

Diagnostische Suchbewegungen im Beratungsgespräch - Perspektiven kritischer Diagnostik -

Geschichte:

Den Begriff der Diagnostik gibt es in der Sozialarbeit bereits seit über 100 Jahren. Eingeführt 1917 von *Mary Richmond* (ihr Standardwerk der Sozialen Arbeit: *Social Diagnosis*) hat ihn *Alice Salomon* im Jahr 1926 zum Kernbegriff einer professionalisierten Sozialarbeit weiterentwickelt.

Diagnostik wurde dabei in Anlehnung an medizinische Kategorien als strukturierte, nach vorher festgelegten Maßstäben erfolgende Situationsfeststellung durch eine Expertin bzw. einen Experten verstanden.

Methodisch betrachtet, handelt es sich um ein subsumtionslogisches Verständnis von Diagnostik (=wahrgenommene Phänomene werden unter zuvor bestimmte Kategorien oder klassifizierte Begriffe untergeordnet).

Subsumtion Juristisch: Die Unterordnung eines Sachverhalts unter eine Rechtsnorm. Dieser Vorgang der Zuordnung eines Sachverhalts zu einem bestimmten Tatbestand wird Subsumtion genannt.



Kritische Voranmerkungen:

- Für die (pädagogische, sozialpädagogische, pädagogisch-therapeutische) Beratungspraxis existiert ein prinzipiell widersprüchliches Verhältnis zwischen Fallverstehen und Kategorisieren, zwischen Hermeneutik und Subsumtion.
- Diagnostik wird hier als dialogisches Verfahren verstanden, das die aktuell schwierige innere und äußere Lebenssituation, biographisch Bezüge, die sozioökonomische Lage der Ratsuchenden und (nicht zuletzt) die unmittelbare Begegnung in der beraterischen Beziehung betrachtet.
- Diagnostik umfasst mehr als das präzise Erfassen und die genaue Beschreibung einer Problematik; es geht auch um die Settinggestaltung, die Anzahl der Sitzungen, deren Frequenz u.a.

Fragestellung

Was möchte man in Erfahrung bringen, was möchte man wissen für die Begegnung mit Klient/innen und den Beratungsprozess?

Wie sehen die einschlägigen Heuristiken* aus?

*finden, entdecken: die Kunst (Erfinderkunst), mit begrenztem Wissen und wenig Zeit dennoch zu wahrscheinlichen Aussagen oder praktikablen Lösungen zu kommen - Anwendung von Entdeckungsverfahren in regelgeleiteter Form zur Gewinnung neuer Erkenntnis - es gibt keine Garantie aufs Gelingen

Wozu eigentlich Diagnostik?

Ziele diagnostischer Bemühungen:

- Allgemein: Präzises Fallverstehen als Basis professionellen Handelns in der sozialen Arbeit,
- als Voraussetzung zur Planung und Durchführung sinnvoller Hilfen,
- zur Risikoabschätzung bei Kindeswohlgefährdung,
- als Element in der Begründung (ggf. auch der Legitimation) der gewählten Hilfeform,
- in der institutionellen Erziehungsberatung: auch als Grundlage dafür, zweckdienliche Settings zu wählen – also abzuwägen ob mit den Eltern, der ganzen Familie, dem Kind oder einem Elternteil gearbeitet werden sollte, weiterhin wie die Frequenz der Sitzungen und deren Anzahl zu wählen ist.

Ziele diagnostischer Bemühungen – aus subjektiver Sicht

Aus subjektiver Sicht der Handelnden Klärung der Frage:

Auf was lasse ich mich ein, wenn ich einen „Fall“ übernehme? Was erwartet mich möglicher Weise? Persönlich, fachlich, institutionell?

Vier Formen der psychosozialen Diagnostik nach Heiner (2013)

1. „Orientierungsdiagnostik“ zur Verschaffung eines Überblicks zu Beginn eines Hilfeprozesses
2. „Zuweisungsdiagnostik“ zur Ermittlung einer geeigneten Hilfeform/Intervention
3. „Gestaltungsdiagnostik“ zur Überprüfung und Anpassung laufender Interventionen
4. „Risikodiagnostik“ zur kurzfristigen Einschätzung einer potentiellen Gefahrenlage

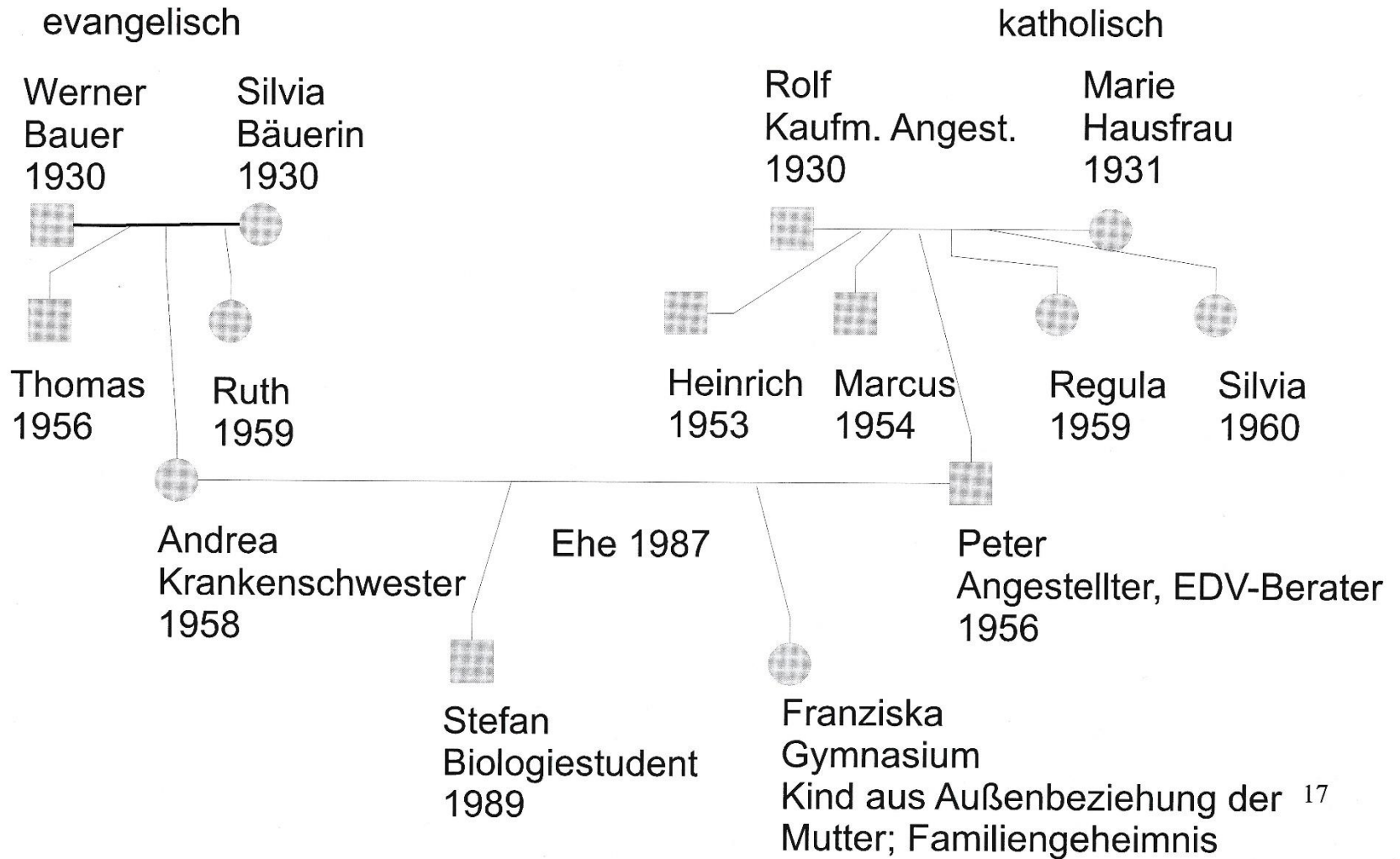
Heiner, M. (2013): Wege zu einer integrativen Grundlagendiagnostik in der Sozialen Arbeit. In: Gahleitner, S., Hahn, G. & Glemser, R. (2013) (Hrsg.): Psychosoziale Diagnostik. Köln: Psychiatrie Verlag.

Verpflichtende Bausteine Sozialpädagogischer Diagnostik im Jugendamt Düsseldorf

Systematische Informationssammlung und Verarbeitung mit folgenden Instrumenten:

- Genogramm (mindestens 3 Generationen)
- Anamnesebogen Eltern (je für Mutter, Vater, ggf. Sekundäre Erziehungsperson)
- Anamnesebogen Kind (für jedes Kind)
- Anamnesebogen Junge(r) Volljährige(r)
- Hausbesuch
- Biographisches Gespräch mit jedem Elternteil, zu den eigenen Erziehungs- und Entwicklungsbedingungen
- Entwicklungsgeschichte des Kindes
- Biographisches Gespräch mit der(m) Jungen Volljährigen
Ggf. Gutachten anderer Professionen und Institutionen

Genogramm des Paares Müller-Merker, Süddeutschland (Dorf) (anonymisiert) (S. 63)



Hilfreiche Fragen im ersten Kontakt mit Ratsuchenden – eine Art Leitfaden:

- Wie begegnet mir der/die Klient/in?
- Wo steht der/die Klient/in jetzt?
- Was ist die Aufgabe, die er/sie lösen muss?
- Wie beschreibt der/die Ratsuchende das Problem?
- Was ist das aktuell vorrangigste Problem?
- Welche Situation hat die Krise ausgelöst?
- Was ist das erste Gefühl, das ich beim Zuhören verspüre?
- Welche Bilder und Fantasien entstehen in der Beziehung?
- Welche Szenen bilden sich spontan in der beraterischen Interaktion heraus?

Suchbewegungen in drei Richtungen

(1) Auf das Problem bezogen,

(2) auf die Person bezogen,

(3) auf die soziale Situation bezogen.

(1) Auf das Problem bezogen I

Elementare Unterscheidungen

aktuell, länger andauernd, chronisch

Weitere Unterscheidungen

das Problem betrifft vorrangig:
Erleben, Selbsterleben, Affektivität,
Impulskontrolle, nahe Beziehungen,
soziale Beziehungen generell, Lernen,
Denken, Konzentration und
Aufmerksamkeit, Arbeitsfähigkeit,
Umgang mit dem Körper, körperliches
Befinden; mehrere Bereiche

Diagnostische Suchbewegungen im Beratungsgespräch

(1) Auf das Problem bezogen II

Elementare Unterscheidungen

besonderes Lebensereignis oder
Schwellensituation als Hintergrund

die zu beratende Person "hat" das
Problem, eine andere Person "hat" das
Problem

eher isoliertes, eher generalisiertes
Problem

Weitere Unterscheidungen

Problem eher mit, eher ohne die Qualität
eines verfestigten "Symptoms" (relativer
Schweregrad)

elementare Ich-Funktionen schwer,
leicht, nicht beeinträchtigt

mit, ohne aktuell oder potenziell
schädigende Folgen für Dritte

(1) Auf das Problem bezogen III

Elementare Unterscheidungen

die Lebensgestaltung grundlegend,
partiell betreffend

zentrale, weniger zentrale, periphere
Lebensbereiche tangierend

Weitere Unterscheidungen

mit, ohne selbstschädigende Handlungen

mit eher absehbarem, weniger, nicht
absehbarem Verlauf, mit bzw. ohne
ursächliche oder begleitende körperliche
Grunderkrankung (akut, chronisch,
gesicherte bzw. unklare Diagnose)

Suchbewegungen in drei Richtungen

(1) Auf das Problem bezogen,

(2) auf die Person bezogen,

(3) auf die soziale Situation bezogen.

(2) Auf die Person bezogen I

Elementare Unterscheidungen

ohne, mit ausgeprägtem Problembewusstsein

eher verinnerlichte, eher externalisierende Problemsicht

weniger starkes, starkes Leidensgefühl

Weitere Unterscheidungen

Problemlösung wird eher durch die eigene Person, eher durch Initiative und Aktivität Dritter oder durch eine Änderung äußerer Umstände erwartet

Problemlösung wird sofort erwartet, Geduld und Bewusstsein für erforderliche Zeiträume ist vorhanden

weniger, mehr Erfahrungen in der konstruktiven Bewältigung von Krisen (als Ressource)

(2) Auf die Person bezogen II

Elementare Unterscheidungen

weniger ausgeprägter, intensiv ausgeprägter Therapiewunsch

weniger, mehr eigene Ideen zu Lösung und Veränderung

schwacher, ausgeprägter Veränderungs-optimismus, insbesondere, was die eigenen Gestaltungs- und Einflusschancen anbelangt – Struktur des Selbstwirksamkeitskonzepts

Weitere Unterscheidungen

weniger, mehr verfügbare soziale, psychische und intellektuelle Ressourcen

enger, breiter allgemeiner Interessenhorizont

mehr oder weniger vorhandene, vorhandene Fähigkeit, Unterstützung für sich zu organisieren und konstruktiv zu nutzen

Suchbewegungen in drei Richtungen

(1) Auf das Problem bezogen,

(2) auf die Person bezogen,

(3) auf die soziale Situation bezogen.

(3) Auf die soziale Situation bezogen

Elementare Unterscheidungen

weniger, mehr intaktes nahes Umfeld,
unabhängig vom Problem

schwere, weniger schwere äußere
soziale Konflikte in Abhängigkeit vom
Problem

die Lebensgestaltung grundlegend,
partiell tangierende äußere soziale
Konflikte

Weitere Unterscheidungen

eher destruktive, eher hilfreiche
Beteiligung naher Angehöriger, Freunde
und/oder professioneller Helfer-/innen
und Institutionen

vorhandene, weniger vorhandene, nicht
vorhandene Bereitschaft der nahen
Bezugspersonen, am Veränderungs-
prozess aktiv teilzunehmen

negative oder positive Situationseinflüsse
und Ereignisse, die seitens der Person(en)
objektiv nicht beeinflussbar sind

Die **Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD)**

ist ein psychodynamisches Diagnosesystem, welches vorwiegend für psychoanalytisch und tiefenpsychologisch fundiert arbeitende BeraterInnen oder TherapeutInnen konzipiert ist.

Die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD) wurde in den 1990er Jahren als OPD-1 von einer Gruppe psychoanalytischer Forscher und Kliniker entwickelt

ACHSEN IM OPD:

Achse I **Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen**: Hier werden zentrale Aspekte der Erkrankung, subjektive Krankheitstheorien, Veränderungsmotivation, vorhandene Ressourcen und Hemmnisse etc. erfasst.

Achse II **Beziehung**: Über die Erfassung und Beschreibung eines dysfunktionalen, habituellen Beziehungsmusters werden typische leidvolle Reaktionsweisen beschrieben und ein erster Anhaltspunkt für die Behandlung erarbeitet.

Achse III **Konflikt**: Der zeitlich überdauernde, psychodynamische Konflikt ist gekennzeichnet durch festgelegte Erlebnismuster eines Menschen, ohne dass dies dem Menschen bewusst wäre und ohne dass er sie aus eigener Willensanstrengung überwinden könnte. Es werden sieben Konflikte mit aktiven und passiven Verarbeitungsmodi beschrieben.

Achse IV **Struktur**: Die Strukturachse stellt eine Beschreibung basaler psychischer Funktionen dar. Die Verfügbarkeit dieser basalen psychischen Funktionen wird auf vier Integrationsniveaus (gut integriert, mäßig integriert, gering integriert, desintegriert) eingeschätzt. Mit dieser Einschätzung sind wichtige therapeutische Implikationen verbunden.

Achse V **Psychische und psychosomatische Störungen** - die klassifikatorische Diagnostik gemäß ICD-10 und DSM-V.

ACHSEN IM OPD, die hier ausführlicher behandelt werden:

Achse I **Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen**: Hier werden zentrale Aspekte der Erkrankung, subjektive Krankheitstheorien, Veränderungsmotivation, vorhandene Ressourcen und Hemmnisse etc. erfasst.

Achse II **Beziehung**: Über die Erfassung und Beschreibung eines dysfunktionalen, habituellen Beziehungsmusters werden typische leidvolle Reaktionsweisen beschrieben und ein erster Anhaltspunkt für die Behandlung erarbeitet.

Achse III Konflikt: Der zeitlich überdauernde, psychodynamische Konflikt ist gekennzeichnet durch festgelegte Erlebnismuster eines Menschen, ohne dass dies dem Menschen bewusst wäre und ohne dass er sie aus eigener Willensanstrengung überwinden könnte. Es werden sieben Konflikte mit aktiven und passiven Verarbeitungsmodi beschrieben.

Achse IV Struktur: Die Strukturachse stellt eine Beschreibung basaler psychischer Funktionen dar. Die Verfügbarkeit dieser basalen psychischen Funktionen wird auf vier Integrationsniveaus (gut integriert, mäßig integriert, gering integriert, desintegriert) eingeschätzt. Mit dieser Einschätzung sind wichtige therapeutische Implikationen verbunden.

Achse V **Psychische und psychosomatische Störungen** - die klassifikatorische Diagnostik gemäß ICD-10 und DSM-V.

Achse IV Strukturdiagnostik - Strukturbegriff

Struktur wird von der OPD als „Verfügbarkeit über psychische Funktionen in der Regulierung des Selbst und seiner Beziehung zu den inneren und äußeren Objekten“ definiert (Arbeitskreis OPD, 2006, S. 225).

Die zentrale Frage lautet: Wie reguliert sich der Patient?

Strukturdiagnostik

Fähigkeit der Person zu(r):

- Selbstwahrnehmung,
- Selbststeuerung,
- Affektregulation und Affektkontrolle,
- Abwehrfunktionen,
- Objektwahrnehmung,
- Kommunikation,
- Bindung.

Strukturdiagnostik nach OPD- strukturelle Fähigkeiten

Beispiel Wahrnehmung:

Selbst: Das Selbst wahrnehmen Selbstbild reflektieren und ausdifferenzieren eigene Affekte differenzieren eigene Identität entwerfen und weiterentwickeln.

Objekte: Objekte wahrnehmen Selbst-Objekt-Differenzierung: eigene Gedanken, Bedürfnisse, Impulse von denen anderer unterscheiden Andere in ihren verschiedenen Aspekten, d. h. ganzheitlich, wahrnehmen ein realistisches Bild von anderen entwerfen können.

Strukturdiagnostik nach OPD- strukturelle Fähigkeiten

Beispiel Steuerung:

Selbst: Das Selbst regulieren sich von Impulsen distanzieren, Impulse steuern und integrieren sich von Affekten distanzieren und Affekte regulieren sich von Kränkungen distanzieren, Selbstwert regulieren.

Objekte: Den Bezug zum Objekt regulieren. Die Beziehung vor eigenen störenden Impulsen schützen; intrapsychische statt interpersoneller Abwehr In Beziehungen die eigenen Interessen aufrechterhalten und die Interessen der anderen angemessen berücksichtigen. Die Reaktionen anderer antizipieren.

Strukturdiagnostik nach OPD- strukturelle Fähigkeiten

Beispiel Bindung:

Selbst: An innere Objekte gebunden sein: positive Selbstrepräsentanzen, positive Objektrepräsentanzen, positive objektbezogene Affekte aufbauen und erhalten können. Positive Introjekte: für sich sorgen, sich beruhigen, trösten, helfen, schützen.

Objekte: An äußere Objekte gebunden sein. Bindungsfähigkeit: sich emotional an andere binden können (Dankbarkeit, Fürsorge, Schuld, Trauer), Hilfe annehmen: Unterstützung, Versorgung, Sorge, Anleitung, Entschuldigung von anderen annehmen können. Sich aus Bindungen lösen und Abschied nehmen können.

Strukturdiagnostik nach OPD- strukturelle Fähigkeiten

Beispiel emotionale Kommunikation:

Selbst: Emotionale Kommunikation nach innen eigene Affekte generieren und erleben eigene Phantasien entwerfen und nutzen. Die eigene Körperwahrnehmung bzw. das Körperselbst emotional beleben.

Objekte: Emotionale Kommunikation mit anderen emotionale Kontaktaufnahme: Gefühle anderen gegenüber zulassen, Besetzungen wagen, Wir-Gefühl erreichen (Reziprozität) eigene Affekte zum Ausdruck bringen, sich von den Affekten anderer erreichen lassen. Empathie erleben.

Achse III Konflikt

Konflikt: zeitlich überdauernde psychodynamische Konflikte bzw. Konfliktschemata.
Die zentrale Frage lautet: Welche Motive (Ängste, Konflikte) bewegen den Patienten?

Grundlegende Unterscheidungen:

- Individuations-Abhängigkeits-Konflikt,
- Kontrolle-Unterwerfungs-Konflikt,
- Autarkie-Versorgungs-Konflikt,
- Selbstwertkonflikt,
- Schuldkonflikt,
- ödipaler Konflikt,
- Identitätskonflikt,
- Fehlende Konflikt- und Gefühls-Wahrnehmung.

Achse III Konflikt

- 1. Abhängigkeit vs. Individuation:** Im einen Extrem würde ein Mensch mit diesem Grundkonflikt eine Abhängigkeit erzeugende Beziehung suchen als „willkommene Abhängigkeit“, im anderen Extrem dagegen eine emotionale Unabhängigkeit aufbauen und die Bindungswünsche unterdrücken.
- 2. Unterwerfung vs. Kontrolle:** Im einen Extrem nimmt der Mensch die Gegebenheiten hin als Schicksal, dem er sich fügt, dabei sind Erleben und Verhalten geprägt von Gehorsam und Unterwerfung. Im anderen Extrem bestimmen Kontrolle und Auflehnung („Bekämpfen“) das Erleben und Verhalten.
- 3. Versorgung vs. Autarkie:** Im einen Extrem führen Versorgungs- und Geborgenheitswünsche zu starker Abhängigkeit, und der Mensch wirkt passiv und anklammernd. Im anderen Extrem nimmt der Mensch keine Hilfe an und wehrt die Wünsche nach Hilfe ab, indem er sich als anspruchslos darstellt. In einer altruistischen Konfliktverarbeitung bekommen Andere die Versorgung, nach der er sich selbst unbewusst sehnt.

Achse III Konflikt

4. **Selbstwert vs. Objektwert:** Es bestehen Selbstwertkonflikte, die im einen Extrem als Minderwertigkeit erlebt werden, während andere aufgewertet oder idealisiert werden. Im anderen Extrem werden kompensatorische Anstrengungen erbracht, die das Selbstbild bis hin zum Größenwahn stützen, während andere abgewertet werden.
5. **Über-Ich- und Schuldkonflikte:** Im einen Extrem führt die Schuldübernahme bis zur masochistischen Unterwerfung. Im anderen Extrem sieht der Mensch die Schuld nur beim anderen, wobei ihm jegliche Form eines eigenen Schuldgefühls fehlt.
6. **Ödipal-sexuelle Konflikte:** Im einen Extrem nimmt der Mensch seine Erotik und Sexualität nicht wahr, im anderen Extrem bestimmt sie alle Lebensbereiche, ohne dass eine Befriedigung gelingt. Dies meint nicht sexuelle Funktionsstörungen anderer Herkunft.
7. **Identitätskonflikte:** Bei sonst hinreichenden Ich-Funktionen übernimmt der Mensch die Geschlechts-, Rollen oder Gruppenidentität anderer oder überspielt die Identitätsambivalenz kompensatorisch.
8. **Fehlende Konflikt- und Gefühls-Wahrnehmung:** Bei diesem Grundkonflikt werden Konflikte, Gefühle und Bedürfnisse bei sich und anderen nicht wahrgenommen, oder sie werden durch sachlich-technische oder philosophische Beschreibungen ersetzt

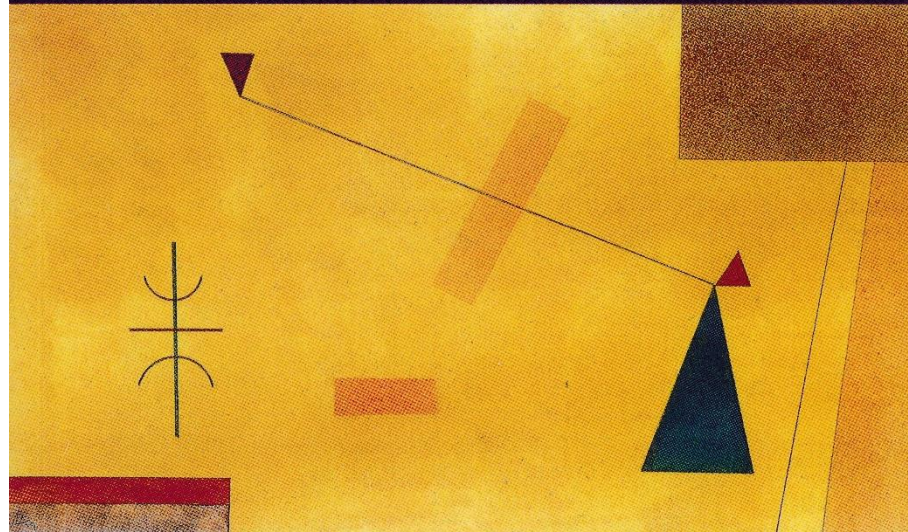
Diagnostik - Unterschiede im Verständnis – drei Ansätze

- Der **positivistische** Ansatz basiert auf der Subjekt-Objekt-Trennung und der Annahme einer subjekt-unabhängigen, »objektiven« Realität.
- Der **phänomenologische** Ansatz basiert auf der Vergegenwärtigung und Beschreibung des In-der-Weltseins des Patienten durch empathische und typologische Erfassung. Wie erlebt der Klient /die Klientin seine Angst oder ihre Depression? Aufmerksam zu beobachten sind dabei Erscheinung, Blick, Gang, Händedruck usw., natürlich aktuelles Erleben und Verhalten, aber auch der Kommunikations- und Lebensstil sowie schließlich die Lebensgeschichte des Klienten.
- Der **hermeneutische** Ansatz basiert auf der gemeinsamen Konstruktion intersubjektiver Narrative; hier fungiert die eigene subjektive Erfahrung des Beraters (Gegenübertragung) als das Medium, in dem sich die Beziehungsmuster der Ratsuchenden spiegeln und sichtbar werden können. Dieser Ansatz ist ganz auf die Intersubjektivität, das Ich-Du-Verhältnis, ausgerichtet.

Annelinde Eggert-Schmid Noerr,
Urte Finger-Trescher, Johannes Gstach,
Dieter Katzenbach (Hg.)

Zwischen Kategorisieren und Verstehen

Diagnostik in der psychoanalytischen Pädagogik



Jahrbuch für
Psychoanalytische Pädagogik 25



Psychosozial-Verlag

- **Sylvia S., 21 Jahre**, hat zwei Kinder: Heiko, 2 Jahre und Jennifer, 4 Monate alt, Vater wegen BTM-Delikten noch ca. 3 Jahre in Haft; schon vorher keine zuverlässige Bezugsperson für seine Kinder
- Sylvia S. lebt von Sozialhilfe, hat zwar Hauptschulabschluss, aber keine Berufsausbildung
- Hat selbst eine „schwierige Kindheit“, in Pflegefamilien und einem Heim; belastete Beziehung zu ihrer Mutter, die ihr die Schuld gibt; nur noch Kontakt zu jüngerem Bruder
- Ist den Kinder zugewandt und möchte ihnen geben, was sie vermisst hat: Zuwendung, zuverlässige Versorgung und Schutz
- Hat eine gute Freundin, die alleine mit einer 3-jährigen Tochter in der Nachbarschaft lebt
- Sylvia zieht sich unvermittelt zurück, ist nicht ansprechbar und verschwindet dann auch für einige Tage, zieht „über Land“, dann kümmert sich ihre Freundin um die Kinder
- Das zuständige Jugendamt betreut die Familie S. bisher mit einer ambulanten Familienhilfe, zweimal in der Woche für 2 – 3 Stunden
- Die Freundin wendet sich an eine Nachbarin, die ehrenamtlich beim Kinderschutzbund mitarbeitet; weil sie besorgt ist, ob Sylvia den Säugling auch zuverlässig versorgt
- **Fragen:** Welche Aspekte sprechen dafür, die Mutter zu unterstützen und welche Angebote wären dafür erforderlich?
- Welche Aspekte sprechen für eine Kindeswohlgefährdung und wie müsste geprüft und kontrolliert werden, dass die Kinder nicht gefährdet sind oder werden?