

Jürgen Beushausen

# Genogramm- und Netzwerkanalyse

Die Visualisierung familiärer und  
sozialer Strukturen

Vandenhoeck & Ruprecht





Jürgen Beushausen, Genogramm- und Netzwerkanalyse

Jürgen Beushausen

# Genogramm- und Netzwerkanalyse

Die Visualisierung familiärer und  
sozialer Strukturen

Mit 15 Abbildungen und 2 Tabellen

Vandenhoeck & Ruprecht

© Inklusive Manual zum Download unter [www.v-r.de/genogrammanalyse](http://www.v-r.de/genogrammanalyse)

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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

ISBN 978-3-525-40183-5

ISBN 978-3-647-40183-6 (E-Book)

© 2012, Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen /

Vandenhoeck & Ruprecht LLC, Bristol, CT, U.S.A.

[www.v-r.de](http://www.v-r.de)

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages.

Printed in Germany.

Satz: SchwabScantechnik, Göttingen

Druck und Bindung: ☉ Hubert & Co., Göttingen

Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier.

# Inhalt

1	Einführung .....	7
2	Psychosoziale Diagnostik .....	17
2.1	Die Bedeutung multiperspektivischer Ansätze in der Diagnostik .....	17
2.2	Grundpositionen einer beziehungs- und lebensweltorientierten Diagnostik .....	29
2.3	Die Bedeutung der Ressourcen .....	33
3	Die Kriterien der familiären Funktionstüchtigkeit .....	42
3.1	Familiäre Beziehungsstrukturen .....	42
3.1.1	Die Eltern-Kind-Beziehungen .....	43
3.1.2	Die Geschwisterpositionen und die Geschwisterbeziehungen .....	46
3.1.3	Das Verhältnis zwischen Enkelkindern und Großeltern .....	47
3.1.4	Familiäre Paarbeziehungen .....	48
3.2	Die Funktionalität familialer Strukturen .....	52
3.3	Der Familienzyklus und generations- übergreifende Muster .....	71
4	Die soziale Lage .....	75
4.1	Gesundheit und soziale Lage .....	75
4.2	Netzwerke und soziale Unterstützung .....	88
4.3	Kriterien sozialer Inklusion und Integration .....	92
5	Die angewandten Methoden .....	96
5.1	Genogramme .....	96
5.2	Netzwerkanalysen .....	104
5.3	Die visuelle Analyse .....	112

---

6	Beispielhafte Genogramme und Netzwerkanalysen . . . . .	122
6.1	Anmerkungen zum Umgang mit dem Manual . . . . .	122
6.2	Das Genogramm von Frau M. . . . .	123
6.3	Das Genogramm von Herrn D. . . . .	128
6.4	Das Manual . . . . .	135
7	Literatur . . . . .	149

# 1 Einführung

Für die Analyse »problematischer Auffälligkeiten« von Gesundheit und Krankheit benötigt man flexible Methoden, um einen umfassenden Zugang zum Menschen und seinen Kontexten zu gewinnen. In vielen Praxisfeldern der psychosozialen Arbeit hat sich die auf systemische Konzepte beruhende Genogramm- und Netzwerkarbeit bewährt. Die Form der Inklusion/Exklusion und der Integration/Desintegration in die gesellschaftlichen Funktionssysteme und Lebenswelten kann mit diesen Methoden beschrieben werden. Sie bieten die Möglichkeit eines ganzheitlichen Zuganges und ermöglichen eine schnelle, flexible Kontaktaufnahme, mit der Anschluss an relevante Ereignisse, Probleme und Ressourcen gewonnen werden kann. Rasch kann ein Überblick über die Problembereiche, die Lebenslage und -geschichte gewonnen und ein kognitiver oder emotionaler Zugang gesucht werden. Die Netzwerkanalyse kann hierbei ergänzend zur Genogrammarbeit eingesetzt werden.

Die Genogrammarbeit wurde zunächst als Repräsentationsform entwickelt, um Systeminformationen im Rahmen familientherapeutischer Arbeit und in der Darstellung in biografischen Werken zu vermitteln, bevor sie als Forschungsmethode in den Sozialwissenschaften, der Familientherapie und in vielen Feldern biopsychosozialer Praxis Anwendung fand (siehe Schiepek, 1999; Hildenbrand, 1998, 2007; von Schlippe u. Schweitzer, 1997; Heidl, 1987, 1988; Kaiser, 1989; Roedel, 2006; Stierlin, 1978; Massing et al., 1992; Kühling u. Richter, 2007; McGoldrick u. Gerson, 1990, McGoldrick; Gerson u. Petry, 2009). Um die Einbeziehung der Meso- und Makroebene neben der Mikroebene, der Familie, zu betonen, bezeichnet Kaiser (1989) diesen methodischen Zugang als »Genografische Mehrebenenanalyse«. Mit dem Begriff der Mesoebene werden Einflüsse naher Institutionen wie Schule, Freizeitgruppe und andere bezeichnet. Diese Ebene steht in Verbindung mit der Makroebene, auf der Normen, Werte, Gesetzmäßigkeiten, Vorstellungen und handlungsleitende Ideologien gebildet werden. In der Literatur wird dieses

Verfahren auch als Genogrammarbeit bezeichnet. Da der Begriff Genogramm den gleichen Sachverhalt wie die Bezeichnung Genografische Mehrebenenanalyse bezeichnet, werden beide Begriffe synonym verwendet.

Die Genografische Mehrebenenanalyse integriert System-, Situations-, Lebenswelt- und genografische Analysen zu einer umfassenden Analyse der Komplexität von Symptomen, die für Gesundheit und Krankheit in Vergangenheit und Gegenwart relevant waren und sind. Sie bietet die Möglichkeit, komplexe Sachverhalte und Interaktionen in Familien (und Netzwerken) in relativ kurzer Zeit differenziert und übersichtlich darzustellen. Mit dieser Methode werden in einer grafischen Form Informationen über mindestens drei Familiengenerationen erhoben. Auf der vertikalen Ebene werden die Strukturen über die einzelnen Generationen abgebildet; dies ermöglicht, wiederkehrende familiäre Muster, Traditionen und familiäre Strukturen zu untersuchen. Auf der horizontalen Ebene werden die Beziehungen der Familienmitglieder dargestellt. Die Analyse dieser Beziehungen kann auch die sozialen Umwelten der Klienten bzw. der Familien einschließen.

Mit Hilfe der Genografischen Mehrebenenanalyse können die Hintergründe einer Situation, eines Symptoms, eines anderen Familiengeschehens oder die Ressourcen historisch ergründet werden. Familienereignisse können mit individuellen Schicksalsschlägen und zugleich mit gesellschaftlichen Entwicklungen wie zum Beispiel Arbeitslosigkeit, Krieg, Vertreibung und anderem in Verbindung gesetzt werden. Die historische Kontinuität von Generation zu Generation kann ebenso erfasst werden wie mögliche Wirkungen der Familienbiografie auf das einzelne Familienmitglied. Das System Familie wird im Rahmen dieser Analyse in seinen Bezügen zu seinen Umwelten (Nachbarschaft, Schule etc.) und Systemen der Makroebene (Gemeinde, politische und rechtliche Verhältnisse usw.) analysiert. Die so gewonnenen Erkenntnisse ermöglichen die Bildung von Hypothesen über Vergangenheit und Gegenwart sowie für die Zukunft der Klientinnen und ihrer Familien. Das »intersubjektive Sinngeschehen« und die diskontinuierlichen Strukturen werden mittels des Genogramms ordnend erfasst.

Mit Hilfe des Genogramms können die jeweils historisch gewachsenen sozialen, personalen, ökonomischen und politischen

Bedingungskonstellationen, innerhalb derer sich Einschränkungen und Entfaltung individueller Entwicklungsmöglichkeiten ergeben, analysiert werden. Es dient der Kontaktaufnahme mit einer Person oder einem System, um Interpretationen von Entwicklungen und Geschehnissen auszuarbeiten. In den Gesprächen können erste Hypothesen entwickelt werden, die als Konstruktionen von Beobachtern zu betrachten sind. Die Genogrammarbeit stellt einen Zusammenhang zwischen der aktuellen Familiensituation, den »unsichtbaren Bindungen« und den Nachwirkungen verdrängter Schicksale der Eltern und Großeltern her. Der Kalender werde zum Sprechen gebracht, resümieren McGoldrick et al. (2009). Diese Perspektive gestattet es zudem, die »soziale Realitätskonstruktion« selbst in die Analyse einzubeziehen.

Jedes Genogramm zeigt im Prozess der Analyse eine Struktur, ein Muster, eine Gestalt, die häufig mehrfach reproduziert und transformiert wird. »Gegenstand der Fallkonstruktion ist die Herausarbeitung dieser den spezifischen Fall kennzeichnenden Struktur in ihrer Reproduktions- und Transformationsgesetzlichkeit. Mit dieser Fallstruktur wird die regelhaft-habituelle Weise, die Welt zu deuten und handelnd in sie einzugreifen, kurz: als sinnhafte zu konstruieren, verstanden, und [...] zum Ausgangspunkt für die Reflexion von neuen Handlungsoptionen verstanden« (Hildenbrand, 1998, S. 117). Ziel einer solchen Analyse ist eine Strukturgeneralisierung im Dienste der Konstruktion von theoretischen Ansätzen. Dabei werden die Interpretationen ständig überprüft.

Die Genogrammarbeit legt ihren Schwerpunkt bisher auf psychologische Aspekte in familialen Systemen. Beispielhaft bezieht sich Roedel (2006) in seiner Praxis der Genogrammarbeit ausschließlich auf die Analyse der innerfamiliären Familienbeziehungen, während McGoldrick et al. (2009), Hildenbrand (2007) sowie Reich, Massing und Cierpka (2003) darstellen, dass mit dieser Methodik auch weiter gefasste Systeme der Familie, die Freundeskreise, die gesamte Gesellschaft und Kultur in die Analyse einbezogen werden können. Dies schließt, so die genannten Autoren, auch den soziokulturellen Kontext (Schule, Gericht u. a.) ein. In der Darstellung ihrer Beispiele aus der Praxis beziehen sie sich jedoch im Wesentlichen auf den familiären Kontext. Die Fokussierung der sozialen Situation ist aus einem weiteren Grund bedeutsam: Werden die familiären Beziehungen zu sehr in

den Mittelpunkt der Analyse gestellt, besteht die Gefahr, eine aktuelle Problematik zu sehr auf diese Beziehungen zu fokussieren. Denkbar ist beispielsweise, dass Arbeits- oder nachbarschaftliche Beziehungen bedeutsame Faktoren für die Entstehung einer Problematik darstellen und diese Beziehungskontexte nicht ausreichend gewürdigt werden.

Der Einsatz des Genogramms erfolgt im Wesentlichen im klinischen Bereich, zum Beispiel betonen McGoldrick et al. (2009, S. 13) die weite Verwendung des Genogramms in der Medizin und der Familientherapie. Sie wenden sich somit zumeist an die Berufsgruppen der Therapeutinnen und Therapeuten und nicht an die zahlenmäßig größeren Berufsgruppen in der Sozialen Arbeit und im Gesundheitswesen. Diese Berufsgruppen benötigen in ihrer Praxis ein Instrumentarium, das auch die Bedeutung der sozialen Faktoren und des Milieus aufzeigt. Mit diesem Buch wird daher eine Handreichung nicht nur für den klinischen Bereich, sondern auch für den Einsatz in weiteren professionellen Handlungsfeldern zur Verfügung gestellt. Die hier vorgestellte Genogrammarbeit verbindet interdisziplinär verschiedene soziale Arbeitsfelder und Berufsgruppen. Sie ist somit ein Beispiel für die Zusammenarbeit verschiedener Professionen.

Die Netzwerkanalyse ermöglicht ebenfalls die Erfassung sozialer Beziehungen auf der horizontalen Ebene. Bekannt sind die Verfahren Soziogramm, Netzwerkkarte und Ecomap, mit denen auf der horizontalen Ebene aktuelle Beziehungen dargestellt werden. Auch bei dieser Methode können ergänzend auf der vertikalen Ebene Beziehungen dargestellt werden. So kann beispielsweise mit Hilfe eines Zeitstrahls der Prozess einer langjährigen Beziehung (Freundschaft, mehrgenerationale Nachbarschaft, Arbeitskollege) visualisiert werden. Sollen hauptsächlich nichtfamiliäre Systeme, zum Beispiel Freundschaften und Nachbarschaften, analysiert werden, bietet sich die Netzwerkanalyse als ein ergänzendes Instrumentarium an, dass sich in ein »ökosoziales Systembild« (Ritscher, 2002) integrieren lässt.

Mit einem kurzen Blick auf die Geschichte der Diagnostik soll aufgezeigt werden, wie sich die Blickwinkel verändern. Diagnostisch bezieht sich die Medizin und die Psychologie als Unterscheidungs- und Untersuchungsmethode zunächst auf ein Individuum. Sie ist defizit- und pathologiezentriert. In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts lassen sich viele psychische Erkrankungen auf das Gehirn

und die Nerven zurückführen, so dass Annahmen verfolgt werden, nach denen andere schwere Erkrankungen ebenfalls Hirnerkrankungen seien. Auch der von Freud verwendete Begriff der Neurose legt dies nahe (siehe Stierlin, 2001). Dies führt in der Psychiatrie zu einer Verengung des Blickfeldes auf den Organismus bzw. auf das Zentralnervensystem. Freud und seine Nachfolger erweitern den psychoanalytischen Kontext: Welche konflikthaften Beziehungsmuster etabliert der Patient in seinem Lebensalltag und in der Beziehung zum Therapeuten? Ihr Ziel ist es, die unbewusste Konfliktdynamik herauszuarbeiten und auf der Strukturebene zu analysieren, inwieweit der Patient seine innere Welt regulieren kann und ob er über strukturelle Fähigkeiten der Beziehungsgestaltung verfügt. Erfasst wird dies heute im System der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (Arbeitskreis OPD, 2007).

Mit der Entwicklung der Systemwissenschaften richtet sich der Fokus auf Systeme und hier besonders auf Familien. Nicht mehr kausale Ursache-Wirkungs-Bezüge werden analysiert, sondern komplexe, zirkuläre Rückkopplungs- und Selbstorganisationstheorien (siehe Beushausen, 2002). Die einzelne Person gerät in der Folge in der Familientherapie zunächst aus dem Blick, fokussiert werden auf der horizontalen und der vertikalen Ebene Beziehungen und Strukturen in Familien. Das Augenmerk richtet sich auf das »Beobachtbare«. Ausnahmen sind so genannte Familientherapien ohne Familie, das heißt, es wird systemisch bezogen auf die Familienmitglieder »gedacht« und auf die »innere Familie« fokussiert (siehe z. B. Schwartz, 1997). In den letzten zehn Jahren rückt zunehmend die Suche nach Lösungen und Ressourcen in den Mittelpunkt.

Jetzt wird es (wieder) Zeit, »das Soziale« in den Blick zu nehmen. In der Sozialen Arbeit ist dies nicht neu. Bereits 1927 formuliert Alice Salomon: »Aus der Ermittlung von Tatbeständen wirtschaftlicher oder anderer Art ist eine soziale Diagnose geworden, die alle Seiten des menschlichen Lebens, die Anlage und Entwicklung, Milieu und Schicksal in das rechte Licht setzen und zu einem Gesamtbild vereinigen soll, das für die Hilfeleistung den Ausgangspunkt abgibt und das Ziel bestimmt« (Salomon, zit. nach Neuffer, 1990, S. 30).

Zudem steht eine Demokratisierung im Verhältnis zwischen Beratern/Therapeuten und Klienten/Patienten an. Stierlin fordert bereits 2001: »Therapeut und Klient verstehen sich als gleichberech-

tigte, auf Kooperation angewiesene und gleichsam mit offenen Karten spielende Partner« (S. 138). Dieses Postulat ist bisher nur in Ansätzen umgesetzt.

Analysiert werden mit Hilfe der hier vorgestellten Methoden die Lebenslagen und Lebenswelten der Betreuten. Das Lebenslagenkonzept, das als »Lebenslagenansatz« in der Politikfeldanalyse eingeführt ist, ist ein sozialwissenschaftliches Konzept, in dem das Zusammenwirken der unterschiedlichen ökonomischen, sozialen und kulturellen Faktoren in den konkreten Lebensverhältnissen von Individuen und sozialen Gruppen erfasst wird. Als »Lebenslagen« werden die individuellen Handlungsspielräume definiert, die von einer Vielzahl von individuell nicht beeinflussbaren strukturellen Faktoren begrenzt werden. Die Lebenslage wird zentral vom Haushaltseinkommen beeinflusst, die den Zugang zur Befriedigung zahlreicher Bedürfnisse regelt, die zudem geschlechterdifferenziert zu erfassen sind. Für den Berater ergibt sich hieraus die Lebensweltorientierung als Grundhaltung. Der Lebenslagenansatz wird als Analyseinstrument für die zielgruppenorientierte Erfassung von Politikfeldern eingesetzt, beispielsweise hat die Bundesregierung den Lebenslagenansatz als theoretisches Konzept ihrer Armuts- und Reichtumsberichterstattung zugrunde gelegt. Neben den objektiven (materiellen und immateriellen) Dimensionen werden in diesem Ansatz die subjektiven Dimensionen einbezogen, indem Aktivitäten und Entscheidungen, aber auch Interessen und Erwartungen von Menschen in Beziehung zu objektiven Dimensionen gesetzt werden. Der Ansatz ist mehrdimensional ausgerichtet und zeichnet sich durch den Doppelcharakter der Lebenslagen, der objektiven Strukturiertheit und den subjektiven Deutungsmustern aus. Die Lebenslagen markieren einerseits den Rahmen von Möglichkeiten, von Handlungsspielräumen, andererseits können diese auch aktiv gestaltet werden.

Der Begriff der Lebenswelten hingegen beschreibt in Bezug auf den Soziologen Alfred Schütz jene »Wirklichkeit«, in der der Mensch lebt, denkt, handelt und sich mit anderen verständigt (siehe Kleve, 2000). In der Lebenswelt, die dem Menschen vorgegeben ist, bewegt er sich mit anderen in selbstverständlicher Weise. Sinnzusammenhänge sind klar und vertraut und müssen nicht ständig erschlossen werden. Hierzu gehören die tatsächlichen und alltäglichen Umstände,

in denen der Mensch sich bewegt. Die Lebenswelten, die in unterschiedliche Lebensräume und -felder untergliedert sind, werden als kulturell geformte Sinnwelten verstanden und bilden die Basis der Wahrnehmung und des Verstehens. Erfahrungen in den Lebenswelten werden im Lebenslauf gesammelt. Habermas nahm diesen Begriff in seiner Unterscheidung zwischen System und Lebenswelt auf. System beinhaltet hier den Bereich der Gesellschaft, in der mit Hilfe der Kommunikationsmedien Macht, Geld und Recht agiert wird, während unter Lebenswelt der eher private und vertraute Bereich der Gesellschaft verstanden wird, in die Verständigung mittels der kommunikativen Rationalität erfolgt (siehe Kleve, 2000). Kommuniziert wird primär nicht rechtlich, ökonomisch und politisch, sondern moralisch und normativ.

Der Einsatz der hier verwendeten Methoden basiert auf Grundsätzen psychosozialer Arbeit, die im Folgenden kurz zusammengefasst werden. Psychosoziale Diagnostik hat folgende Grundpositionen zu berücksichtigen:

1. Soziale Problemlagen, Gesundheit und Krankheit können nicht mit eindimensionalen Erklärungsmodellen, linearen Ursache-Wirkungs-Bezügen und ohne eine historische Betrachtung erfasst werden. Daher benötigen wir ein vernetztes ganzheitliches, multiperspektivisches Konzept und eine durch sie geleitete Praxis. Mehrperspektivität setzt Interdisziplinarität voraus, in der die Methoden einer Disziplin in den Bereich einer anderen übertragen werden, und Transdisziplinarität, die zentriert, was zwischen den Disziplinen geschieht und sie »übersteigt«.

2. Die Einheit von Körper, Psyche und sozialem Kontext kann als anthropologische Grundkonstante verstanden werden. Psychosoziale Tätigkeiten gründen sich (für mich) auf ein biopschoökosoziales Menschenbild, in dem der Mensch ganzheitlich betrachtet wird. Menschen sind nach Petzold (2009) Erkenntnis suchende »Körper-Seele-Geist-Subjekte« in einem ökologischen und sozialen Kontext und Kontinuum. Kontinuum bezieht sich auf die Lebenszeit, den Lebenszyklus und schließt eine mehrgenerationale Betrachtung ein. Gesundheit und Krankheit sind in diesem Modell kein Zustand, sondern ein dynamisches Geschehen.

In diesem Konzept ist zu beachten: (1.) Der Leibbegriff ist umfassender als der Körperbegriff, er bezieht sich auf den belebten, mit

Bewusstsein ausgestatteten, vom Subjekt erlebten Körper. (2.) Die soziale Ebene schließt das Ökologische, die Lebenswelt, die Umwelt ein. Umwelt wird als eine vom Menschen aktiv zu gestaltende Lebenswelt verstanden, wobei die Zerstörungen der Lebensbedingungen des Menschen thematisiert werden müssen. (3.) Eine Konsequenz aus dem biopsychosozialen Verständnis ist, dass die Unterscheidung psychosomatisch versus nichtpsychosomatisch nicht sinnvoll ist, da in jedem Krankheitsprozess biopsychosoziale Faktoren Einfluss haben.

3. Der Konstruktivismus bildet für mich die Grundlage des Erkennens. Soziale Probleme, Gesundheit und Krankheit sind sozial konstruiert, also beobachterabhängig. Als »integrativer« (siehe Schmidt, 1998) Konstruktivist plädiere ich für eine erkenntnistheoretische Bescheidenheit: Aussagen sind vorläufige Annäherungen, andere Perspektiven und Hypothesen sind möglich und Interessen und Wünsche beeinflussen das Wahrnehmen und Denken. Hierbei ist Erkenntnisgewinn nicht wertfrei, sondern nach Habermas von »Erkenntnisinteressen« bestimmt.

4. Psychosoziale Arbeit ist im Grunde schon immer systemisch, denn Kontext und soziales Umfeld werden zentral einbezogen, es erfolgt eine Orientierung an den Aufträgen der Klienten und Ressourcen werden genutzt. Ursachen und Wirkungen stehen in einer unauflösbaren Wechselbeziehung. Probleme und Symptome sind zirkulär zu betrachten. Sie haben eine Funktion. Jedes Verhalten ist sinnvoll. Änderungen eines Systemmitgliedes verändern das ganze System, jedoch ist die Art der Veränderung kontingent. Kleine Veränderungen können weitere Veränderungen nach sich ziehen (oder auch nicht).

5. Ein Mensch kann sich besser entwickeln, wenn ihm partnerschaftlich im Sinne einer Ich-Du-Beziehung (Buber, 1958) begegnet wird. Psychosoziale Arbeit benötigt Begegnung. Die Persönlichkeit des Helfers ist ein entscheidender Wirkfaktor. Hilfreich sind soziale und emotionale Kompetenz, Zugewandtheit, Zuversicht, Empathie, Respekt, professionelle Distanz, Humor, Kreativität, interaktive Präsenz, Schwingungsfähigkeit, Wertschätzung, Balance zwischen Engagement und Gelassenheit, Selbstreflexion und Erfahrung.

6. Für die Kommunikation zwischen Berater und Klient bedeutet dies, dass Ambivalenzen, Differenzen und Dissens wohlwollend zu

akzeptieren sind. Dies setzt eine Selbstreflexion des Beraters, das heißt eine Beobachtung des Beobachters voraus.

7. Entscheidend ist neben der Person des Beraters die Passung von Methode, Konzept, Setting und Intervention. Bei der Auswahl der geeigneten Interventionen werden Kriterien von Wirksamkeit, ethische Aspekte und die Interessen des Beraters und seiner Institution berücksichtigt.

8. Psychosoziale Arbeit muss die sozialökologischen Dimensionen analysieren, das heißt auch das Fortschreiten der Ökonomisierung kritisch reflektieren und auf Veränderungen schädigender Verhältnisse drängen. Forschungsergebnisse zeigen, dass beispielsweise ein schlechter Gesundheitszustand verknüpft ist mit Arbeitslosigkeit, ungesunden Arbeitsbedingungen, Stress, fehlendem sozialen Rückhalt, schlechten Wohnverhältnissen, gesundheitlichem Risikoverhalten und Armut. Die Zentrierung auf die soziale Lage ist somit immer auch ein politischer Blick.

9. Mit Sensibilität und Respekt sind die kulturelle Unterschiedlichkeit (Managing Diversity) und die Geschlechterperspektive zu beachten. Aspekte wie Schicht, Alter, Gender, Migrationshintergrund, Religion oder Weltanschauung sind von hoher Relevanz. Empathie und Respekt bilden die Basis zur Entdeckung von Gemeinsamkeiten.

10. Die Beschäftigung mit Gesundheit und Krankheit zeigt, dass die psychosoziale Arbeit immer noch nicht genügend gesundheitszentriert ist. Wir benötigen eine doppelte Perspektive, die zugleich störungsbezogen und entwicklungsorientiert ist. Deshalb ist besondere Aufmerksamkeit auf die Arbeit mit protektiven Faktoren, salutogenen Einflüssen und resilienzfördernden Maßnahmen, Prävention und Ressourcenförderung zu legen.

11. Die Familie als das wichtigste soziale System steht zentral im Fokus psychosozialer Arbeit. Stichworte sind hier das Ziel der »bezogenen Individuation« (Boszormeyi-Nagy u. Spark, 1981), Zentrierung auf ein Lebensphasenkonzept und auf die Mehrgenerationenperspektive. Da Familien in Umwelten eingebunden sind, ist die Netzwerkarbeit ebenfalls eine zentrale Aufgabe.

12. Metaziel ist die Autonomie der Klienten und die Unterstützung der Selbstwirksamkeit. Der Klient soll erfahren, dass er seine Geschicke selbst steuern und Einfluss auf die Umwelten nehmen kann (Kohärenz). Die Förderung von Empowerment ist in diesem

Prozess zentral. Gemeint ist der Prozess, in dem Menschen ermutigt werden, Bedürfnisse ernst zu nehmen, Interessen einzubringen und ihre Kompetenzen und Ressourcen zu sehen.

13. Bei allen Aktivitäten (Planung, Steuerung, Auswertung, Durchführung und Evaluation von Maßnahmen) sind die Betroffenen partizipativ zu beteiligen. Partizipation wird in diesem Prozess als Instrument genutzt, um die Akzeptanz einer Maßnahme zu steigern, und dient als ein normatives Ziel dazu, die Selbstbestimmung, die Selbsthilfefähigkeit und die Verteilungsgerechtigkeit für eine Zielgruppe zu erhöhen. Angestrebt wird ein partnerschaftliches Verhältnis.

In dieser Einleitung wurde zunächst ein Überblick über die Genogrammarbeit gegeben und grundlegenden Positionen psychosozialer Diagnostik thematisiert. Im zweiten Kapitel gehe ich ausführlicher auf die Diagnostik ein. Einführend befasse ich mich mit der Notwendigkeit multiperspektivischer Diagnostik im Kontext des Konstruktivismus. Im dritten Kapitel werden Kriterien familialer Funktionstüchtigkeit diskutiert, im vierten Kapitel werden ausgewählte Forschungsergebnisse zusammengefasst, mit denen Zusammenhänge zwischen der sozialen Lage und der Gesundheit von Individuen und Familien beschrieben werden. Nach einführenden grundlegenden Anmerkungen über die soziale Ungleichheit gehe ich auf ausgewählte soziale Problematiken ein und stelle ein Erklärungsmodell sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit vor. Die hier beschriebenen Untersuchungsergebnisse bilden für die Genogrammerhebung einen bedeutsamen Kontext, um dann Zusammenhänge zwischen der Gesundheit und der sozialen Lage zu erörtern. Im Fokus dieses Kapitels stehen die soziale Unterstützung in Netzwerken und die Bedeutung der Ressourcen. Im fünften Kapitel schließlich werden die angewandten Methoden des Genogramms und der Netzwerkanalyse beschrieben, um dann im Anschluss beispielhafte Genogramme vorzustellen. Im Anhang wird das verwendete Manual dokumentiert, die Downloadversion findet sich unter [www.v-r.de/genogrammanalyse](http://www.v-r.de/genogrammanalyse).

## 2 Psychosoziale Diagnostik

### 2.1 Die Bedeutung multiperspektivischer Ansätze in der Diagnostik

Verhaltensauffälligkeiten, Gesundheit, Krankheit und die Ressourcen von Personen können nicht mit eindimensionalen Erklärungsmodellen, linearen Ursache-Wirkungs-Bezügen und ohne eine historische Betrachtungsweise erfasst werden. Um Erkenntnisfortschritte im Verständnis der Entwicklung, Aufrechterhaltung und Veränderung komplexer Phänomene zu erreichen, sind multidisziplinäre Ansätze notwendig, in denen ein Problemgegenstand mit multiplen Perspektiven unterschiedlicher Disziplinen untersucht wird. Den Begriff der Multiperspektivität im Rahmen einer integrativen Sichtweise führte Petzold bereits in den 1980er Jahren ein, hierbei geht es um Polykontextualität, die nicht nur die quantitative Vervielfachung von Beobachterperspektiven meint, sondern auch den Umstand, dass jede Beobachtung ihrerseits beobachtbar ist (Eugster, 2000). Eine solche Analyse bietet die Möglichkeit, die jeweils theoretischen Zusammenhänge synchron, als Facetten eines komplexen Geschehens, zu betrachten. Die »Wirklichkeit« wird auf verschiedenen Facetten, wie durch unterschiedliche Optiken, evoziert. Dies darf jedoch nicht als ein fragmentierter Wahrnehmungs- und Verstehensprozess aufgefasst werden, denn der jeweilige Fokus hat die übrige »Wirklichkeit« als Horizont. Im Rahmen der Abstimmung und Angleichung der einzelnen Ansätze tauchen Brüche und Divergenzen auf, bei denen nicht die Vollständigkeit im Detail entscheidend ist; ein solcher Anspruch wäre hypertroph. Dieser theoriegeleitete Prozess, den Petzold als »polytheoretischen Diskurs« (1993, S. 2, 477) bezeichnet, benötigt auch eine Mehrdimensionalität in der theoretischen Betrachtungsweise. Eine einzelne Theorie oder Wissenschaft kann einem umfassenden Gültigkeitsanspruch nicht genügen. Theorien als »Welterzeugungsinstrumente« (Fuchs, 1999) sind immer sowohl ein- als auch ausschließend. Modelle der Beschreibung von Auffäl-

lichkeiten, Krankheit und Gesundheit betonen jeweils bestimmte Aspekte und Lebensbereiche und sind unterschiedlich integrativ in der Einbeziehung der einflussnehmenden Ebenen und Faktoren. Psychologische, soziologische und medizinische Erklärungsmodelle mögen in sich stimmig sein, sie erfassen jedoch nur jeweils begrenzte Ausschnitte der Wirklichkeit und sind an Ebenen der Abstraktion gebunden. Im Rahmen eines multiperspektivischen Ansatzes dienen ihre Klassifikationsschemata lediglich zur Einordnung in bestehende Wissenschaftsstrukturen und zur interdisziplinären Verständigung.

Der Konstruktivismus und die Systemtheorien bilden die erkenntnistheoretischen Grundlagen des hier vorgestellten Ansatzes. Wenn Wissenschaftler und Nichtwissenschaftler immer wieder Ausdrücke wie »Wirklichkeit« oder »Wahrheit« verwenden, sind dies Aussagen, in denen sie unterstellen, dass sie mit der Wirklichkeit übereinstimmen oder einen allgemeinen Wahrheitscharakter haben. Dabei können nur Antworten gegeben werden, die in Übereinstimmung heute für »wahr« gehalten werden. Mit neuem Wissen werden »neue wahre« Antworten gegeben (Mitterer, 1999) und zugleich neue Wirklichkeiten konstruiert. Wirklichkeitserfahrungen bilden sich in komplexen, interaktionalen Konstitutionsprozessen zwischen Erkennenden und Erkannten als Wechselwirkungen von Systemen. Vor dem Hintergrund dieses Ansatzes sind Beschreibungen und Diagnosen immer Unterscheidungen von Beobachtern, also soziale Konstruktionen.

Aus systemtheoretischer Perspektive sind Symptome beobachtbare Ereignisse, Prozesse oder Zustände, die als Zeichen für andere, nicht beobachtbare Ereignisse, Prozesse oder Zustände in einem anderen, nichttransparenten Phänomenbereich einer tatsächlichen oder vermuteten »Wirklichkeit hinter der Wirklichkeit« gedeutet werden (Simon, 1995a). Als Beispiele führt Simon Flecken im Gesicht, ein Humpeln im Gang oder Schmerzensschreie an, die, wenn sie wahrgenommen werden, als abweichend zum erwarteten »normalen« Zustand unterschieden werden. Eine solche Interpretation bzw. Unterscheidung muss jedoch nicht getroffen werden, sie erfolgt nur bei Phänomenen, bei denen der Beobachter das Bedürfnis hat, nach einer Erklärung zu fragen. Symptome sind demnach das Produkt von Unterscheidungen bzw. Interpretationen, die durch die Zuweisung zu einem System (dem Organismus, dem psychischen oder

sozialen System) durch Kommunikation sozial festgelegt werden. In Bezugnahme auf die Semiotik führt Simon aus: »Da ihnen kein unmittelbarer Mitteilungscharakter innerhalb zwischenmenschlicher Kommunikation zugeschrieben werden kann, werden sie als Zeichen gedeutet, die auf eine andere, ›ursächliche‹, Abweichung (Unterscheidung) außerhalb des Kontextes der direkten Interaktion und Kommunikation, das heißt außerhalb der Grenzen des sozialen Systems, verweisen« (1995b, S. 23). Zu einem Symptom wird ein Phänomen erst im Rahmen einer sozialen Konvention. Es bedarf also der kommunikativen Validierung, damit ein Phänomen zum Symptom wird und damit als Merkmal der Unterscheidung für beispielsweise eine Krankheit zu werden. Um die Entstehung von Symptomen zu erklären, sind charakteristische Beziehungen zwischen den verschiedenen Modi, wie und nach welchen Prämissen, Glaubenssätzen und Modellen Menschen ihre Wirklichkeit konstruieren, zu untersuchen.

Phänomene, die zu Symptomen und Krankheit »werden«, sind Begriffe hoher logischer Ordnung. Sie beinhalten Prozesse auf zahlreichen Ebenen, die rekursiv im System Mensch und Umwelt wirken. Dabei gelten solche Abweichungen vom »Normalen« als krank, kriminell oder problematisch, über dessen Schwellenwert in einer gegebenen Gesellschaft zu einem bestimmten Zeitpunkt »Konsens« herrscht. Wenn sich beispielsweise jemand »süchtig« trinkt, gilt er in unserem Gesundheitswesen als krank. Stürzt er sich »süchtig« in immer neue Arbeiten, gilt er nicht als »krank« (manchmal wird er allerdings als »Workaholic« bezeichnet). Mit dieser Konstruktion, in der eine Person beispielsweise als »krank« bezeichnet wird oder sich selbst als »krank« definiert, erhält das Individuum zugleich eine neue Rolle, nämlich die des »Kranken«. Verbunden mit der Rollenattribution eines »Kranken« sind verschiedenste Erwartungen. Zum Beispiel muss der Kranke für die Umwelt erkennbar leiden und den Willen zur Besserung haben, damit er Unterstützung erhält.

Die Bestimmung von »Auffälligkeiten« erfolgt also in der Kommunikation zwischen dem Individuum und den bewertenden sozialen Umwelten. Dabei ist ein lediglich subjektives Empfinden des Einzelnen ein ebenso unzureichendes Kriterium wie die alleinige Beurteilung von »Fachleuten«. Um zu einer Übereinstimmung in der Bewertung zu kommen, muss das Symptom von den Teilnehmern dieses Bewertungsprozesses der gleichen Systemebene, zum

Beispiel dem Körperlichen, zugewiesen werden. Wird das Symptom verschiedenen Ebenen zugewiesen, zum Beispiel vom Patienten dem Körper und vom Arzt der Psyche, ist der Kommunikationsprozess gestört. Zu beachten ist zudem, dass auch Fachleute, etwa mehrere konsultierte Psychologen, mit ihrer Indikationsmacht ein Symptom unterschiedlich interpretieren, sie nehmen dann als Beobachter unterschiedliche Perspektiven ein.

Ein Symptom kann für ein System »Sinn ergeben«. Mit dieser Aussage soll jedoch nicht suggeriert werden, dass Symptome einzig durch das (Er-)Finden entsprechender Szenen oder Atmosphären in der Biografie zu »erklären« seien bzw. dass dies ihr einzig möglicher »Sinn« wäre. »Sinn« entsteht vor allen Dingen dadurch, dass der Mensch Orientierungen und Einordnungsmöglichkeiten seiner Symptome erhält und sich selbst »Sinn« konstruiert. Als problematisch kann es sich erweisen, wenn diese Sinnsuche über eine Schuldzuweisung erfolgt oder wenn sie als eine schicksalhafte Wendung erlebt wird.

Das Geflecht der vielfältigen, oft sehr komplexen Krankheits-hintergründe werden wir nie in allen Einzelheiten analysieren können. Es ist sinnvoll, bei der Konstituierung von Symptomen jedes Betroffenen nach der adäquaten Wirklichkeitskonstruktion oder auch Wirklichkeitsillusion zu fragen. Dieser Prozess ist immer auch affektgesteuert; affektive und kognitive Komponenten wirken hier untrennbar zusammen.

Nicht zu übersehen ist, dass Symptome wichtige soziale und psychische Funktionen haben: Sie sind niemals eindimensional-ursächlich zu begreifen. Immer sind leibliche, psychische, geistige und soziale Gesamtheiten beteiligt, die in ihrer inneren Interdependenz und ihrer Historie gesehen werden müssen. Zudem kommt hinzu, dass die zu beobachtenden Phänomene immer wieder neu bewertet werden. Die Betroffenen entscheiden immer wieder neu, ob sie ein Phänomen wahrnehmen, »verdrängen« oder etwas dagegen tun. Auch die gesellschaftliche Bewertung bestimmt mit, wie »krank« oder »auffällig« sich eine Person fühlt.

Für das hier vertretene systemtheoretische Verständnis sind die Erkenntnisse zum Beispiel von Kriz (1999) und Schiepek (1999) aufzunehmen. Diese nehmen auf die Subjekteigenschaft des Beobachters Bezug, während in »klassischen« systemischen Ansätzen Luhmann'scher Prägung die Person in der Theorie eliminiert wird.

Kriz (1999) und andere führen die Person wieder in die Theorie, um die Subjekthaftigkeit zu betonen, und lassen neben der Rekursivität Linearität und Kausalität bei der Betrachtung des Ineinandergreifens von Systemen zu. In diesem Prozess ist Erkenntnis und Erkenntnisgewinn nicht wertfrei, sondern von »Erkenntnisinteressen« (Habermas, 1981) bestimmt. Demnach ist auch eine Definition von Auffälligkeiten, Gesundheit und Krankheit in erheblichem Maße von sozio-kulturellen Interessen und Kontexten bestimmt. Gesellschaftliche Interessengruppen definieren und bewerten, was krank und gesund ist, Gesundheit und Krankheit sind sozial konstruiert. Hierbei vermag sich ein Gesellschaftssystem eher darüber zu einigen, was krank ist; eine Definition und Verständigung über gesundes Verhalten ist noch schwieriger, da hier noch mehr normative Maßstäbe einfließen (siehe hierzu Simon, 2000; bereits Keupp, 1991). Die Analyse eines Systems setzt immer schon ein entsprechendes Modell im Kopf des Beobachters voraus. Bezugspunkte sind sowohl die Kognitionen und Affekte des Individuums als auch die Muster und Prozesse, die das Individuum mit der Umwelt verbinden bzw. verbunden haben. Diesen Mustern wird Sinn und Bedeutung verliehen, indem Unterscheidungen getroffen werden. Sinnverstehen bezieht sich auf das »Zwischen« (Buber, 1958) der Verbindung der Subjekte in der Kommunikation, die zirkulär gestaltet werden.

Ein umfassendes Modell der Konstruktion von Gesundheit und Krankheit muss, um einen Beitrag zu einem komplexen ätiologischen Modell zu leisten, die isolierte Fixierung auf körperliche, psychische oder soziale Merkmale überwinden. Begrifflich ist dieser Sachverhalt mit dem gebräuchlichen Terminus »Psychosomatik« nicht erfasst. Lediglich historische Gründe rechtfertigen es meines Erachtens, heute noch von psychosomatischen Krankheiten zu sprechen, da mit diesem Begriff nur Teilaspekte des unauflösbaren Ganzen hervorgehoben werden. Bereits 1973 zitiert Stierlin Aussagen von Wolff (1962) und Lipowski (1972), die den Begriff Psychosomatik für überholt und hinderlich halten, da sich die psychosomatische Medizin auf die Untersuchung psychischer Faktoren bei allen Krankheiten ausgeweitet habe (siehe Simon u. Stierlin, 1984). Der Begriff »Soziopsychosomatik« beschreibt diesen Sachverhalt angemessener. Egger (2005, S. 1) formuliert ähnlich: »Nach diesem Modell eines ganzheitlichen Krankheitsverständnisses kann es keine psychosomatischen

Krankheiten geben – genau so wenig wie es nicht-psychosomatische Krankheiten gibt.«

Für den Konstruktionsprozess von Gesundheit und Krankheit ist ein weiterer Aspekt maßgebend. Für die interagierenden Systeme ist es bedeutsam, ob es gelingt, eine von den Klientinnen, ihren Angehörigen und den Expertensystemen akzeptierte gemeinsame oder eine divergierende Sicht von Wirklichkeit zu erzeugen. Diese jeweils subjektiven Sichtweisen der handelnden Systeme, die weder wertfrei noch rational sind, sind abhängig von Prozessen des »Ineinander-greifens« privater und theoretischer Konstrukte der Betroffenen und der Experten und Expertinnen (Welter-Enderlin, 1999).

Gerhardt (1991) und Hurrelmann (1994) wiesen früh darauf hin, dass sich Medizin, Psychologie und Sozialwissenschaften vorrangig mit der Beschreibung von Krankheit und zu wenig mit der Beschreibung von Gesundheit beschäftigten. Dies hat sich zumindest in der Theorie verändert. Im Kontext der Salutogenese entwickelten sich Ansätze, die die Gesundheit in den Mittelpunkt stellen (siehe beispielsweise Becker, 2006; Hurrelmann, Klotz u. Haisch, 2009; Franke, 2008). Auch nach der Implementierung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) wird das soziale Risiko von der Medizin und der Gesundheitspolitik wesentlich auf das Risiko, zu erkranken, reduziert. Der an »Funktionalität«, »Arbeitsfähigkeit« und damit an »Normalität« geknüpfte Gesundheitsbegriff verleiht mit dieser Logik der Medizin die Macht der unmittelbaren sozialen Kontrolle. Hierbei gerät die gesellschaftliche Produktion von Gesundheitsgefährdungen, Krankheiten, Umweltbelastungen, Armut, Arbeitslosigkeit, Über- und Unterforderungen im Arbeitsbereich, Stress und weiteren Lebensrisiken zu sehr aus dem Blick. Aus sozialen Problemen werden immer noch medizinische. Dabei verweist gerade die Zunahme der so genannten »Zivilisationskrankheiten«, zu denen Süchte, Essstörungen und andere zu rechnen sind, auf den Zusammenhang zwischen Lebensbedingungen, Lebensweisen, familiären Dysfunktionen sowie der Produktion von Verhaltensauffälligkeiten und Krankheiten. Bei der Betrachtung dieser Zusammenhänge ist der Sichtweise der kritischen Theorie (siehe Habermas, 1981; Gerhardt, 1989) zu folgen, nach der die Pathologie des Einzelnen der des sozialen Systems, in dem sich die Persönlichkeitsstruktur bildet, entspricht.

Problematische Phänomene, die als Symptome bezeichnet werden, schaffen in der betroffenen Persönlichkeit die Illusion, sich der Gesellschaft anpassen zu können, und die Hoffnung, die Diskrepanzen zwischen Anspruch und Wirklichkeit zu ertragen sowie Verhaltenserwartungen erfüllen zu können. Sie sind misslungene »Passungen« individueller Schemata in Bezug zur Umwelt und zugleich (extreme) Einengungen von Freiheitsgraden der Verhaltensoptionen (von Foerster, 1997). Für die betroffene Person heißt Gesundheit »Autonomie« trotz eines körperlichen, seelischen oder sozialen Handicaps. Autonomie meint (siehe Wirsching, Huber u. von Uexküll, 2000) das »Produktionsziel« einer sozial verantwortlichen Heilkunst.

In der Literatur werden verschiedenste Modelle vorgestellt, mit denen versucht wird, Phänomene, das heißt Auffälligkeiten, Gesundheit und Krankheit zu analysieren. Diese ordnenden Klassifikationssysteme sind in einem unterschiedlichen Maße integrativ und multiperspektivisch. Einige Modelle, die für die Diagnostik grundlegend sind, sollen im Folgenden beschrieben werden.

Ritscher (1996, S. 336 ff.) stellt Kategorien vor, mit denen auftretende Symptome drei Dimensionen zugeordnet werden können:

- *Philosophisch-erkenntnistheoretisch* versteht Ritscher Symptome als einen sinnvollen Ausdruck (Repräsentant) für etwas anderes, ein »Signifikantes«, ein »Bezeichnendes«. Auf der Ebene des Bezeichneten ist der Sinn des Signifikanten bzw. des Symptoms zu suchen. Zu berücksichtigen ist, dass keine eindeutige Zuordnung des Symptoms zu allen Signifikanten möglich ist, da soziale Systeme nicht trivial sind. So ist jeder Signifikant im Grunde ein neuer »Signifikant«, der erneut nach seinem Sinn befragt werden muss. So fügen, das heißt konstruieren, wir eine Kette von Signifikanten zu einem vorläufigen und unabgeschlossenen Bild zusammen.
- In einer *pragmatischen Dimension* versteht Ritscher Symptome als Probleme, die so bedrückend geworden sind, dass professionelle Hilfe außerhalb des betroffenen Systems gesucht wird. Der Blick richtet sich im Rahmen dieser Perspektive auf die Funktion eines Symptoms. Diese Funktion kann in der Stabilisierung eines eingeschliffenen Systemzustandes liegen. Oder ein Symptom bietet möglicherweise Schutz vor nicht zu bewältigen erscheinenden Veränderungen. Erst wenn sich ein System neue Ressourcen

erschließt, verliert das Symptom seine bisherige Funktion und es kann aufgegeben werden.

- In der *linguistischen Dimension* untersucht Ritscher die Funktionsbestimmung von Symptomen mit Hilfe unterschiedlicher Sprachmuster. Symptome können erstens als »Folge von ...« beschrieben werden. Das problematische Verhalten eines Symptomträgers wird als Ausdruck und Folge problemerzeugender familiärer Interaktionen und Beziehungsmuster verstanden. Ein Symptom kann beispielsweise als eine (nicht die) Folge einer traumatisierenden sozialen Erfahrung im Kontext der politisch-ökonomisch kulturellen Krise unserer Gesellschaft beschrieben werden. Zweitens kann ein Symptom als »Ausgangspunkt für ...« in »Symptome erster und zweiter Ordnung« unterschieden werden. Hierbei führen Symptome erster Ordnung zu Bewältigungsversuchen innerhalb der bestehenden Muster. Sind diese nicht erfolgreich, reagiert das System häufig mit der Strategie des »immer mehr vom Gleichen«. Mit diesem Verhalten chronifiziert sich ein System und verstärkt so ein nicht erfolgreiches Problemmuster. Es erzeugt zudem neue Probleme. Diese »Symptome zweiter Ordnung« sind komplexer, ziehen mehr Aufmerksamkeit auf sich als die der »ersten Ordnung« und tragen zu einer Stabilisierung des Systems bei (Ritscher, 1996; siehe auch Simon, 1995a, 1995b). Drittens können Symptome als »Mittel, um zu ...« dienen. Mit ihnen kann etwas zu erreichen versucht werden, was auf andere Weise nicht mehr zu bekommen ist. So erhalten Symptome (auch) eine »positive Funktion«, zum Beispiel Aufmerksamkeit zu erlangen. Diese Verhaltensweisen tragen häufig zu einer Ausweitung des Ausgangssymptoms bei.

Auf ein frühes integratives Modell von Bronfenbrenner (siehe hierzu von Schlippe, 1987; Petzold, 1993) soll als Nächstes verwiesen werden. Dieses Ordnungsmodell mit den vier Systemebenen Mikrosystem, Mesosystem, Exosystem und Makrosystem bringt die »horizontalen« Sozialisationsbedingungen mit »vertikalen« Einflüssen gesellschaftlicher Bedingungen in Verbindung. Es bildet einen grundlegenden Baustein für eine multiperspektivische Betrachtung. Jedoch werden die Beziehungen zwischen den Elementen und Ebenen in diesem Modell noch nicht genügend rekursiv betrachtet.

Die »produktive Realitätsverarbeitung« von Hurrelmann (1989, 1994) ist ein weiteres integratives Modell. Der Autor versteht die Persönlichkeitsentwicklung als einen weitgehend selbstgesteuerten Prozess, der in einer komplexen Beziehung zu organismusinternen und organismusexternen Lebensbedingungen steht. Umwelthanforderungen, eigene Bedürfnisse, Interessen, Fähigkeiten, einschließlich der motorischen und körperlichen, werden aufeinander abgestimmt. Die Vorstellung von einer Umwelt, die sich in ständiger Umformung und Veränderung befindet und durch die Aktivität von Personen permanent beeinflusst wird, ist Bestandteil des Modells. Hurrelmann legt einen Schwerpunkt auf das Copingverhalten (die Erhaltung und Nutzbarmachung von Ressourcen) und das Selbstkonzept.

Ein weiteres Modell soll kurz vorgestellt werden: Huber (2000, in Wirsching et al., 2000) versucht in seinem Ansatz, die vielfältigen Wechselbeziehungen von der molekularen Ebene bis hin zur gesellschaftlichen Kultur bei der Betrachtung von Gesundheit und Krankheit zu erfassen. Dieses Modell soll beispielhaft für umfassende multifaktorielle Modelle vorgestellt werden (Abbildung 1).

Das Modell von Huber hat zudem den Vorteil, neben den »kränkenden Kräften« auch »heilende« zu berücksichtigen. Die Einbindung eines Systems zeigt Abhängigkeiten, die als Behinderungen oder Ressourcen beschrieben werden können (Ritscher, 2004). Jedoch bedarf auch dieses Modell im Rahmen einer multiperspektivischen Sichtweise weiterer Ergänzungen.

Auf einige weitere Modelle soll lediglich verwiesen werden: Minuchin (1983) legt in seinem systemischen Modell (»Das offen-systemische Modell der psychosomatischen Krankheit«) den Schwerpunkt auf einzelne außerfamiliäre Faktoren und Belastungen. Petzold (1993) verweist auf ein Modell von Lehr (1979), die in ihrem Modell auch Faktoren wie Hygiene, Klima und Ernährung aufführt, die sonst nicht genannt werden. Keupp (1991) legt in seinem Modell einen Schwerpunkt auf gesellschaftliche Zusammenhänge und die Bewältigung von psychosozialen Belastungen. Neuere Modelle stellen Petzold (1997, 2010), Franke (2008), Becker (2006) und Hurrelmann (2009) vor.

Es kann zusammengefasst werden, dass eine multiperspektivische Analyse von Gesundheit und Krankheit die im Folgenden summarisch aufgelisteten Faktoren und ihre Auswirkungen (siehe auch Petzold, 1993) voraussetzt:

In welcher Lebenslage befindet sich der Klient und was für eine Lebensgeschichte hat er zu erzählen? Wie ist seine Familie strukturiert und über welche Ressourcen verfügt sie? All das sollte man vor Beginn einer Beratung, Therapie oder Begleitung wissen.

Jürgen Beushausen stellt anhand von Fallbeispielen Methoden vor, mit denen man Zugang zum Klienten und seinen Lebenswelten gewinnt: das Genogramm und die Netzwerkanalyse. Ein Schwerpunkt liegt auf der visuellen Analyse. Besonders hilfreich für die Praxis in allen psychosozialen Arbeitsfeldern ist ein kommentiertes Manual zur Genogrammerstellung, das ergänzend zum Buch als Download verfügbar ist.

## **Der Autor**

Dr. Jürgen Beushausen, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, systemischer Therapeut/Familientherapeut, lehrt im Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit an der Hochschule Emden-Leer und ist als Supervisor tätig.

ISBN 978-3-525-40183-5



9 783525 401835

[www.v-r.de](http://www.v-r.de)