

SYSTEMISCHES DENKEN UND DIAGNOSTIK

von Kai-Uwe Schablon

Im Rahmen der von mir besuchten Weiterbildung (WB-11) am Institut für systemische Studien stellte sich mehrfach die Frage, welche diagnostischen Methoden einer „systemischen“ Therapie vorangestellt werden.

Die dazu befragten „Experten“ erzählten, dass sie ihre Diagnosen anhand traditioneller Instrumente (ICD 10, DSM 3 R) erstellen.

Gerade für den mir vertrauten Klientenkreis (psychisch bzw. geistig behinderter Menschen) besteht die Gefahr, dass anhand solcher standardisierten diagnostischen Verfahren, (die auf der Vorannahme beruhen, dass jedes einzelne Individuum Träger gleicher messbarer Eigenschaften ist, wie sie die Bezugspopulation ausgewählter Stichproben aufweist, an der der Test „geeicht“ wurde) der Stigmatisierung und Fremdbestimmung Raum gegeben wird.

Oder wie es Klaus DÖRNER formuliert :

„Die Diagnose ist ein Instrument, mit der die Gesellschaft Störungen,, nicht durchschaut, sondern abdeckt, abriegelt, administrativ in den Griff bekommt und unschädlich macht, indem die soziale Etikettierung medizinisch- naturwissenschaftlich vervollständigt wird.“

DÖRNER (1974)

Wenn wir als Systemiker davon ausgehen, dass jeder Mensch seine individuelle Welt (in Abhängigkeit von seiner individuellen biologischen Struktur und seiner Möglichkeiten zum Herausbilden konsensueller Bereiche) hervorbringt, werden wir dieser Individualität dann anhand standardisierter Modelle gerecht?

Diese standardisierten Instrumente (ICD/ DSM 3) stellen für mich zunächst einmal einen Stilbruch zum systemischen Denken dar, so dass ich mich auf die Suche nach „systemischen“ Alternativen begab.

Bevor ich die gefundene Alternative vorstellen möchte, will ich zunächst noch mal innerhalb verschiedener „Diagnosetypen“ differenzieren:

Zum Begriff der Diagnose :

Eine Diagnose umfasst Aufgaben – und Tätigkeitsbereiche, in denen Daten oder Informationen zum Zwecke von Entscheidungshilfen systematisch eingeholt und verwertet werden

Oder wie es der Bremer Behindertenpädagoge Wolfgang JANTZEN formuliert :

„Diagnostik hat eine doppelte Funktion: Zum einen bezieht sie sich auf bildungs-, sozial-, und gesundheitspolitische Entscheidungsprozesse, zum anderen erfolgt sie subjektbezogen im Sinn der Frage nach Entwicklung von Persönlichkeit und Tätigkeit.“

JANTZEN, 1990, S. 167

Ich will im Folgenden versuchen eine Übersicht und grobe Zuteilung diagnostischer Verfahren zu erstellen. In der Abbildung (Tabelle 1) beginne ich auf der linken Seite mit der Unterscheidung in drei große Weltbilder. Das Aristotelische Weltbild / das Galileische Weltbild und das Strukturelle Weltbild. Von diesen philosophischen Grundbildern lässt sich ein sogenanntes Menschenbild ableiten- aus diesem Menschenbild heraus ergeben sich Erklärungsmodelle, die dann zu bestimmten diagnostischen Verfahren führen.

(Den aufmerksamen Leserinnen und Lesern wird anhand ihrer systemischen Vorbildung natürlich sofort klar, dass es sich bei diesem Konstrukt um einen linear kausalen Ablauf handelt der sicherlich nicht in der Lage ist, die „Realität“ widerzuspiegeln ☺)

Interessant finde ich die von KORNMANN (1977) getroffene Unterscheidung zwischen Menschenbild und dem Zugang zur Diagnose:

KORNMANN¹ unterscheidet je nach Menschenbild vier Zugänge zur Diagnose:

1. Das medizinische Modell, das ohne Rekonstruktion von Subjektivität einem diagnostizierten Zustand unmittelbar eine bestimmte Behandlung zuweist. (z.B. bei Minimaler cerebraler Dysfunktion (MCD) Pillen oder eine Diät),
2. das lerntheoretische Modell, das bestimmten Zuständen (z. B. Aggressivität) auf der Basis des Verhaltens (also vom Standpunkt des äußeren Beobachters her) bestimmte Lernprogramme zuweist;
3. das sozialwissenschaftliche bzw. Etikettierungs- Modell, das davon ausgeht, dass negativ beurteilte Zustände das Resultat von Etikettierung sind und durch positive Veränderung des Subjektes der Diagnose (Lehrer, Psychologe) aufgehoben werden können. (Reframing/ Umdeutung);
4. das epistemologische (erkenntnistheoretische) oder Subjekt-Modell, das von der Erkenntnisfähigkeit des Menschen ausgeht. Es unterstellt, dass Subjekt (Diagnostiker) und Objekt (Betroffener), - wenn auch aus anderen Lebenskontexten heraus - in gleicher Weise auf der Basis der Vernunft handeln. Dies verlangt die Perspektive des Anderen einnehmen zu können und aus dieser heraus günstige Situationen der Kompetenzentwicklung und Bedürfnisentwicklung gestalten zu können.

Folgen wir dieser von KORNMANN getroffenen Unterscheidung in vier über das jeweilige Menschenbild gefundene Zugänge zur Diagnostik, ergeben sich daraus vier verschiedene Bereiche, die ich nun kurz skizzieren und teilweise kritisieren möchte:

VERFAHREN DIAGNOSTISCHER DATENERHEBUNG :

I. Verfahren die sich eher dem „Medizinischen Modell“ zuordnen lassen:

• Neuropsychologische Diagnostik :

Die neuropsychologische Diagnostik versucht unterschiedliche Aspekte der höheren kortikalen (von der Hirnrinde ausgehenden) Funktionen und ihre Störungen bei örtlichen Hirnschädigungen mittels psychologischer Tests zu erschließen. Ziel ist es, hirnorganische Syndrome genau zu beschreiben u. ihre unterschiedlichen Existenzformen zu unterscheiden.

Auch hier gibt es Probleme wie mit allen standardisierten Testbatterien. (Tests führen zu nicht befriedigenden Klassifikationsgruppen.) Die Neuropsychologische Diagnostik benutzt vielseitige Funktionstests (visuelle Wahrnehmung/ Orientierung im Raum /Sprachfunktion / hautkinästhetische Funktionen/ höhere Sehfunktionen usw.).

Zu nennen sind Testverfahren von AYES 1984 (Southern California Sensory Integration Test) und der auf LURIA zurückgreifende TULUC (Tübinger- Luria - Cristensen- Batterie)

¹ KORNMANN, R.: Beratung und Begutachtung im Bereich der Verhaltensgestörtenpädagogik, Hagen 1982, S.19

von HAMSTER u.a. (1980). Beide Tests haben in der BRD mittlerweile erhebliche Aufmerksamkeit und Verbreitung gefunden.

- **Normorientierte Verfahren :**

Z. B.: DSM III-R, 1989 (Diagnostic and Statistical Manual)
 AMDP, 1981 (Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde)
 ICD, 1977 (Internationale Standardklassifikation)
 HAWIK 1975 (Hamburger Wechsler Intelligenztest für Kinder)

Normorientierte Verfahren sind Klassifizierungsmodelle, die Störungen, durch differenzierte Diagnoseschemen als Persönlichkeitsentwicklungen beschreiben.

Kritisch zu betrachten ist das normorientierte und subjektfeindliche Vorgehen dieser Methode.

Der normorientierte Test muss zuverlässig und messgenau (reliabel) sein und eine hohe Korrelation bei Wiederholungen ergeben. Durch eine empirische und nicht theoretische Bestimmung von Eigenschaften entsteht der Eindruck, dass es sich um ein wertfreies Verfahren handelt.

II. Verfahren die sich eher dem „Lerntheoretischen Modell“ zu ordnen lassen :

- **Verhaltensanalyse :**

Die verhaltensanalytisch orientierte Diagnostik geht nicht von unveränderbaren, indirekt verschließbaren Persönlichkeitseigenschaften aus, sondern interessiert sich für die Beschreibung und Analyse direkt beobachtbarer Bedingungen und Konsequenzen des zu ändernden Verhaltens. Dabei werden Diagnostik und Verhaltensmodifikation als sich wechselseitig beeinflussende Größen betrachtet. Methoden der Informationsgewinnung sind:

- standardisierte Verhaltensinventare,
- systematische Verhaltensbeobachtungen,
- psychologische Messungen usw.

Der Informationsgewinnung folgt eine Bedingungsanalyse die das problemrelevante Verhalten anhand konkreter Merkmale beschreibt. Danach folgt eine Zielbestimmung, Therapieplanung, Änderungswissen, Durchführung der Therapie und Kontrollmessung. (nach SCHULTE, 1976, S.119)

- **Subjektorientierte Ansätze** z.B. :Förderdiagnostik

Unter Förderdiagnostik versteht man eine sich am Förderbedarf des Individuums orientierende Diagnostik (Wichtigste Vertreter: Probst / Bundschuh).

Förderdiagnostik versteht sich als „Strukturniveau-orientierte Diagnostik“, die sich nicht an „Pauwissen“ sondern an geistigen Formen von Invarianzbildungen (instrumentellem Wissen) orientieren. Wissen baut sich hiernach in Form von Begriffshierarchien auf. Der Erwerb von Wissen ist demnach vom richtigen Einstieg in diese Begriffshierarchie abhängig.

Probst entwickelt ein Testverfahren, das als Lerntest konzipiert ist, und überprüft ob die Probanden mit Unterstützung das nächst höhere Begriffsniveau erreichen. (Vgl.: PROBST,1981,43)

Beispiel : Vorgabe = Glühbirne / Antwort = Plastik - Kuh / Obstbirne / Kerze
 v. = Trinkglas A.: bunte Lok mit Pfeife / Marmeladenglas / Tasse
 V. = Streichhölzer A : Plastik .Schwein / Schachtel / Feuerzeug
 v. = Glühbirne A : Plastik - Kuh / Obstbirne / Kerze
 vi. = Nagel A : rote Weintraube (Glas) / Nadel / Reißzwecke

Kritik an der Förderdiagnostik :

- Aus der Bestandsaufnahme lässt sich kein Sollzustand ableiten/ daher keine bessere Didaktik möglich.
- Keine empirische Validierung (Übereinstimmung der Ergebnisse)
- Es fehlen die Grundlagen der Diagnose. Die Diagnostiker sind den Daten hilflos ausgeliefert. Angewendet leistet dieses Verfahren auch nur die Möglichkeit einen konkreten Prozess der Tätigkeit auf empirischer Ebene sichtbar zu machen.
Kernfrage ist aber: Sind die auf empirischer Ebene durch diese Diagnostik erfassten Sachverhalte auch aus theoretischer Sicht wichtig, oder sind sie eher nebensächlich?

„Theoretisch wichtige Sachverhalte sind solche, die es rückbezogen auf eine systematisch ausgearbeitete und auszuarbeitende Theorie vom Menschen möglich machen, menschliche Subjektlogik zu rekonstruieren.“

JANTZEN Bd.2 / S.178

„Förderdiagnostik versucht sich von Fixierungen, vor allem auf das Defektive im Kind zu lösen, und seine offenen Möglichkeiten als Chancen für seine Weiterentwicklung zu eruieren. In Anbetracht der Begrenztheit einer objektivierenden, psychologischen Diagnostik erscheint es sinnvoll, von diagnostischer Deutung oder Einschätzung zu sprechen. Der Diagnostiker ist ein Beobachter, der auf seine Weise wahrnimmt und interpretiert, und der die Selbstreferentialität seiner Beobachtungen nicht übersehen darf.

Was er feststellt, sollte er nicht in Ist- Aussagen fassen („Das Kind ist...“) sondern die eigene Einschätzung deutlich machen („Es scheint ...“ / „Aus meiner Sicht...“) SPECK 1996,S. 389.

III. Verfahren die sich eher dem „Sozialwissenschaftlichen Modell“ zuordnen lassen :

• Einzelfallanalyse und biographische Methoden :

Seit Beginn der 80er Jahre findet eine intensive Diskussion um Einzelfalldiagnostik statt. Die Wissenschaftlichkeit *dieser* Methoden bestimmt sich nicht über die metrische (Maßeinheit) Qualität von Verfahren.

Aus theoretischen Gründen muss der Weg von der bisherigen Verabsolutierung quantitativer Diagnostik hin zu einer qualitativen Diagnostik führen.

Menschliches Verhalten ändert und entwickelt sich nicht linear, es weist qualitative Übergänge und Veränderungen auf. Eine qualitative Diagnostik muss, um das „*Allgemeine im Individuelle*“ bestimmen zu können, von theoretischen Konzepten, d.h. bestimmten Auffassungen vom Menschen ausgehen.

Sie muss, da die Reichhaltigkeit des Einzelfalls zu berücksichtigen ist, als biographische oder ätiologische (Lehre von den Krankheitsursachen) Diagnostik angelegt werden.

Im Vordergrund stehen dann nicht mehr die quasi- experimentelle Manipulation der Testsituation als Voraussetzung umfassender Datengewinnung, sondern der Betroffene selbst als Experte.

Hier ergeben sich Fragen zur Einschätzung von Zuverlässigkeit und Gültigkeit subjektiver Urteile über den eigenen Lebenslauf.

Um „eine Lebensgeschichte als subjektives Dokument zu verstehen ist die Berücksichtigung folgender Ebenen erforderlich (nach WATSON (1976):

- soziokultureller Kontext
- individuelles Leben im Kontext
- unmittelbarer Kontext der Lebensgeschichte zum Zeitpunkt der Datenerhebung
- Vorverständnis des Forschers
- dialektische Beziehung zwischen Forscher und Befragten
- die Art der Interpretation der beobachteten Phänomene durch den Befragten
- kognitive Momente (z. B. Art des Gedächtnisses)
- Selbst- Identität des Befragten
- Konflikte im Lebensprozess
- Entscheidungssituationen
- die Einheit des phänomenalen Bewusstseins

Innerhalb biographischer Forschung ist daher von objektiven und subjektiven Daten auszugehen, wobei die subjektiven Daten aus dem Lebenskontext heraus verstanden werden müssen.

Der sich hier abzeichnende Wandel im Verständnis von Diagnostik hat in mehrfacher Hinsicht Folgen.

1. Abkehr von der (Labor) experimentellen Situation
2. Einzelfallanalyse im Sinn von „Möglichkeitsverallgemeinerung“ als sinnvoller Forschungsprozess.
3. Da der Beobachter der Ausgangspunkt dieses Rekonstruktionsprozesses des Subjektes ist, so ist es die Aufgabe der Diagnose, in Kooperation mit dem Betroffenen die Bedingungen und Möglichkeiten heutiger und zukünftiger Identität aufzuspüren.

Der Ausgangspunkt ist die logische Rekonstruktion des Du's.

Die Historisierung des diagnostischen Vorgehens als Rekonstruktion der Geschichte von Tätigkeit und Persönlichkeit des Anderen schafft zugleich Betroffenheit, die aber die Analyse nicht ersetzen darf. *Erzählte Lebensgeschichten als Realität anzunehmen bedeutet nicht sie für „bare Münze“ zu nehmen.* Sie sind Annäherung an Subjektivität und bedürfen im Handeln der Überprüfung und Bestätigung.

Mit der Loslösung von der Dominanz einer populationsbezogenen, normorientierten Diagnostik und der Verfolgung der Frage nach den Möglichkeiten subjektorientierten Vorgehens wird es deutlich, dass damit auch der individuenzentrierte Standpunkt verlassen wird und der Mensch in seinen Lebensverhältnissen zum Gegenstand der Diagnostik wird.

Der diagnostische Prozess bezieht sich hier nicht mehr bloß auf ein Individuum, sondern auf ein (soziales) System.

IV. Verfahren die sich eher dem „Epistemologischen Modell zuordnen lassen :

- **Systemische Diagnostik :**

Systemische Diagnostik verfolgt den übergreifenden, holistischen Aspekt der Rekonstruktion von Persönlichkeit (z.B. bei Schiepek/ Minuchin/ Mandelbaum).

Es genügt nicht, sich nur auf eine Sammlung von Daten über die Person zu konzentrieren, der Erfassung der Umwelt kommt eine besondere Bedeutung zu. Diagnostischer Bezugspunkt ist nicht der behinderte Mensch alleine, sondern „das- Individuum -in- seiner- Umwelt“ unter einer bestimmten Frage- Problemstellung.

In der systemischen Diagnostik geht es um das Erstellen einer „ökosystemischen Landkarte“ (Käser,1993), auf der die vielfältigen Vernetzungen sowie die Dynamik und Prozessmuster des vorliegenden Problems aber auch die Ressourcen erkennbar werden, die das Individuum aufzuweisen hat. (Vgl.: SPECK, 1996 , S. 390)

Die konkreteste systemische Diagnostik konnte ich bei SCHIEPEK finden: SCHIEPEK stellt in seinem Buch „*Systemische Diagnostik in der Klinischen Psychologie*“ (1986) eine Methode auf der Grundlage von Konzepten der Selbstorganisation (u.a. PRIGOGINE, JANTSCH) sowie der Theorie sozialer Systeme (LUHMANN) dar. Systemische Diagnostik bedeutet für ihn eine Einzelfalldiagnostik, die sich auf Systembildung und Transformation in den Prozessen der Subjektentwicklung bezieht.

Nach SCHIEPEK beginnt der Prozess des Diagnostizierens auf dem Hintergrund heuristisch nutzbaren, theoretischen, empirischen und subjektiven Wissens. Hieraus werden, ergänzt mit Hilfe systemischer Fragen, theoretische und empirische Teilaspekte als Hypothese erster Ordnung formuliert. Dann benutzt SCHIEPEK eine Art „Checkliste“, die dafür sorgt, den Gegenstand in seiner Reichhaltigkeit zu erfassen.

Anhand dieser „Liste“ werden Ebenen wie:

Individuum : physiologisch, kognitiv, motorisch u.a.

Beschreibungsebene, Kommunikation, Interaktion, räumliche Lebensbedingungen usw. erfasst.

Nach dieser Anamnese versucht SCHIEPEK anhand einer Reihe „systembezogener Fragen“ bzw. „kybernetischer Kriterien“ die Systemkonfiguration zu bestimmen.

Mit Hilfe dieser Methode soll dem Klienten ein Aufsteigen vom Abstrakten zum Konkreten und die Gewinnung eines Ausgangskonkretum möglich werden.

Durch die diagnostische Klärung dieser Fragen (vgl. SCHIEPEK S.81ff.) kommt es zur Herausbildung von Hypothesen zweiter Ordnung im Sinne eines vorläufigen Systemmodells. Das Gesamtsystem wird selbst als dynamisch sich entwickelnder Prozess der Selbstorganisation begriffen. Daher muss das allgemeine Systemmodell auf der Basis der durch es neu gewichteten Hypothesen 1. Ordnung in das idiographische Systemmodell transformiert werden, das als „Gesamthypothese“ ständig im Prozess befindlich zu begreifen ist. Es bleibt bezüglich der Aufrechterhaltung und Modifizierung seiner Konfigurationen ständig in einem konstruktiven Prozess, rückgekoppelt an die durch es neu geordneten Hypothesen 1. Ordnung, die systembezogenen Fragen und den theoretischen Wissensfundus rückgekoppelt in der jeweiligen diagnostischen Situation.

Hiermit möchte ich die kurze theoretisch konstruierte Darstellung der diagnostischen Verfahren verlassen und zur praktischeren Darstellung übergehen.

Wie bereits erwähnt arbeite ich mit Menschen die unter der Bedingung einer psychischen oder geistigen Behinderung leben. In einem anderen Artikel (ISS´ES, Januar 1997, S.5 – 18) erläuterte ich bereits, dass eine Behinderung bzw. psychische Störung (aus systemischer Sicht), als ein sich ständig änderndes Phänomen zu betrachten ist. Wenn ich diese individuelle Besonderheit in erster Linie als Ergebnis der Beobachterkategorie sehe, brauche ich eine Diagnostik, die den Beobachter mit berücksichtigt. In meiner Arbeit benutze ich seit ca. 2 Jahren die „**modifizierte Syndromanalyse**“ als diagnostisches Instrument zur Annäherung an eine Person bzw. als Instrument zur Erkennung des individuellen Hilfebedarfs.

Die „modifizierte Syndromanalyse“ stellt eine Synthese aus den oben genannten subjektorientierten Methoden, der Einzelfall - u. biographischen Methode und einer systemischen Diagnostik dar.

Ursprünglich liegen die Wurzeln der Syndromanalyse bei LURIA² und ARTEM`EVA, die 1978 die Syndromanalyse als eine Methode zur Integration unterschiedlich erhobener Daten darstellten, die sowohl für die Neuropsychologie als auch für die klinische Psychologie anwendbar sein sollte. Ziel dieser diagnostischen Methode war es, durch eine Transformation von Daten diese auf ein höheres Niveau zu bringen, das eine Rehistorisierung des diagnostizierten Subjektes gewährleistet. Erst von dort aus erscheint ein hypothesengeleitetes und theoretisch begründetes sowie für Rückkopplungen offenes therapeutisches Vorgehen möglich.

„ Die Bedeutung jedes einzelnen Faktums kann folglich nur ermittelt werden, indem es mit allen anderen Faktoren in Bezug gesetzt wird.“

(LURIA 1979, S. 177)

LURIA spricht sich für eine Vernetzung von empirischen Erkenntnissen mit theoretischen Erkenntnissen aus, wodurch durch die Vielfalt der vorgefundenen Zusammenhänge ein "Aufsteigen im Konkreten" ermöglicht wird.

Die Grundidee der Syndromanalyse, eine Rehistorisierung unter Berücksichtigung der biologischen Struktur als Ausgangspunkt einer Diagnostik zu nutzen wurde dann von Prof. JANTZEN (1990/ 1996) und Prof. ZIMPEL (1994) aufgegriffen und auf theoretischer Ebene konkretisiert.

Dabei wurde zunächst in drei unterschiedliche Beobachterstandpunkte unterschieden, die später von ZIMPEL, (angeregt durch den Superbeobachterstandpunkt von MATURANA) ergänzt wurden.

Leider bleiben JANTZEN und ZIMPEL auf einer sehr theoretischen Ebene und machen es den nacheifernden Diagnostikern nicht leicht das „Verfahren“ abzuwenden, da es bisher keine Standardisierung gibt.

Ich bin mir bewusst, dass mein Versuch die einzelnen Schritte der Syndromanalyse

² LURIA : Russischer Psychologe(1902 – 1977), Begründer der Neuropsychologie/ Mitbegründer der Kulturhistorischen Schule und der damit verbundenen romantischen Wissenschaft, in dessen Tradition sich auch Oliver Sacks sieht. Vgl. z.B.: Lurija, Alexander: Romantische Wissenschaft. Reinbek 1993.

voneinander zu trennen und zu standardisieren teilweise einen Widerspruch zur „Philosophie“ der Methode darstellt.

Aber nur so erscheint mir das Verfahren lehr- und lernbar.

Zunächst möchte ich die einzelnen Schritte (Beobachterstandpunkte) kurz skizzieren und dann die (meine) praktische Arbeit mit diesem Instrument darstellen.

Verstehende Diagnostik / Syndromanalyse

In der Syndromanalyse (Diagnostik als Rehistorisierung) wird der Diagnosestellende ein notwendiger Teil des diagnostischen Prozesses. Dadurch wird das Ergebnis der Diagnose, nicht zu einer festen Zuschreibung sondern hat nur Gültigkeit im Kontext mit dem diagnostizierenden Experten. Das bedeutet: *„Frau X. ist nicht lernbehindert / sondern nach Meinung von Herrn Schablon ist Frau X. lernbehindert.“* Gerade was die schriftliche Dokumentation von Informationen angeht liegt in dieser Kleinigkeit eine große Bedeutung.

In der Methode „Diagnostik als Rehistorisierung“ (=Syndromanalyse) geht es um eine „verstehende Diagnostik“ die eine Wende zur klassischen Selektionsdiagnostik darstellt.

JANTZEN bestreitet in Bezug auf den Personenkreis der sogenannten behinderten Menschen nicht die Dimension der „biologischen Behinderung“ (Schädigung). Er hält es aber nicht mehr für vertretbar, (aufgrund MATU-RANAS biologischer Selbstorganisations-theorie) diese Ebene einseitig in den Vordergrund zu stellen.

Aufgabe der **Syndromanalyse** ist das Dechiffrieren des sinnvollen und systemhaften Aufbaus psychischer Prozesse unter Bedingungen der **Isolation**³.

Wenn wir uns auf den behinderten Menschen als „einzige Realität“ einlassen, so zeigt sich, dass wir auf zwei Seiten der Realität stoßen:

„...dass er ein Kranker mit einer psychopathologischen Problematik ist, und mit der anderen, dass er ein Ausgeschlossener, ein Geächteter ist, ein gesellschaftlich Gebrandmarkter.“
(BASAGLIA 1974,S.15)

Die Umbewertung der Symptome hat für JANTZEN eine hohe Bedeutung:

„Wenn ein Symptom als Folge eines biologischen Defektes festgeschrieben wird, sind erhöhte Zuwendung, Suche nach anderen Möglichkeiten von Dialog und Kommunikation vertane Zeit. Sind die festgestellten Symptome hingegen Folge einer Isolation durch die Art der Störung, so können sie als Ausdruck von Kompetenz unter diesen isolierenden Bedingungen verstanden werden, eine Kompetenz deren Problem nicht in dieser Art von Symptomen liegt, sondern im Fehlen von Alternativen!“ (JANTZEN, 1996. S.6.)

³ Isolation: Im Sinn der materialistischen Behindertenpädagogik, wird eine Behinderung durch exogene Faktoren wie Segregation, Selektion und Parzellierung erst ausgelöst. Dadurch kommt der sogenannte behinderte Mensch in den Zustand der ISOLATION, der ihm die Teilhabe am gesellschaftlichen Kulturgut erschwert. (siehe JANTZEN, 1992; Seite 280 –292)

Die Syndromanalyse ist ein diagnostisches Instrument, das über **vier Reflexionsniveaus** (Beobachterstandpunkte) verfügt, die teilweise einander bedingen und teilweise aufeinander aufbauen.

Die einzelnen Bausteine einer Syndromanalyse sind:

- Der Außenbeobachterstandpunkt;
- der Innenbeobachterstandpunkt;
- der Superbeobachterstandpunkt;
- die Selbstreflexivität;
- die pädagogische Idee.

Zum Außenbeobachterstandpunkt :

Das erste Element der Syndromanalyse ist der **Außenbeobachterstandpunkt**.

Hier beschreibt der Diagnostiker, das was er von außen wahrnimmt.

Im Außenbeobachter wird der normative Standpunkt repräsentiert (Bemühung um Objektivität anhand von institutionellen Normen)

- Zum Außenbeobachterstandpunkt gehört weiterhin eine Beschreibung der Ausgrenzung (des individuellen Ausgrenzungsdramas des Betroffenen)
- Außerdem eine Aufzählung der Defizite (z.B. Diagnosen / Kompetenzen) des Betroffenen.

(Problem : Das was der Beobachter erzählt, ist auch nur eine Geschichte, und zwar eine Erzählung zwecks Legitimation einer vorgefassten Meinung.)

Zum Innenbeobachterstandpunkt :

Das zweite Element der Syndromanalyse ist der **Innenbeobachterstandpunkt**:

- Der Innenbeobachterstandpunkt ist ein subjektbezogener Standpunkt. Das bedeutet, der Diagnostiker versucht sich unter der Berücksichtigung der durch den Außenbeobachter bekannten Gegebenheiten in die Situation des Betroffenen hineinzudenken.
- Durch eine bewusst versuchte Negation des Außenbeobachters, im Zugestehen subjektiver Entwicklung, wird hierbei die Erkenntnis des Außenbeobachters überprüft bzw. ergänzt.
- Es kommt zu einer Identifikation mit dem Betroffenen durch die Berührung mit einem (seinem) Leidensweg
- Ziel ist eine kreative Projektion: Als Beobachter verändere ich die Interpretation der Sicht des Anderen solange, bis ich sie achten kann („Jedes Verhalten ist sinnvoll!“). Negative Aspekte finden eh ihren Raum!

Der dritte Aspekt ist der **Superbeobachterstandpunkt**:

- Ziel des Superbeobachters ist es durch die Rekonstruktion von dynamischen Beziehungen zwischen Lebenssituation und Persönlichkeitsentwicklung festzustellen, wo, bezogen auf die Struktur der Sache, liegen die Verständnisse und Missverständnisse des behinderten Menschen? (Verstehen der Verhaltensbesonderheit als sinnvolle Tätigkeit zur Wiederherstellung von Subjektivität und die daraus resultierenden Missverständnisse vom Außenbeobachter)
- *„Die Isolation von den üblichen Kommunikations- und Lebensbedingungen, der Verlust von Orientierungs- und Handlungsmöglichkeiten ebenso wie von Sicherheit und Bindung sind demnach die Bedingungen, die in je spezifischer Weise für einzelne Syndrome das hervorbringen, was wir im Ergebnis „geistige Behinderung“ nennen.“* (JANTZEN)
- Der Superbeobachterstandpunkt hat die Aufgabe die beiden ersten Standpunkte zu **überprüfen** („Nagelprobe“) Man könnte ihn als ein Experiment zur Bestätigung des

Außenbeobachters betrachten. (Kann es sein, dass der Diagnostiker wie im Beispiel MATURANAS vom U- Bootfahrer, nur bestimmte eigene Realitäten sieht?)

- Sollten beim Superbeobachterstandpunkt Widersprüchlichkeiten im Außenbeobachterstandpunkt deutlich werden, muss erneut der Außenbeobachterstandpunkt eingenommen werden. Bei Übereinstimmung zwischen Innen- und Außenbeobachter folgt die Selbstreflexivität.

Die Situation ist als Ganze zu normalisieren, d.h. zu humanisieren.

Der Diagnostiker ist nicht mehr passiver Beobachter sondern selbst Bestandteil der Situation und möglicher Prognosen. Dies führt zu einem vierten Beobachterstandpunkt:

Der **Selbstreflexivität:**

- Bei der Selbstreflexivität geht es um die genauere Bestimmung des eigenen Standpunktes.
- „Standpunkt der psychologisch begründeten Prognose mit der Konsequenz der Selbstreflexion und Selbstveränderung“
- Gelingt es mir, unter allen Umständen Achtung, Eindeutigkeit, Empathie usw. in Worten, Taten und Gefühlen so aufzubauen, dass ich dem anderen eine humane Entwicklungssituation sichere, die immer auf die Auseinandersetzung mit dem realen Leben bezogen sein muss, so wird aufgrund allgemeinemenschlicher Gesetzmäßigkeiten eine Entwicklung zum Besseren stattfinden.
- Berücksichtigung der *Theorien* und *Geschichte* des Diagnostikers

Nach der Selbstreflexivität kommen als letztes Element der Syndromanalyse die **pädagogische Ideen:**

Aus den bisher gewonnenen Informationen und der bisher rekonstruierten Realität des Betroffenen kommt es zur Formulierung einer pädagogischen Idee, die gemeinsames pädagogisch-therapeutisches Handeln in der *Zone der nächsten Entwicklung*⁴ ermöglicht. (Akzeptanz des individuellen Lernweges und pädagogischer Optimismus)

Da es sich wie Anfangs erwähnt bei dem diagnostischen Instrument der Syndromanalyse aus einer Synthese verschiedener diagnostischer Zugänge, handelt (von der biographischen Diagnostik über subjektorientierter Diagnostik bis hin zur systemischen Diagnostik) ist das Ergebnis der individuellen Syndromanalyse recht unterschiedlich.

In einem Seminar habe ich 16 Studentinnen gebeten, zu einer von mir vorgegebenen sehr ausführlichen Fallstudie, unter den oben erwähnten Elementen eine Syndromanalyse anzufertigen. Obwohl wie zu erwarten (aufgrund der Involviertheit des Diagnostikers) sehr unterschiedliche Diagnosen herauskamen, waren die pädagogischen Interventionsvorschläge sehr ähnlich. Die Studentinnen berichteten über eine sehr starke Identifikation mit der betroffenen Fallperson und einer hohen Motivation bei der Erstellung der Syndromanalyse.

⁴ Zone der nächsten Entwicklung: Ausgehend von der Entwicklungspsychologie WYGOTSKIs befinden wir uns in einer „Zone der aktuellen Entwicklung“. Durch ein angemessenes päd. Angebot, was nicht unter - und nicht überfordert, ist es uns möglich die „Zone der nächsten Entwicklung“ zu erreichen. In diesem Modell sind starke Ähnlichkeiten zum Piaget-Modell (Assimilation/ Akkommodation) zu sehen. Vgl. z.B.: Wygotski: Denken und Sprechen. Fischer 1993, (als russische Originalausgabe 1934 erschienen)

Als Arbeitshilfe habe ich den Studentinnen die Tabelle 2 gegeben und ihnen geraten zunächst tabellarisch die einzelnen Beobachterstandpunkte auszufüllen. Dann diese Tabelle (siehe Abb.2) beiseite zu legen und im Verständnis der romantischen Wissenschaft (quasi) als Fließtext, der die einzelnen Beobachtererkenntnisse berücksichtigt, die Syndromanalyse zu schreiben.

Fazit: Meiner Meinung nach stellt das Instrument der Syndromanalyse eine Ergänzung des bisher (meines Wissens) eher spärlichen Repertoires systemischer Diagnostik dar. Die Individualität des Betroffenen und die Subjektivität des Diagnostikers wird berücksichtigt, so dass durch eine „bewusste Subjektivität“ quasi eine „Objektivität“ erreicht wird, die aus systemischer Sicht objektiver ist als die Objektivität, die durch standardisierte Diagnosen erzeugt wird. Die hohe Motivation und Identifikation bei der Anwendung des Instrumentes spricht für sich. Inwieweit ein solches Instrument Akzeptanz bei Institutionen (wie z.B. Krankenkassen, Schulen, Behörden u.a.) finden kann, die sich an Standardisierungen und Formalitäten orientieren, bleibt abzuwarten.

Für den Bereich der Dokumentation (z.B. auf Wohngruppen, Sonderschulen) bzw. Annäherung an eine Lebenssituation, oder der Feststellung des individuellen Förderbedarfes scheint die Syndromanalyse ein hilfreiches und kontexterweiterndes Instrument zu sein!

SYNDROMANALYSE als	„verstehende Diagnostik“
<p>Der Versuch einer „objektiven“ Beschreibung einer Beobachtung vom normativen („externen“) Standpunkt</p> <p>• Außenbeobachterstandpunkt ⇒ (Wird unwillkürlich geliefert)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Normativer Standpunkt - Aufzählung von Kompetenzen und Defiziten - Beschreibung des „Ausgrenzungsdramas“
<p>Vom Beobachter konstruierte („interne“) Beschreibung anhand der Beschreibung des Außenbeobachters</p> <p>• Innenbeobachterstandpunkt ⇒</p> <p>(Kreative Projektion: Ich ändere die Sicht des Anderen solange, bis ich sie achten kann)</p> <p>(Gefahr der Übertragung: „Wenn ich Du wäre, würde ich ...“ deshalb Superbeobachterstandpunkt)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Subjektbezogener Standpunkt - Negation des Außenbeobachters im Zugestehen subjektiver Entwicklung - Identifikation mit dem Betroffenen (Subjektlogik) • Was wäre aus der Sicht des Betroffenen zu sagen ?(Wo ist er der „Held“ ?) • Was könnte <u>für ihn</u> daran sinnvoll sein ? • Warum wird er das wohl gemacht haben ? • Wann hätte ich so gehandelt? (Was beeindruckt mich ?)
<p>Die („externe“) Überprüfung der „Konstruktion“ des Innenbeobachters im Interesse des Klienten</p> <p>• Superbeobachterstandpunkt (Ein „Experiment“, ein Dialog der den Außenbeobachter bestätigt) ⇒</p> <p>• Betonung der Subjekt Logik</p> <p style="text-align: center;">↑ Bei Wider- ↓ Bei Bestätigung - Selbstreflexivität Außenbeobachter</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Rekonstruktion von dynamischen Beziehungen zwischen Lebenssituation u. Persönlichkeitsentwicklung - Wo bezogen auf die Struktur der Sache, liegen die Verständnisse u. Missverständnisse des behinderten Menschen? • Wenn der Innenbeobachter stimmt, müsste sich daraus Folgendes ergeben... • Welche Faktoren kann ich bestätigen, welche widerlegen?
<p>Die eigene Beobachtung der Beobachtung des Beobachters (intern)</p> <p>• Selbstreflexivität (Welches Erklärungsmodell benutze ich ? Die Frage nach der Theorie (Geschichte) des Beobachters) ⇒</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Genauere Bestimmung des eigenen Standpunktes - Standpunkt der psychologisch begründeten Prognose (Unter der Berücksichtigung der Aspekte : Achtung und Empathie.) • Welche Theorie geht mir durch den Kopf? • Was bedeutet das für den „Betroffene“

	<i>nen“?</i>
<ul style="list-style-type: none"> • • Pädagogische Idee <p style="text-align: right;">⇒</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Entwicklung pädagogischer Ideen die gemeinsames Handeln in der <i>Zone der nächsten Entwicklung</i> ermöglichen. - Akzeptanz des individuellen Lernweges und pädagogischer Optimismus. • <i>Welche Achtung kann ich empfinden?</i> • <i>Wie wäre es mir ergangen?</i>

Literatur :

DÖRNER & PLOG: Irren ist menschlich - Lehrbuch der Psychiatrie.
Wunstorf: Psychiatrie Verlag 1987

HAGMANN,T & SIMMEN, R.: Systemisches Denken und die Heilpädagogik.
2. Aufl. Luzern : Edition SZH 1994

JANTZEN, W.: Allgemeine Behindertenpädagogik. Bd.2
Neurowissenschaftliche Grundlagen, Diagnostik, Pädagogik und Therapie.
Weinheim, Basel : Beltz 1990

JANTZEN, W.: Allgemeine Behindertenpädagogik. Bd.1
Sozialwissenschaftliche und psychologische Grundlagen. Ein Lehrbuch.
4.Aufl. Weinheim, Basel : Beltz 1992

JANTZEN, W.: Enthospitalisierung und institutioneller Kontext.
In : Behindertenpädagogik Heft 3, 1996 (1) S. 258 -275.

JANTZEN,W & LAWER-KOPPLIN, W.: Diagnostik als Rehistorisierung
Berlin. 1996.

JETTER, K.: Verstehende Diagnostik. In: Geistige Behinderung Heft 4 / 1994 S. 297-307
KORNMANN, R.: Diagnose von Lernbehinderten. Weinheim: Beltz 1977

LURIA, A.: Romantische Wissenschaft. Forschungen im Grenzbereich von Seele und Gehirn. Reinbek 1993.

MATURANA, H. R.: Erkennen : Die Organisation und Verkörperung von Wirklichkeit. Braunschweig, Wiesbaden, 1985.

SCHABLON, K.U.: Autonomie statt Normalisierung. In : Standpunkt Sozial. Heft 2 / 1993. Thema : Anders - sein - anders leben. Neue Wege in der Behindertenarbeit. S. 6-10.

SCHABLON, K.U. : Systemisches Denken und Behinderung.
In: ISS´ES Januar1997.S.5 - 18

SCHABLON, K. U.: Dialog und gemeinsamer Bedeutungsraum.
Unveröffl. Diplomarbeit am Fachbereich 06 der Universität Hamburg, 1996

SCHIEPEK, G.: Systemische Diagnostik in der Klinischen Psychologie.
München: Psychologie Verlags Union 1986.

SPECK, O.: System Heilpädagogik. München / Basel 1988.

WALTHERS, R.: Behinderung aus konstruktivistischer Sicht.
In : NEUMANN, J. : Behinderung. Von der Vielfalt eines Begriffs und dem Umgang damit. Tübingen 1995. S. 89 -105.

WATSON, L.C.: Understanding a life history as a subjective document.
Ethos 4 (1976) S.95 -131)

WYGOTZKI, L. S.: Denken und Sprechen. Frankfurt am Main, April 1986

ZIMPEL, A.: Entwicklung und Diagnostik. Diagnostische Grundlagen der Behindertenpädagogik. Münster - Hamburg Lit. 1994

ZIMPEL, A.: Der Wille zur Norm. In: Behinderte in Familie, Schule und Gesellschaft. Heft 2/ 98. S.29-51. Verlag Graz