

Udo Baer

Kinderwürde in Aktion

Beziehungsfokussierte kreative Therapie mit Kindern und Jugendlichen

Ein Lehr- und Praxisbuch

Lieferung: Nr. 7

Datum: 21.05.2021

Block B: Würdigen, was ist – diagnostische Zugänge zu Kindern - Kapitel 2:

©Semnos Verlag Udo Baer

Die phänomenologische Methode und die diagnostische Spirale

In unserer Diagnostik verwenden wir die phänomenologische Methode. Das Wort „Phänomen“ entstammt dem Altgriechischen und beschreibt die konkreten Erscheinungen eines Gegenstandes oder eines Lebewesens. Schon Plato unterschied zwischen Kategorie und Phänomen. Ein Phänomen ist das, was über die menschlichen Sinne zugänglich ist. Lange beschäftigten sich die Philosoph*innen nur mit den Kategorien und bauten daraus ihre philosophischen Systeme. Edmund Husserl (1859-1938) führte die Phänomene wieder in die Philosophie ein. Er unterschied dabei zwischen den Phänomenen und der Welt, wie sie uns erscheint, und einer Welt, wie sie „an sich“ ist. Er suchte nach dem „Wesen der Dinge“, forderte aber, die Erscheinungen der Dinge nicht mehr von deren Wesen zu trennen. „Die eigentliche Wesensart des Gegenstandes ist also nicht irgendwo *hinter* den Phänomenen verborgen, sondern entfaltet sich gerade in ihm.“¹

Maurice Merleau-Ponty (1908-1961) vertiefte und erweiterte die Phänomenologie zur Leibphänomenologie. Auf seinen Erkenntnissen beruht unser phänomenologischer Ansatz.² Merleau-Ponty geht von der Überlegung aus, dass der Mensch, der Dinge

¹ Zahavi, D. (2007): Phänomenologie für Einsteiger. Paderborn. S. 15

² Baer, U.; Frick-Baer, G. (2019): Würdigen, was ist. Praktische Phänomenologie. Berlin

wahrnimmt, auch zu den Phänomenen gehört, und dass die Leiblichkeit des Menschen in all ihren Facetten die Wahrnehmung beeinflusst und prägt.

Karl Jaspers (1883-1969) und Thomas Fuchs führten diesen Ansatz fort und entwickelten ihn weiter. Jaspers³ nutzte die phänomenologische Methode vor allem als ein Erfassen der empirisch-sinnlich zugänglichen Phänomene. Er suchte nicht nach einem „Wesenskern“ psychiatrischer Erkrankungen, sondern suchte nach Zusammenhängen von Phänomenen, was wir heute als Muster bezeichnen. Es ging ihm darum, sinnergebende Zusammenhänge von Phänomenen zu erfassen. Seinen Ansatz nannte er „Verstehende Psychologie“. Thomas Fuchs führte diesen Ansatz fort und konkretisierte ihn: „Die Arbeit der Leibphänomenologie ist daher auch die Suche nach einer Sprache der leiblichen Erfahrung, die uns hilft, den Kranken in seiner leiblich-räumlichen Existenz zu verstehen und für sein Erleben gemeinsame Worte zu finden. Dabei ist es von zentraler Bedeutung, dass nicht nur objektivierbare Fakten erfasst und gesammelt werden, sondern auch die Subjektivität gewürdigt wird.“⁴

Wir haben darauf aufbauend das Konzept der „phänomenologischen Untersuchungsmethode“ formuliert⁵, das wir in unseren Forschungsprojekten und in der Diagnostik benutzen. Es beinhaltet mehrere Schritte.

Der erste Schritt besteht darin, einen Untersuchungsgegenstand zu definieren. Dies geschieht im therapeutischen Prozess oder auch in vielen pädagogischen und ähnlichen Settings zumeist darüber, dass ein Leiden bekannt wird und ein Kind bzw. dessen Eltern Hilfe suchen.

Der neunjährige Rene leidet unter nächtlichen Angstattacken. Oft schreckt er auf, schreit manchmal, hat Alpträume, an die er sich aber nicht mehr erinnert, und weint. Er kriecht dann hilfeschend zu seinen Eltern ins Bett.

Indem die Eltern von Rene und auch er selbst Hilfe suchen, ist der Untersuchungsgegenstand vorgegeben.

³ Jaspers, K. (1948/2013): Allgemeine Psychopathologie. Berlin, Heidelberg

Fuchs, T. et al. (2013): Karl Jaspers. Phänomenologie und Psychopathologie. Freiburg

⁴ Fuchs, T. (2000b): Psychopathologie von Leib und Raum. Phänomenologisch-empirische Untersuchungen zu depressiven und paranoiden Erkrankungen. Darmstadt. S. 207

⁵ Baer, U.; Frick-Baer, G. (2006): Über die phänomenologische Untersuchungsmethode am Beispiel der Bibliothek der Gefühle. In: *therapie kreativ*. Heft 43. Neukirchen-Vluyn

Baer, U.; Frick-Baer, G. (2008a): Das ABC der Gefühle. Band 1 „Bibliothek der Gefühle“. Weinheim

Im zweiten Schritt ist es notwendig, die eigenen Vorurteile und Vorannahmen zu erkennen und von ihnen möglichst einen Schritt beiseite zu treten. Wir Menschen haben alle Vorannahmen, auch Therapeut*innen. Wer zuletzt zum Beispiel mit einem Kind gearbeitet hat, das unter ähnlichen Ängsten litt, und dabei entdeckt hat, dass sich dahinter eine traumatische Erfahrung sexueller Gewalt verbarg, dem wird diese Annahme vielleicht oder wahrscheinlich in den Sinn kommen. Das ist normal und selbstverständlich. Wir Menschen reagieren auf neue Situationen, indem wir uns an Erfahrungen mit ähnlichen Situationen erinnern und daraus Schlussfolgerungen abzuleiten versuchen. Doch diese Vorannahme kann gefährlich sein, weil sie den Blick einengt und weil der Zusammenhang bei Rene ganz anders sein kann als bei dem Kind zuvor. Deswegen ist es richtig und wichtig, die eigenen Erfahrungen und damit auch die Vorannahmen zu beachten und ernst zu nehmen. Doch gleichzeitig ist es notwendig, sich von ihnen möglichst frei zu machen. Ich verwende dabei den Begriff, die Vorannahmen möglichst „einzuklammern“. Dies hat sich als hilfreich erwiesen.

In einem dritten Schritt werden möglichst viele Phänomene gesammelt: Wann tritt die Angst bei Rene auf? Jede Nacht? Nur in bestimmten Nächten? Was war vorher? Wo wird sie im Körper gespürt? Wie lange dauert sie an und wie heftig ist sie mit Erregung verbunden, mit Bildern oder mit anderen Impulsen? Welche Rolle spielen Ängste in der Familie? Gibt es bei ihnen nächtliche Unruhe und Angstattacken? Hier geht es darum, Muster zu erkennen und zu erfassen und damit Wege der Veränderung zu eröffnen. Die Musterbildung und das Erfassen von Mustern beschreibe ich im nächsten Kapitel.

Diese phänomenologische Untersuchungsmethode und damit unser diagnostischer Ansatz ist kein einmaliger Akt, wie schon im vorigen Kapitel beschrieben, sondern ein Prozess. Er zeigt oberflächlich betrachtet einen kreisförmigen Ablauf. Es werden gemeinsam mit Kind und Eltern oder anderen Erziehungsberechtigten Phänomene gesammelt und es wird nach Mustern gesucht. Dann macht der Therapeut oder die Therapeutin mit dem Kind im therapeutischen Prozess neue Erfahrungen und entdeckt neue Phänomene und gewinnt neue Erkenntnisse. Diese fließen wieder in die Diagnostik und in die therapeutische Praxis ein. Dabei werden wieder neue Phänomene und Musterbildungen erkannt usw.. Dieser kreisförmige Prozess ist allerdings kein Kreis, der sich auf einer Ebene wiederholt. Mit jeder neuen Erfahrung, mit jeder neuen Einsicht entwickeln sich Diagnostik und Therapie auf einem neuen Niveau. Ich bezeichne ihn deshalb als eine diagnostische Spirale. Der Kreis

entwickelt sich weiter, vollzieht größere und kleinere Durchmesser und erhebt sich auf ein immer neues Plateau. Diese diagnostische Spirale ist zentral für unser Grundverständnis in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen.