur Entstehung familiärer Dysfunktionen stellt die „Mehrgenerationenperspektive“ dar: Dabei wird davon ausgegangen, dass durch Übertragungsprozesse Störungen und Konflikte wiederbelebt werden, die in vorherigen Generationen bestanden haben (vgl. Reich/Massing/Cierpka 2008, 260). Unbewusste Konflikte wirken auf das neue Familiensystem und bestimmen das Verhalten ihrer Familienmitglieder (ebd.). Die Bindungsforschung belegt die Weitergabe von Symptomen und Beziehungsproblemen von einer Generation in die nächste (vgl. Sydow 2008 o.S.; zit. n. Sydow 2015, 45).

Die Ergebnisse der Studie des Bundesgesundheitsblattes 2016 zeigen, dass besonders distale Risikofaktoren stabil sind, hingegen proximale Risikofaktoren veränderbar sind, jedoch auch eine „gewisse Stabilität“ aufweisen (vgl. Zimmermann et al. 2016, 1267f.). Merkmale der Interaktion zwischen den Eltern und Kind haben sich zwar bei einigen Familien verbessert und sich bei anderen verschlechtert, jedoch unterscheiden sich die vorab eingeteilten Risikogruppen immer noch signifikant voneinander, weshalb dauerhaft belastete Familien von weniger belasteten Familien unterschieden werden können (vgl. Zimmermann et al. 2016, 1268). „Die Effekte hoher familiärer Belastung auf die Entwicklung der Kinder zeigen sich ebenfalls dauerhaft über die frühe Kindheit hinweg.“ (Zimmermann et al. 2016, 1269) Der Zusammenhang zwischen einem höheren Risikostatus von Familien und einer beeinträchtigten Kindesentwicklung wurde erhärtet: „Die Ergebnisse erster Analysen deuten darauf hin, dass ein höherer Risikostatus direkt mit einer ungünstigeren kognitiven Entwicklung, einer verminderten Affektregulation sowie mit einem höheren Ausmaß an Verhaltensproblemen der Kinder einhergeht.“ (Zimmermann et al. 2016, 1269)

Schlippe und Schweitzer sind der Meinung, dass es in der Systemischen Therapie für interessanter gefunden wird wie ein Problem in der Familie stabilisiert wird, sodass es zu einem chronischen Problem werden kann (vgl. Schweitzer/Schlippe 2007, 30). Dies ist jedoch auch mit den Ergebnissen der Studie des Bundesgesundheitsblattes vereinbar, da diese aufzeigen, dass insbesondere äußere Rahmenbedingungen der Familie beständig sind und somit als aufrechterhaltende Bedingungen bewertet werden können, die ein Problem somit selbst stabilisieren können (vgl. Zimmermann et al. 2016, 1267). Innerhalb der „Mehrgenerationsperspektive“ kann man ebenso von aufrechterhaltenden Bedingungen ausgehen, da die familiäre Problematik dieser Ansicht nach sogar über mehrere Generationen bestehen bleibt. Die „KiGGS-Studie“, einem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey zur psychischen Gesundheit, belegt die Annahme der Beständigkeit von Problemen: Es gaben 40,8 % der Sorgeberechtigten der Teilnehmenden an, dass in mindestens einem der Bereiche „[…] Stimmung, Konzentration, Verhalten und/oder

Umgang mit anderen Schwierigkeiten vorliegen.“ (Hölling et al. 2014, 815) Die angegebenen Schwierigkeiten tendierten deutlich zu einer Chronifizierung (ebd.).

„Etwa ein Fünftel der Eltern betroffener Kinder und Jugendlicher gab eine deutliche oder schwere familiäre Belastung durch diese Schwierigkeiten an […].“ (Hölling et al. 2014, 815)

Verbunden mit der Studie „Aufwachsen unter familiärer Belastung in Deutschland“ aus dem Bundesgesundheitsblatt 2016 kann anhand dieser Ergebnisse die zirkuläre Wechselseitigkeit, die sowohl die Systemtheorie als auch das transaktionale Modell postuliert, bekräftigt werden: Es ist nicht zu bewerten, ob die familiäre Belastung oder die Auffälligkeit des Kindes als vorgegangene Bedingung gewirkt hat (vgl. Montada/Lindenberger/Schneider 2018, 35). Psychische Auffälligkeiten von Kindern können somit mindestens zu einer familiären Belastung beitragen, die durch ihre Chronifizierung eine Aufrechterhaltung von Störungen in der Familie unterstützen könnte.

4. Störungsausprägungen innerhalb des Familiensystems

Familien, die den vorab genannten proximalen und distalen Risikofaktoren ausgesetzt sind und nicht genügende Schutzfaktoren besitzen,

> „[…] werden mit erhöhter Wahrscheinlichkeit auch als System dysfunktionale Merkmale entwickeln, die einerseits für den Zusammenhalt und die weitere Entwicklung der Familie hemmend sind, und die andererseits die Entwicklung ihrer Mitglieder […] beeinträchtigen [könnten].“ (Perrez 2005, 215)

Inwieweit dies der Fall ist, ist von dem Vorhandensein und Verhältnis von Vulnerabilität und Resilienz der einzelnen Mitglieder abhängig (vgl. Perrez 2005, 215). In Bezugnahme auf die Abbildung 1 wird nun auf die Störungen in der Familie (b) selbst als Risikofaktor für die zur Entstehung einer psychischen Erkrankung beim Kind eingegangen (vgl. Perrez 2005, 194). Es wird beantwortet, welche Merkmale in Familien dysfunktional sein könnten und somit die erste Fragestellung: „Was sind dysfunktionale Familiensysteme?“ nochmal im Detail betrachtet sowie teilweise auf die dritte Fragestellung eingegangen: „Welche familiären Aspekte können zur Entwicklung eines psychischen Symptoms beim Kind beitragen?“

Dafür werden nun ausgewählte Aspekte aus einem systemtheoretischen und empirisch überprüften Klassifikationsansatz, dem „Cirumplex-Modell“ von Olson zur Erfassung der familiären Interaktion, analysiert (vgl. Olson 2000, 145; vgl. Thomas 2008, 412). Mit diesem besteht die Möglichkeit, Aussagen über die Funktionalität der Familie zu treffen (vgl. Cierpka 2008b, 36). Störungsgrade der Familie lassen sich am Ausmaß der Erfüllung der in Kapitel 2.3 genannten familiären Funktionen ableiten. Dies betrifft im Besonderen die Funktion der Entwicklung

des Einzelnen beim Erhalt der Familie als Ganzes. (vgl. Cierpka 2008b, 37). Das „Circumplex-Modell“ wird im Folgenden als Ausgangslage zur Analyse verwendet, da es ein Klassifikationsmodell für das Gesamtsystem Familie ist und einen hohen Bekanntheitsgrad aufweist (vgl. Hofer 2002, 17). Von diesem ausgehend werden die Merkmale Zugehörigkeit, Anpassungsfähigkeit, Kommunikation, Grenzen und Rollen erläutert (vgl. Olson 2000, 144-147). Diese Aspekte wurden auch in dem Experteninterview von Andreas Hahn als ausschlaggebende Faktoren für eine mögliche Dysfunktion in der Familie genannt (vgl. Gedächtnisprotokoll 2019, 2).

Die im Folgenden genannten familiären Störungsausprägungen erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit und stellen eine Auswahl innerhalb der Komplexität des Familiensystems dar. „Simplifizierte Kategorien“ sind für die Erfassung von Beziehungen nicht ausreichend, da die Struktur sich durch eine „dynamische Komplexität“ auszeichnet. (vgl. Richter 2007, 49) In Anbetracht der Systemtheorie und dem transaktionalen Modell könnte man somit weitere familiäre Merkmale finden. Hierzu genannt seien zum Beispiel die Bindung (vgl. Sydow 2015, 42f.) und das Familienklima (vgl. Schneewind 2019, 40f.), auf welche in dieser Bachelorarbeit aus Platzgründen nicht eingegangen werden kann.

Laut des systemischen Beraters und Therapeuten Andreas Hahn habe er in der Praxis kein spezielles Klassifikationsschema verwendet, da er der Auffassung sei, dass diese dazu verleiten würden, Familien in einer Form zu kategorisieren, die in der Realität oftmals nicht zu der individuellen Familie passe (vgl. Gedächtnisprotokoll 2019, 2) „Man könne Ansätze einer Struktur in Familien erkennen, jedoch dürfe man diese nicht verabsolutieren.“ (Gedächtnisprotokoll 2019, 1) Hahn stellt in Frage, ob die Kategorisierung von Familien überhaupt hilfreich sei und merkt an, dass man in die Struktur der Familie Bewegung bringen solle (ebd.).

Damit die Klassifikation von psychischen Störungen jedoch aus dem Zentrum des Individuums gerät (insbesondere im Kontext der Systemtheorie) wird es zumindest theoretisch für sinnvoll erachtet, einzelne Aspekte der Klassifikation von familiären Störungen als Gesamtsystem zu betrachten. Die Klassifikation kann zudem auch als Möglichkeit zur Orientierung verstanden werden. (vgl. Heekerens/Perrez 2011, 1140f.)

Es sei darauf zu verweisen „[…], dass Interaktionsmuster in der Eltern-Kind-Beziehung vom Strukturierungsgrad und dem Anforderungscharakter der Situation abhängig sind.“ (Steininger 2010, 189) Kritische Lebensereignisse stellen die Familien noch neben ihrem bestehendem Risikostatus vor Herausforderungen (vgl. Olson 2000, 154f.)

4.1 Kohäsion und Adaptabilität

„Systemtheoretische Konzepte unterscheiden im Wesentlichen zwei grundlegende Dimensionen von Familiensystemen: Die Familienkohäsion und die familiäre Anpassungsfähigkeit (Familienadaptabilität).“ (Steininger 2010, 180) Für die Untersuchung der familiären Interaktion würden diese beiden Aspekte in der Familientherapie am häufigsten gewählt werden und als zentrale oder Teilaspekte bestimmt werden (vgl. Heekerens/Perrez 2011, 1141). Mit Kohäsion wird die Zugehörigkeit in der Familie bezeichnet, die die extremen Auslagerungen Feindschaft und Freundschaft aufweist (vgl. Heekerens/Perrez 2011, 1140). Damit gemeint ist die emotionale Verbindung, die die Familienmitglieder untereinander haben (vgl. Olson 2000, 145). Mit Adaptabilität ist die Veränderungsmöglichkeit von Hierarchien, Rollenbeziehungen und Regeln der Familie gemeint (ebd.). Diese sei insbesondere von „[…] situativen Aufgaben und entwicklungsmäßigen Bedingungen […]“ abhängig (Hofer 2002, 9).

Das „Circumplex-Modell“ von Olson bezieht sich ebenso auf diese beiden Grunddimensionen (vgl. Heekerens/Perrez 2011, 1141). Für die Erfassung der familiären Kohäsion nimmt Olson Bezug auf folgende Variablen: „[…] emotional bonding, boundaries, coalitions, time, space, friends, decision-making, interests and recreation.“ (Olson 2000, 145) Die Grunddimension Kohäsion kann auf die Funktion des Zusammenhalts der Familie bei gleichzeitiger Entwicklung der Einzelnen übertragen werden, beziehungsweise wird sie durch die Variablen überprüft: „The focus of the construct of cohesion is how family systems balance the separateness of their members versus togetherness.“ (Olson 2000, 145) Funktionale Dimensionen der Zugehörigkeit würden ausmachen, dass „[…] individuals are able to experience and balance these two extremes and are also able to be both independent from and connected to their families.“ (Olson 2000, 145) Wenn Familiensysteme diese Balance nicht erhalten können, könnten sie in die extremen Pole „Verstrickung“ oder „emotionale Unverbindlichkeit“, auch „Loslösung“ genannt, geraten (vgl. Heekerens/Perrez 2011, 1142). Bei verstrickten Familien sei eine „[…] starke Bindung, eine geringe Unabhängigkeit, geschlossene Grenzen nach außen, wenig Privatsphäre und hohe Gemeinsamkeit der Lebensgestaltung […]“ kennzeichnend (vgl. Hofer 2002, 9). Bei der anderen Richtung der misslungenen Balance, der „emotionalen Unverbindlichkeit“, sei eine geringe Bindung, starke Unabhängigkeit der Familienmitglieder, offene Grenzen nach außen, Distanz nach innen, wenig gemeinsam verbrachte Zeit und individuell getätigte Entscheidungen und Unternehmungen maßgebend (ebd.).

Die Adaptabilität wird in späteren Versionen von Olsons Circumplex-Modell als Flexibilität bezeichnet (vgl. Olson 2000, 147). Damit gemeint sind die Variablen: „[…] leadership (control, discipline), negotiation styles, role relationships and relationship rules. The focus of flexibility

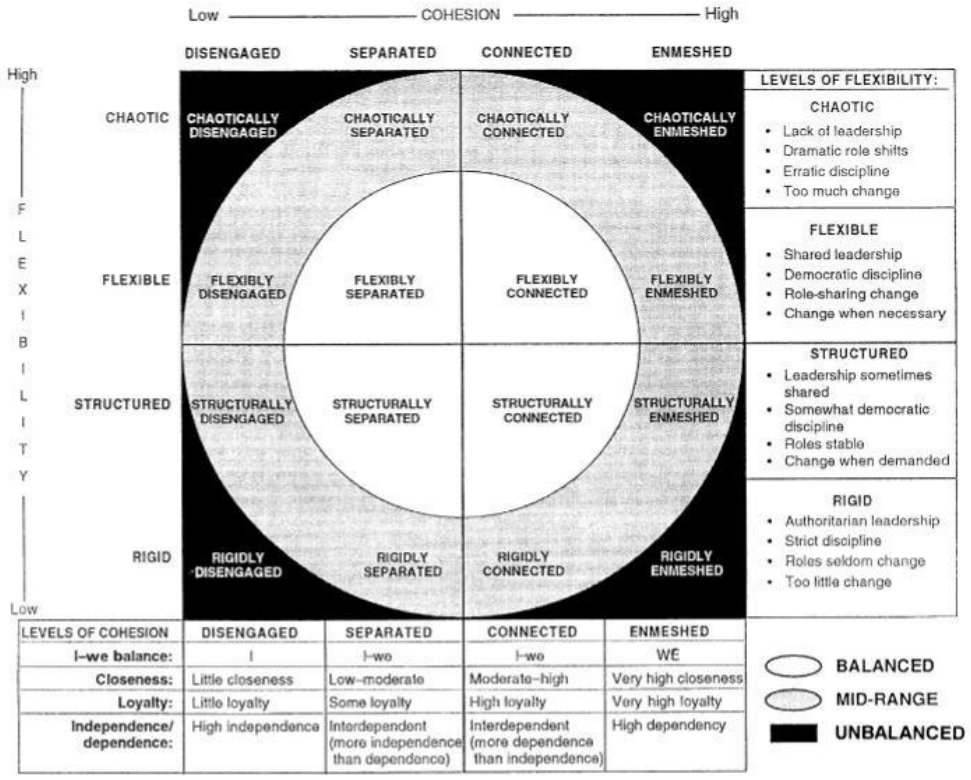
is on how systems balance stability versus change.“ (Olson 2000, 146) Olson geht somit davon aus, dass das Familiensystem sich in seiner Entwicklungsgeschichte wiederholend zwei Aufgaben stellen muss: „Die Familie muss sich als solche erhalten und sie muss sich verändern.“ (Heekerens/Perrez 2011, 1142) Wenn diese Aufgaben nicht bewältigt werden, bestehe die Gefahr, dass sich die Familie auflöst oder erstarrt (ebd.). Die durch eine Auflösung bedrohten Familien werden als „chaotische“ Familien bezeichnet und würden sich durch eine „geringe Kontrolle“ mit unklaren Regeln, einem eher passiven Verhalten mit wenig Beteiligung am Familiengeschehen sowie „endlose[n] Verhandlungen“ beschreiben lassen (vgl. Hofer 2002, 9). Die erstarrten Familien, die auch als „rigid“ bezeichnet werden, würden sich durch „[…] autoritäre […] Führung, stereotypen Rollen und rigiden Regeln, die wenig Aushandlungen zulassen […]“, kennzeichnen (ebd.). Der gewünschte Zustand innerhalb dieser Dimension, eine Balance zwischen Stabilität und Veränderung zu erhalten, lässt sich ebenfalls mit der Funktion der Familie der „Entwicklung des Einzelnen bei Aufrechterhaltung des Ganzen“ verbinden, da der gewünschte Zustand durch die Anpassungsfähigkeit bei gleichzeitiger Stabilität erreicht wird (vgl. Cierpka 2008b, 35).

Dies waren die extremen Auslegungen familiärer Muster innerhalb des Circumplex-Modells, zwischen ihnen nennt Olson noch weitere, die in der Abbildung 3 dargestellt sind: Laut Olson gäbe es vier Stufen der Zugehörigkeit beziehungsweise Kohäsion von Familien, welche sich auf der waagerechten Achse der Abbildung 3 befinden (vgl. Olson 2000, 145). Diese würden sich von einer sehr geringen Zugehörigkeit „losgelöst“ über „getrennter“ Zugehörigkeit (gering bis moderat) zu einer „verbundenen“ Zugehörigkeit bis zu der „verstrickten“, sehr hohen Zugehörigkeit, kennzeichnen (ebd.). Es wird davon ausgegangen, dass die Stufen „getrennt“ und „verbunden“ in der Lage sind, die Balance zwischen dem Zugehörigkeitsgefühl zur Familie bei gleichzeitiger Reifung der Einzelnen zu erhalten und somit die Funktion der Familie erfüllen zu können (vgl. Olson 2000, 145). Bei „getrennten“ Familien ist die Lebenszeit, die voneinander getrennt verbracht wird bedeutsam, jedoch gibt es ein wenig Zeit und Interessen, die gemeinsam geteilt werden und auch Entscheidungen, die gemeinsam getroffen werden (ebd.). Bei „verbundenen“ Familien besteht eine emotionale, geschlossene Verbundenheit und Loyalität. Gemeinsame Zeit wird als wichtig empfunden. Neben ein paar eigenen Freunden und Interessen werden viele gemeinsam geteilt. (ebd.)

In der Dimension der Anpassungsfähigkeit gäbe es ebenfalls vier Stufen, die in der senkrechten Achse der Abbildung 3 gezeigt werden: Die Typen der Anpassungsfähigkeit von Familien würden von rigid, sehr niedriger Anpassungsfähigkeit, zu strukturiert, niedrige bis moderate Anpassungsfähigkeit, über flexibel, moderat bis hoher Anpassungsfähigkeit, hin zu chaotischer,

sehr hoher Anpassungsfähigkeit der Familie reichen (vgl. Olson 2000, 148). Dabei seien die mittleren Stufen der Anpassungsfähigkeit ebenso wie die mittleren Stufen der Zugehörigkeit als für die Funktion der Familie förderlich angesehen, während die schon erläuterten Extrema (rigid und chaotisch) als weniger förderlich bewertet werden würden (ebd.). Strukturierte Familien würden einige Entscheidungen demokratisch treffen, Kinder dabei zum Teil miteinbeziehen, Rollen wären stabil, aber könnten auch geteilt werden. Regeln seien stabil, aber wenige von ihnen könnten auch verändert werden. (vgl. Olson 2000, 149) Flexible Familien würden hingegen gemeinsam mit gleicher Gewichtung der Mitglieder Entscheidungen treffen und bei offenen Verhandlungen dabei aktiv die Kinder miteinbeziehen. Rollen werden geteilt und wenn es nötig ist, werden Regeln geändert. (ebd.)

Die extremen Auslagerungen „losgelöst“ und „verstrickt“ sowie „rigid“ und chaotisch“ würden wie bereits oben erwähnt als problematisch angesehen werden, da die Balance in diesen Familientypen gefährdet sei (vgl. Olson 2000, 145-149). „Although there is no absolute best level for any relationship, many will have problems if they function at either extreme of the model […] for too long.“ (Olson 2000, 147)



LEVELS OF COHESION	DISENGAGED	SEPARATED	CONNECTED	ENMESHED
I–we balance:	I	I–we	I–we	WE
Closeness:	Little closeness	Low–moderate	Moderate–high	Very high closeness
Loyalty:	Little loyalty	Some loyalty	High loyalty	Very high loyalty
Independence/ dependence:	High independence	Interdependent (more independence than dependence)	Interdependent (more dependence than independence)	High dependency

Abbildung 3: Circumplex model: Couple and family map (vgl. Olson 2000, 148)

Jede der beiden Dimensionen Zugehörigkeit und Anpassungsfähigkeit wird jeweils in die vier genannten Stufen unterteilt, welche durch die Kombination dieser einzelnen Stufen 16 Typen

von Familien ergeben (vgl. Schneewind 2010, 116) Bei diesen können sich die vorab genannten förderlichen und weniger förderlichen Stufen zusammentun und ergeben somit „vier ‚funktionale' Typen[…], acht ‚riskante' Typen […], sowie die vier ‚dysfunktionalen' Typen […]." (Heekerens/Perrez 2011, 1141). Die vorher genannten Extrema der jeweiligen Dimension ergeben kombiniert vier theoretisch dysfunktionale Familientypen: Chaotisch-losgelöste Familien haben Merkmale der Auflösung und der emotionalen Unverbindlichkeit, chaotisch-verstrickte Familien zeigen Auflösungserscheinungen bei gleichzeitiger sehr starker Verbundenheit, rigid-losgelöste Familien weisen Starrheit und emotionale Unverbindlichkeit auf und rigid-verstickte Familien sind durch Starrheit und Verstrickung gekennzeichnet (vgl. Heekerens/Perrez 2011, 1142). In der Abbildung 3 sind sie in den schwarzen Feldern als „unbalanced" gekennzeichnet (vgl. Olson 200, 148).

Auch wenn einige Familien in die extremen Stufen eingeteilt werden könnten, ist hier von einem kausalen Ursache-Wirkungs-Zusammenhang abzusehen: „Unbalanced types of couple and family systems are not necessarily dysfunctional […]." (Olson 2000, 153) Es sei auch darauf hinzuweisen, dass es sich bei dem Circumplex-Modell um ein dynamisches Klassifikationsmodell handelt, welches davon ausgeht, dass sich Familien wegen unterschiedlicher Lebensereignisse immer wieder verändern können und sich somit von einer Balance in einen Zustand ohne Balance und umgekehrt entwickeln können (vgl. Olson 2000, 155).

In welchem Ausmaß die vier dysfunktionalen Familientypen, empirisch erhebbar wären und ob ein bestimmter Familientyp mit einer bestimmten psychischen Auffälligkeit zusammenhängt, ist empirisch nicht geklärt (vgl Heekernes/Perrez 2011, 1142). Durch empirische Untersuchungen wurde jedoch bestätigt, dass sich Familien mit klinisch auffälligen Kindern öfter zu den extremen familiären Mustern zuordnen lassen als Familien mit Kindern ohne Auffälligkeiten (vgl. Thomas 2008, 415). „Many couples and families that go for therapy often fall into one of the extremes or unbalanced areas." (Olson 2000, 145)

Andreas Hahn erlebte diese Ausprägung, die in der Familie als störend wahrgenommen werden könnte: „Ein Aspekt sei die mangelnde Differenzierung, die Individuen innerhalb der Familie seien sich zu nah, würden sich zu wenig als Einzelpersonen wahrnehmen. Ein anderer Aspekt sei das zu fern sein, die Familien würden zu wenig Bezug zueinander haben." (Gedächtnisprotokoll 2019, 2) Andreas Hahn hat also im Sinne des Circumplex-Modells insbesondere die Kohäsion der Familie als Merkmal in der Systemischen Familientherapie erlebt. Sowohl die Verstrickung als auch die Loslösung in Familien als extreme Formen der Zugehörigkeit haben Familien in dem therapeutischen Setting gekennzeichnet.

4.2 Kommunikation

Als dritte Dimension wurde von Olson die „Kommunikation“ zu den beiden grundlegenden Dimensionen „Kohäsion“ und „Adaptabilität“ hinzugefügt (vgl. Thomas 2008, 413). Diese soll eine unterstützende Dimension abbilden, die die beiden grundlegenden Dimensionen beeinflusst, lediglich die Bewegung innerhalb dieser bedingen kann und deshalb in der Abbildung 3 nicht dargestellt ist (vgl. Olson 2000, 149). Olson geht davon aus, dass je nach Qualität der familiären Kommunikation die Balance zwischen den grundlegenden Dimensionen begünstigt oder negativ beeinflusst werden kann (vgl. Olson 2000, 153).

Aspekte, die positiv auf den Kommunikationsstil der Familie wirken können, werden im Folgenden aufgeführt: Ein Aspekt ist die Fähigkeit des Zuhörens. Diese schließt Aufmerksamkeit beim Zuhören und Einfühlungsvermögen mit ein. (vgl. Olson 2000, 149f.) Die Fähigkeiten, sich sprachlich ausdrücken zu können und sich über eigene Gefühle und über die Beziehungen offen zu äußern, sind weitere Aspekte (ebd.). Klarheit im Ausdruck und Kontinuität innerhalb eines inhaltlichen Themas stellen ebenso kommunikationsförderliche Faktoren dar. Aufmerksamkeit und Respekt beeinflussen zudem den emotionalen Bereich der Kommunikation und begünstigen Problemlösefähigkeiten der Familie. (vgl. Olson 2000, 149f.)

Familien, die in den mittleren Stufen der Dimensionen Kohäsion und Adaptabilität zugeordnet werden könnten, zeigen die Tendenz einer positiveren Kommunikation untereinander und erfüllen somit viele der oben genannten Aspekte, anders als Familien, die in den extremen Ausprägungen verlagert sind (vgl. Thomas 2008, 415). „Conversely, poor communication impedes movement in the unbalanced systems and increases the chances that these systems will remain extreme.“ (Olson 2000, 153) Umgekehrt kann ein positiver Kommunikationsstil Familien dazu verhelfen, müheloser ihre Ausprägung von Kohäsion und Adaptabilität zu verändern (vgl. Thomas 2008, 415). Die genannten Kommunikationsfähigkeiten fördern die Balance in der Familie und haben somit indirekt auf das Funktionieren in der Familie Einfluss.

Kommunikation selbst kann als Austausch von Nachrichten zwischen den Familienmitgliedern definiert werden. Dabei ist es nicht selbstverständlich, dass das inhaltlich Gemeinte genauso auch vom Empfänger verstanden wird. (vgl. Sydow 2015, 37) Insbesondere der Beziehungsaspekt in einer Botschaft, der beinhaltet, was der/die Empfänger*in darüber denkt, dass der/die Absender*in gerade diese Nachricht vermittelt hat, lässt den Empfänger meist stärker reagieren, als es dem/der Absender*in bewusst ist (ebd.).

Ein Beispiel für die negative Mitwirkung von Kommunikation kann bei Familien mit einem zu hohen Vernetzungsgrad, im Circumplex-Modell „verstrickte Familien“ genannt, gezeigt

werden: Der Hohe Grad an Kohäsion kann zu einer Instabilität des Systems führen, weshalb es sich positiv auswirken könnte, die Kommunikation in diesem Fall zu hemmen statt zu fördern (vgl. Hoffmann 1975, o.S.; zit. n. Schlippe/Schweitzer 2016, 101). Denn dann könnten sich Subsysteme in der Familie bilden, die die Balance in der Familie verbessern könnten (ebd.).

Systemdynamiken in der Familie würden in einem zeitlich langen Prozess aus der familiären Kommunikation entstehen und für einen Beobachter bestimmte Muster erkennen lassen (vgl. Sydow 2015, 38). Diese Muster würden, wie in Abschnitt 2.1.1 bereits erläutert, aus dem kommunikativen Zusammenspiel der einzelnen Teile des Systems entstehen und nicht aus einem bestimmten Grund. Die Muster bilden Attraktoren ab, die das Verstehen und die Deutung der Kommunikation „versklavt", heißt in ihrer Bedeutungs-, und Interpretationsfreiheit einschränkt. (vgl. Schlippe/Schweitzer 2016, 107f.) „Festgefahrene Kommunikationsmuster werden also dadurch erklärt, dass vielfältige Verhaltensweisen durch Attraktoren auf enge und eingefahrene Beschreibungen reduziert werden." (Schlippe/Schweitzer 2016, 110) Durch die ebenfalls in Kapitel 2 beschriebene Komplettierungsdynamik können bestimmte Verhaltensweisen, die nicht zu dem Attraktor passen, übersehen oder abgewertet werden und passend zum Attraktor umgedeutet werden (ebd.). So könnte beispielsweise die Verhaltensstörung eines Kindes auch eine Zuschreibung problematischen Verhaltens statt einer Eigenschaft darstellen (ebd.). Dieses Beispiel wird im Kapitel 5 deutlicher erläutert.

Laut Andreas Hahn spiele die Interaktion die größte Rolle in dem Funktionieren in Familien. Insbesondere darin eingeschlossen sei für ihn die Kommunikation. Hahn macht im Interview darauf aufmerksam, dass es nicht bloß um die verbale Kommunikation gehe, die für das System Familie relevant sei, sondern dass ebenso die nonverbale Kommunikation die Familie beeinflussen würde. (vgl. Gedächtnisprotokoll 2019,2) Bei den im Circumplex-Modell genannten kommunikationsfördernden Aspekten wird hauptsächlich von Fähigkeiten der verbalen Kommunikation gesprochen. Lediglich Aufmerksamkeit und Einfühlungsvermögen könnten als nonverbale Faktoren eingestuft werden.

4.3 Grenzen

Im Circumplex-Modell befinden sich „Grenzen" als Variable zugehörig zu der Dimension der Kohäsion (vgl. Olson 2000, 145). Grenzen sind Vereinbarungen darüber, wer Mitglied eines Systems ist und wer von diesem ausgeschlossen ist. Sie können somit identitätsbildend und sinngebend sein. (vgl. Schlippe/Schweitzer 2016, 102). Grenzen können in der Familie zu ihrer äußeren Umwelt, innerhalb der Familie zu ihren Subsystemen sowie für Individuen selbst erkennbar sein (vgl. Joraschky/Retzlaff 2008, 343). Die Außengrenzen der Familie können durch

unterschiedliche Verhaltensweisen deutlich werden, die die Familienmitglieder untereinander in der Familie und gegenüber Außenstehenden zeigen (vgl. Gehring 2000, 128). Minuchin untersuchte die innere Struktur von Familien und hat „Grenzen“ als eigene Dimensionen erhöhte Aufmerksamkeit geschenkt (vgl. Heekerens/Perrez 2011, 1142; vgl. Minuchin 2015, 271f.). Das Funktionieren in der Familie würde sich von der Qualität der Grenzen zwischen den Subsystemen der Familie ableiten, diese sollten „[…] zwischen den Subsystemen […] klar sein, weder diffus noch zu starr.“ (Heekerens/Perrez 2011, 1142) Die Grenzen der Subsysteme innerhalb der Familie sind ebenfalls durch unterschiedliche Verhaltensweisen der Mitglieder in den Subsystemen erkennbar (vgl. Gehring 2000, 128). Subsysteme können sich beispielsweise aus dem elterlichen Subsystem, dem Geschwistersubsystem, den weiblichen oder männlichen Mitgliedern als Subsystem oder auch aufgrund von gemeinsamen Interessen bilden (vgl. Schlippe/Schweitzer 2016, 101). In dem Aspekt der „Grenzen“ werden ebenso die „Loslösung“ und die „Verstrickung“ in Familien als Störungskategorien benannt (vgl. Heekerens/Perrez 2011, 1142). Diese werden auch als „Durchlässigkeit“ und „Starrheit“ bezeichnet (vgl. Joraschky/Retzlaff 2008, 342). Familien werden im Sinne der Dimension „Grenzen“ als dysfunktional bezeichnet, wenn das Funktionieren des Einzelnen in der Familie aufgrund von Grenzverletzungen beeinträchtigt wird (vgl. Joraschky/Retzlaff 2008, 342). Welches Verhalten als Grenzverletzung gewertet wird, hängt von der Bewertung des Beobachters ab (vgl. Joraschky/Retzlaff 2008, 337). Die Störungskategorie „Verstrickung“ sei dann gegeben, wenn Grenzen unklar oder aufgebhoben sind: In diesem Fall sei oftmals eine sehr starke Bindung und eine Beeinträchtigung der Autonomie von einzelnen Mitgliedern der Familie kennzeichnend (vgl. Heekerens/Perrez 2011, 1142f.) Bei Regelverstößen würde die Familie schnell und zu sensibel reagieren (ebd.). Bei der zweiten Störungskategorie in der Dimension „Grenzen“, der „Loslösung“, seien die Grenzen zu starr und auf Regelverletzungen in der Familie würde zu spät und zu schwach reagiert werden. In dieser Kategorie sei die Bindung häufig mangelhaft. (vgl. Heekerens/Perrez 2011, 1143) Insbesondere der Abgrenzung des elterlichen Subsystems wird eine größere Rolle für die Bedeutung von Grenzen zugesprochen. Die Familie als Ganzes gelte als bedroht, wenn in diesem Subsystem die Grenzen nicht deutlich seien. (vgl. Schlippe/Schweitzer 2016, 101) Grenzen lassen sich als Regulation von Nähe und Intimität bezeichnen und können somit als direkte Einflussfaktoren die Erfüllung der familiären Funktion „Zusammenhalt bei gleichzeitiger Entwicklung des Einzelnen“ ermöglichen oder beeinträchtigen (vgl. Joraschky/Retzlaff 2008, 337). Eine „Balance zwischen Öffnung und Geschlossenheit“ müsste sowohl Entwicklungsmöglichkeiten als auch einen stabilen Orientierungsrahmen bieten (vgl. Joraschky/Retzlaff 2008, 347). Hierfür sollten einige Bereiche der Grenzen

kontinuierlich in Bewegung und flexibel sein und es sollte gleichzeitig dauerhafte Grenzen geben, da diese Sicherheit und Stabilität fördern (vgl. Joraschky/Retzlaff 2008, 345).

Eltern, die Grenzen verletzen, seien oftmals selbst von Grenzüberschreitungen in ihrer Ursprungsfamilie betroffen (vgl. Perrez/Heekerens 2011, 1164). Grenzüberschreitungen haben jedoch auch einen Nutzen: Erst durch sie können eigene Grenzen und der Umgang mit diesen in der Interaktion mit anderen entwickelt werden (vgl. Joraschky/Retzlaff 2008, 347). Für den Umgang mit den Grenzen in Familien gelten explizite und implizite Regeln, die einschränkende Verhaltensmöglichkeiten darstellen und aufzeigen, welche Verhaltensweisen toleriert werden und welche nicht (vgl. Schlippe/Schweitzer 2016, 103).

Auch wenn die Dysfunktionalität einer Familie häufig mit unklaren Grenzen der Generationen, Eltern und Kindern, einhergeht, gilt die Verwischung dieser Generationsgrenzen in bestimmten Lebensphasen als funktionell. Dies sei insbesondere der Fall „[…], wenn Kinder aus der komplementären Beziehung, die zwischen Eltern und Kleinkindern besteht, in eine symmetrische Beziehung zu den Eltern überwechseln." (Joraschky/Retzlaff 2008, 347f.) Die Regulierung von Grenzen trägt somit auch zu der anderen grundlegenden Dimension des Circumplex-Modells, der „Anpassungsfähigkeit" bei, da sie Variablen dieser verändern kann: „Grenzüberschreitungen markieren die kritischen Stellen im Entwicklungsprozess und zwingen die Familie zur Veränderung ihrer Rollen und der damit im Zusammenhang stehenden Regeln." (Joraschky/Retzlaff 2008, 342) Zur Dimension „Anpassungsfähigkeit" nennt Olson nämlich unter anderem die Variablen Rollen und Regeln (vgl. Olson 2000, 147).

Das Zitat von Andreas Hahn aus dem Abschnitt 4.1 unterstützt ebenso die Bedeutung der „Grenzen" in Familien (Gedächtnisprotokoll 2019, 2). Auf die Dimension Grenzen bezogen, hätten die Familien somit oftmals zu stabile Grenzen oder zu offene Grenzen in der systemischen Beratung und Therapie bei Andreas Hahn gezeigt. Diese lassen sich auch in der Dimension „Grenzen" den dysfunktionalen Kategorien „Verstrickung" und „Loslösung" im Familiensystem zuordnen.

4.4 Rollen

Wie bereits erwähnt, lässt sich die Variable „Rollen" der Grunddimension der „Anpassungsfähigkeit" zuordnen. (vgl. Olson 2000,145) „Rollen entsprechen den üblichen sozial vorgeschriebenen Normen und Erwartungen bezüglich bestimmte[r] Verhaltensweisen, die mit bestimmten Positionen in der Gesellschaft verbunden sind […]." (Freund/Nikitin 2018, 279) Laut Hantel-Quitmann sollte die Struktur der Familie neben klaren Regeln auch eine deutliche Rollenverteilung aufweisen (vgl. Hantel-Quitmann 1997, 16) Horst Eberhard Richter entwickelte eine

Rollentheorie in Bezug auf problematische familiäre Auffälligkeiten (vgl. Richter 2007; vgl. Richter 2003). „[…] [D]as Erteilen oder Akzeptieren solcher Rollenvorschriften kann von jedem der Rollenpartner dazu benutzt werden, sich kompensatorisch von intraindividueller Konfliktspannung zu entlasten." (vgl. Richter 2007, 50) Dieser Ansatz entstammt aus einer psychoanalytisch geprägten Sichtweise, die in der heutigen Systemischen Therapie durchaus bedeutsam ist (vgl. Kriz 2009, 228). Insbesondere im Bereich der Generationsgrenzen sind Störungen bezüglich des Rollenkonzepts in Familien zu finden (vgl. Joraschky/Retzlaff 2008, 348). Diese Konflikte in der Familie können sowohl innerhalb des Individuums als auch zwischen den Eltern ablaufen und können die Eltern-Kind-Beziehung beeinflussen (vgl. Schneewind 2019, 63). Konflikte seien per se nicht negativ, jedoch gelten sie als dysfunktional „[…], wenn sie (a) zu häufig sind, (b) destruktiv (aggressiv oder schwelend) ausgetragen werden und (c) die Kinder einbeziehen." (Bodenmann 2006, 21) Rollen können bestimmte Erwartungen zur Erfüllung einer Funktion beinhalten (vgl. Richter 2003, 73). Generationsgrenzstörungen von Familien im Konzept von Rollen sind beispielsweise die Triangulierung, Delegation und die Parentifizierung (vgl. Joraschky/Retzlaff 2008, 348f.). Ob die Generationsgrenzen tatsächlich pathologische Züge zeigen, ist davon abhängig, ob diese Rollenzuweisungen inhaltlich festgelegt sind und von einer Dauerhaftigkeit gekennzeichnet sind (vgl. Joraschky/Retzlaff 2008, 349). Die Rollenpositionen sind häufig mit einer Hierarchieumkehr oder instabilen „[…] Hierarchieprozessen der Generationen durch Macht- und Unterwerfungsinteraktionen" gekennzeichnet (Joraschky/Retzlaff 2008, 342).

Die „Triangulierung" sei ein familientherapeutischer Begriff, der Verwendung fände, wenn eine „[…] konflikthafte Zweierbeziehung um eine Person erweitert wird, die den Konflikt verdeckt oder entschärft […]." (Hantel-Quitmann 1996, 117f.) Dafür würden die Partner der konflikthaften Zweierbeziehung versuchen, sich mit einer dritten Person zu verbünden, um ein Gleichgewicht in der Zweierbeziehung herstellen zu können. Diese Bündnisse werden auch als Koalitionen bezeichnet: „Koalitionen stellen […] ein (meist geheimes) Bündnis zweier gegen einen dritten dar und zwar über die Grenzen mindestens zweier Generationen hinweg." (Schlippe/Schweitzer 2016, 231). Koalitionen können zum Beispiel entstehen, wenn der/die Partner*in, der/die sich mit dem/der Dritte*n verbündet, dem/der Partner *in in der Zweibeziehung unterlegen ist (vgl. Joraschky/Retzlaff 2008, 348; vgl. Heekerens/Perrez 2011, 1146f.). Die Trauer oder Wut des/r Partners*in, der/die sich verbündet hat, wird dann beispielsweise auf das Kind als Dritten übertragen, welches dann in einen Loyalitätskonflikt geraten kann und beginnen könnte den/die andere*n, nicht verbündete*n Partner*in abzulehnen (vgl. Sydow 2015, 50). Ein Beispiel für die Verdeckung eines Konflikts wäre die „Umlenkung des

Partnerkonflikts auf die Eltern-Kind-Beziehung“, in welcher das Kind als „Problemkind“ betitelt wird, um sich von eigenen Konflikten zu entlasten (vgl. Schneewind 2019, 64).

Die „Delegation“ beinhaltet, dass die Eltern dem Kind „Ausgleichs-, Entlastungs-, und Stützfunktionen für zentrale Defizite der Eltern […]“ übertragen (vgl. Joraschky/Retzlaff 2008, 348). Delegationen seien per se nicht negativ, sondern können auch positiv sein, wenn sie zum Kind passen. Sie werden pathogen, wenn die Aufträge nicht abgelehnt werden können. (vgl. Sydow 2015, 49) Die dem Kind aufgetragene Rolle sei dann mit der kindlichen Rolle nicht vereinbar (vgl. Joraschky/Retzlaff 2008, 348f.). Ein Beispiel hierfür sei die „Rolle des idealen Selbst“: Person B werde hierbei von Person A dazu genötigt, das Ideal zu erfüllen, das Person A nicht erreicht hat (vgl. Richter 2007, 52). Dadurch könnte das eigene Scheitern der Person A entlastet werden (ebd.). Ein weiteres Beispiel der Delegation und der damit einhergehenden Entlastung durch die Funktion eines Spiegelbildes des Selbst sei die „Rolle des negativen Selbst“: Person B soll die negativen Eigenschaften der Person A abnehmen, indem Person B zum Sündenbock erklärt wird (vgl. Richter 2007, 52). Die Person B würde dafür „[…] gefährliche Impulse realisieren, welche [Person A] bei sich verpönt und unterdrückt […]“ (ebd.).

Eine weitere Generationsgrenzstörung ist die „Parentifizierung“, bei der ein Kind gezwungen wird, die elterliche Rolle zu übernehmen (vgl. Hantel-Quitmann 1996, 118). Kindern Aufgaben und Verantwortung zu übertragen, sei nur dann riskant, wenn diese zu groß sind und deshalb die Entwicklung des Kindes einschränken (vgl. Joraschky/Retzlaff 2008, 349). Parentifizierung als Rollenverteilung werde oftmals von überforderten Eltern ausgeübt, welche ebenso von ihren Eltern parentifiziert worden seien (ebd.). Die elterlichen Beziehungen würden durch die Parentifizierung neu aufleben (ebd.). Der analoge Prozess, in dem die Rolle eines Partners übernommen werden soll, wird als „Partnerfizierung“ bezeichnet. Das Kind soll hierbei den Partner ersetzen, was von Einbeziehung des Kindes in „erwachsene Probleme“ bis zum sexuellen Missbrauch reichen kann. (vgl. Sydow 2015, 49f.) Unter der „Rolle als Eltern- oder Partnersubstitut“ würden Kinder in ihren Familien dazu gedrängt werden, die Rolle einer Person zu übernehmen, mit der es Konflikte gab. So könne man die Enttäuschung über die missglückte Beziehung zu dieser besser ertragen. (vgl. Richter 2007, 51) Die Erwartung an das Kind werden durch diese Rollenzuweisung unerfüllbar (vgl. Joraschky/Retzlaff 2008, 349). Gründe für problematische Rollenverteilungen werden, wie auch die anderen zu einer möglichen Dysfunktion beitragenden Aspekte, durch die vorab erläuterten Risikofaktoren begünstigt, wie beispielsweise Sucht, Tod, Krankheit eines Elternteils (vgl. Hantel-Quitmann 1996, 118). Laut Richter gäbe es im Rollenkonzept asymmetrische und symmetrische Strukturen: Bei asymmetrischen Strukturen würde die Person, der eine Rolle zugewiesen wurde, von anderen gezwungen, in dieser zu verbleiben;

in der symmetrischen Struktur würden beide Parteien daran festhalten, die Rolle zu erhalten (vgl. Richter 2007, 55f.) Letztere Struktur sei neben der asymmetrischen Form ebenso in der Eltern-Kind-Beziehung möglich. Dabei würde zwar zu Beginn die Rolle für das Kind durch einen Elternteil zugewiesen werden, diese jedoch vom Kind derart akzeptiert werden, dass es dazu kommen könnte, dass das Kind an dieser Rolle verstärkt festhält. (ebd.) Die Akzeptanz, Ausführung oder Nicht-Akzeptanz und Nicht-Erfüllung der zugewiesenen Rolle wirkt übertragen auf das transaktionale Modell auch im Rollenkonzept in einer Wechselwirkung. Je nachdem wie mit der Rollenverteilung umgegangen wird, beeinflusst dieses Verhalten auch wieder das Verhalten der Eltern, welches wieder Auswirkungen auf das Kind haben kann und so weiter (vgl. Montada/Lindenberger/Schneider 2018, 34).

Passend zur Systemtheorie könnte es sich bei der Erfüllung einer Rolle ebenfalls um eingefahrene Muster und Zuschreibungen handeln, im Sinne der erwähnten Attraktoren, welche durch die Komplettierungsdynamik nur wenig Raum für weitere Interpretationen lassen (vgl. Schlippe/Schweitzer 2016, 106-111) Wenn eine Person erst einmal die Rolle erhalten hat, ist es wahrscheinlich schwierig, sie wieder loszuwerden.

Die genannten familiären Muster können je nach Ausmaß pathologisch sein und sich im Sinne der in Abschnitt 3.2 erwähnten Mehrgenerationsperspektive in die darauffolgende Generation übertragen, wenn die Problematik von der aktuellen Generation nicht erkannt und bearbeitet wird (vgl. Sydow 2015, 50). „Jede Generation erhält das, was der vorangegangenen Generation zuteil wurde, und der an jede Generation gestellten Erwartung steht das gegenüber, was ihr an Fürsorge und Zuwendung gegeben wurde.“ (Boszormenyi-Nagy/Spark 2015, 129) Viele familiäre Muster im Verhalten und der Gestaltung von Beziehung und Konfliktbearbeitung zeigen ähnliche Muster in den Herkunftsfamilien der Eltern (vgl. Hantel-Quitmann 1996, 95).

Andreas Hahn bestätigt im Interview diese Erkenntnis: „Ein dritter Aspekt sei, dass die Familienstruktur der vorherigen Familie übernommen wurde, auch wenn das Mitgliedern der Familie bewusst sei, könne es sehr schwer sein, da raus zu kommen. Rollen seien auch ein bestimmter Aspekt, der beispielsweise über die vorherige Generation weitergetragen werden könne.“ (Gedächtnisprotokoll 2019, 2)

Ob die Familie sich selbst als dysfunktional bewerte, hänge von ihrer individuellen Bewertung über sich selbst ab. Dies sei auch in der therapeutischen und beraterischen Praxis entscheidend. Denn an diesem Punkt stelle sich heraus, welche Problematik bearbeitet wird und was von der Familie als Lösung empfunden wird. (vgl. Gedächtnisprotokoll 2019, 1f.)

5. Abweichende Entwicklungen von Kindern in dysfunktionalen Familiensystemen

Im Folgenden soll nun die dritte Fragestellung beantwortet werden: „Welche familiären Aspekte können zur Entwicklung eines psychischen Symptoms beim Kind beitragen?“ Hierbei soll ein möglicher Zusammenhang zwischen dysfunktionalen Merkmalen des Familiensystems und der Psychopathologie von Kindern dargestellt werden. Unter Psychopathologie wird „[…] die Beobachtung, Beschreibung, Bewertung, Strukturierung und Zuordnung psychischer Abnormitäten und/oder Störungen beim Menschen, erschlossen aus sprachlicher Mitteilung, Verhaltensbeobachtung […]“ verstanden (Payk 2015, 6). Darüber hinaus seien darin auch die veränderte psychische Struktur der Betroffenen sowie die sozialen Auswirkungen enthalten (ebd.).

Für die Entwicklung von Kindern ist es bedeutsam, inwieweit die familiären Funktionen und die damit einhergehenden Grundbedürfnisse des Kindes erfüllt werden. Was nun jedoch der Idealzustand zur Befriedigung dieser sei, ist von den individuellen Kindesmerkmalen abhängig. (vgl. Perrez 2005, 192) Im Sinne des transaktionalen Modells beeinflussen sich die Kindesmerkmale, Elternmerkmale und Interaktionsmerkmale mit weiteren Bedingungen gegenseitig und zirkulär, was bedeutet, dass nicht eindeutig festgestellt werden kann, welche Bedingung der anderen vorausgegangen ist (vgl. Zimmermann et al. 2016, 1265; vgl. Montada/Lindenberger/Schneider 2018, 35). Übertragen auf die wechselseitige Beeinflussung von dysfunktionalen familiären Merkmalen und der Entstehung einer psychischen Auffälligkeit beim Kind muss ebenfalls verdeutlicht werden, dass auch in diesem Kontext beide Merkmale einander begünstigen könnten (vgl. Steininger 2002, 127). Die Abbildung 2 veranschaulicht, dass die Dysfunktionalität der Familie ein Risikofaktor für die Entstehung von psychischen Erkrankungen von Kindern sein kann (vgl. Perrez 2005, 194). Die vorab genannten dysfunktionalen Aspekte stellen somit ebenso familiäre Störungsfaktoren dar, die die Entstehung von psychisch auffälligen Symptomen eines Kindes in der Familie begünstigen könnten (vgl. Perrez 2005, 215). Im Sinne der Abbildung 2 wirkt zum Beispiel der distale Risikofaktor „Armut“ direkt auf das Kind, da durch die Armut bestimmte Grundbedürfnisse nicht erfüllt werden können. Armut kann das Kind jedoch ebenso indirekt beeinflussen, da durch die Armut die Elternbeziehung belastet sein könnte, was das Kind über den Weg familiärer Dysfunktionalität zusätzlich beeinträchtigen könnte. (vgl. Perrez 2005, 218) Aus der systemischen Perspektive wird die Symptombildung von Indexpatient*innen somit „[…] als Symptom dysfunktionaler familiärer Interaktionen aufgefasst.“ (Sydow 2015, 11)

Inwieweit das Familiensystem durch dysfunktionale familiäre Aspekte zu einer Psychopathologie eines Kindes beitragen könnte, wird im Folgenden beschrieben.

5.1 Studien über familiäre Funktionalität und Psychopathologie des Kindes

Steininger bestätigte in ihrer Dissertation „Familiäre Beziehungsmuster von Kindern und Jugendlichen mit einer internalisierenden und externalisierenden Störung: eine Beobachtungsstudie“ den Zusammenhang zwischen familiärer Funktionalität und der Psychopathologie des Kindes (vgl. Steininger 2002, 154f.). Unter internalisierenden Störungen sind nach „innen gerichtete“ Störungen zu verstehen, die einen „[…] verstärkten Rückzug von der Außenwelt […]“ kennzeichnen (vgl. Schwenck 2018, 639). Bei externalisierenden Störungen sind „[…] die Auffälligkeiten nach außen gerichtet und häufig in der Interaktion mit anderen […]“ sichtbar (ebd.). In der Studie führte Steininger videogestützte Interaktionsbeobachtungen mit Familien mit Kindern mit einer internalisierenden oder externalisierenden Störung durch und mit Familien mit Kindern ohne Auffälligkeiten; die Kinder waren im Alter von vier bis 15 Jahren (vgl. Steininger 2002, 43-47). Dabei erhielten die Familien die Interaktionsaufgabe, etwas zu planen, was sie gemeinsam unternehmen könnten (vgl. Steininger 2002, 48). Zur Analyse der Interaktionsaufgaben der Familie als Gesamtsystem verwendete Steininger die „Beavers Interaktionsskalen“, welche auf dem „Beavers System Modell“ basieren und sich an der Systemtheorie anlehnen (vgl. Steininger 2002, 62; vgl. Thomas 2008, 421). Das „Beavers Systems Modell“ nennt zur Bestimmung der Funktion der Familie die Dimensionen „Familienstil“ und „Familienkompetenz“ (vgl. Beavers/Hampson 2000, 128). Dieses Modell ist wie das Circumplex-Modell ebenfalls ein Klassifikationsmodell für Störungen in der Familie (vgl. Heekerns/Perrez 2011, 1144). Die Dimensionen beider Modelle seien miteinander vergleichbar: Der „Familienstil“ entspreche der im Abschnitt 4.1 genannten Dimension des Circumplex-Modells, der „Kohäsion“ und die „Familienkompetenz“ habe Ähnlichkeiten zur ebenfalls in Abschnitt 4.1 beschriebenen „Adaptabilität“ des „Circumplex-Modells“ (vgl. Steininger 2002, 157). Der „Familienstil“ wird in zwei verschiedene Typen unterteilt, die mit den Ausprägungen des Circumplex-Modells der „Verstrickung“ und „Loslösung“ der Dimension „Kohäsion“ vergleichbar sind (vgl. Heekerens/Perres 2011, 1044). Die „Familienkompetenz“ beinhaltet die auch im Circumplex-Modell genannte „Anpassungsfähigkeit“ selbst als Merkmal: „[…] family competence – relates to the structure, available information and adaptive flexibility of the system […]“ (Beavers/Hampson 2000, 128). Die Ergebnisse aus Steiningers Studie zeigten, dass „[…] die untersuchten Familien von Kindern mit einer internalisierenden oder externalisierenden Störung im Vergleich zu Familien mit einem gesunden Kind eine Reihe von Auffälligkeiten hinsichtlich ihres familiären Funktionsniveaus sowohl bezüglich ihrer Familienkompetenz als auch bezüglich ihres Familienstils auf[wiesen].“ (Steininger 2002, 154) Steiningers Ergebnis der Studie bestätigte einen signifikanten Zusammenhang von der „Familienkompetenz“ zur psychopathologischen

Symptomatik von Kindern (vgl. Steininger 2002, 130). Familien mit Kindern, die an einer externalisierenden Störung erkrankt sind, zeigten „deutlich schwächere Familienstrukturen“, die sich beispielsweise in geringerer Verbundenheit und Führung darstellten (vgl. Steininger 2002, 155) Die geringere Verbundenheit passt jedoch als Variable ebenso zu der Kohäsion im Circumplex-Modell. Hinsichtlich des „Familienstils“ wurde nur ein tendenzieller Zusammenhang beobachtet: Familien mit einem Kind mit externalisierender Störung zeigten häufiger einen „ausstoßenden Familienstil“ (ebd.). Dies bedeute, dass es einen geringeren Zusammenhalt in der Familie gäbe, die Außengrenzen zur außerfamiliären Umgebung recht offen sind und eher negative Emotionen gezeigt werden, ähnlich der extremen Ausprägung „Loslösung“ im Circumplex-Modell (vgl. Hofer 2002, 9; vgl. Heekerens/Perrez 2011, 1144). Ein signifikanter Zusammenhang zum „bindenden Familienstil“, ähnlich der extremen Ausprägung „Verstrickung“ im Sinne des Circumplex-Modells, mit internalisierenden Störungen war hingegen nicht erhoben worden (vgl. Steininger 2002, 131). Jedoch hätten die Familien mit einem „bindenden Familienstil“ häufiger Kinder mit internalisierender Störung gehabt (vgl. Steininger 2002, 156).

Die Studie „Problem families and the circumplex model observational assessment using the clinical rating scale (CRS)“ von Thomas und Olson in Anwendung des „Circumplex-Modells“ bestärkt ebenfalls einen Zusammenhang von familiärerer Funktionsfähigkeit und psychischen Auffälligkeiten: Die Familien in den extremeren Ausprägungen der Funktionalität zeigten bei dieser Studie emotionale Auffälligkeiten und Verhaltensstörungen (vgl. Thomas/Olson 1993, 159; vgl. Steininger 2002, 157). „The clinical families were identified through their current involvement in family therapy and the EBD families were included, because at least one adolescent in the family exhibited serious emotional and/or behavioral problems in school.“ (Thomas/Olson 1993, 173) Beide Gruppen, die Familien, die an Familientherapien teilnahmen und Familien, die durch andere Auffälligkeiten in Schulen aufgefallen waren (in der Studie als „EBD families“ bezeichnet (vgl. Thomas/Olson 1993, 163), wurden als dysfunktional eingestuft, da sie sich eher den extremen Ausprägungen der Dimensionen des Circumplex-Modells zuordnen ließen: „The families in the clinical and EBD groups which had clinically been identified as dysfunctional were significantly more likely to be classified as extreme on cohesion and adaptability.“ (Thomas/Olson 1993, 173)

Im Einklang dieser Ergebnisse, insbesondere im Hinblick auf die Anpassungsfähigkeit, kann davon ausgegangen werden, dass sich Flexibilität und Ausgeglichenheit positiv auswirken können und ein zu „[…] starres Festhalten an überzogenen Systemmustern hingegen […] zur Erkrankung des Individuums führen [könnte].“ (Boszormenyi-Nagy/Spark 2015, 20) Die als

dysfunktional eingestuften Familien zeigten zudem geringere Kommunikationsfähigkeiten (vgl. Thomas/Olson 1993, 173).

5.2 Kommunikationsmuster und Psychopathologie des Kindes

Ein Aspekt, der einen Zusammenhang von familiären Abläufen und der Psychopathologie von Kindern herstellen könnte, wäre die Wirkung der in Abschnitt 2.2.1 und 4.2 erwähnten „Attraktoren", die sich innerhalb der Kommunikation entwickeln: Dabei handelt es sich, wie schon zuvor erläutert, um eine „[…] Ordnung, auf die ein Prozess von recht unterschiedlichen Ausgangszuständen zuläuft und die dann dynamisch stabil bleibt […]." (Kriz 2009, 251) So können beispielsweise Probleme im System weiter bestehen bleiben, auch wenn die eigentliche Ursache der Symptomatik behoben ist, sobald diese Eigendynamik von problematischen Mustern entstanden ist (vgl. Sydow 2018b, 57). „Kommunikationsmuster in sozialen Systemen können Anlass zu störungsbezogenen Problemen geben […]." (Sydow 2015, 34) Sogenannte „Sinnattraktoren" verengen die Interpretation von Kommunikation und Interaktion in Beziehungen (vgl. Schlippe/Schweitzer 2016, 108f.). Erfahrungen, die der Erwartung dieser vereinfachenden Ordnungsprozesse widersprechen, werden weniger wahrgenommen oder umgedeutet; Erfahrungen, die zur Erwartung passen, werden als Bestätigung gewertet (vgl. Schlippe/Schweitzer 2016, 109). Kriz nennt dazu das Beispiel der festgefahrenen Zuschreibung einer Verhaltensstörung: Egal, welches Verhalten das Kind zeigt, es wird wiederholend zu diesem Muster passend gemacht (vgl. Kriz 2009, 252). Das Verhalten des Kindes wird in diversen Situationen auf die Zuschreibung reduziert: Verhaltensweisen wie „Kevin ärgert seine Schwester", „Kevin haut zurück, weil sein Bruder ihn zwickte", „Kevin benimmt sich unverschämt" bestätigen die Zuschreibung (vgl. Kriz 2009, 251f.). Verhaltensweisen wie „Kevin tröstet seine Schwester" oder „Kevin hilft seinem Bruder beim Basteln" werden weniger wahrgenommen oder umgedeutet, wodurch die Zuschreibung „Kevin hat eine Verhaltensstörung" komplettiert wird (ebd.). Die Muster reproduzieren sich in unterschiedlichen Situationen, weshalb das Gefühl von Kontrollverlust bei Betroffenen aufkommt und die Beschreibung der Zustände als Erkrankung eine Begründung erhalten (vgl. Sydow 2015, 34). Im Sinne dieses Konzepts handle es sich bei der diagnostizierten Verhaltensstörung eines Kindes dann nicht um eine tatsächliche Erkrankung des Kindes, sondern eher um eine Vereinfachung verschiedener Verhaltensweisen zu einem komplexitätsreduzierenden Attraktor (vgl. Schlippe/Schweitzer 2016, 110). Durch den dynamischen Prozess „[…] entstehen [diese Muster] einfach, weil sie entstehen […]". (vgl. Schlippe/Schweitzer 2016, 106) Wenn die Beteiligten des Problems sich dauerhaft dazu verleiten, die festgefahrenen Beschreibungen zu tätigen und keine mögliche Lösung wahrnehmen, kann sich das Problem stabilisieren (vgl. Schlippe/Schweitzer 2016, 162). Dieser Ansatz soll

nicht in Frage stellen, dass sich die Indexpatient*innen tatsächlich krank fühlen können, auch das Symptom selbst sollte Beachtung finden. Danach sollte jedoch der Kontext des Kindes in den Blick genommen werden. (vgl. Borst 2018a, 156).

Ein weiterer Aspekt innerhalb der Kommunikation kann zum Erhalt von Psychopathologie beitragen: Die „expressed emotion"-Forschung hat verdeutlicht, dass familiäre Interaktionen, insbesondere innerhalb der Kommunikation, das Rückfallrisiko von Personen mit psychischen Auffälligkeiten stark beeinflussen (vgl. Sydow 2015, 38). Die „expressed emotion"-Forschung untersucht die Auswirkungen der familiären Umgebung in Bezug auf die Äußerungen von Angehörigen eines Menschen mit psychischen Erkrankungen, wenn sie über ihn/sie oder mit ihm/ihr sprechen (vgl. Butzlaff/Hooley 1998, 547). Während der Aufzeichnung von Gesprächen von Betroffenen mit ihren Angehörigen wurde untersucht, wie viele kritische Kommentare, Anzeichen von Feindseligkeit und emotionales Überengagement gezeigt wurden. Besonders bei stärkerer Ausprägung der kritischen Kommentare fand ein Rückfall der Betroffenen häufiger statt. (vgl. Sydow 2015, 38)

5.3 Konflikte und Psychopathologie des Kindes

Konflikte der Eltern können ebenfalls einen Einfluss auf die Entwicklung von Kindern haben: Insbesondere der Konfliktstil der Eltern hänge mit der kindlichen Störung zusammen (vgl. Fainsilber Katz/Gottmann 1993, 946-948). So begünstige ein aggressiver Stil für die Bewältigung von Konflikten eine höhere Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung einer externalisierenden Störung und ein passiv-aggressiver Stil führe häufiger zu einer internalisierenden Störung beim Kind (ebd.). Auch könnten Formen von konflikthaften Verhaltensweisen der Eltern übernommen werden und die Kinder somit im Verhalten als „schwierig" eingestuft werden (vgl. Schneewind 2019, 64). „Der Zusammenhang zwischen elterlicher Aggression während Konflikten und kindlichen Störungen gilt heute empirisch als breit abgestützt." (Bodenmann 2006, 21)

Jedoch können auch aufgrund der Umlenkung eines Konflikts der Familie Kinder als „Problemkinder" betitelt werden (vgl. Schneewind 2019, 64) „Ein Problem ist etwas, das von jemandem einerseits als unerwünschter und veränderungsbedürftiger Zustand angesehen, andererseits aber auch als prinzipiell veränderbar angesehen wird." (Schlippe/Schweitzer 2016, 158) Was innerhalb des Familiensystems als problematisch bewertet wird (zum Beispiel das Verhalten eines Kindes) variiert je nach Kontext; die kulturellen, familiären und biografischen Umstände von Individuen beeinflussen, was als angemessen, tolerierbar oder unerträglich beurteilt wird (vgl. Sydow 2015, 59). Die als problematisch empfundenen Zustände oder Verhaltensweisen können sich durch die oben beschriebenen Prozesse der Attraktoren erhalten: „Wenn etwas

überdauernd als ‚Problem' beschrieben und festgeschrieben wird, arbeiten viele Menschen gemeinsam daran, dass es so bleibt." (Schlippe/Schweitzer 2016, 158) Die Bezeichnung des Kindes als „Problemkind" würde häufig dann stattfinden, damit sich Eltern nicht mit ihren eigenen Konflikten beschäftigen müssen (vgl. Schneewind 2019, 64).

Konflikte der Eltern können durch Übertragungen und Projektionen auf das Kind abgeleitet werden und sollen damit zur Bewältigung des Konflikts beitragen (vgl. Richter 2003, 76). Wie in Abschnitt 4.4 bereits erläutert, hat der Aspekt der „Rolle" eine Wirkung: Durch die Rolle der Indexpatient*innen kann der Zustand der Gruppe, in diesem Kontext der Familie, bestehen bleiben (vgl. Richter 2007, 55). „[…] [E]in Teil der Familie entgeht einem neurotischen Krankheitsausbruch dadurch, daß er seine ungelösten Schwierigkeiten einem anderen Teil aufbürdet." (Richter 2007, 59) Ein Beispiel hierfür ist ein elterlicher Konflikt, in welchem sich eine Frau an der Arbeitslosigkeit und Faulheit ihres Mannes stört, dies jedoch nicht mit dem Mann thematisiert und stattdessen ihrem Sohn Faulheit vorwirft (vgl. Sydow 2018b, 66). Dafür sei hier auch auf die Generationsgrenzstörungen, die im Abschnitt 4.4 erklärt wurden, hinzuweisen. Die Indexpatient*innen hätten in diesem Sinne die Funktion der Konfliktentlastung, wodurch sich psychische Auffälligkeiten entwickeln könnten: „Besonders Kinder können deswegen symptomatisch reagieren, weil sie in die Lösungen eingebunden sind, die andere entlasten, die aber schwer zu ertragen sind." (Hantel-Quitmann 1996, 118) Die Symptome von Kindern sollten deshalb nicht direkt als individuelle Erkrankungen eingestuft werden, sondern es sollte untersucht werden, ob die Symptomentstehung nicht eher eine gesunde Reaktion auf eine problematische soziale Situation sein könnte (vgl. Richter 2007, 21). „Symptome und Probleme der Familie werden als Versuche zur Lösung von Konflikten angesehen." (Reich/Massing/Cierpka 2008, 260) Die Symptome des Kindes zeigen seine Loyalität zur Familie: Für die Gruppe stellt es seine individuelle Entwicklung zurück (vgl. Reich/Massing/Cierpka 2008, 280). Dies stelle die beste Möglichkeit der Lösung des Konfliktes in Bezug der „äußeren Lebensumstände und innerlichen Bewältigungsstrategien" der Familie dar (vgl. Reich/Massing/Cierpka 2008, 260). In der Systemischen Therapie wird die Entstehung eines psychischen Symptoms somit oftmals als funktional im Familiensystem angesehen:

> „Unter einem Symptom wird hier also eine sinnvolle und verstehbare Reaktion auf die Lebenswelt des Patienten verstanden, die sich nicht anders Ausdruck verschaffen kann. In systemischer Sicht ist das Symptom ein paradoxer Lösungsversuch, der das in die Krise geratende System stabilisiert und der gleichzeitig ein „Hilfeschrei" des Systems, z.B. der Familie, ist." (Sydow 2015, 59)

Laut Schlippe und Schweitzer wird besonders in der älteren Systemtheorie auf das Homöostase-Konzept der Kybernetik erster Ordnung, erklärt in Kapitel 2.2.1, als Erklärungsansatz für die

Funktion von Symptomen zurückgegriffen (vgl. Schlippe/Schweitzer 2016, 162). Um die Balance des Familiensystems zu erhalten, versuche das Familiensystem Wege zu finden, um sich wieder zu stabilisieren (ebd.). Insbesondere Lebensphasen, in denen sich Individuen oder auch das Familiensystem selbst weiterentwickeln müssten, gelten als begünstigend für eine Problementstehung in der Familie; wie beispielsweise die „[…] Geburt eines Kindes, Tod eines Ehepartners oder Scheidung, Pensionierung, Arbeitslosigkeit." (ebd.) „In terms of understanding developmental discontinuities in the individual, we would need to search for such changes in the child or the context that create pressures for a new equilibration." (Sameroff 2010, 18) Die Entstehung und der Erhalt einer psychischen Störung eines Kindes kann somit als Versuch der Gleichgewichtsherstellung gesehen werden, welche durch bestimmte Veränderungen im Individuum oder in seiner Umgebung hervorgerufen wird. Der Gegensatz der Homöostase ist die Heterostase, die eine Veränderung des Systems zur Anpassung an neue Umstände darstellt (vgl. Schneewind 2019, 34). Die Herstellung oder der Erhalt einer familiären Balance innerhalb der Homöostase muss nicht Funktion eines einzelnen Familienmitglieds sein: „Die homöostatischen Eigenheiten von Familien werden deutlich in der Beobachtung, dass sich oft andere Familienmitglieder verändern (z.B. erkranken), wenn durch Einzeltherapie eine Verbesserung beim Indexpatienten erreicht wurde." (Sydow 2015, 35) Ein erkranktes Mitglied der Familie könnte somit als Lösung angesehen werden, damit das System nicht zusammenbricht (Schlippe/Schweitzer 2016, 97). Der Zustand der Indexpatient*innen kann somit sowohl als eine Belastung wegen der Symptome selbst als auch als Lösung wahrgenommen werden, da dieser noch schlimmere Vorstellungen vom Leid der Familienmitglieder verhindert (Schlippe/Schweitzer 2016, 163). Psychische Störungen seien in diesem Zusammenhang „[…] nicht nur passiv erlittene, sondern auch aktiv- wenn auch meistens unbewusst-mobilisierte Reaktionen, Strategien, Mechanismen […]" (Mentzos 2013, 14).

Diese Betrachtung ist jedoch nicht unproblematisch, da durch dieses Denken einfache Wirkungsgefüge als impliziert angesehen werden könnten: Wenn der Konflikt gelöst wäre, müssten die Symptome dann nicht verschwinden? Dies sei ein zu kausaler Erklärungsansatz. (vgl. Schlippe/Schweitzer 2016, 163f.) „Die in der [Systemischen Therapie] beleuchtete Funktionalität von Symptomen und Interaktionen darf nicht mit einer unterstellten Intentionalität dieser Prozesse verwechselt werden." (Sydow 2015, 56) Somit sollten „simplifizierte Ursachenzuschreibungen" sowie Selbst- und Fremdbeschuldigungen vermieden werden (ebd.). Überträgt man diese Gedanken der Funktion des Symptoms jedoch auf die Kybernetik zweiter Ordnung, in der/die Beobachter*in eine Funktion des Symptoms im System wahrnimmt (die es nicht wirklich geben muss), ist es eine Überlegung wert, zu prüfen, was mit dem Verschwinden des

Symptoms einhergehen würde (vgl. Schlippe/Schweitzer 2016, 163f.). Die Symptomatik kann auch eine Chance sein, dass die Familie die nächste Entwicklungsstufe meistert und sich verändert (vgl. Reich/Massing/Cierpka 2008, 280). Es ist aus dieser Sicht somit auch erkenntnisreich zu überlegen, was im System gut funktioniert (vgl. Schlippe/Schweitzer 2016, 163). Insbesondere hinsichtlich der Mehrgenerationsperspektive kann ein Symptom eine Möglichkeit zum Durchbruch generationsübergreifender Problematiken sein (vgl. Gedächtnisprotokoll 2019, 3).

Die Ausprägung der in diesem Kapitel genannten Aspekte in Kohäsion, Adaptabilität, Kommunikation oder Konfliktverhalten können wiederum in Einbeziehung von weiteren Systemen außerhalb der Familie als Ausdruck problematischer, gesellschaftlicher Bedingungen bewertet werden (vgl. Richter 2007, 12). Aus dieser Sicht wird auch erneut die indirekte Wirkung der distalen Risikofaktoren deutlich (vgl. Perrez 2005, 194). Die Entstehung einer psychischen Erkrankung des Kindes sollte ganzheitlich im biopsychosozialen Sinne eines transaktionalen Modells betrachtet werden; die rein familiäre Betrachtung kann zu kurz greifen: Die Familien sollten nicht als Verursacher der Symptomatik des Kindes verstanden werden, stattdessen sollten Risiko- und Schutzfaktoren ebenso mitbedacht werden (vgl. Schweitzer/Schlippe 2007, 21). In welchem Umfang die äußeren Risikofaktoren wirken, wird von der Beschaffung des Familiensystems modifiziert. Familiäre Störungsfaktoren können dabei die Entwicklung von psychischen Auffälligkeiten verstärken. Positive familiäre Faktoren können diese hingegen mildern. (vgl. Steininger, 2002 S. 37) Der Zusammenhang von Familiensystem und Psychopathologie lässt sich wie folgt beschreiben: Psychische Auffälligkeiten prägen soziale Systeme ebenso wie die sozialen Systeme die psychischen Störungen beeinflussen (vgl. Sydow 2015, 55). Dabei handelt es sich um zirkuläre Wechselwirkungsprozesse: Auch belastende Familieninteraktionen sind nicht unmittelbar ‚Ursachen' psychischer Störungen, aber für die Aufrechterhaltung und die Auflösung psychischer Störungen wichtige Randbedingungen." (Sydow 2015, 55) Aspekte der familiären Funktionalität, insbesondere der Zugehörigkeit und Anpassungsfähigkeit sowie der Kommunikation und Konfliktbearbeitung in der Familie können laut Literaturrecherche in der Entstehung von psychischen Störungen eines Kindes eine Rolle spielen.

*Laut Andreas Hahn hätten die Indexpatient*innen besonders häufig die Funktion gehabt, „[…] das Familiensystem zu stabilisieren." (Gedächtnisprotokoll 2019, 3) Für die Stabilisierung habe der/die Indexpatient*in die Funktion umgesetzt, die Elternbeziehung zu entlasten, indem die Aufmerksamkeit auf die symptomatische Problematik gelenkt wurde (ebd.). „Dies sei besonders Funktion gewesen, wenn das System drohte auseinanderzubrechen." (ebd.) Eine weitere Funktion des Indexpatient war oftmals die Bewusstmachung einer*

*veränderungsbedürftigen, generationsübergreifenden Struktur der Familie (vgl. Gedächtnisprotokoll 2019, 3). Hahn bestätigt die Auffassung einiger systemischer Therapeut*innen, dass Indexpatient*innen eine Funktion im Familiensystem haben könnten. Dabei bezieht er sich ebenfalls auf Konflikte in der Beziehung der Eltern des Kindes und erhärtet somit die Sichtweise, dass Konflikte in der Familie zur Entstehung eines psychischen Krankheitsbildes beitragen könnten. Den Standpunkt der Mehrgenerationenperspektive konnte er ebenfalls bestärken: Bei einigen Familien empfand er die Symptomatik des Kindes als Signal zur Veränderung einer generationsübergreifenden Problematik. Hahn bestätigt somit einen Zusammenhang von familiären Aspekten und Entstehung eines psychischen Symptoms.*

In Bezug auf die Wirkung von Attraktoren und der Bewertung eines vermeintlichen Problems kann der Aspekt der Wahrnehmung in der Familie dazu aus dem Interview verknüpft werden: „Ein letzter Aspekt sei auch das individuelle Bild, was die Familie über sich selbst habe." (Gedächtnisprotokoll 2019, 2) Die Wahrnehmung der Familie könnte sich auf eine zugeschriebene Eigenschaft eines Familienmitglieds fixieren oder ein bestimmtes Verhalten oder Situationen in der Familie als problematisch bewerten, die von Außenstehenden anders beurteilt werden könnten.

Die praktischen Erfahrungen von Andreas Hahn kommen somit den Ergebnissen der Literaturrecherche sehr nah. Zugleich gibt er an, dass „[d]as Symptom […] oftmals ein Stück weit willkürlich [sei] und nicht auf bestimmten Familientyp kategorisiert werden [könne]." (Gedächtnisprotokoll 2019, 3)

5.4 Fall Tobias

Das Fallbeispiel des neunjährigen „Tobias" soll einige der vorab genannten theoretischen Erklärungsansätze zu den möglichen Zusammenhängen einer Entstehung beziehungsweise Aufrechterhaltung von Auffälligkeiten bei Kindern im familiären Kontext veranschaulichen. Weiterhin ist es wichtig, die folgenden Verknüpfungen von Theorie und Praxis nicht als Kausalitäten zu werten, sondern diese als Möglichkeit einer konstruierten Erklärung zu verstehen (vgl. Schlippe/Schweitzer 2016, 204). Es werden hypothetische Zusammenhänge dargestellt, die auch ganz anders sein könnten. Diese sollen nicht wegen ihres Wirklichkeitsanspruches, sondern aufgrund eines Nützlichkeitsanspruches aufgezeigt werden: So sollen die Hypothesen die Informationen des Familiengesprächs ordnen und gleichzeitig neue Sichtweisen auf die Problematik in der Familie anregen. (ebd.) Zuerst werden nun Informationen des Falls dargestellt, welche sich aus familientherapeutischen Sitzungen mit Tobias und seinen Eltern ergeben haben. Darauf werden dann Verknüpfungen zur Theorie getätigt, die sich einerseits aus der

Falldarstellung und Reflexion der Falldarsteller*innen und weiterführend aus den Überlegungen der Verfasserin zusammensetzen. Die Familientherapie wird in Kapitel 6 genauer erklärt.

Die Eltern von Tobias berichten von einer „sehr belastet erlebten Familiensituation“ und bringen diese insbesondere mit dem Verhalten ihres Sohnes Tobias in Verbindung (vgl. Binnenstein/Wagner 2018, 108). Dieser sei oftmals als Einzelgänger unterwegs, habe Streitigkeiten mit seinen Klassenkameraden in der Schule und verhalte sich „bockig“ zu Hause, was zu Familienstreitereien führen würde (ebd.). Besonders der „starke Wille“ von Tobias würde die Familie herausfordern, da Tobias diesen immer durchsetzen wollen würde und dafür die Eltern manipulieren und erpressen würde. Außerdem falle es schwer, Konsequenzen zu ziehen und Tobias zufrieden zu stellen (ebd.). Streitereien würden sowohl zwischen ihm und den Eltern als auch zu seiner großen Schwester stattfinden, in denen sich Tobias auch aggressiv verhalte. Tobias habe kaum Freunde und sei im Spiel mit anderen sehr bestimmend, weshalb sich die Eltern um seine sozialen Kompetenzen Sorgen machen würden. (vgl. Binnenstein/Wagner 2018, 109) Außerdem würden sie befürchten, dass Tobias sich ihnen verschließe und ihnen seine Belastungen nicht mitteile (vgl. Binnenstein/Wagner 2018, 108). Familiengeschichtlich erklären die Eltern, dass ihr Kinderwunsch viele Jahre unerfüllt gewesen sei und dass sie ihre Freizeit auf die Familie beschränkt hätten (vgl. Binnenstein/Wagner 2018, 109). Deshalb gebe es sehr hohe Erwartungen an das Familienleben und wenig Zeit für sich und als Paar (vgl. Binnenstein/Wagner 2018, 117f.). Die Mutter würde außerdem vermuten, dass sie zu viel von Tobias erwarten würde und berichte, dass ihr durch eine Spielsequenz in der Therapie erst wieder klar geworden sei, dass Tobias noch kindlicher sei, als er von ihr eingeschätzt wurde (vgl. Binnenstein/Wagner 2018, 113). Der Vater von Tobias habe überlegt, ob er und die Mutter von Tobias die Kinder zu sehr überfordern würden, indem sie sie in viele Entscheidungen miteinbeziehen würden und mitbestimmen lassen würden (ebd.). Die Eltern würden angeben, dass sie sich nicht konsequent gegenüber Tobias verhalten würden, auch dann, wenn es darum gehe, was der andere Elternteil mit Tobias ausgemacht hätte (ebd.). Diese Annahme wird insbesondere mit der Befürchtung von Tobias’ Mutter, Tobias könne ebenso wie die Schwester der Mutter eine Zwangsstörung entwickeln, in Verbindung gebracht (vgl. Binnenstein/Wagner 2018, 118). Sie hätte schon lange diese Sorge und habe sie nie kommuniziert und möglicherweise deshalb strikte Rituale und Konsequenzen als zwanghaft gewertet und deshalb bei Tobias vernachlässigt (ebd.). „Aus Angst vor einer „schweren psychischen Erkrankung“ habe sie manch andere „Erziehungsziele“ möglicherweise nicht so wichtig genommen: eine Stunde mehr Fernsehen oder ein Eis mehr, ... alles nicht so schlimm wie bei ihrer Schwester ... Dies könnte der Grund für ihre fehlende Konsequenz sein […]“. (ebd.)

Hypothetische, nicht linear kausale Erklärungsansätze für die Problematik in der Familie und Tobias Verhalten werden nun im Folgenden aufgezeigt:

Die Mutter gibt an, dass Tobias gute schulische Leistungen erbringe und sich gut mit der Lehrerin verstehe (Binnenstein/Wagner 2018, 109 und 115). Außerdem würde „[d]as von den Eltern problematisierte dominante Verhalten, sein Drang, allen seinen Willen aufzuzwängen […]“ in den therapeutischen Sitzungen nicht beobachtet werden (vgl. Binnenstein/Wagner 2018, 119). Hingegen wurden gute soziale Fertigkeiten bei Tobias festgestellt (vgl. Binnenstein/Wagner 2018, 120). Tobias Verhalten kann somit als kontextabhängig beschrieben werden, da es hauptsächlich im familiären Kontext erkannt wurde (vgl. Binnenstein/Wagner 2018, 119).

Die Eltern haben positive Eigenschaften von Tobias nicht mehr so stark wahrgenommen (vgl. Binnenstein/Wagner 2018, 112 und 120). Dies könnte man mit der Wirkungsweise von Attraktoren in Zusammenhang sehen, in welcher die Verhaltensweisen von Tobias zu einer Zuschreibung „Tobias das Sorgenkind“ gedeutet wurden (vgl. Schlippe/Schweitzer 2016, 108f.; vgl. Binnenstein/Wagner 2018, 108f.). So wurde beispielsweise das positive Verhalten von Tobias in den therapeutischen Sitzungen als Ausnahme bewertet (vgl. Binnenstein/Wagner 2018, 117). Tobias Verhalten könnte somit problematisiert worden sein (vgl. Schlippe/Schweitzer 2016, 161f.; vgl. Binnenstein/Wagner 2018, 120).

„Die vermutete ‚Ähnlichkeit‘ mit einer als schwierig erlebten Person aus der Familie kann die Sicht darauf, wie das Kind ‚eigentlich‘ ist, erschweren und einen problematischen Kreislauf auslösen und aufrechterhalten.“ (Binnenstein/Wagner 2018, 121). Die Angst der Mutter und ihr damit einhergehendes inkonsequentes Verhalten gegenüber Tobias könnte einen in der Mutter ungeklärten (und darum wahrscheinlich auch nicht kommunizierten) Konflikt aufzeigen, der auf Tobias übertragen wurde (vgl. Richter 2003, 76; vgl. Binnenstein/Wagner 2018, 118).

Beide Eltern hatten zudem hohe Erwartungen an das Leben in der Familie und haben sich deshalb stark für das Familienleben eingesetzt, was dazu führen könnte, dass die Kinder diesen Ansprüchen nicht gerecht werden konnten (vgl. Binnenstein/Wagner 2018, 121). Ebenso wegen der starken Einbeziehung der Kinder in familiäre Entscheidungen könnte es manchmal zu einer Überforderung von Tobias gekommen sein (Binnenstein/Wagner 2018, 115). Die Überforderung könnte sich auch dadurch verstärkt haben, dass Tobias weniger als kindlich wahrgenommen wurde (vgl. Binnenstein/Wagner 2018, 112). Somit könnten die Rolle des Kindes und die Elternrolle für die Familie unklare Sequenzen aufweisen (vgl. Binnenstein/Wagner 2018, 121).

Unklarheit könnte auch innerhalb der Kommunikation als moderierender Faktor zur Dysfunktionalität der Familie beigetragen haben: Der Vater von Tobias habe beispielsweise im gemeinsamen Spiel zu undeutlich seine Grenzen kommuniziert, weshalb es zu Konflikten gekommen sein könnte (vgl. Binnenstein/Wagner 2018, 117).

„Durch die starke Familienzentriertheit gab es wenig ‚natürliche' Grenzen […]" (vgl. Binnenstein/Wagner 2018, 121). Die Eltern würden ihre Freizeit auf die Familie fokussieren, hätten sich keine Zeit für sich oder andere Kontakte genommen und auch die Kinder hätten wenig Zeit mit anderen Kontakten außerhalb der Familie wie beispielsweise im Hort, mit Freunden oder den Großeltern verbracht (vgl. Binnenstein/Wagner 2018, 117 und 121). Die Familie könnte in der Dimension „Zugehörigkeit" einem starken Zusammenhalt zugeordnet werden, was die Entwicklung von einzelnen Mitgliedern in der Familie erschweren könnte (vgl. Olson 2000, 145).

Tobias' auffälliges Verhalten könnte somit hypothetisch als Symptom in der Familie betrachtet werden, welches aus dem Zusammenspiel mehrerer Aspekte in der Familie begünstigt worden sein könnte (vgl. Sydow 2015, 59).

6. Systemische Familientherapie mit Kindern

In diesem Kapitel soll nun die letzte Frage: „Wie kann man intervenieren?" beantwortet werden. Dabei werden zunächst wichtige Aspekte der Systemischen Familientherapie erklärt und dann die Wirksamkeit der Systemischen Therapie und der Familientherapie bei Kindern und Jugendlichen dargestellt. Zuletzt soll das ergänzende Verfahren der Kinderorientierten Familientherapie erläutert werden und am Fall Tobias veranschaulicht werden.

Die Systemische Familientherapie ist eine Möglichkeit der Intervention, in der mit der Familie als Ganzes innerhalb des Ansatzes der Systemischen Therapie gearbeitet wird (vgl. Heekerens 2011, 1170). Da die Systemische Therapie aus der Familientherapie entwickelt wurde, werden die Begriffe häufig als Synonyme verwendet (vgl. Hanswille 2018, 369). Die Familientherapie als solche stellt jedoch erstmal nur ein Setting dar, indem mithilfe der Familie einem oder mehreren Mitgliedern mit gesundheitlichen Symptomen oder Beziehungsproblematiken geholfen werden soll (vgl. Sydow et al. 2007, 4). Die Systemische Therapie bietet als eigenständige psychotherapeutische Therapierichtung die theoretische, systemische Fundierung (ebd.). Dafür sei auf die theoretischen Grundlagen der Systemtheorie aus Kapitel 2 hingewiesen, die in der Systemischen Therapie angewandt werden (vgl. Schneewind/Schmidt 2002). Die Systemische Therapie wäre ebenso in anderen Settings möglich: Sie kann beispielsweise auch als Einzel-, Paar-, Gruppen- oder Multifamilientherapie gestaltet sein (vgl. Schlippe/Schweitzer 2016, 349-402). Die psychischen Auffälligkeiten der Patient*innen werden nicht hauptsächlich aus ihren

individuellen Eigenschaften, sondern aus den Teilen ihrer sozialen Beziehungssysteme betrachtet (vgl. Sydow 2015, 35). Deshalb ist die Familientherapie als Setting in der Systemischen Therapie insbesondere dann geeignet, wenn die Problematik der Indexpatient*innen mit Beziehungsproblemen in der Familie verbunden ist und schneller lösbar ist, wenn weitere Mitglieder an der Therapie teilnehmen (vgl. Scheib/Wirsching 2004, 4). Besonders bei Kindern ist die Abhängigkeit von der Familie naturgemäß gegeben, weshalb Familientherapie als Setting bei der Bearbeitung einer Symptomatik bei Kindern sinnvoll ist (vgl. Sydow 2018a, 136). Die Familie sollte auch dann mit einbezogen werden, wenn mehrere Mitglieder der Familie einen Bedarf an psychotherapeutischer Behandlung haben. Beispielsweise, wenn durch die Erkrankung oder die Therapie der Indexpatient*innen bei den Angehörigen Erschöpfung oder eigene Krisen ausgelöst wurden. (vgl. Scheib/Wirsching 2004, 5) Ein weiterer Grund für eine Familientherapie ist dann gegeben, wenn die Familie zur Besserung der Problematik beitragen könnte und durch die gemeinsame Therapie familiäre Ressourcen in Gang gesetzt werden könnten (ebd.).

Das familientherapeutische Setting ist für Therapeut*innen herausfordernd, da diese während der gemeinsamen Therapie bestimmte Haltungen bewahren müssen: So sollten sie die „[…] Entwicklungen, Gefühle, Interaktionen aller Familienmitglieder im Auge [behalten] und sich zu deren Beschreibungen, Wirklichkeitskonstruktionen, Lösungsversuchen und Problembeschreibung neutral oder allparteilich […] verhalten […].“ (Hanswille 2018, 370). Die Therapeut*innen sollten keine Ansichten eines Mitgliedes einem anderen bevorzugen oder bewerten, sondern als individuelle Wirklichkeiten ansehen (vgl. Hanswille 2018, 371). Außerdem sollten sie die „[…] Kommunikationsmuster- und Interaktionsmuster […] erkennen und [die Familie dazu] anregen, neue und hilfreichere Muster zu entwickeln, ihre individuelle Biografie und die familiäre Systemkonstruktion zu berücksichtigen und wertschätzend aufzunehmen.“ (vgl. Hanswille 2018, 370) Neben der Wertschätzung und dem Respekt gegenüber jedem Familienmitglied ist auch die Ressourcenorientierung Bestandteil systemischen Arbeitens: Durch die Betrachtung der gelingenden Interaktionen in der Familie wird die Selbstwirksamkeit und der Selbstwert der Mitglieder gefördert (vgl. Hanswille 2018, 371). Therapeut*innen verstehen sich als „teilnehmende Beobachter*innen“: Das eigene Expertenwissen wird zwar in der Therapie beigesteuert, jedoch werden Klient*innen als autonome Expert*innen ihres eigenen Lebens verstanden. „Ob etwas geholfen hat und was, entscheiden diejenigen, denen geholfen werden sollte.“ (Schlippe/Schweitzer 2016, 201f.) Somit können Therapeut*innen auch nicht direkt die Familie beeinflussen, sondern dazu anregen, dass sich etwas verändern könnte; es gilt das in Kapitel 2 beschriebene Autopoesie-Konzept: „Lebende Systeme erzeugen, regulieren und erhalten sich selbst. Es gibt keine Möglichkeit, von außen zielgerichtet auf ihre Prozesse

zuzugreifen.“ (Schlippe/Schweitzer 2016, 105 und 113) In der Therapie sollten Familien zudem nicht unabhängig von ihren kontextuellen Bedingungen in ihrer Umgebung betrachtet werden, was bedeutet, dass auch die soziale und gesellschaftliche Umwelt mit einbezogen werden sollte (vgl. Cierpka 2008b, 38).

„[Systemische Familientherapie] kann man […] als Versuch ansehen, von einem Problemzustand zu einem Nichtproblemzustand, also zu einer Lösung zu kommen.“ (Schlippe/Schweitzer 2016, 159f.) Welche Thematik in der Therapie als Problem behandelt wird, hängt von der Bewertung der Familie ab, welche sich vom Kontext der einzelnen Mitglieder ableitet (vgl. Sydow 2015, 59). Die Teilnehmer der Therapie ermitteln eine gemeinsame Definition des Problems und ihrer Ziele (vgl. Borst 2018b, 116).

> „Ziel der Systemischen Therapie ist es, symptomfördernde familiäre Interaktionen und Strukturen, dysfunktionale Lösungsversuche und starre/einschränkende Familienerzählungen infrage zu stellen und die Entwicklung neuer, gesundheitsfördernder Interaktionen, Lösungsversuche und Erzählungen anzuregen.“ (Sydow 2018b, 47)

Um einen Nichtproblemzustand zu erreichen, kann man versuchen, neue Zustände zu erhalten, bisherige Zustände neu und positiv umzudeuten oder Unveränderbares zu akzeptieren (vgl. Schlippe/Schweitzer 2016, 160). „Ein Problem gilt als gelöst, wenn alle oder zumindest die ‚wichtigen‘ Leute meinen, dass das Problem gelöst sei.“ (Schlippe/Schweitzer 2016, 158) Dafür soll mit der Systemischen Therapie nicht allein das Symptom des Kindes beseitigt werden, sondern auch ein Kontext der sozialen Beziehungen entwickelt werden, der eine mögliche Funktion des Symptoms nutzlos macht (vgl. Retzlaff 2012, 26).

In der Systemischen Therapie mit Kindern werden fast immer Eltern und andere Bezugspersonen in die therapeutischen Sitzungen integriert (vgl. Sydow 2018c, 99). Da die Kinder von ihren Eltern zur Therapie gebracht werden, sollte sich Therapeut*innen über die unterschiedlichen Interessen der Eltern und der Kinder bewusst sein und mit beiden Parteien kooperieren (vgl. Schlippe/Schweitzer 2016, 374f.). Bei der therapeutischen Arbeit mit Kindern sollte Netzwerkarbeit in dem Sinne betrieben werden, dass noch weitere Helfersysteme wie beispielsweise Mitarbeiter*innen des Jugendamtes, Lehrer*innen und Freund*innen miteinbezogen werden, da dadurch besonders komplexe Problematiken bearbeitet werden können (vgl. Retzlaff 2012, 27). Dabei werden unterschiedliche Zugangsformen verwendet: Mit den Erwachsenen tauschen sich Therapeut*innen verbal aus, bei Kindern werden dagegen auch noch weitere Zugangsmodalitäten genutzt, beispielsweise gemeinsames Spielen (vgl. Reiners 2006, 351; vgl. Retzlaff 2012, 20f.). Der spielerische Zugang kann es Kindern einfacher machen, sich mit ihren Symptomen zu beschäftigen, da es für sie interessanter ist und man sie dadurch aktiv in die Therapie

involvieren kann (vgl. Retzlaff 2012, 21). Spielen kann jedoch auch verhindern, dass über wichtige Themen gesprochen wird, man sollte somit nicht in jeder Situation kindzentriert arbeiten (ebd.). Es ist jedoch wichtig in der Therapie auf die kindlichen Bedürfnisse zu achten: Die zeitliche Einteilung der Therapie sollte in einer kürzeren Dauer und engerem Abstand stattfinden (vgl. Retzlaff 2012, 35). Um eine Beziehung zum Kind in der therapeutischen Arbeit aufbauen zu können, ist es hilfreich, seine Therapieräume ebenfalls kinderfreundlich zu gestalten: Zum Beispiel durch kleinere Stühle und Spielecken (vgl. Schippe/Schweitzer 2016, 375). Außerdem ist es von Vorteil, vor der Sitzung Regeln festzulegen, da diese dem Kind Klarheit und Sicherheit vermitteln (vgl. Retzlaff 2012, 38). Bei Regelbruch werden die Eltern aufgefordert zu intervenieren (ebd.). Der/die Therapeut*in sollte sich verbal sowie nonverbal dem Kind anpassen: Sprechtempo, Stimmlage, Körperhaltung und Mimik des Kindes können aufgegriffen werden (vgl. Schlippe/Schweitzer 2016, 377). Wichtige Wörter, die vom Kind oft gebraucht werden, sollten zur Vereinfachung des Gesprächs ebenfalls verwendet werden (vgl. Schweitzer/Schlippe 2007, 241). Die „[…] altersabhängig unterschiedlichen Arten des In-Kontakt-Tretens und des Problemlösens [sollten] berücksichtigt [werden].“ (Schweitzer/Schlippe 2007, 24) Es sollte zudem akzeptiert werden, wenn das Kind sich am Gespräch nicht beteiligen möchte; positive Erzählungen über das Kind könnten dazu führen, dass es doch zu einer aktiven Integration in die Therapie kommt (vgl. Schweitzer/Schlippe 2007, 240f.).

Die Systemische Therapie muss auf die individuelle Familie angepasst sein (vgl. Retzlaff 2012, 27). So können in der Familientherapie auch unterschiedliche Settings vermischt werden (vgl. Hanswille 2018, 370). Oft finden zum Beispiel Gespräche mit Subsystemen zwischen Indexpatient*innen und Geschwistern oder Freund*innen, aber auch Einzelgespräche statt (vgl. Schweitzer/Schlippe 2007, 238). Wichtige Anhaltspunkte für eine Diagnostik sind der Entwicklungsstand, Stärken und Schwächen des Kindes, die Ergründung von Symptomen sowie die Funktionsweise der Familie und ihres sozialen Umfeldes (vgl. Retzlaff 2012, 87). Hierfür werden entwicklungspsychologisches und pädagogisches Wissen, Kenntnisse der typischen Probleme eines Kindes und „[…] spezielle therapeutische Techniken und Vorgehensweisen gebraucht.“ (Rotthaus 2013, 11) Retzlaff nennt diverse Interventionsmöglichkeiten in der Systemische Therapie, die auf die Arbeit mit Kindern angepasst sind (vgl. Retzlaff 2012, 125-388). „Die Entscheidung für eine Intervention wird aus den Hypothesen abgeleitet.“ (vgl. Hanswille 2018, 372). Hypothesen werden immer wieder überprüft und verändert und bilden so den „roten Faden“ der Familientherapie, da durch sie die Vorgehensweise der Therapeut*innen beeinflusst wird (vgl. Hanswille 2018, 371).

*Andreas Hahn bestätigt im Interview diese Vorgehensweise in der Praxis der Systemischen Familientherapie: Durch Konversation komme man der Problematik und auch einer Verbesserung dieser näher: „Dabei merke man, welche Themen „Widerhall finden". Wenn die Kommunikation stoppe, mache man als Therapeut einen Vorschlag und gucke, ob die Klient*innen darauf anspringen." (Gedächtnisprotokoll 2019, 4) Hypothesen sind somit strukturgebend in der therapeutischen Arbeit: „Je nachdem, ob die Methode angemessen war, habe sie gewirkt oder eben nicht." (Gedächtnisprotokoll 2019, 5) In der Therapie seien die Intuition und die Beziehung zu Klient*innen besonders wichtig, um auch schwierige Themen besprechen zu können (vgl. Gedächtnisprotokoll 2019, 4). Hierfür bestätigt Hahn, dass man sich den Klient*innen anpassen müsse: Man müsse sich „[…] auf die Sichtweise der Klient*innen „einschwingen". (ebd.)*

6.1 Wirksamkeit der Systemischen Familientherapie bei Kindern und Jugendlichen

Die Grundannahme der Systemischen Therapie, dass das kontextuelle Betrachten der zwischenmenschlichen Beziehungen einer Person mit einer psychischen Erkrankung zum Verstehen und zur Behandlung dieser beiträgt, ist durch die psychologische Grundlagenforschung belegt worden (vgl. Sydow 2018b, 47). „Bei der Behandlung von Störungen im Kindes- und Jugendalter sprechen die Ergebnisse der empirischen Forschung für die Anwendung familientherapeutischer Methoden […]." (Scheib/Wirsching 2004, 7)

Für den Nachweis der Wirksamkeit von psychotherapeutischen Verfahren werden sogenannte RCTs in der empirischen Forschung verwendet: „Als ‚Goldstandard' gelten dabei - überall auf der Welt- randomisierte, kontrollierte Studien (‚randomized controlled trials, RCT') und Metaanalysen, die die Effekte mehrerer RCTs statistisch zusammenfassen." (Sydow 2018d, 929) Randomisiert bedeutet in diesem Fall, dass Patient*innen per Zufall in verschiedene Behandlungsgruppen eingeteilt werden, die unterschiedliche psychotherapeutische Verfahren verwenden (vgl. Schneewind 2019, 118). Diese werden nach der Therapie dann auf ihre Wirksamkeit überprüft (ebd.). Metaanalysen werden erstellt, indem RCTs hinsichtlich ihrer Effektstärke mit verschiedenen psychotherapeutischen Verfahren oder auch unbehandelten Indexpatient*innen verglichen werden (vgl. Schneewind 2019, 119). Dabei sollte die Struktur, wie beispielsweise das Alter und der sozioökonomische Status der untersuchten Personen in den zu vergleichenden Studien ähnlich sein (ebd.).

In den Studien für die Prüfung der Wirksamkeit der Systemischen Therapie wurde diese innerhalb der Klassifikationsansätze der Störungen im Kindes- und Jugendalter erfasst, welche sich an der Diagnostik des ICD-10 oder des nun überarbeiteten DSM-IV orientierten (vgl. Sydow

2018d, 934). Die Studien erfassten oftmals Behandlungen eines familientherapeutischen Settings, weshalb zusätzlich die Wirksamkeit der Familientherapie als solche in diesen Studien als überprüft angesehen werden kann (vgl. Sydow et al. 2013, 576; vgl. Retzlaff et al. 2013, 643).

Die Wirksamkeit der Systemischen Familientherapie bei Kindern und Jugendlichen wurde in 33 von 38 RCTs belegt. Diese fokussierten sich auf internalisierende und andere Störungen, die keine externalisierenden Störungen sind (vgl. Retzlaff et al. 2013, 637 und 642). Die Wirksamkeit der Systemischen Therapie hinsichtlich externalisierender Störungen wurde in 42 von 47 RCTs bewiesen (vgl. Sydow et al. 2013, 608). Systemische Therapie wurde in beiden Gruppen der RCTs, internalisierenden und externalisierenden Störungen, als gleich oder erfolgreicher als andere Interventionen erfasst (vgl. Retzlaff et al. 2013, 642; vgl. Sydow et al. 2013, 608).

Die bestehenden randomisierten, kontrollierten Studien belegen zusätzlich auch die langfristige Wirksamkeit der Systemischen Therapie bei Kindern und Jugendlichen, welche von sechs Monaten bis zu vier Jahren andauern könne (vgl. Sydow 2018d, 935).

Hinsichtlich spezifischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen liegen ebenfalls Nachweise der Wirkung der Systemischen Therapie vor: „Durch mehrere RCT belegt wird die Wirksamkeit Systemischer Therapie bei Depressionen, Suizidalität, Essstörungen, […], Störungen des Sozialverhaltens, Substanzstörungen und ADHS.“ (Sydow 2018d, 935) Weitere Belege der Wirksamkeit bestehen für Angststörungen, autistische Störungen, Misshandlung und Vernachlässigung von Kindern (ebd.). Es wurden keine schädlichen Effekte durch die systemische Behandlung nachgewiesen (vgl. Sydow et al. 2013, 608).

Die Systemische Therapie gilt bei mehreren Störungen des Kindes- und Jugendalters als eine der am besten evaluierten und erfolgreichsten psychotherapeutischen Verfahren und zeichnet sich hinsichtlich ihrer Wirksamkeit durch eine sehr gute empirische Evidenz aus (vgl. Retzlaff et al. 2013, 642 ;vgl. Sydow et al. 2013, 608; vgl. Sydow 2015, 120 und 131). „Systemische Therapie ist bei Störungen des Kindes- und Jugendalters nachweislich hochwirksam.“ (Retzlaff/Sydow 2015, 300). Zusätzlich wirkt sich die Systemische Therapie positiv auf die Angehörigen der Indexpatient*innen aus und weist vergleichbar mit den anderen psychotherapeutischen Verfahren die geringste Abbruchsquote in der Therapie auf (vgl. Sydow 2018d, 941).

Dass das systemische Arbeiten mit der Familie, insbesondere mit der familiären Interaktion, einen so wirksamen, langfristigen Erfolg darstellt, gibt Hinweise auf den Zusammenhang der Familie und der Entwicklung abweichenden Verhaltens von Kindern.

6.2 Kinderorientierte Familientherapie nach Bernd Reiners

Eine Möglichkeit der systemischen familientherapeutischen Intervention kann mit dem Ergänzungsverfahren „Kinderorientierte Familientherapie“, abgekürzt KOF, umgesetzt werden, welches in Norwegen von dem Psychologen und Kinderpsychotherapeuten Martin Soltvedt erarbeitet wurde (vgl. Reiners 2019, 17). Bernd Reiners hat in seiner Tätigkeit in einer schwedischen Kinder- und Jugendpsychiatrie diese Form der Intervention für Familien kennengelernt und sie in Deutschland in der Zeitschrift „Kontext“ und darauf in weiteren Publikationen bekannt gemacht (vgl. Reiners 2006; vgl. Reiners 2018; vgl. Reiners 2019). Es ist zu beachten, dass diese Methode neben dem systemischen Ansatz auch noch theoretische Bezüge aus der Verhaltenstherapie und Kindertherapie enthält (vgl. Reiners 2006, 355f.). So werden zum Beispiel Kenntnisse der Entwicklungspsychologie aus dem theoretischen Bezug der Kindertherapie entnommen und die Grundidee von konkreten Handlungen und Umsetzungen von alternativen Verhaltensweisen aus der Verhaltenstherapie gezogen (ebd.). Dennoch sei die Kinderorientierte Familientherapie als systemisch einzuordnen: „Die kinderorientierte Therapie ist eine zutiefst systemische Methode […]“ (Reiners 2019, 9). Diese lege ihren Fokus im Besonderen auf die Integration des Kindes in die therapeutische Familienarbeit (vgl. Reiners 2006, 351). Die Beteiligung des Kindes an der Familientherapie steigt innerhalb der KOF deutlich an (vgl. Reiners 2018, 721). Die Kinderorientierte Familientherapie wurde als Methode der Systemischen Therapie ausgewählt, da auch in dieser Bachelorthesis der Schwerpunkt auf kindliche Indexpatient*innen im Familiensystem liegt.

Probleme und deren Lösungen sollen in der KOF aus Sicht des Kindes erfasst werden und neue Möglichkeiten und Sichtweisen für diese anregen (vgl. Reiners 2018, 717). Fokus der Therapie ist die gemeinschaftliche Handlung des Spielens (vgl. Reiners 2019, 18). Dabei geht es darum, gemeinsam etwas zu tun, was die Eltern, das Kind sowie den/die Therapeuten*in miteinschließt (ebd.). Spielen sei eine sinnvolle Methode im therapeutischen Setting, da währenddessen erkannt werden könne, worüber Kinder sich Gedanken machen, weil sie sich dadurch leichter ausdrücken könnten, als in der verbalen Konversation (vgl. Binnenstein/Wagner 2018, 111). „Das Kind äußert seine Sicht der Probleme und mögliche Lösungswege im Spiel. Die Eltern entschlüsseln diese mit dem Therapeuten.“ (Reiners 2018, 717) Die gemeinsam verbrachten Situationen werden als Modell verstanden, welches die familiären Interaktionsmuster erfassen soll (vgl. Reiners 2019, 18f.). Im Spiel ist es möglich unterschiedliche Handlungsweisen auszutesten, die im Alltag nicht angewendet werden, da es Überwindung kostet diese umzusetzen (vgl. Reiners 2019, 19). „Für das Kind ist die Methode besonders entlastend, weil es im Spiel geschieht und daher als weniger unangenehm erlebt wird.“ (Reiners 2019, 100) Die

Spielsituationen werden per Videoaufzeichnung festgehalten und mit den Eltern nachbesprochen (vgl. Reiners 2018, 717f.). Dadurch haben die Eltern die Möglichkeit eine „Außenperspektive des Familiengeschehens“ zu erhalten, die es erlaubt Verhaltensweisen wahrzunehmen, zu bewerten und gemeinsam Alternativen zum vorher gezeigten Verhalten zu überlegen (vgl. Retzlaff 2012, 374). Somit kann die familiäre Interaktion verändert werden (vgl. Reiners 2019, 20). Im Spiel können die Eltern andere Seiten und Eigenschaften ihres Kindes beobachten (vgl. Reiners 2019, 19). Zugleich verhilft die KOF den Eltern das Problemverhalten ihres Kindes besser nachvollziehen zu können, was dazu führt, dass sich die Interaktionen als solche zwischen ihnen verbessern könnte (vgl. Reiners 2019, 99).

Die gemeinsame Handlung sollte auf das Kind und sein Alter angepasst werden; so sind auch andere gemeinsame Aktionen, beispielsweise Malen oder Modellieren, möglich (vgl. Reiners 2019, 18). Die Kinderorientierte Familientherapie richtet sich an Familien mit Kindern im Spielalter, bedeutet zwischen drei und vier und zehn und zwölf Jahren oder an Kinder, die dem Entwicklungsstand dieser Altersspanne zugeordnet werden könnten (vgl. Reiners 2019, 98). Das Setting in der Kinderorientierten Familientherapie kann ebenfalls vermischt werden, um verschiedene Themen bearbeiten zu können, die eine unterschiedliche Konstellation erfordern (vgl. Reiners 2018, 718). Das Setting und auch der Ablauf der Therapie selbst sollten nicht auf ein vorgegebenes Manual, sondern auf die individuellen Familien angepasst werden (vgl. Reiners 2019, 20).

6.3 Kinderorientierte Familientherapie mit Tobias und seiner Familie

Eine mögliche Vorgehensweise in der Kinderorientierten Familientherapie soll durch den Fallverlauf der therapeutischen Arbeit mit Tobias und seiner Familie beispielhaft dargestellt werden. Dabei wird ein möglicher Ablauf und einige konkrete Techniken zur Intervention vorgestellt, die für die Interaktionen in den Familien, die von dieser als problematisch empfunden werden, Verbesserungen schaffen könnten. Die vorab erläuterte Fallschilderung von Tobias in Abschnitt 5.4 gibt hierfür relevante Informationen. Die Therapie von Tobias wird von einer Therapeutin durchgeführt, weshalb in diesem Abschnitt teilweise nur die weibliche Form „Therapeutin“ genannt wird.

Der Ablauf der Kinderorientierten Familientherapie lehnt sich zu Beginn an der Vorgehensweise der Systemischen Therapie an (vgl. Reiners 2019, 22). Die Therapie selbst beginnt schon mit dem Gedanken, eine Therapie in Erwägung zu ziehen, da sich ab dann schon etwas in der Familie verändern könnte (vgl. Hanswille 2018, 373). Die erste Kontaktaufnahme erfolgt meist per Telefon (vgl. Retzlaff 2012, 43). In diesem Gespräch werden Vorinformationen gesammelt

und das Anliegen sowie Erwartungen der anrufenden Person erfragt (ebd.). Im Fall Tobias meldet sich seine Mutter und erklärt den Grund ihres Anrufes (vgl. Binnenstein/Wagner 2018, 108). Darauf erfolgt das Erstgespräch mit den Eltern, in dem sich der/die Therapeut*in „[…] [mit diesen] verbinden, […] anschließen, ankoppeln." (Schlippe/Schweitzer 2016, 225; vgl. Reiners 2019, 21) Dies wird als „Joining" bezeichnet und wurde auch in Kapitel 6 in Bezug auf das sich selbst Anpassen bei Kindern erläutert (ebd.). Damit soll der/die Therapeut*in eine kooperative Beziehung zu der Familie aufbauen (vgl. Retzlaff 2012, 43f.). Im Erstgespräch soll zudem ein Auftrag verabredet werden und die Vorgehensweise erklärt werden (vgl. Reiners 2019, 21). Die beiden Elternteile von Tobias berichten über ihre empfundene Problematik des Familienlebens, die sie mit dem Verhalten von Tobias verbinden (vgl. Binnenstein/Wagner 2018, 108f.) Das erlebte Problemverhalten und als positiv empfundene Eigenschaften von Tobias werden geschildert (ebd.). Es wurden also nach systemtherapeutischen Grundlagen, gezeigt in Kapitel 6, gleich zu Beginn die Ressourcen von Tobias erfragt (vgl. Hanswille 2018, 374). Für den Auftrag werden einige Ziele von den Eltern genannt, die sie sich von der Therapie erhoffen: Einen besseren Zugang zu ihrem Sohn, einen neuen familiärer Umgangston sowie Alternativen zur empfundenen Hilflosigkeit (Binnenstein/Wagner 2018, 109). Im Erstgespräch soll zusätzlich überprüft werden, ob sich die Kinderorientierte Familientherapie als geeignete Methode für die jeweilige Familie erweisen könnte oder ob nicht eine andere Methode passender wäre (vgl. Reiners 2019, 22). Die Therapeutin im Fall Tobias entscheidet sich dafür: „Kinderorientierte Familientherapie könnte hier die passende Methode sein: Tobias müsste nicht viel sagen, zumindest nicht über seine Probleme reden. Dennoch könnte ich ihn und die familiäre Interaktion kennenlernen." (vgl. Binnenstein/Wagner 2018, 110) Diese Entscheidung wird auch den Eltern mitgeteilt und die KOF wird ihnen vorgestellt (ebd.) Für das nächste Treffen sollen sich die Eltern überlegen, was in den letzten Situationen, in denen sie erfolgreich konsequent Tobias gegenüber waren, anders war (ebd.). Das Ermitteln familiärer Ressourcen zeigt weiterhin die Umsetzung einer zentralen Haltung in der Systemischen Familientherapie (vgl. Hanswille 2018, 371).

Beim nächsten Treffen findet eine Spielsequenz mit Tobias und der Therapeutin statt, in der die Eltern zugucken sollen und die per Videokamera aufgezeichnet wird (vgl. Binnenstein/Wagner 2018,11). Dabei sollen Therapeut*innen das Entwicklungsniveau, die Kommunikationsfähigkeiten sowie die Fähigkeit miteinander zu spielen beim Kind beobachten (vgl. Reiners 2019, 21). Die Therapeutin und Tobias spielen hierbei mit Spielfiguren in einem Sandkasten in der Mitte des Raumes (vgl. Binnenstein/Wagner 111). Das erste Zusammenspiel von Tobias und seiner Therapeutin funktioniert: Tobias wirkt kooperativ, offen und zeigt nicht das von seinen

Eltern geschilderte problematische Verhalten (vgl. Binnenstein/Wagner 2018, 111). Zum Ende des Zusammenspiels telefoniert die Therapeutin noch im Spiel mit einer fiktiven Freundin, in der sie über die positiven Erlebnisse mit Tobias berichtet: „Dieses Telefonat ist eine Gelegenheit wertschätzende Rückmeldungen über das Verhalten des Kindes im Spiel zu geben oder auch Reframings und Hypothesen einzuführen." (ebd.). Reframings sind positive Umdeutungen: Vorab als negativ empfundene Verhaltensweisen, Interaktionen oder Situationen werden neu bewertet, indem positive „Nebenwirkungen" der auffälligen Verhaltensweisen aufgezeigt werden (vgl. Schlippe/Schweitzer 2016, 312). Zum Beispiel nennt die Therapeutin hierbei, wie gut es gewesen sei, dass Tobias sie auf seinem Spielfigurenpferd hätte reiten lassen (Binnenstein/Wagner 2018, 111). Dies unterbricht die Tobias zugeordnete Zuschreibung sozial nicht kompetent zu sein, die im Erstgespräch von seinen Eltern als Befürchtung geäußert wurde (vgl. Binnenstein/Wagner 2018, 109). Hypothesieren als Technik wurden bereits in Abschnitt 5.4 und 6.1 erwähnt. Die positiven Rückmeldungen sind für das Kind und für die Eltern gedacht und sollen einen „stabilen Rahmen" in der Therapie bilden, in dem die in Kapitel 6 bereits erwähnte Wertschätzung als andauernd bestehende therapeutische Haltung hergestellt werden soll (vgl. Schlippe/Schweitzer 2016, 309).

Nächster Anhaltspunkt im Ablauf der Kinderorientierten Familientherapie ist ein Gespräch zwischen dem/der Therapeut*in und den Eltern, in dem mit Hilfe des aufgezeichneten Videofilms sich über das Spiel ausgetauscht wird (vgl. Reiners 2019, 21). Tobias Eltern sollen hierfür ihren Eindruck von dem Spiel zwischen ihrem Sohn und der Therapeutin wiedergeben: Diese sind von Tobias Verhalten positiv überrascht und beschreiben ihn als „zurückhaltend" und „fantasievoll" (vgl. Binnenstein/Wagner 2018, 112). Schon im ersten Spiel konnten die Eltern andere Seiten von Tobias beobachten, die in der KOF wie in Abschnitt 6.2 erwähnt, erzeugt werden sollen (vgl. Reiners 2019, 19). Nachdem die Therapeutin sich ebenfalls positiv über das Zusammenspiel äußern konnte, wird die Videoaufzeichnung angesehen, bei der sowohl die Eltern als auch die Therapeutin jederzeit stoppen können, falls etwas gesagt werden möchte (vgl. Binnenstein/Wagner 2018, 112). Dabei zeigt die Therapeutin den Eltern wiederholend Sequenzen des gemeinsamen Spielens, in denen Tobias seine andere Seite zeigt (vgl. Binnenstein/Wagner 2018, 112f.). Bezüglich der Aufgabe sich über die Situationen, in denen das Ziehen von Konsequenzen funktioniert, Gedanken zu machen, beschreiben die Eltern nun einige Aspekte bei sich selbst, in denen es sein könnte, dass sie sich „in den Rücken fallen" oder Tobias überfordern könnten (vgl. Binnenstein/Wagner 2018, 113). „Die Eltern können meist gut Parallelen zwischen dem Verhalten ihres Kindes in der Spielsituation und ihrem Alltag herstellen. Häufig stellen sie Fragen, warum das Kind wohl ein bestimmtes Verhalten gezeigt hat, oder sie äußern

Hypothesen hierzu.“ (Reiners 2019, 60). So gibt Tobias' Vater an, dass er sich vorstellen könne, dass Tobias noch nicht sein „wahres Ich“ im Spiel gezeigt habe und eventuell einen guten ersten Eindruck machen wollte (vgl. Binnenstein/Wagner 2018, 112). Wenn keine gute Beziehungsbasis zwischen dem/der Therapeut*in und dem Kind entstanden ist, wird die Spielsequenz zwischen diesen beiden wiederholt (vgl. Reiners 2018, 718).

Der nächste Schritt der KOF ist ein Zusammenspiel zwischen Eltern, Kind und dem/r Therapeut*in (vgl. Reiners 2019, 21). In der Therapiesitzung mit Tobias ist krankheitsbedingt nur die Mutter anwesend und es herrscht nach einer Diskussion zwischen beiden eine angenehme Atmosphäre (vgl. Binnenstein/Wagner 2018, 113). Als es darum geht, was gespielt werden soll, wird die in Kapitel 5.4 genannte Überforderung von Tobias deutlich: „Es scheint ihm schwer zu fallen, darauf eine Antwort zu finden: Es ist ihm egal, er wünscht sich, dass die Mama das entscheidet. Diese fragt ihn dann erneut, was ihm lieber ist.“ (ebd.). In dieser Sitzung des gemeinsamen Spielens sollen Therapeut*innen die Spielideen der Kinder aufgreifen und die Eltern darin unterstützen, aktiv mit dem Kind in Interaktion zu kommen (vgl. Reiners 2019, 66). Dabei ist „[d]ie Therapeutin […] auf der Suche nach Ressourcen im kindlichen Spiel und versucht, die Interaktionsmuster zu verstehen, nicht aber die neurotischen Züge des Kindes bzw. der Eltern aufzudecken.“ (ebd.) Im Zusammenspiel zwischen Tobias und seiner Mutter beobachtet die Therapeutin eine „gelungene Interaktion“ und ein weiter bestehendes kooperatives Verhalten von Tobias (vgl. Binnenstein/Wagner 2018, 114).

Als fünfter Schritt im Verlauf der Therapie folgt ein Nachgespräch über das Zusammenspiel mit den Eltern, indem erneut Videoaufzeichnungen angeschaut werden sollen (vgl. Reiners 2019, 21). In den Nachgesprächen der Spieleinheiten werden von dem/der Therapeut*in Kompetenzen des Elterncoachings gefordert (vgl. Reiners 2018, 722). Dabei geht es darum den Eltern zu stärkerer elterlicher Präsenz in der Interaktion mit dem Kind zu verhelfen (vgl. Schlippe/Schweitzer 2016, 362f.). Tobias’ Mutter erwähnt gleich zu Beginn, dass für sie die Therapie bereits im Alltag Wirkung gezeigt habe: So hätte es Situationen gegeben, in denen sie konsequent gegenüber Tobias bleiben konnte; zu Hause gäbe es eine bessere Atmosphäre, da sie selbst „klarer“ sei und Tobias würde zu Hause mehr spielen (vgl. Binnenstein/Wagner 2018, 114). Bei dem Ansehen des Videos wird die Überforderung von Tobias in einigen Entscheidungssituationen im Spiel durch die Therapeutin aufgegriffen und die Mutter verknüpft die Spielsequenzen mit dem Alltag: „Sie meint, dass ihr das sicher auch ganz häufig zu Hause „passiert“. Sie möchte, dass ihre Kinder bei vielen Dingen mitentscheiden, das könnte Tobias auch manchmal überfordern.“ (ebd.) Neue Sichtweisen und Handlungsmöglichkeiten werden somit durch das erneute Wiedererleben des Spiels erzeugt: „Für das nächste Spiel nimmt sich

Frau S. vor, weniger zu fragen und für den Alltag genauer zu überlegen, welche Entscheidungen sie Tobias überlässt.“ (ebd.). In Bezug auf die Schwierigkeit von Tobias mit Entscheidungen umzugehen, wurden somit wie in diesem Schritt der KOF beabsichtigt, neue Erkenntnisse und Ziele herausgearbeitet (vgl. Reiners 2019, 21). „Eltern sollen bei der Videobeobachtung ihr eigenes Verhalten untersuchen. Dies erfordert von den Eltern eine selbstkritische, reflexive Haltung.“ (Reiners 2019, 83). Diese Anforderung wurde somit von der Mutter von Tobias erfüllt. Kommentare von Tobias’ Vater zum Gesehenen wurden nicht erwähnt (vgl. Binnenstein/Wagner 2018, 114f.).

In den nächsten Schritten des Ablaufs der Kinderorientierten Familientherapie wird das gemeinsame Spielen zwischen den Eltern und dem Kind wiederholt, damit dabei neue Verhaltensweisen ausgetestet werden können (vgl. Reiners 2019, 21). Dabei soll „[…] das im letzten Nachgespräch gemeinsam erarbeitete therapeutische Ziel [verfolgt werden] […]“ (Reiners 2019, 89). Nach dem gemeinsamen Spiel folgt wie schon zuvor ein Gespräch über das Spiel mit den Eltern. Dabei soll beobachtet und besprochen werden, wie das Kind auf veränderte Verhaltensweisen der Eltern im Spiel reagiert (vgl. Reiners 2019, 21). Nach einem erneuten gemeinsamen Spiel, nun auch mit Tobias’ Vater, wird im Nachgespräch deutlich, dass Tobias’ Mutter einen Erfolg durch die bisherigen gemeinsamen Spielaktionen sieht und Zusammenhänge zwischen ihrem Verhalten und ihrer Interaktion mit Tobias wahrnimmt:´ Ich glaube, es hat deshalb so gut funktioniert, weil ich weniger gefragt und mehr gemacht habe´ (Binnenstein/Wagner 2018, 116). Tobias’ Vater kann noch keinen Bezug zum familiären Alltag aus den bisherigen Erfahrungen mit der KOF erkennen, weshalb die Therapeutin einige positive Spielsituationen hervorholt, die den vorab genannten Sorgen der Eltern über Tobias Verhalten widersprechen dürften (ebd.). Dies führt dazu, dass die Eltern sein Verhalten differenzierter betrachten und erneut Hypothesen darüber aufstellen: „Es gibt auch im Alltag genügend Bezogenheit, nur bei Konflikten ziehe sich Tobias deutlich zurück. Und das ist möglicherweise ein Anzeichen von Überforderung oder Ausdruck dafür, dass er Konflikte nicht nachbesprechen will.“ (Binnenstein/Wagner 2018, 116) Aus diesen Überlegungen entstehen bei Tobias’ Mutter neue Ideen, die sie im Alltag in ihrem Verhalten gegenüber Tobias austesten möchte (ebd.). Weiterhin besteht die ressourcenorientierte Haltung in der KOF, wodurch die Ressource des Humors bei Tobias' Familie erkannt wird (ebd.). In einem weiteren Elterngespräch merkt Tobias’ Vater an, dass die alltäglich erlebten Konflikte mit Tobias in der Therapie bisher nicht deutlich wurden und gibt an: „Im Unterschied zum Spiel falle es ihm im „echten Leben“ schwer, manches Verhalten oder manche Äußerungen von Tobias mit gelassener Distanz zu sehen.“ (Binnenstein/Wagner 2018, 116) Aus diesen Gedanken wird vereinbart, dass auf der

Elternebene weitergearbeitet werden soll, um als Eltern Bedingungen für ein gelungenes Miteinander zu schaffen (ebd.). Somit wird das Setting verändert, das sowohl in der KOF als auch in der Systemischen Familientherapie selbst bei Bedarf vermischt werden kann (vgl. Reiners 2018, 718; vgl. Hanswille 2018, 370). Das ausgewählte Setting der Elternberatung ist dann sinnvoll, wenn die Eltern in den Spielsequenzen erfolgreich mit ihrem Kind interagieren können, jedoch im Alltag weiterhin Schwierigkeiten haben (vgl. Reiners 2019, 89). In darauf folgenden Elterngesprächen wird nun über die Konfliktdynamik zwischen Tobias und seinem Vater gesprochen: Bei der Analyse einer beispielhaften Konfliktsituation wurde herausgearbeitet, dass der Vater durch die Art seiner Kommunikation nicht zu klaren Grenzen in der Interaktion mit seinem Sohn beiträgt (vgl. Binnenstein/Wagner 117). Außerdem wird auch über die Bedürfnisse der Eltern gesprochen: Dabei werden hohe Erwartungen, insbesondere von Tobias' Mutter an die Kinder thematisiert (ebd.). Weiter wird der Zusammenhang zu der von der Mutter früher womöglich belastenden Lebenssituation mit ihrer psychisch erkrankten Halbschwester und ihrer Angst vor einer vermeintlichen psychischen Erkrankung bei Tobias besprochen und auch auf Paarebene überlegt wieder aktiver zu werden (vgl. Binnenstein/Wagner 2018, 117f.). Die in den Gesprächen gemeinsam herausgearbeiteten Überlegungen im Verhalten der Eltern werden versucht im Alltag umzusetzen und werden bei erfolgreicher und wirkungsvoller Umsetzung als Ergebnisse zusammengetragen (vgl. Binnenstein/Wagner 2018, 118).

Der letzte Punkt in der Kinderorientierten Familientherapie besteht somit aus einem Auswertungsgespräch zwischen dem/der Therapeut*in und den Eltern. Dabei soll zusammen herausgearbeitet werden, welche Veränderungen im Spiel sowie im Alltag für Veränderung gesorgt haben (vgl. Reiners 2019, 21). Falls nötig werden weitere gemeinsame Spielsituationen vollzogen oder auch neue Settings bedacht (ebd.). Im Fall von Tobias haben die letzten Therapiesitzungen auf Elternebene Wirkung gezeigt: „Frau und Herr S. finden beide, dass es ihnen als Familie deutlich besser geht." (Binnenstein/Wagner 2019, 119) Somit wird die Kinderorientierte Familientherapie für Tobias und seine Familie beendet (ebd.).

Der Abschluss der Kinderorientierten Familientherapie gilt auch generell in der Systemischen Therapie: „In der Regel wird die Therapie beendet, wenn die Auftraggeber – meist die Eltern – zufrieden mit der Veränderung sind." (Reiners 2019, 91) In der Systemischen Familientherapie sind sich Klient*innen nicht immer einig, wann eine Therapie beendet werden soll (vgl. Schlippe/Schweitzer 2016, 246). Hierfür ist es sinnvoll im Therapieverlauf Zwischenbilanzen zu ziehen, um Erfolge wahrzunehmen und mit den gewünschten Zielen zu vergleichen (ebd.).

Zusammenfassend ist anzumerken, dass die Kinderorientierte Familientherapie eine spielerische Interventionsmöglichkeit mit dem Fokus auf das Kind darstellt, mit der zu Veränderungen der familiären Interaktion beigetragen werden kann. Dabei passt die flexible Gestaltung des Settings zu den individuellen Bedarfen von Familien. Die Spieleinheiten mit nachfolgender Reflexion bieten Eltern eine gute Möglichkeit, die familiären Muster innerhalb der Interaktion wahrzunehmen und im Spiel neue Handlungen zu erproben, die dann im Alltag umgesetzt werden können. Für das Kind mit dem als problematisch betitelten Verhalten bedeutet die Kinderorientierte Familientherapie eine Möglichkeit, sich während des gemeinsamen Spielens selbst ausdrücken zu können und über eine ressourcenorientierte Sicht, weg von der selbst empfundenen oder von anderen beschriebenen Symptomatik, hin zu einer angenehmen familiären Interaktion, beizutragen.

*Für Andreas Hahn sei das Ziel der Familientherapie einen für die Klient*innen spürbaren Unterschied zum problematischen Zustand herzustellen und das Leid der Klient*innen dadurch zu verringern (vgl. Gedächtnisprotokoll 2019, 4). Wenn die Familienmitglieder einen Zustand als Verbesserung auch selbst als solchen empfinden, kann die Therapie beendet werden. Auch wenn Therapeut*innen in der Therapie Regie führen würden, würden sowohl die Familie als auch die Therapeut*innen spüren, wann die Therapie beendet werden sollte (vgl. Gedächtnisprotokoll 2019, 5).“ In manchen Familien habe man nur zwei Sitzungen, in anderen mehrere Jahre gebraucht.“ (ebd.)*

III. Fazit

Die Ergebnisse der Analyse zeigen, dass bei der Betrachtung von Familien als System verschiedene familiäre Aspekte eine Entwicklung psychischer Auffälligkeiten bei Kindern, neben diversen anderen Faktoren, begünstigen könnten.

Die Familie als solche hat weiterhin eine große Bedeutung für die meisten Menschen in der Bevölkerung und ist trotz Abnahme der klassischen Eltern-Kind-Gemeinschaften insbesondere für Kinder Zentrum ihrer Lebenswelt. Kinder sind somit naturgemäß von ihrem familiären Kontext abhängig. Dieser wird bedeutend durch psychosoziale Risikofaktoren beeinflusst, welche sowohl auf die Gesundheit der Familie als auch auf die Entwicklung des Kindes wirken. Durch ihre hohe Stabilität sind sie häufig in der Lage die Zustände der Familie und des Kindes aufrechtzuerhalten. Mit dem Fokus auf die Risikofaktoren, die die psychische Entwicklung des Kindes indirekt beeinflussen, nämlich über die Funktionalität in der Familie, kristallisierten sich aus diesen wissenschaftlichen Untersuchungen mehrere Aspekte heraus: Das „Zugehörigkeitsgefühl“ der Familie und ihre „Anpassungsfähigkeit“ lassen sich in

extremen Ausprägungen öfter in Familien mit einem symptombelastenden Mitglied wiederfinden. Studien bestätigten in diesem Sinne einen Zusammenhang zwischen einer Psychopathologie und dysfunktionalem Zugehörigkeitsgefühl oder Anpassungsfähigkeit. Ein weiterer Aspekt, der von einer Störung in der Familie zur Symptomentwicklung beim Kind beitragen könnte, ist die „Kommunikation". Diese kann positiv wie negativ als verstärkender Faktor auf die Aspekte „Zugehörigkeit" und „Anpassungsfähigkeit" einwirken. Zusätzlich können Kommunikationsmuster entstehen, die zu einer Reduktion der Wahrnehmung und Interpretation von Verhalten führen. Abweichendes Verhalten von Kindern kann somit problematisiert zu einer Psychopathologie umgedeutet und aufrechterhalten werden. Insbesondere wichtig für die Stabilität der gesamten Familie sowie für die Entwicklung ihrer einzelnen Mitglieder ist der Aspekt der „Grenzen". Diese sollten flexibel sein, um sich an Veränderungen anpassen zu können, jedoch auch eine gewisse Stabilität aufweisen, damit die Familie bestehen bleiben kann. Ein weiterer Aspekt, der aus der Bearbeitung der Fragestellung resultierte, ist die „Rolle". Dieser Aspekt lässt sich zugleich mit der Bewältigung von Konflikten in der Familie verknüpfen: Durch Rollenzuschreibungen der Familie auf das Kind können psychische Symptome begünstigt werden, da diese als Möglichkeit zur Lösung eines ungelösten Konflikts dienen könnten. Diverse familiäre Muster innerhalb der Rollenzuschreibungen können pathologisierend wirken, sobald sie nicht zu durchbrechen sind. In diesem Sinne könnte der Symptomentwicklung eine Funktion zugeschrieben werden, was jedoch vorsichtig betrachtet werden sollte, um nicht auf Kausalitäten zu schließen. In der Systemischen Therapie kann die hypothetische Funktionalität eines Symptoms jedoch auch neue Sichtweisen und einen Ausbruch aus familiären Mustern bedeuten, die zur Verbesserung des Zustands führen können. Weiteres Ergebnis der Arbeit ist die Wirkung von Problematiken der vorherigen Generation: Die Mehrgenerationsperspektive lässt auf einen Zusammenhang zwischen dysfunktionalen Aspekten der vorherigen und der bestehenden Generation schließen.

Fraglich ist, ob mithilfe dieser Aspekte die eher defizitäre Bewertung von Familien als „dysfunktional" haltbar ist. In Anbetracht der Kybernetik zweiter Ordnung und der damit einhergehenden Auffassung, dass Systeme nicht tatsächlich real existieren, sondern eigens von Beobachtern konstruiert werden, sollte ein Konsens der Wahrnehmung und Bewertung der Familie selbst im therapeutischen Setting als Bewertungsmesser ihres Zustandes gelten. Die Systemische Familientherapie bietet für die Bearbeitung der Aspekte, die die Familie verändern möchte, eine Möglichkeit, um gemeinsam zu intervenieren. Für eine stärkere Einbeziehung von Kindern, insbesondere wenn diese psychische Symptome zeigen, kann die Kinderorientierte Familientherapie hilfreich sein.

Die Untersuchung erhärtete die theoretisch vorangegangenen Grundlagen einer Zirkularität zwischen Kind und Familie. So ist weiterhin nicht zu klären, welcher Zustand dem anderen vorausgegangen ist: Das Kind kann psychische Auffälligkeiten zeigen und die Familie ist durch diese belastet und zeigt Störungsausprägungen, genauso wie andersherum die Familie belastet sein kann, dysfunktionale Aspekte aufweisen kann und dadurch eine psychische Erkrankung beim Kind begünstigt. Dieses Ergebnis bestärkt die Wichtigkeit der Anerkennung der Systemischen Therapie als Kassenleistung für Kinder: Zusammenhänge zwischen kindlicher Entwicklung und dem Familiensystem bestehen in fast jedem Fall, weshalb therapeutische Interventionen den familiären Kontext ebenso miteinbeziehen sollten, damit die Therapie für alle Familienmitglieder eine positive und langfristige Wirkung zeigen kann.

Literaturverzeichnis

Beavers, Robert/Hampson, Robert B. (2000): The Beavers Systems Model of Family Functioning. In: Journal of Family Therapy, 2000 (22),128–143.

Binnenstein, Sigrid/Elisbeth, Wagner (2018): Tobias: Hilfreiche Zutaten für einen Familienkuchen. In: Wagner, Elisabeth/Binnenstein, Sigrid (Hrsg.): Wie systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie wirkt. Prozessgestaltung in 10 Fallbeispielen. Berlin: Springer, 107-121.

Bodenmann, Guy (2006): Die Folgen der Scheidung für die Kinder aus psychologischer Sicht. In: Rumo-Jungo, Alexandra/Pichonnaz, Pascal (Hrsg.): Kinder und Scheidung. Zürich: Schultheiss, 73-95.

Bogner, Alexander/Littig, Beate/Menz, Wolfgang (2014): Interviews mit Experten. Eine praxisorientierte Einführung. Wiesbaden: Springer VS.

Borst, Ulrike (2018a): Umgang mit Diagnosen und Arztbriefen. In: Sydow, Kirsten von/Borst, Ulrike (Hrsg.): Systemische Therapie in der Praxis. Weinheim: Beltz, 152-161.

Borst, Ulrike (2018b): Auftrags- und Zielklärung. In: Sydow, Kirsten von/Borst, Ulrike (Hrsg.): Systemische Therapie in der Praxis. Weinheim: Beltz, 115-133.

Boszormenyi-Nagy, Ivan/Spark, Geraldine M. (2015): Unsichtbare Bindungen. Die Dynamik familiärer Systeme. 10. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta.

Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2017): Familienreport 2017. Leistungen, Wirkungen, Trends. Berlin.

Butzlaff, Ronald L./Hooley, Jill M. (1998): Expressed Emotion and Psychiatric Relapse: A Meta-Analysis. In: Arch Gen Psychiatry, 55 (6), 547-552.

Caspar, Franz/Pijanic, Irena/Westermann, Stefan (2018): Klinische Psychologie. Wiesbaden: Springer VS.

Cierpka, Manfred (2008a): Über Familiendiagnostik. In: Cierpka, Manfred (Hrsg.): Handbuch der Familiendiagnostik. Heidelberg: Springer Medizin Verlag, 11-23.

Cierpka, Manfred (2008b): Das Drei-Ebenen-Modell in der Familiendiagnostik. In: Cierpka, Manfred (Hrsg.): Handbuch der Familiendiagnostik. Heidelberg: Springer Medizin Verlag, 26-41.

Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie e. V. (2018): Systemische Psychotherapie auf Krankenschein kommt. Online unter:

https://www.dgsf.org/aktuell/news/systemische-psychotherapie-auf-krankenschein-kommt (Zugriff: 27.12.2018).

Emailverkehr mit Systemischer Gesellschaft (2018): AW: Frage zur Kassenanerkennung systemischer Therapie. Am 5.12.2018.

Fainsilber Katz, Lynn/Gottmann, John M. (1993). Pattern of marital conflict predict children's internalizing and externalizing behaviors. In: Developmental Psychology, 29 (6), 940-950.

Flick, Uwe (2016): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. 7. vollständig überarbeitete Neuauflage. Hamburg: Rowohlt Verlag.

Freund, Alexandra M./Nikitin, Jana (2018): Junges und mittleres Erwachsenenalter. In: Schneider, Wolfgang/ Lindenberger, Ulman (Hrsg.): Entwicklungspsychologie. Weihneim; Basel: Beltz Verlag, 265-289.

Gedächtnisprotokoll (2019): Experteninterview mit dem systemischen Therapeuten und Berater Andreas Hahn. Itzehoe, am 5.01.2019, 15:00-17:00 Uhr.

Gehring, Thomas M. (2000): Methoden der Familiendiagnostik: Systemische Ansätze für die Konzeptualisierung von Familieninterventionen. In: Schneewind, Klaus A. (Hrsg.): Familienpsychologie im Aufwind. Brückenschläge zwischen Forschung und Praxis. Göttingen et al.: Hogrefe Verlag, 127-137.

Hanswille, Reinert (2018): Familientherapie. In: Sydow, Kirsten von/Borst, Ulrike (Hrsg.): Systemische Therapie in der Praxis. Weinheim: Beltz, 369-379.

Hantel-Quitmann, Wolfgang (1996): Beziehungsweise Familie. Arbeits- und Lesebuch Familienpsychologie und Familientherapie. Band 2. Grundlagen. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

Hantel-Quitmann, Wolfgang (1997): Beziehungsweise Familie. Arbeits- und Lesebuch Familienpsychologie und Familientherapie. Band 3. Gesundheit und Krankheit. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

Hantel-Quitmann, Wolfgang (2013): Basiswissen Familienpsychologie. Familien verstehen und helfen. Stuttgart: Klett-Cotta.

Heekerens, Hans-Peter (2011): Störungen (in) der Familie: Intervention. In: Perrez, Meinrad/Urs, Baumann (Hrsg.): Lehrbuch Klinische Psychologie -Psychotherapie. Bern: Verlag Hans Huber, 1170-1181.

Heekerens, Hans-Peter/Perrez, Meinrad (2011): Störungen (in) der Familie: Klassifikation und Diagnostik. In: Perrez, Meinrad/Urs, Baumann (Hrsg.): Lehrbuch Klinische Psychologie -Psychotherapie. Bern: Verlag Hans Huber, 1140-1155.

Hofer, Manfred (2002): Familienbeziehungen in der Entwicklung. In: Hofer, Manfred/Klein, Elke/Noack, Peter: Lehrbuch Familienbeziehungen. Eltern und Kinder in der Entwicklung. Göttingen et al.: Hogrefe-Verlag, 4-27.

Hoffmann, Lynn (1975): «Enneshment» and the too richly cross-joines system. In: Familiy Process, 14 (4), 457-468.

Hopf, Christel (1978): Die Pseudo Exploration. Überlegungen zur Technik qualitativer Interviews in der Sozialforschung. In: Zeitschrift für Soziologie, 7 (2), 97-115.

Hölling, Heike et al. (2014): Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland. Prävalenz und zeitliche Trends zu 2 Erhebungszeitpunkten (2003–2006 und 2009–2012). Ergebnisse der KiGGS-Studie. Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). In: Bundesgesundheitsblatt, 57 (7), 807–819.

Hurrelmann, Klaus/Andresen, Sabine/Schneekloth, Ulrich (2010): Ungleiche Kindheiten in Deutschland. Politische Herausforderungen. In: World Vision Deutschland e. V. (Hrsg.): Kinder in Deutschland 2010. 2. World Vision Kinderstudie. Frankfurt: Fischer Taschenbuch Verlag, 349-371.

Joraschky, Peter/Retzlaff, Rüdiger (2008): System- und Strukturdiagnose. In: Cierpka, Manfred (Hrsg.): Handbuch der Familiendiagnostik. Heidelberg: Springer Medizin Verlag, 335-353.

Karpel, Mark. A./Strauß, Eric S. (1983): Family evaluation. In: Psychiatric Services, 34 (11), 1065-1065.

Kessler, Ronald C. (2005): Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. In: Arch Gen Psychiatry, 2005 (62), 593–602.

Klasen, Fionna et al. (2017): Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse der BELLA-Studie. In: Monatsschrift Kinderheilkunde, 165 (5), 402-407.

Kriz, Jürgen (2009): Systemische Familientherapie. In: Slunecko, Thomas (Hrsg.): Psychotherapie. Eine Einführung. Wien: facultas wuv, 221-226.

Liebold, Renate/Trinczek, Rainer (2009): Experteninterview. In: Kühl, Stefan/Strodtholz, Petra/Taffertshofer, Andreas (Hrsg.): Handbuch Methoden der Organisationsforschung. Quantitative und Qualitative Methoden. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, 32-56.

Mentzos, Stavros (2013): Lehrbuch der Psychodynamik. Die Funktion der Dysfunktionalität psychischer Störungen. 6. Auflage. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.

Minuchin, Salvador (2015): Familie und Familientherapie. Theorie und Praxis struktureller Familientherapie. 11., unveränderte Auflage. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Montada, Leo/Lindenberger, Ulman/Schneider, Wolfgang (2018): Fragen, Konzepte und Perspektiven. In: Schneider, Wolfgang/ Lindenberger, Ulman (Hrsg.): Entwicklungspsychologie. Weihneim; Basel: Beltz Verlag, 27-60.

Olson, David H. (2000): Circumplex Model of Marital and Family Systems. In: Journal of Family Therapy, 2000 (22), 144–167.

Payk, Theo R. (2015): Grundlagen. In: Payk, Theo R.: Psychopathologie: Vom Symptom zur Diagnose. Berlin; Heidelberg: Springer-Verlag, 1-64.

Perrez, Meinrad (2005): Stressoren der Familie und Familie als Stressor im Vorfeld der Entwicklung von Störungen bei Kindern und Jugendlichen. In: Schlottke, Peter F. et al. (Hrsg.): Enzyklopädie der Psychologie. Störungen im Kindes- und Jugendalter. Grundlagen und Störungen im Entwicklungsverlauf. Göttingen: Hogrefe, 193-246.

Perrez, Meinrad/Heekerens, Hans-Peter (2011): Störungen (in) der Familie: Ätiologie/Bedingungsanalyse. In Perrez, Meinrad/ Urs, Baumann (Hrsg.): Lehrbuch Klinische Psychologie-Psychotherapie. Bern: Verlag Hans Huber, 1156-1169.

Petzold, Matthias (1999): Entwicklung und Erziehung in der Familie. Familienentwicklungspsychologie im Überblick. Hohengehren: Schneider Verlag.

Petzold, Matthias (2001): Familien heute. Sieben Typen familialen Zusammenlebens. In: Televizion, 2001 (14), 1-7.

Reich, Günter/Massing, Almuth/Cierpka, Manfred (2008): Mehrgenerationenperspektive und Genogramm. In: Cierpka, Manfred (Hrsg.): Handbuch der Familiendiagnostik. Heidelberg: Springer Medizin Verlag, 259-289.

Reiners, Bernd (2006): Kinderorientierte Familientherapie. Eine neue Methode aus Skandinavien zur besseren Integration jüngerer Kinder in die Familientherapie. Kontext, Zeitschrift für Systemische Therapie und Familientherapie, 37 (4), 349-359.

Reiners, Bernd (2018): Kinderorientierte Familientherapie (KOF). In: Sydow, Kirsten von/Borst, Ulrike (Hrsg.): Systemische Therapie in der Praxis. Weinheim: Beltz, 717-723.

Reiners, Bernd (2019): Kinderorientierte Familientherapie. 2. Auflage. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.

Retzlaff, Rüdiger (2012): Spiel-Räume. Lehrbuch der Systemischen Therapie mit Kindern und Jugendlichen. 5. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta.

Retzlaff, Rüdiger et al. (2013): The Efficacy of Systemic Therapy for Internalizing and Other Disorders of Childhood and Adolescence. A Systematic Review of 38 Randomized Trials. In: Family Process, 2013 (52), 619-652.

Retzlaff, Rüdiger/Sydow, Kirsten von (2015): Systemische Therapie mit Kindern und Jugendlichen. In: Psychotherapeut, 2015 (60), 295–301.

Richter, Horst E. (2003): Eltern, Kind und Neurose. Die Rolle des Kindes in der Familie. 31. Auflage. Stuttgart: Ernst Klett Verlag.

Richter, Horst E. (2007): Patient Familie. Entstehung, Struktur und Therapie von Konflikten in Ehe und Familie. Neuausgabe der Ausgabe von 1970. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Rotthaus, Wilhelm (2013): Zur Einführung: Systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Eine Erweiterung der therapeutischen Handlungskompetenz. In: Rotthaus, Wilhelm (Hrsg.): Systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Heidelberg: Carl-Auer Verlag, 9-16.

Sameroff, Arnold (2010): A Unified Theory of Development: A Dialectic Integration of Nature and Nurture. In: Child development, 81 (1), 6-22.

Scheib, Peter/Wirsching, Michael (2004): Paar- und Familientherapie. Leitlinie und Quellentext. Leitlinien Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Stuttgart; New York: Schattauer.

Schlippe, Arist von/Schweitzer, Jochen (2016): Lehrbuch systemische Beratung und Therapie I. Das Grundlagenwissen. 3., unveränderte Auflage. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.

Schneekloth, Ulrich/Pupeter, Monika (2010): Familie als Zentrum. Bunt und vielfältig, aber nicht für alle Kinder gleich verlässlich. In: World Vision Deutschland e.V. (Hrsg.): Kinder in Deutschland 2010. 2. World Vision Kinderstudie. Frankfurt: Fischer Taschenbuch Verlag, 61-93.

Schneewind, Klaus A./Schmidt, Martin (2002): Systemtheorie in der Sozialpsychologie. In: Frey, Dieter/Irle, Martin (Hrsg.): Theorien der Sozialpsychologie. Band III. Motivations-, Selbst-, und Informationsverarbeitungstheorien. Bern et al.: Verlag Hans Huber, 126-156.

Schneewind, Klaus A. (2010): Familienpsychologie. 3. überarbeitete und erweiterte Auflage Stuttgart: Kohlhammer.

Schneewind, Klaus A. (2019): Familienpsychologie und Systemische Familientherapie. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Schweitzer, Jochen/Schlippe, Arist von (2007): Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung II. Das störungsspezifische Wissen. 2. Auflage. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.

Schwenck, Christina (2018): Externalisierende und internalisierende Verhaltensstörungen im Kindes- und Jugendalter. In: Schneider, Wolfgang/ Lindenberger, Ulman (Hrsg.): Entwicklungspsychologie. Weihneim; Basel: Beltz Verlag, 637-650.

Statistisches Bundesamt (2018): Anzahl der Familien in Deutschland von 1996 bis 2017 (in 1000). Online unter: https://de.statista.com/statistik/daten/studie/2281/umfrage/anzahl-der-familien-in-deutschland/ (Zugriff: 28.12.18).

Statistisches Bundesamt (2019): Der Mikrozensus stellt sich vor. Online unter: https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Mikrozensus.html (Zugriff: 16.02.19).

Steininger, Christine (2002): Familiäre Beziehungsmuster von Kindern und Jugendlichen mit einer internalisierenden und externalisierenden Störung: Eine Beobachtungsstudie. Dissertation. Berlin: LOB.de - Lehmanns Media.

Steininger, Christine (2010): Videogestützte Interaktionsbeobachtung von Familien. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 59 (3), 174-192.

Sydow, Kirsten von et al. (2007): Systemische Therapie/Familientherapie. In: Psychotherapeutenjournal, 2007 (1), 4-19.

Sydow, Kirsten von (2008): Bindungstheorie und Systemische Therapie. In: Familiendynamik, 33 (3), 260-273.

Sydow, Kirsten von et al. (2013): The Efficacy of Systemic Therapy for Childhood and Adolescent Externalizing Disorders: A Systematic Review of 47 RCT. In: Family Process, 52 (4), 576-618.

Sydow, Kirsten von (2015): Systemische Therapie. Wege der Psychotherapie. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Sydow, Kirsten von (2018a): Indikationen und Kontraindikationen. In: Sydow, Kirsten von/Borst, Ulrike (Hrsg.): Systemische Therapie in der Praxis. Weinheim: Beltz, 134-141.

Sydow, Kirsten von (2018b): Was ist Systemische Therapie? In: Sydow, Kirsten von/Borst, Ulrike (Hrsg.): Systemische Therapie in der Praxis. Weinheim: Beltz, 47-69.

Sydow, Kirsten von (2018c): Das Erstgespräch mit Einzelpersonen. In: Sydow, Kirsten von/Borst, Ulrike (Hrsg.): Systemische Therapie in der Praxis. Weinheim: Beltz, 99-106.

Sydow, Kirsten von (2018d): Forschungsstand, wissenschaftliche und sozialrechtliche Anerkennung der Systemischen Therapie. In: Sydow, Kirsten von/Borst, Ulrike (Hrsg.): Systemische Therapie in der Praxis. Weinheim: Beltz, 929-943.

Systemische Gesellschaft (2019): FAQ zur Bewertung Systemischer Therapie durch den G-BA. Online unter: https://systemische-gesellschaft.de/verband/aufgaben/berufspolitik/systemische-therapie-berufspolitik/faq/ (Zugriff: 18.02.2019).

Thomas, Volker/Olson, David H. (1993): Problem families and the Circumplex-Model: Observational assessment using the Clinical Ratig Scale (CRS). In: Journal of Marital and Family Therapy,19 (2), 159-175.

Thomas, Volker (2008): Prozessmodelle und Ratingskalen. In: Cierpka, Manfred (Hrsg.): Handbuch der Familiendiagnostik. Heidelberg: Springer Medizin Verlag, 409-426.

Zimmermann, Peter et al. (2016): Aufwachsen unter familiärer Belastung in Deutschland. Design und Methoden einer entwicklungspsychologischen Studie zu Risiko- und Schutzmechanismen bei Familien mit unterschiedlicher psychosozialer Belastung. In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 59 (10), 1262-1270.

Anhang

1. Emailverkehr mit Systemischer Gesellschaft (2018): AW: Frage zur Kassenanerkennung systemischer Therapie am 5.12.2018……..70

2. Gedächtnisprotokoll (2019): Experteninterview mit dem systemischen Therapeuten und Berater Andreas Hahn am 5.01.2019…….73

1. **Emailverkehr mit Systemischer Gesellschaft (2018): AW: Frage zur Kassenanerkennung systemischer Therapie. Am 5.12.2018**

GMX FreeMail

AW: Frage zur Kassenanerkennung systemischer Therapie

Von: "Systemische Gesellschaft - Sebastian Baumann" <sbaumann@systemische-gesellschaft.de>
An: joi.wessel@gmx.de
CC: "'Systemische Gesellschaft - Günther'" <info@systemische-gesellschaft.de>
Datum: 05.12.2018 14:19:58

Sehr geehrte Frau Wessel,

danke für Ihre Nachricht.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat ja über die Systemische Therapie für Erwachsene entschieden. Insofern geht es hier um erwachsene IndexpatientInnen mit krankheitswertiger Störung, denn nur das darf im Rahmen einer kassenfinanzierten Therapie abgerechnet werden. Sie haben natürlich Recht, dass es die Individuallogik sprengt, wenn man mit Familiensystemen arbeitet. Aber die formalen Regelungen des SGB V gelten auch hier.

Wann der Antrag im G-BA auf Bewertung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie gestellt wird, ist noch nicht entschieden. Sicherlich hat die Entscheidung von vor zwei Wochen dazu beigetragen, dass es jetzt etwas schneller gehen sollte.

Abrechnungsberechtigt wären bei der sozialrechtlichen Anerkennung auch für den KiJu Bereich nur approbierte PsychotherapeutInnen, das selbe gilt für die Erwachsenentherapie: nur KollegInnen mit Approbationsausbildung in ST werden sich um Kassensitze bewerben können. Psychologie, soziale Arbeit, Pädagogik sind keine Ausbildungen, die es ermöglichen würden, kassenärztlich abzurechnen, dazu braucht es eine 3-5 jährige Ausbildung zum Psychotherapeuten.

Ob SozialarbeiterInnen die Voraussetzung erfüllen, um eine Approbationsausbildung beginnen zu können hängt von dem jeweiligen Bundesland ab. Lesen Sie sich doch mal durch diese Seite, vor allem auch zu dem verlinkten Artikel:

https://systemische-gesellschaft.de/verband/aufgaben/berufspolitik/systemische-therapie-berufspolitik/approbation/

Außerdem möchte ich Ihnen diese Seite empfehlen:

https://systemische-gesellschaft.de/verband/aufgaben/berufspolitik/systemische-therapie-berufspolitik/faq/

Beantwortet das Ihre Frage?

Viele Grüße

Sebastian Baumann

Sebastian Baumann, Dipl.-Psych.

Vorstandsbeauftragter Psychotherapie

Systemische Gesellschaft e.V.

Brandenburgische Str. 22

10707 Berlin

T. 030 - 53 69 85 04

T. (Praxis) 030 - 6444 0605

www.systemische-gesellschaft.de

-------- Weitergeleitete Nachricht --------

Betreff: Frage zur Kassenanerkennung systemischer Therapie

Datum: Wed, 5 Dec 2018 09:48:28 +0100

Von: Johanna Wessel <joi.wessel@gmx.de>

An:info@systemische-gesellschaft.de

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich bin Studentin der Sozialen Arbeit an der Hochschule für angewandte Wisssenschaften in Hamburg und habe im Zuge meiner Bachelorarbeit einige Fragen bezüglich der neuerlichen Kassenanerkennung der systemischen Therapie.

Weiß man schon über welches Familienmitglied kasssenärztlich abgerechnet wird? Gerade im inhaltlichen Kontext der systemischen Therapie wäre es interessant zu wissen, ob der Indexpatient/ Symptomträger dazu herangezogen wird- da dieser nach Auffassung der systemischen Familientherapie nur Symptomatiker, nicht Ursache der Problematik ist.

Weiter wäre es interessant zu wissen, ob ein Antrag für die kassenärztliche Anerkennung der systemischen Therapie für Kinder und Jugendliche in naher Zukunft gestellt werden soll?

Und wenn auch dies anerkannt wurde, systemische Therapie bei Kindern und Jugendlichen auch von Sozialarbeiter_innen kassenärztlich abgerechnet werden kann?

Über Antworte würde ich mich sehr freuen.

Herzliche Grüße

Johanna Wessel

--

Claudia Günther, Assistentin der Geschäftsführung
Systemische Gesellschaft e.V.
Brandenburgische Straße 22
D-10707 Berlin
Tel +49-30-536985-04

Dateianhänge

- image001.png

2. Gedächtnisprotokoll (2019): Experteninterview mit dem systemischen Therapeuten und Berater Andreas Hahn am 5.01.2019

05.01.2019

Gedächtnisprotokoll: Experteninterview mit dem systemischen Berater und Therapeuten Andreas Hahn von Johanna Wessel

Itzehoe, 05.01.2019, 15:00-17:00 Uhr

Erster Teil des Interviews: Analyse von Störungsausprägungen innerhalb des Familiensystems

1)Was verstehen Sie unter dysfunktionalen Familiensystemen?

In der Praxis habe er nicht festmachen können, dass es „dysfunktionale Familiensysteme" als pure Kategorie tatsächlich gäbe. Nach Ludewig (Ausbilder Systemischer Therapie Hamburg) gäbe es kein gut oder schlecht funktionierendes System: Jedes System funktioniere erstmal gut, solange es bestehe. Von außen könne man das nicht beurteilen. Familien könnten sich nur selbst als dysfunktional bezeichnen, bzw. Aspekte aus der Familie als problematisch benennen/bewerten. Auch wenn bestimmte Aspekte als dysfunktional bewertet werden würden, so würden sie doch in ihrem System Sinn ergeben, bedeute sie könnten ebenso als funktional gewertet werden. Dieser Sinn und der Blick auf die Realität auf als das große Ganze, damit eine neue Sicht der Dinge entstehe, solle in der Systemischen Therapie besprochen werden. Für den problematischen Zustand im Familiensystem solle von der Familie selbst eine Lösung gefunden werden. Die Lösung könne dann sein, dass ein geringer Unterschied zum jetzigen problematischen Zustand gefunden würde, der eine kleine Verbesserung bewirke und das Leid der Beteiligten geringer mache. Dies solle Thema in der Systemischen Therapie sein. Die Systemische Therapie würde die Komplexität von Familien erfassen und besagen, dass es Dysfunktionen erstmal nicht gäbe.

2)Konnten Sie in Ihrer Praxis Muster verschiedener Familientypen erkennen? Wenn ja, welche?

Auf den individuellen Fall bezogen, könne man Familientypen festmachen, generell könne er jedoch keine Typisierung von Familien feststellen. Man könne Ansätze einer Struktur in Familien erkennen, jedoch dürfe man diese nicht verabsolutieren. Frage sei, ob es überhaupt hilfreich sei, Familien zu typisieren, da ihnen dann eine Kategorie übergestülpt würde, die in der Praxis gar nicht stimme. Man solle stattdessen Bewegung in die Struktur bringen.

2.1) Wenn ja, welche Familientypen würden Sie als dysfunktional bezeichnen?

Das ließe sich nicht pauschalisieren, verabsolutieren. Da es auch für ihn keine allgemeingültigen Familientypen gäbe.

3)Welche Aspekte in der Familie sind für Ausprägungen von Familienstörungen relevant? Welche können zur Dysfunktionalität des Familiensystems beitragen bzw. was genau kann dysfunktional in Familiensystemen sein?

Ein Aspekt sei die mangelnde Differenzierung, die Individuen innerhalb der Familie seien sich zu nah, würden sich zu wenig als Einzelpersonen wahrnehmen. Ein anderer Aspekt sei das zu fern sein, die Familien würden zu wenig Bezug zueinander haben. Ein dritter Aspekt sei, dass die Familienstruktur der vorherigen Familie übernommen wurde, auch wenn das Mitgliedern der Familie bewusst sei, könne es sehr schwer sein, da raus zu kommen. Rollen seien auch ein bestimmter Aspekt, der beispielsweise über die vorherige Generation weitergetragen werden könne. Ein letzter Aspekt sei auch das individuelle Bild, was die Familie über sich selbst habe.

3.1) Empfanden Sie beispielsweise Aspekte wie Zugehörigkeit und Kontrolle, Grenzen, Rollen, Kommunikation als ausschlaggebende Aspekte?

Siehe vorherige Antwort, ja.

4) Spielt die Interaktion innerhalb der Familie die größte Rolle oder was könnte noch ausschlaggebend sein?

Laut Andreas Hahn spiele die Interaktion die größte Rolle. Insbesondere darin eingeschlossen sei die Kommunikation. Nach Watzlawik sowohl digitale (verbale) als auch analoge (nonverbale) Kommunikation. In der Systemischen Therapie würde viel über nonverbale Kommunikation laufen, heißt Mimik und Gestik, da sich nicht alles in Sprache fassen lasse. Für die Kommunikation sei es wichtig, mit den Klient*innen die richtige Frequenz (Kommunikationsart) zu finden.

5) Haben Sie sich an einem bestimmten Klassifikationsansatz für Störungen von Familiensystemen in der Praxis orientiert?

Andreas Hahn habe sich in seiner Praxis auf keinen bestimmten Klassifikationsansatz beschränkt. Damit sei verbunden, dass man Systemen etwas Fremdes überstülpen würde, dass in der Realität nicht zu der Familie passe.

Da er in einer staatlichen Beratungsstelle gearbeitet habe, habe er sich auch nicht gegenüber Versicherungen rechtfertigen müssen, wodurch die Klassifizierung nicht nötig gewesen wäre. Laut Jugendhilfegesetz würden Kommunen solche staatlichen, kostenlosen Beratungsstellen für die Bewohner stellen.

Zweiter Teil des Interviews: Abweichende Entwicklungen von Kindern in dysfunktionalen Familiensystemen

1) Welche Familientypen könnten als Risikofaktor zur Entstehung einer Störung eines kindlichen Familienmitglieds beitragen?

Familientypen zu analysieren, mache in der Praxis keinen Sinn.

2) Welche Funktion hat der Indexpatient für das Familiensystem?

In der Praxis seien verschiedene Funktionen der Indexpatient*innen in verschiedenen Familiensystemen deutlich geworden.

Eine Funktion vom Kind als Indexpatient war oftmals die Entlastung der Elternbeziehung und die Ablenkung auf ein anderes Problem bzw. andere Fokussetzung des thematischen Schwerpunkts in der Familie. Dies sei besonders Funktion gewesen, wenn das System drohte auseinanderzubrechen. Der/Die Indexpatient*in habe also die Funktion das Familiensystem zu stabilisieren, gehabt. Diese Funktion sei besonders häufig in der Praxis vorgekommen.

Eine andere Funktion der Indexpatient*innen sei auf die generationsübergreifende Struktur von der Familie bewusst zu machen: Der/Die Indexpatient*in zeige somit als Signal auf, dass sich etwas in der generationsübergreifenden Struktur verändern müsse.

3) Welche Funktion hat das Symptom der Indexpatient*innen?

Dies könne man nur auf die individuelle Familie beziehen. Das Symptom sei oftmals ein Stück weit willkürlich und könne nicht auf bestimmten Familientyp kategorisiert werden.

4) Können Sie mir ein konkretes Praxisbeispiel nennen, welches den Zusammenhang zu einem*r Indexpatienten*in und einem dysfunktionalen Familiensystem vermuten lässt? (Am besten wäre ein familientherapeutisches Setting mit mehreren Teilnehmern)

Er könne kein konkretes Praxisbeispiel nennen, jedoch kleine Fälle: Personen mit Suchtproblematik hätten häufig Probleme mit ihrem Selbstwert gehabt und hätten häufig davon gesprochen bestimmte von anderen und von sich selbst erwartete Leistungen nicht erfüllen zu können. Ein weiterer Fall wäre, dass ein Ärztepärchen lange Zeit keine Kinder habe bekommen können und als dann doch ein Kind geboren wurde und dieses sei dann in der Schule auffällig gewesen. In der Beratung sei dann herausgekommen, dass insbesondere die Mutter zu hohe Erwartungen an das Kind gehabt habe, die dieses nicht erfüllen könnte. Die Rolle, die das Kind im Leben der Eltern gespielt habe, sei zu groß gewesen.

Weitere Symptome an die Andreas Hahn sich aus seiner Praxiserfahrung erinnerte, seien Bulimie, Bettnässen und Ritzen gewesen.

4.1 Was genau war in diesem Beispiel im Familiensystem dysfunktional?

4.2 Welche Faktoren könnten zur Dysfunktionalität dieser Familie beigetragen haben?

4.3 Welches Symptom hatte der/die Indexpatient*in und wie zeigte es sich?

4.4 Welche Funktion hatte das Symptom?

Diese Fragen hat Andreas Hahn alle nicht beantwortet, da laut Andreas Hahn kein signifikantes Praxisbeispiel eingefallen sei.

5) Wie haben Sie in dem vorher genannten Praxisbeispiel als systemischer Berater/Therapeut innerhalb der Systemischen Therapie interveniert?

Da kein detailliertes Praxisbeispiel erläutert wurde, wurde auch hier keine spezielle auf ein Praxisbeispiel bezogene Antwort gegeben.

5.1 Wie sind Sie an den Fall herangegangen?

Man komme über die Beratung ins Gespräch, die Problematik würde erläutert werden, einfach indem man Konversation betreibe: Dabei merke man, welche Themen „Widerhall finden“. Wenn die Kommunikation stoppe, mache man als Therapeut einen Vorschlag und gucke, ob die Klient*innen darauf anspringen. Schwierige Themen würden so auch durch Umwege erreicht werden. Dafür besonders wichtig sei die Intuition und Beziehung zu Klient*innen.

Man müsse zudem den Widerstand der Klient*innen überwinden: Menschen würden zunächst einen Widerstand gegen Veränderungen entwickeln. Es müsse erfasst werden, wo sich genau der Leidensdruck befindet und sich auf die Sichtweise der Klient*innen „einschwingen“.

5.2 Was waren Ihre Ziele?

Klient*innen sollten von sich empfinden, dass ihr Leid verringert wurde. Durch die geringst mögliche Veränderung solle es eine Verbesserung aus Sicht der Klient*innen geben. Diese sei schon da, wenn es einen Unterschied zum vorher problematischen Zustand gäbe.

5.3 Welche Methoden haben Sie angewendet bzw. angeregt?

Eine Methode sei die paradoxe Intervention gewesen, in der es zur Verschreibung von Symptomen komme. Dabei solle man jedoch besonders vorsichtig sein, was man verschreibt, da es auch gefährlich sein könne. Hierbei solle der Fokus ohne Druck verändert werden, um sich langsam dem Problem zu nähern. Ein Beispiel wäre einer Person mit Symptomen einer Magersucht das Fasten zu verschreiben, damit ihr Verhalten auf etwas Positives (Religion, Tradition, Verzicht) umgelagert werden könne. Dabei sei einem jedoch bewusst, dass es gefährlich sei. Man könne schließlich an Unterernährung sterben.

Eine weitere Methode sei das magische Element gewesen, um bestimmte ungewollte Impulse kontrollieren zu können: Zum Beispiel eine Murmel für ein Kind, dass diese immer in die Hand nehmen solle, wenn es aggressiv würde. Diese stellte dann einen Anfang für eine Verbesserung des Symptoms dar. Wichtig für diese Methode sei die Beziehung zum Therapeuten.

Eine weitere Methode seien Belohnungsrituale: Zum Beispiel das Verschenken von Süßigkeit, wenn man akzeptierendes Verhalten gezeigt habe.

Über ein Spielzimmer mit Kicker, Puppen etc. habe man über das Spielen eine Arbeitsbeziehung aufgebaut.

Eine weitere Methode sei gewesen, dass zwei Therapeuten zusammen beratend oder therapeutisch interveniertes, damit beispielsweise bei Familien, in denen es oft Streitigkeiten auch während der Therapie gab, einer beobachten und der andere eingreifen konnte.

Das „Reflecting Team“ sei eine weitere Methode gewesen: Mit Klient*innen sei über bestimmte Fragen, die sich im Gespräch ergeben hätten, reflektiert worden.

Konversation/Kommunikation an sich ist eine besonders wichtige Methode, da über diese Aspekte in der Familie entstanden seien, die zuvor keine Bedeutung gehabt hätten.

In der Beratung und Therapie sei besonders wichtig eine Intuition für die Themen der Klient*innen zu haben, sowie Respekt und Achtung vor diesen zu wahren.

5.4 Wie sind Sie vorgegangen (zeitlicher Ablauf)?

Dies sei unterschiedlich gewesen. In manchen Familien habe man nur zwei Sitzungen, in anderen mehrere Jahre gebraucht. Wurde meist von Therapeuten und von Familie gespürt, wann ein Ende der Therapie gut wäre. Dennoch habe hier der Therapeut die Regie.

5.5 Wie haben die Methoden gewirkt?

Je nachdem, ob die Methode angemessen war, habe sie gewirkt oder eben nicht.

Weitere Anmerkungen zum Schluss des Interviews:

Konzept der Homöostase: Um Gleichgewicht im System beizubehalten, würden Mitglieder versuchen durch andere Wege das System zu stabilisieren (zum Beispiel durch eine psychische Erkrankung) Dies sei besonders gut in einem Buch von Watzlawik erläutert worden. Dabei sei das System wie ein Haus gebaut aus Streichhölzern. Man kann an vielen drehen, und auch etwas kaputt machen, aber das Gesamtsystem sei nicht beeinflussbar, nur kleine Teilaspekte könne man versuchen verändern.

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind in allen Fällen unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Ort, Datum Unterschrift