

Udo Baer

Kinderwürde in Aktion

Beziehungsfokussierte kreative Therapie mit Kindern und Jugendlichen

Ein Lehr- und Praxisbuch

Lieferung: Nr. 12

Datum: 03.09.2021

Block B: Würdigen, was ist – diagnostische Zugänge zu Kindern - Kapitel 1:

©Semnos Verlag Udo Baer

Von der kategorialen und der leiborientierten Diagnostik

Das Wort „Diagnostik“ entspringt dem Lateinischen und bedeutet „Urteil“. So kommen oft Diagnosen daher: Krebs, Depression, Mutismus, Autismus usw., also Urteile über den Zustand eines Kindes oder eines Jugendlichen bzw. Erwachsenen. Diese Urteile wirken oft wie eine Bedrohung. Von ihnen hängt ab, ob überhaupt Behandlungen möglich sind und welche Erfolgschancen sie haben. Solche diagnostischen Urteile können aber auch erleichtern. Die Eltern verstehen die Kinder nicht und sind rat- und hilflos. Sie sind froh, wenn sie eine Diagnose erhalten. Dann „wissen sie wenigstens, woran sie sind“, „was das Kind hat“.

Das Wort „Diagnostik“ enthält aber auch das Wort „Gnosis“. Es stammt aus dem Altgriechischen und bedeutet „Einsicht, verstehende Wahrnehmung“. Dies ist das Verständnis von Diagnostik, das ich in diesem Buch zugrunde lege: „Diagnostik ist ein Weg, gemeinsam mit Klient*innen, die vielfältigen Phänomene des Erlebens und Verhaltens sinnvoll zu ordnen und Verständnis und Einsicht zu bekommen in die Muster, unter denen Klient*innen leiden und die sie verändern möchten, um daraus Wege der Therapie abzuleiten.“¹

In der Diagnostik von Kindern und Jugendlichen sind grundlegende Unterschiede festzustellen. Es gibt eine Art der Diagnostik, die Kinder und Jugendliche in

¹ Baer, U. (2012): Kreative Leibtherapie. Das Lehrbuch. Neukirchen-Vluyn, Berlin. S. 109

vorgegebene Kategorien einzuordnen versucht. Ich bezeichne sie als kategoriale Diagnostik. Sie ist nützlich, um in Therapie und Psychiatrie eine gemeinsame Sprache zu sprechen, wenn es um seelische Erkrankungen von Kindern und Jugendliche geht. Sie ist in weiten Bereichen der Medizin und Psychiatrie verbreitet, auch in manchen therapeutischen Schulen. Und es gibt die leiborientierte Diagnostik. Darüber hinaus gibt es Zwischenformen, die sich beider Stile der Diagnostik bedienen. Zur Verdeutlichung des leiborientierten Ansatzes, der der beziehungsorientierten kreativen Therapie mit Kindern und Jugendlichen zugrunde liegt, möchte ich beide Haltungen der Diagnostik etwas zugespitzt gegenüberstellen:

- Die kategoriale Diagnostik, wie sie unter anderem in der ICD10 grundlegend dargestellt wird, beschäftigt sich mit den Störungen und Krankheiten und damit vor allem mit Defiziten und Abweichungen von einer imaginär angenommenen Norm richtigen und angemessenen Verhaltens, Denkens und Fühlens. In der leiborientierten Diagnostik gibt es keine Idealnorm. Mit der leiborientierten Diagnostik suchen wir Verbindungen zwischen Faktoren, die stärken und unterstützen, die Ressourcen betonen und gleichzeitig Leiden, von gesunden und kranken Phänomenen.
- Leiborientierte Diagnostik beschäftigt sich also mit alles Phänomenen und nicht nur mit Symptomen von Erkrankungen. In der kategorialen Diagnostik werden Symptome zu Kategorien aneinandergereiht, die dann Krankheitsbilder oder Syndrome ergeben. Leiborientierte Diagnostik beschäftigt sich weniger mit dem Aneinanderreihen, sondern vor allem mit den Zusammenhängen, die sich im Erleben und Verhalten von Kindern und Jugendlichen zeigen.
- Im klassischen, kategorialen Verständnis von Diagnostik ist diese die Sache der Therapeut*innen oder Ärztinnen und Ärzte. Die leiborientierte Diagnostik bemüht sich prinzipiell um Interaktion. Sie ist beziehungsorientiert und versucht, so weit wie möglich die Kinder und Jugendlichen miteinzubeziehen. Deren subjektive Erleben von ihnen kann nur im wechselseitigen Austausch erfragt und erfasst werden. Dabei spielen auch die Resonanzen der Therapeut*innen eine bedeutsame Rolle.

- Die leiborientierte Diagnostik geht davon aus, dass die Kinder und Jugendlichen weise sind und uns in ihrer Weisheit das zeigen, woran sie leiden. Auch wenn sie keine Worte dafür haben. Die Kinder und Jugendlichen sind grundsätzlich kompetent, um ihr Leiden, aber auch ihre Kraft und ihre Ressourcen auszudrücken. Ob dies über Worte oder Bilder, im Spiel oder im Musizieren geschieht, ist zweitrangig. Sie haben keine Übung darin und oft auch keine oder zu wenig Worte, die einzelnen Phänomene zu beschreiben, vor allem nicht darin, die Zusammenhänge zwischen den Phänomenen zu erfassen. Dafür braucht es der Kompetenz der Therapeut*innen.

Wer therapeutisch mit Kindern und Jugendlichen arbeitet, muss die ICD nutzen, der ein Handwerkszeug ist, sich im Gesundheitswesen zu verständigen. Es sind Versuche, Landkarten zu erstellen. Doch eine Landkarte ist nicht die Landschaft. Sie hebt hervor und lässt weg, kann der Orientierung dienen, aber nicht die Einzigartigkeit des subjektiven Erlebens eines jeden Kindes und eines jeden Jugendlichen erfassen.

Joe kam mit seinen Eltern in die therapeutische Behandlung. Er hatte als 13-Jähriger Probleme in der Schule und wollte nicht mehr dorthin. Von einem Arzt hatte er die Diagnose „ADS“ erhalten und die Empfehlung, ein entsprechendes Medikament einzunehmen. Die Eltern waren skeptisch und brachten Joe zur Therapie. Joe meinte, dass das Problem nicht bei ihm läge, sondern bei der „doofen Schule“.

*Als er anfang zu erzählen, wollte er kaum aufhören. Seine Mitschüler*innen mochte er nicht. Sie interessierten sich nur für Fußball und Mädchen. Er interessierte sich für Musik. Die Lehrer wollten, dass er ganz viel auswendig lernte, „immer nur Vokabeln und so“. Er meinte: „Ich weiß das alles oder fast alles, aber die Fragen und Aufgaben bei den Arbeiten sind so blöd, dass ich gar keine Lust habe, zu schreiben, was die wollen.“*

So ging es weiter. Ich fragte und er erzählte. Von einem Aufmerksamkeits-Defizit war nichts zu bemerken. Es schilderte sehr aufmerksam seine Umgebung und seine Reaktionen. Ich fragte natürlich nach seiner Musik: „alles mit Schlagzeug und Gitarre“. Seine Augen leuchteten ... Er spielte mit Lieblingsstücke vor und konnte genau erklären, was sie ihm hervorriefen und wie sie aufgebaut waren. Wir vereinbarten mit den Eltern, dass er

regelmäßig Gitarre spielen durfte (ein Onkel lieh ihm seine) und sich zum Geburtstag und zu Weihnachten ein Schlagzeug wünschen durfte.

Der therapeutische Prozess ging weiter und brachte weitere Verbindungen zwischen seinen Schulproblemen und seinen Erfahrungen hervor. Doch schon der Blick auf seine musikalische Leidenschaft und die Erlaubnis, ihr nachzugehen, stärkte ihn und bewirkte eine gelasseneren Haltung zur Schule.

Sicherlich gab es Anzeichen, Symptome und Phänomene, die Arzt zu seiner Diagnose veranlassten. Eine solche Spur sollte ernst genommen werden. Doch der phänomenologisch geweitete Blick öffnete die Wahrnehmung für weitere Phänomene und neue Spuren.

Das gilt auch für andere Diagnosen. Wenn bei Kindern oder Jugendlichen zum Beispiel ein Trauma bzw. eine Traumafolgestörung diagnostiziert wird, so ist das wichtig. Und doch müssen möglichst viele Phänomene wahr- und ernstgenommen werden. Denn jedes Erleben eines Kindes oder Jugendlichen ist anders, auch wenn es Ähnlichkeiten gibt. Die Folgen solcher Belastungen unterscheiden sich, genauso wie das soziale Umfeld differiert und die Möglichkeiten, Hilfe zu erhalten und die Traumafolgen zu überwinden. Solche Besonderheiten zu erkunden und zu erschließen, wird vor allem durch die therapeutische Beziehung zu dem Kind und dem oder der Jugendlichen ermöglicht. In der Beziehung zwischen Therapeut*in und Kind bzw. Jugendlicher werden Leiden und Stärken deutlich. Insofern ist leiborientierte Diagnostik im Wesentlichen eine Beziehungsdiagnostik. Darauf werde ich konkret in weiteren Kapiteln eingehen.

Diese Beziehungsdiagnostik kann nicht nur Momentaufnahmen erfassen. Sie ist prozessorientiert, kein einmaliger Akt, der durch die Anamnese oder das Ausfüllen eines Fragebogens beendet ist. Schon das Vorgespräch für eine Therapie kann heilend wirken, wenn sich die Therapeutin oder der Therapeut für das Kind oder die Jugendlichen bzw. die Eltern interessiert und versucht, Verständnis aufzubringen. Das Bemühen um Einsicht ist schon ein Teil der therapeutischen Beziehung und wirkt in der Beziehung zu dem Kind zumindest in kleinen Anfängen verändernd. Dieser Prozess setzt sich fort. Diagnostik und Therapie vollziehen sich nicht in getrennten Phasen, sondern in einem laufenden Prozess. Dies wird zunehmend auch in der Psychiatrie und klinischen Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen konstatiert:

„Da Psychotherapie auch auf hypothesengeleiteten Entscheidungen gründet und zu Veränderungen führt, beinhaltet die Behandlung zugleich fortlaufend eine Diagnostik.“²

² Warnke, A.; Lehmkuhl, G. (2011): Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland. Stuttgart. S.45