

Passt angepasst – gesellschaftliche Diskurse in der Psychotherapie

Sabine Klar und Lika Trinkl (2016 und 2017)

Literaturempfehlungen

Zur Psychotherapie im Neoliberalismus

Grubner, A.: Die Macht der Psychotherapie im Neoliberalismus. Eine Streitschrift. Mandelbaum Kritik & Utopie, 2017

Zum Machbarkeits- und Leistungsdiskurs:

Sieben, A; Sabisch-Fechtelpeter, K.; Straub, J. (Hrsg.): Menschen machen. Die hellen und die dunklen Seiten humanwissenschaftlicher Optimierungsprogramme. Transcript 2012

- *Das Reale ist durch das Potentiale kontaminiert, Wirkliches so sehr dem Diktat des Möglichen unterstellt, dass es eigentlich nur noch als etwas Verbesserungsbedürftiges, -würdiges und -fähiges vorhanden ist (18)*
- *V.a. in Kulturen, in denen Technisierungsprozesse eine zentrale Rolle spielen; in eine Säkularisierung religiöser Heilsideen eingebettet; Versprechen, dass alles immer besser und rundum gut werden könnte; tiefsitzender Wunsch nach Vollkommenheit (18)*
- *Wichtig ist die Unterscheidung zwischen traditionellen Weisen der Selbstformung und jüngeren Modi einer wissenschafts- und technikbasierten Menschenverbesserung; P: narzisstische Größen- und Allmachtsphantasien. (473)*
- *Pth ist tlw. mächtiger Beistand bei der Optimierung und Normierung; jeder Imperativ nach dem Muster: „Du musst dein Leben verändern!“ hat seine Schattenseiten (485)*

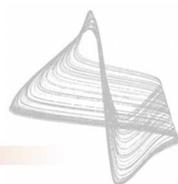
Menschen besser machen (S.27ff)

- *Ein Subjekt optimiert ein Objekt*
- *Es geht dabei um ein Drittes (Gegenstand z.B. Verhalten, Körper)*
- *Es setzt Wissen voraus*
- *Und verlangt Kriterien (qualitative und quantitative)*
- *Optimierungen sind geschichtlich und kulturell kontextualisierte sowie sozial situierte Handlungen; multifaktoriell bestimmt und polyvalent; Kontexte und Situationen besitzen Aufforderungscharakter; Techniken schaffen häufig auch einen Bedarf, der ihren Einsatz verlangt und ihren Gebrauch rechtfertigt; wecken Nachfrage*
- *Es sind stets bestimmte Seiten von Menschen und ihrem Leben, die zum Gegenstand von Verbesserungen gemacht werden; meist geht es um die Steigerung der Leistungsfähigkeit, um Kompetenzsteigerung*
- *Problem ist, dass psychosoziale Phänomene technischen Vorbildern angeglichen werden (verinnerlicht); die Funktions- und Effizienzkriterien werden gleich mit übernommen; Folge: mechanisch-technomorphe Metaphern für Menschen; Steigerung und Überbietung menschlicher Fähigkeiten und Fertigkeiten in einer Kultur exzessiver Konkurrenz und Beschleunigung; Selbstinstrumentalisierung; Selbstverdinglichung; letztlich steht das vom Menschen erlebte Leben zur Debatte*

- Nutznießer_innen gelingender Optimierungen sind Menschen, die von den Optimierungen anderer profitieren (Selbst- und Fremdtäuschungen)
- Anders ist es, wenn die Person im Zeichen eines reflektierten Selbst- und Weltverhältnisses gestaltet; dem nachspüren und sukzessive erkennen, was mir wichtig ist; dazu bedarf es eines Subjektes, das sich zu sich und seinen Selbst- und Weltverhältnissen verhalten kann
- Da geht es um Selbstgestaltung, Selbstbestimmung, Selbstinterpretation, Selbstverstehen, um Autonomie (Urheberschaft, Freiwilligkeit, Informiertheit i.B. auf langfristige, tiefe Wünsche; die Selbstformung vollzieht sich langsam und kommt an kein Ende; sie ist immer mit partieller Selbstkritik verbunden; berücksichtigt auch die Grenzen der Selbstformbarkeit; auch der Überforderung entzieht man sich durch Selbstformung (andere Haltung entwickeln; Selbstakzeptanz); Glück in der Verfolgung von Lebensplänen; Ausrichtung an dem, was wir für gut halten. (Kipke, 293ff)
- Sozial: kontingente Hervorbringungen kreativer Akteure, die keineswegs im Voraus genau wissen, was sie unter den gegebenen Umständen tun bzw. ob sie die Implikationen des Handelns durchschauen
- Vollkommenes erlebt nur, wer bisweilen ablässt vom eigenen Streben und Handeln und gelassen lässt bzw. zulässt (S.61); andererseits ist die Sehnsucht nach Vollkommenheit eine der reichsten und tiefsten Quellen menschlicher Motivation (sie wurzelt in der Differenz zwischen erlebter und imaginerter Wirklichkeit; das relativ Bessere ist Feind und Diener des Vollkommenen (S.64).

Elberfeld, J: Heilung der Psyche, Optimierung des Selbst, In: Sieben, A; Sabisch-Fechtelpeter, K.; Straub, J. (Hrsg.): Menschen machen. Die hellen und die dunklen Seiten humanwissenschaftlicher Optimierungsprogramme. Transcript 2012, S. 169ff

- Die Familientherapie der 40er und 50er-Jahre befand sich in kritischer Abgrenzung zur Psychiatrie (die Umwelt muss sich ändern – nicht das Individuum); seit den 80er-Jahren wird im Rahmen des systemischen Ansatzes die Individualtherapie wieder entdeckt ;
- es finden sich zunehmend therapeutische Technologien des Selbst mit dem ökonomischen Paradigma der Leistungssteigerung und der ständigen Verbesserung; dabei geht es weniger um die Heilung psychischer Krankheiten als um die Arbeit am Selbst oder die Wiederherstellung funktionaler Kommunikationsmuster (P: Ratgeberliteratur); Anwendbarkeit von allem und jedem
- hinzu kommt: die Verwissenschaftlichung des Sozialen
- Die Ressourcen der Klient_innen rücken in den Mittelpunkt; systemische Therapie ist eine Technik, mit der man die individuelle Handlungsfähigkeit zu steigern hoffte; sukzessive Ökonomisierung
- Coachingangebote konstituieren das unternehmerische Selbst; systemisches Coaching dient zuerst (v.a. bei Führungskräften) dem Erhalt und der Steigerung der beruflichen Leistungsfähigkeit und weniger dem persönlichen Wohlbefinden; damit grenzt es sich von Pth ab (neue Leitunterscheidung ist Leistung); die Konzepte des systemischen Coachings als Selbstmanagement werden i.B. auf verschiedene Bereiche übertragen (Sinn, Körper, Gefühle, Glück usw.); auch beim erschöpften Selbst schafft Coaching Abhilfe (Work-Life-Balance; Wellness – Optimierung des Gesundheitsbegriffs; man muss ständig an allem „arbeiten“
- Ökonomische Rationalitäten der Leistungssteigerung und des Wettbewerbs ziehen auch in den therapeutischen Diskurs ein (Anm.SK: und den der potentiellen Überweiser); Anwendung therapeutischer Techniken jenseits der medizinischen Behandlung psychischer Krankheiten; Orientierung weniger an der Normalität als an einem Optimum (Wettbewerbslogiken, Konkurrenz)



Heiner Keupp: Wider die soziale Amnesie der Psychotherapie und zur (wieder) Gewinnung ihres politischen Mandats (<http://www.systemmagazin.com>)

- Pth braucht eine Gesellschaftsdiagnostik (kritisch-reflexive Achtsamkeit für die strukturellen Bedingungen menschlichen Lebens und Leidens)
- P: Menschenbildannahmen (maximale Selbstkontrolle; Psychotechnologien; Arbeit an der eigenen Identität wird zum unabschließbaren Projekt – genauso wie die Herstellung von lebhaften Alltagswelten)
- Wir werden zu Komplizen des Status quo
- Gergen feiert einen neuen Menschentypus, das proteische Selbst (neoliberale Narrationen betonen die grenzenlose Plastizität der menschlichen Psyche; das entspricht den Flexibilitätsforderungen in der Arbeitswelt)
- man muss vom Zweifel zum Engagement kommen, aber wie finden Opfer zur Handlungsfähigkeit, zum tätigen Leben?; Verwirklichungschancen des Lebens; Freiheitsgedanke im Zentrum, aber nicht „fit for freedom“

Zum Störungsdiskurs:

Tom Levoid: Problem, Störung, Krankheit – Metaphern in der Psychotherapie. DVD 2011

T.L. spricht davon, dass es nötig ist, sich ein breites Repertoire an Metaphern aufzubauen (viel Lesen; Romane!); das Sprechen der Klienten aufgreifen; Identifizierung von Leitmetaphern, die immer wieder auftauchen; auf die Passung zwischen Pth und KI achten; die eigenen Metaphern/ Prozessphantasien über Pth kennenlernen. Pth kann metaphorisch viel mehr sein als Behandlung (!) von Störungen, die Heilung (!) von Krankheiten, die Reparatur (!) eines Fehlers – z.B. Pth als Reise, Reinigung, Problem (auf)lösung; Training, Spiel, Tanz, Unterricht, Kriminalistik, Geschichtsforschung, Gerichtsverhandlung, Arbeit, Nahrung usw.

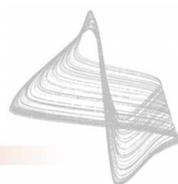
Was ist der Fall? Und was steckt dahinter? Diagnosen in systemischer Theorie und Praxis; Interview von Johanna Schwetz-Würth mit Tom Levoid; 2016; <http://systemmagazin.com/was-ist-der-fall-und-was-steckt-dahinter-diagnosen-in-systemischer-theorie-und-praxis-3/>

JSW: Hat die Anerkennung als Richtlinienverfahren abgesehen von der Erstellung einer Diagnose noch weitere Konsequenzen für Durchführung und Inhalte der Therapie selbst?

TL: Das ist eine der interessanten Fragen, die wir uns stellen müssen, da wir von unserer Geschichte her immer eher diagnosekritisch aufgetreten sind. Für mich geht es weniger um die Frage „Diagnose ja oder nein“, sondern um die Frage, was bedeutet eigentlich Diagnostizieren, anhand welcher Kriterien macht man sich ein Bild von dem, was das Problem ist, das es zu bearbeiten gilt? Wenn wir unseren kritischen Blick behalten wollen, können wir viel aus der Geschichte der Verhaltenstherapie lernen, die in den 60er Jahren als entschiedene Kritikerin diagnostischer Verfahren aufgetreten und heute eine der Hauptverfechterinnen der Klassifikationen von ICD und DSM ist. Die ist durch ihren Einstieg ins Gesundheitssystem so mutiert, dass sie ihre Ausgangsposition heute gar nicht mehr erinnert.

...

JSW: Ich fand es spannend, Ihre Ankündigungsbriefe zu lesen (www.wasistderfall.de) und die beschriebene mögliche Gefahr, die durch die Diagnosestellung bestünde. Das hat bei mir als Österreicherin, die gegenüber den Krankenkassen ständig mit Diagnosen arbeiten muss, ein leichtes Kopfschütteln ausgelöst. Wo kommt die Angst her?



TL: Angst ist vielleicht übertrieben. Der spannende Punkt für mich ist: welchen Stellenwert haben Diagnosen überhaupt für die Durchführung von Therapie. Das kann man relativ klar beantworten: keinen besonders Großen. Ich mache seit 35 Jahren Supervision in der Psychiatrie. Da muss immer eine Diagnose gestellt werden, damit man eine Leistung abrechnen kann. Aber danach interessiert das niemanden mehr. In Hinblick auf die Frage, was ist denn hier der Fall, wie wollen wir daran arbeiten, was bedeutet das therapeutisch, ... spielt es keine zentrale Rolle mehr. Laut einer Studie ist für den größten Teil aller ambulant niedergelassenen Therapeuten nach einem Jahr nicht mehr bedeutsam, was anfangs die Diagnose war. Für den konkreten Behandlungsverlauf spielt es also keine Rolle, es sei denn man arbeitet hochgradig manualisiert. Und hier ist natürlich auch die wichtige Frage: Wollen wir manualisiert arbeiten? Insofern, so könnte man sagen, ist Diagnostik wichtig, um im Gesundheitssystem Leistungen abrechnen zu können, darüber hinaus ist sie wichtig, um Forschung machen zu können. Den therapeutischen Nutzen halte ich für begrenzt.

Was aber auf jeden Fall gilt: Wir erzeugen natürlich mit Diagnosen eine bestimmte Realität. Angesichts der Zeitknappheit und der geringen Möglichkeiten, in der alltäglichen Praxis die eigene Arbeit zu reflektieren, besteht hier die Gefahr, die Wirklichkeitskonstruktionen, die wir mit unseren Diagnosen erschaffen, für eine Beschreibung der Realität zu halten.

...

JSW: Wenn alles so läuft, wie Sie es sich wünschen: mit was für Gedanken gehen die Teilnehmer_innen aus dem Kongress raus?

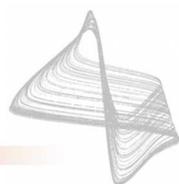
TL: Die gehen hoffentlich mit dem Gedanken raus: „so habe ich noch nicht über Diagnostik nachgedacht, das ist was Neues für mich“. Es geht darum, dass diejenigen, die glauben, schon alles zu wissen, sagen: „So habe ich das eigentlich noch gar nicht gesehen.“ Und dass die, die sagen: „Diagnostik, damit will ich mich doch gar nicht belasten.“, sagen: „Na, da muss ich vielleicht nochmal anders drüber nachdenken.“ Uns ist schon sehr wichtig, deutlich zu machen, man kann nicht nicht diagnostizieren. Die Idee, wir konzentrieren uns ausschließlich auf die Beobachtung 2. Ordnung und müssen uns dann nicht mehr mit den Beobachtungen 1. Ordnung – und das sind unsere Diagnosen ja zunächst – auseinandersetzen, macht keinen Sinn. Auf jeden Fall erzeugen wir mit unseren Beobachtungen Wirklichkeiten, die dann auch Auswirkungen auf unsere Praxis haben. Wenn das rüber kommt, dann wären wir ziemlich happy.

Britten, Uwe: „Wir dürfen ‚Sinn‘ nicht medikalisieren“. Interview mit Tom Levold; Aerzteblatt.de, PP 16, Ausgabe Januar 2017, S. 16

U.B: Jede Profession hat ihre eigenen handwerklichen Standards. Gehört in der Psychotherapie das Diagnostizieren dazu?

Levold: Grundsätzlich muss man vorausschicken, dass wir als Therapeuten nicht diagnostizieren können. Die Frage ist also weniger, ob man diagnostiziert, sondern aus welcher Perspektive man beobachtet und welche Kriterien und Kategorien man benutzt. Da gibt es unter den Psychotherapeuten und erst recht zwischen den verschiedenen Schulen große Unterschiede. Manche betrachten die Erstellung einer formalen Diagnose nach ICD schon als Teil der Therapie. Systemiker würden eher postulieren, dass Diagnostik – wie Forschung und Wissenschaft auch – zur Umwelt von Psychotherapie gehört, zum Beispiel um Therapien mit den Kassen abrechnen zu können. Für die Wahl einer therapeutischen Vorgehensweise ist die Vergabe einer formalen Diagnose nicht zwingend.

U.B.: Die Zuweisung etwa der F-Ziffern nach ICD halten Sie lediglich für einen Verwaltungsakt, der die Finanzierung sichert?



Levold: Nicht „lediglich“, denn das ist natürlich ein ganz zentraler Punkt. Das Gesundheitssystem braucht Kriterien um zu entscheiden, welche Leistungen bezahlt werden sollen. Es geht also um Ressourcenverteilung. Die Frage ist dann aber immer noch: Was hat das mit dem therapeutischen Prozess zu tun? Brauchen wir die Einordnung unter einer F-Ziffer aus therapeutischen Gründen oder verlassen sich Psychotherapeuten nicht vielmehr auf andere Möglichkeiten der Einschätzung ihrer Klienten? Darüber gehen die Meinungen doch deutlich auseinander. Der kritische Diskurs zur herrschenden Diagnostik ist ja überhaupt nicht neu, bekam aber durch die Auseinandersetzungen um die neue Version 5 des amerikanischen DSM wieder größere Aufmerksamkeit.

U.B.: Trotzdem bieten Diagnosen mit den entsprechenden Einordnungen von Symptomen eine Orientierung ...

Levold: Das stimmt. Allerdings wird dabei oft übersehen, dass es sich lediglich um eine Beobachtung handelt, also um eine Konstruktion durch den Beobachter. Das, was sich zum Beispiel hinter „F 42“ verbirgt, existiert nicht irgendwo, ist keine eigene „Entität“, sondern ist eine Wahrnehmungskonstruktion. Jede diagnostische Einschätzung hat ihre Stärken und ihre Schwächen, sie ermöglicht Vergleiche oder bietet Zugang zu bestimmten Formen des Erfahrungswissens, erzeugt aber auch neue Probleme. So werden psychische und soziale Probleme in unserem medikalisierten Diagnostiksystem zu individuellen Krankheiten oder Störungen und ihr Verständnis wie ihre Behandlung wird damit aus ihrem Entstehungskontext herausgelöst. In der Folge werden Krankheiten und Störungen behandelt, aber keine Menschen in ihren relevanten sozialen Bezügen.

U.B.: Viele psychisch beeinträchtigte Menschen sammeln im Laufe ihres Lebens einen ganzen Katalog von Diagnosen an – wie erklären Sie das?

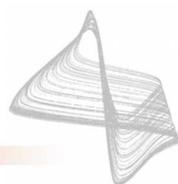
Levold: Als Supervisor psychiatrischer Kliniken bin ich immer wieder beeindruckt, wie viele verschiedene Diagnosen sich in den immer dicker werdenden Akten von Patienten finden, die schon eine psychiatrische Karriere aufzuweisen haben. Die Diagnosen hängen stark davon ab, was die Patienten bei der Aufnahme gezeigt haben, wer sie jeweils aufgenommen hat, mit welchen Kriterien die diagnostizierenden Personen gearbeitet haben oder wie Diagnosen im Laufe der Zeit während einer stationären Unterbringung abgewandelt werden. Genau daran sieht man ja schon, wie sehr die Diagnose vom Beobachter und seinen Kriterien abhängig ist und eben nicht von einer irgendwie unabhängig existierenden „Krankheit“. Dennoch ist gegenwärtig eine ICD-Kodierung schon aus ökonomischen Gründen zwingend.

U.B.: Was bedeutet das für die Behandlung und den therapeutischen Prozess?

Levold: Die Orientierung an Leitlinien wie auch die Vergabe von Diagnosen bezieht sich immer auf statistische Phänomene, ohne dass der behandelnde Therapeut schon eine Idee davon hätte, was für den individuellen Behandlungsprozess hilfreich ist. Wir lernen also Ähnlichkeiten in Symptomen zu gruppieren und sortieren Klienten dann entsprechend zu. Aber ob das eine gute Beschreibung der Problemlage dieses Menschen ist, das bleibt doch die Frage.

U.B.: Welche Bedeutung hat die Diagnose im fortschreitenden Therapieprozess?

Levold: Man kann zunächst einmal sehen, dass die Bedeutung der Diagnose für den Therapeuten während des Therapieprozesses immer weiter nachlässt. Im Laufe der Zeit werden die Schilderungen der Probleme von Klienten seitens der Therapeuten zunehmend interaktions- und alltagsnäher. Hier zeigt sich, dass vieles von dem, was am Klienten wahrgenommen wird, von den Diagnosesystemen gar



nicht erfasst werden kann. In der Therapie sehen wir zunehmend den Menschen hinter der Diagnose. Dann werden auch ganz anderen Themen wichtig. Andernfalls kann eine Diagnose auch zum Etikett werden, das die gesamten Beziehungen der Klienten prägt und auf diese Weise zu einer Chronifizierung beitragen kann. Das Netzwerk kritischer englischer Psychiater (www.criticalpsychiatry.co.uk) fordert übrigens auch aus diesen Gründen die Abschaffung der formalen Diagnoseklassifikationen ICD und DSM. Jeder Therapeut muss sich von seiner Diagnose auch wieder lösen können.

U.B.: Das klingt jetzt so, als sei die Diagnose zunächst einmal dazu da, dem therapeutischen Personal Sicherheit zu geben, nicht dem Klienten.

Levold: Für viele Klienten ist schon auch wichtig, dem, worunter sie leiden, einen Namen geben zu können, insofern kann eine Diagnose auch einem Klienten Sicherheit vermitteln. Für mich steht aber die Interaktion und Kommunikation mit dem Klienten im Fokus des therapeutischen Arbeitens, weniger das Abfragen standardisierter Symptomlisten.

U.B.: Würden Sie sagen, dass eben diese Standardisierungen den Zugang zum individuellen Klienten sogar behindern können?

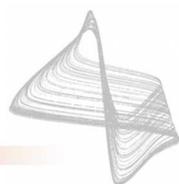
Levold: Wenn wir zu sehr an den Symptomen und der Einordnung unter eine Diagnose kleben, dann beeinflusst das auf jeden Fall unsere Interaktion. Was wollen wir beim Klienten finden? Seine Defizite, die wir als Symptome beschreiben und zu Diagnosen zusammenfassen? Oder vielleicht seine Möglichkeiten und Ressourcen, seine Interaktionsmuster, mit denen wir selbst in der Therapie arbeiten können? Wir müssen ja die Funktion des problematischen Verhaltens im sozialen Kontext des Klienten sehen. Wie trägt die Aufrechterhaltung dieses Verhaltens zur Stabilisierung seines Beziehungskontextes bei? Diese Fragen sollten uns stärker interessieren.

U.B.: Nun stehen natürlich die Diagnosen meistens schon im Raum, ob man will oder nicht, oder der Klient bringt sie sogar mit in die Therapie.

Levold: Dabei spielt zunächst einmal eine Rolle, dass und wie sich ein Klient selbst beobachtet. Mit seiner Selbstdiagnose geht eine Problembeschreibung einher. Und es ist wichtig zu sehen, welche Erfahrungen ein Klient schon mit Diagnosen gemacht hat. Das muss erst einmal miteinander besprochen werden. Welche Bedeutung haben diese Bezeichnungen und Kategorien? Daran kann man anschließen, was subjektiv als Lösung oder zumindest Hilfestellung empfunden wird. Also, welches Problem hat der Klient aus seiner eigenen Sicht und welches Anliegen hat er für den Veränderungsprozess?

U.B.: Die systemische Psychotherapie war immer eine Kritikerin der standardisierten Diagnostik, will nun aber Richtlinienverfahren werden. Befürchten Sie, dass der Blick der Therapeuten in den Systemkontext verkümmern wird?

Levold: Die Kritik der Systemiker an den aus dem medizinischen Denken resultierenden Diagnosesystemen beruhte immer darauf, dass Psychotherapie an Sinnkonstruktionen von Menschen arbeitet. Wir dürfen „Sinn“ nicht medikalisieren. Psychotherapie ist kein Medikament. Die systemische Therapie schaut zum Beispiel stärker auf Bindungsmuster und auch auf die Interaktion. Die Beziehungsdynamik, die sich dabei zeigt, hat viel mit den Mustern zu tun, die in der lebensgeschichtlichen Erfahrung und der Ursprungsfamilie und anderen sozialen Kontexte entstanden sind. Diagnostik heißt hier: Wie funktioniert ein Mensch in einem bestimmten sozialen Kontext, welche

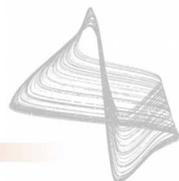


Erwartungen werden da geprägt, wie sieht es mit Abhängigkeiten, wie mit der jeweiligen Individuation aus? Die Antworten darauf sind nur aus der Beziehungsdynamik zu gewinnen. Da helfen die klassischen Symptomlisten nicht. Und bei alledem müssen wir Ressourcendiagnostik betreiben, also nicht fragen, was die Probleme und Defizite sind, sondern welche Ideen und Möglichkeiten die Klienten für Lösungen mitbringen. Dabei wird dann auch das Therapeutenerleben stärker mit einbezogen. Das alles wird auch weiterhin zum systemischen Blick gehören.

Jürgen Hargens: Diagnose – ketzerisch, hinterfragend, hilfreich?;

<http://systemmagazin.com/diagnose-ketzerisch-hinterfragend-hilfreich/>

- Gesucht wird nach Unterschieden, wobei nicht irgendein Abstraktum danach sucht, sondern ein Wesen aus Fleisch und Blut – im Bereich der Therapie eine PsychotherapeutIn oder eine ÄrztIn. Wobei nach meinem Verständnis der Unterschied, nach dem ich suche, auch „nur“ Ausfluss einer Entscheidung ist, genau danach zu suchen und nicht nach etwas anderem.
- Allerdings wird mir in Form einer Berufsausübung vorgeschrieben, welche Unterscheidungen die sind, um die es geht. Geht es um psychische Krankheit, so suche ich nach entsprechenden Auffälligkeiten – Unterscheidungen –, die sich im Leben der Person, die ich „diagnostiziere“, zeigen. Das stellt die in meinen Augen grundsätzliche Schwelle dar: zeigt sich diese Auffälligkeit „objektiv“, also messbar, oder „subjektiv“, also in der jeweils individuell-persönlichen Beschreibung der Person, die ich diagnostizieren will? Ich werde also vermutlich nicht danach suchen, inwieweit diese Person größer oder kleiner als die Durchschnittsbevölkerung ist, wie hoch das Einkommen ist, welche Farbe die Haare haben, welcher Finger der längste ist u.Ä. Aber – wieso denn nicht? Ich könnte sagen, weil es im berufsrechtlichen und fachlich-inhaltlichen Kanon nicht vorgesehen ist. Nicht, weil es keine Bedeutung haben kann, sondern weil es – per Entscheidung – nicht darum gehen soll.
- Anders gesagt – Diagnose ist nach meinem Verständnis eben keine wahre, objektive und notwendige Maßnahme, sondern Ausdruck einer grundsätzlichen Entscheidung, die ich, wenn ich in diesem Bereich professionell, d.h. im Rahmen der Rechtsnormen tätig sein will, zu akzeptieren habe.
- Eine Diagnose stellt daher in meinen Augen nichts anderes dar, als eine Geschichte, eine Erzählung, die sich im sozialen Miteinander auf eine spezifische, nicht eindeutig vorhersagbare Weise auswirkt. U.a. deshalb, weil es sich letztlich um ein kommunikatives Verhalten handelt und nach der Watzlawickschen Grundannahme, ist es nicht möglich, nicht zu kommunizieren – oder nicht zu beeinflussen oder keine Folgen zu haben.
- Das hat mich dazu angeleitet, Diagnosen gleichsam mit wohlwollendem Zweifel entgegenzutreten und viel stärker nach der „subjektiven“, also der jeweils individuell-persönlichen Beschreibung der Person, die ich diagnostizieren will, zu fragen. Anders gesagt – wenn ich psychotherapeutisch arbeite und diagnostiziere, dann interessiert mich zuallererst die subjektive Beschreibung der betroffenen Person selber. Das bedeutet für mich konkret, dass ich immer von einer Grundannahme ausgehe – mein Gegenüber ist in der Lage, (1) sich selber zu beobachten und (2) seine/ihre Beobachtungen im Rahmen einer Begegnung mitzuteilen.
- Das bedeutet nun keinesfalls, dass ich dieser Beobachtung und ihrer Beschreibung zustimmen muss. Ich begreife meine Aufgabe bei dieser Form der „diagnostischen Arbeit“ so, dass ich mich bemühe, mein Verstehen dessen, was ich mitgeteilt bekomme, zu vergrößern.
- Das stellt für mich den ersten Schritt dar. Der zweite – ebenfalls „diagnostisch“ gesehen – besteht für mich darin, von dieser Beschreibung des „Ist“-Zustandes zu einer subjektiven Beschreibung des „Soll“-Zustandes überzuwechseln. Und an eben dieser Stelle sehe ich einen Unterschied zur vorherrschenden Idee von „Diagnostik“ – in der Berufsausübung soll die Diagnostik zu Beschreibungen (Erklärungen) der Symptomatik, der Ursachen und letztlich der



richtigen daraus ableitbaren Therapie führen. Nach meinem Verständnis dient die „klassische Diagnostik“ – Befunderhebung als Startpunkt – dazu, die Grundidee der linealen/linearen Kausalität zu stärken. Aus den Befunden leitet sich die Maßnahme ab.

- **Ich stimme dem nur insoweit zu, als sich nach meinem Verständnis aus der Diagnose der Befunde im psychotherapeutischen Bereich nicht zwangsläufig die oder die richtige Maßnahme ableiten lässt. Im psychotherapeutischen Bereich geht es nach meinem Verständnis – ich verweise dazu auf lösungsfokussierte Ansätze – darum, aus der „Diagnose der subjektiven Ziele“ – was nur die Person selber leisten kann – die Fähigkeiten der Person herauszuarbeiten, die ihr helfen, ihre Ziele zu erreichen.**
- **Klassische Diagnostik und Symptombefund stellen nach meinem Verständnis sozialrechtlich gesehen nichts anderes dar, als die Eintrittskarte in das Gesundheitssystem (das besser Krankheitssystem hieße), um die entsprechenden Leistungen preiswerter zu bekommen. Preiswerter aufgrund der Krankenversicherung. Nicht kostenlos, weil das das System nicht mehr zu leisten imstande ist. Und durchaus nicht wirksamer, zumal es keine Verpflichtung zu geben scheint, die Wirksamkeit des Handelns zu evaluieren, sondern vor allem die Übereinstimmung mit den derzeitigen Rechtsnormen.**

Hilarion Petzold: Menschen sind keine „Fälle“ – prekäre Implikationen für den systemischen Diskurs; <http://systemmagazin.com/menschen-sind-keine-faelle-prekaere-implikationen-fuer-den-systemischen-diskurs/>

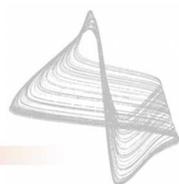
- Für uns steht das „systemisch“ für **prozessuale Entwicklungsbegleitung**
- Solange im systemischen Ansatz keine hinlänglich konsistenten und in der systemischen Szene keine hinlänglich konsensuellen Positionen zum Menschenbild, Weltbild und zur Frage des „Freien Willens“ und damit auch zur Ethik sowie zum Body-Mind-Problem (in der IT „Körper-Seele-Geist-Welt-Problem“) oder zum „Subjektverständnis“ oder zur Sicht der Persönlichkeit gefunden werden, ist die Diagnostikfrage nicht wirklich zu diskutieren.
- „Fall“ bedeutet Verdinglichung, Aprozessualität. Deshalb haben wir in der Integrativen Therapie den **Fall-Begriff** seit längerem „geächtet“ – ähnlich den psychoanalytischen Unfug der „Objektsprache“, der Rede von „Objektbeziehungen“. **Objekte können sich nicht beziehen! Menschen sind ... Subjekte.** Aber das meinen wir doch, wird dann entgegnet, aber warum dann das Beibehalten reifizierender Sprache, trotz der Kritik aus den eigenen Reihen Roy Schafer (1976): A New Language for Psychoanalysis. Objekte, Fälle, Systeme? Da kommt mir unmittelbar wieder die anthropologische Frage auf: Hat die therapeutische Systemik einen Subjektbegriff, und wenn ja, welchen, und hat ein sie Intersubjektivitätskonzept, und das ist mehr als das Spiel von Kommunikationsregeln und intersystemischer Relationen? Sind diese Fragen beantwortet? **Hat sie – wie es der späte Varela mit seiner skizzierten Neurohermeneutik einzuholen versuchte – eine Theorie des Verstehens, um das „Fallverstehen“ in ein „mitmenschliches Verstehen von Menschen in belastenden Situationen“ zu transformieren?** Als Lehrender in Therapie und Supervision haben mich diese Fragen umgetrieben. Meine Konklusion: als Lehrsupervisor und wissenschaftlicher Leiter von drei-Studiengängen für Supervision im MSc-Format (Au, DUK, Krems; No Univ. Stavanger; D Beversee EAG), mache ich keine „Fallsupervisionen“ und unsere KandidatInnen schreiben keine „Fallberichte“. Ich mache „Prozess-Supervisionen“
- Multi-, inter- und transtheoretisches Arbeiten ist immer auch „systemisch“, aber dann muss man sich mit Sprache befassen, und etwas prinzipieller als unsere systemischen „narrativen Brüder“ aus Australien. An einer Wittgenstein-Debatte kommt man nicht vorbei, und man wird dann aber wahrscheinlich in einer modernen, neurowissenschaftlich und kultursoziologisch unterfangenen Hermeneutik bzw. Metahermeneutik landen



- **Patient sein, heißt, einen Rechtsstatus zu haben** (also nicht nur eine Rolle), einen Status, der grundrechtlich abgesichert ist (Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit Art. 2 II 1 GG), aus dem sich alle anderen PatientInnenrechte ableiten und auf dem alle patientInnenbezogenen obergerichtlichen Urteile basieren. Daran sollte man eigentlich nicht rühren – es geht ohnehin nicht. Also unbekümmert diagnostizieren? Nein! Es gilt nämlich immer wieder zu sehen, wie prekär, ja gefährlich Diagnosen auch sein können, Verdinglichung festscheidend, Entfremdung produzierend. Die deutsche therapeutische Systemik läuft aber mit dem „**Kundenbegriff**“ als scheinbare „Alternative“ in eine ähnliche Prekarität, weil „Kunde“ (wohl durchaus in guter Absicht) leichtfertig und ohne solide Hintergrundsanalysen gebraucht wird (oft noch mit einer fragwürdigen etymologischen Begründung, von kundig, er kommt aber von künden, in einem Wirtshaus Kunde bringen, vgl. Kluge 2005). Es wird der Kundenbegriff im falschen Kontext angewandt und es kommt mit ihm klandestin die neoliberale Markt-Macht ins Spiel, die Bourdieu zu Recht immer wieder angegriffen hat. Sie ist im Hintergrunddiskurs dieses Begriffes virulent, und das wird nicht gesehen. Mit diesem Kundenkonzept wird der Erosion der zivilgesellschaftlichen Solidaritätsverpflichtung Vorschub geleistet. Der Kundenbegriff verstellt das Faktum, dass **PatientInnen Leistungsberechtigte** sind, und eben keine „Kunden“ (von totalen Selbstzahlern vielleicht abgesehen und beim Kauf der Zeitung am Krankenhaus-Kiosk). PatientInnen – und nur diese – haben im Gesundheitssystem einen besonderen Schutz (Schweigepflicht, Datenschutz etc.), sie haben **PatientInnenrechte**
- Weder die Begriffe „Fall“ noch „Kunde“ – so verschieden sie sein mögen – scheinen mir anschlussfähig an Menschenrechtsdiskurse
- **Angesichts einer dominant defizit- und störungsorientierten Diagnostik verlangen die Richtlinienverfahren (und dahinter die Kostenträger) eine ebenso Störungen und Defizite beseitigende Therapeutik, die für Gutachterverfahren geeignet ist (so unsinnig dieses Verfahren auch ist).**
- Wichtige Fragen sind: Wem nützen die Diagnosen, wo schaden sie? Wer kontrolliert die Diagnostiker? Welche Politiken und Kontrollen muss man entwickeln, um Missbrauch zu begegnen?

Cora Schmechel, Fabian Dion, Kevin Dudek, Mäks* Roßmüller (Hg.): Gegendiagnose. Beiträge zur radikalen Kritik an Psychologie und Psychiatrie. Get well soon. Psycho_Gesundheitspolitik im Kapitalismus. Band 1; 1. Auflage, August 2015; Edition assemblage, Münster

Spannend ist die Debatte um psychische Diagnosen, die im Buch immer wieder vorkommt: Einerseits kategorisieren und stigmatisieren sie diese Menschen, etwa anhand von immer breiter gefassten Kriterien in der amerikanischen Diagnosebibel DSM-V von 2013 (Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders V), welche sogar „Trauer“ nach dem Verlust eines geliebten Menschen oder „Altersverwirrtheit“ zu behandlungsbedürftigen Störungen machen. Andererseits ermöglichen Diagnosen bei den Krankenkassen Therapie und Behandlung, sowie den Kampf um die Anerkennung, auch mit psychischer Krankheit ein „ganz normales“ Leben führen zu können. Dafür plädiert beispielsweise die selbsternannte „Irrenoffensive“ parallel zur Inklusionsbewegung Behindertener, welche sich für Barrierefreiheit und soziale Akzeptanz einsetzt. Lobenswert ist, dass im Band Autoren aus verschiedenen Disziplinen zu Wort kommen, von Pädagogik über Soziologie bis zur Psychologie; Mediziner oder Neurowissenschaftler sind allerdings leider nicht dabei. Es geht also nicht um eine pauschale Verurteilung von Psychologie und Psychiatrie, sondern vielmehr werden gesellschaftliche und historische Hintergründe herausgestellt, die zu teils verheerenden Herrschaftsstrukturen führen. Letztere münden in verschiedene Arten der Diskriminierung innerhalb der Psychiatrie, etwa Fehlbehandlung aufgrund von Rassismus und Geschlecht oder Abschiebung psychisch Kranker auf



Sonderarbeitsmärkte mit Verlust an gesellschaftlichem Status. (Rezension);
<https://www.amazon.de/Gegendiagnose-Beitr%C3%A4ge-radikalen-Psychologie-Psychiatrie/dp/3942885808>

Andreas Manteufel: Systemisches über das Leben in der Psychiatrie – die subjektive Seite der Psychiatrie. ZSTB, Jg. 35 (1), Jänner 2017

<https://www.verlag-modernes-lernen.de/zeitschriften/zeitschrift-fuer-systemische-therapie-und-beratung/aktuell>

Dieser Artikel beleuchtet von verschiedenen Seiten die Bedeutung der Subjektivität für das Arbeitsfeld Psychiatrie. Dabei geht es um die alte konstruktivistische Debatte über das Fehlen objektiver Wahrheiten, um die Bedeutung der Sichtweisen von Angehörigen, um die wertungsfreie, dialogische Gesprächskultur, aber auch um die Pflege der eigenen, subjektiven Seite als Mitarbeiter im System Psychiatrie.

Wir sprechen also, wenn wir so wollen, über das Überleben systemischer Basics in unserer Profession und Institution. Aber eigentlich sprechen wir nicht über Schulen oder Theorien, schon gar nicht über deren Wettbewerb untereinander, sondern über professionelle und menschliche Grundtugenden in einem besonders herausfordernden beruflichen Kontext. **„Was im Zeitalter der „modernen“ Informationsverarbeitung unter innewohnendem Zeitdruck für uns Psychiaterinnen und – mitarbeiter aber immer schwieriger zu realisieren wird, ist das ruhige, geduldige und zuhörende Gespräch mit unseren Patienten und ihren Angehörigen. Letztlich sollte das unsere Kunst sein: Diese ... „archaische“ Form der zwischenmenschlichen Kommunikation zu bewahren. Es ist das beste therapeutische Instrument, das wir haben.“** (S. 7)

Brigitte Ott, Heike Schader, Harald Ott-Hackmann, Tim Käsgen: Positionspapier – Diskussionspapier zum systemischen Umgang mit Störungsbegriffen, störungsspezifischem Wissen und Diagnostik. ZSTB, Jg. 35 (1), Jänner 2017

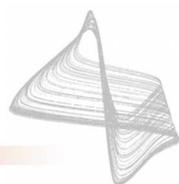
<https://www.verlag-modernes-lernen.de/zeitschriften/zeitschrift-fuer-systemische-therapie-und-beratung/aktuell>

Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Fragen, z.B.: Was wäre wenn wir die alten termini unhinterfragt und selbstverständlich nutzen?; Was wäre, wenn wir die diagnostischen Nomenklaturen als Konstruktionen von Beobachter_innen behandeln und mit systemischer Haltung hinterfragen würden?; Was wäre, wenn wir sowohl die alten Begrifflichkeiten nutzen als auch eine neue Haltung konstruieren würden?; Was wäre wenn wir was ganz Anderes, etwas ganz Neues machen würden? Wenn wir gemeinsam mit denen, die nach rat suchen, neue Begrifflichkeiten erfinden würden? Wenn wir scheinbare Gewissheiten von Krank und Gesund in Frage stellen würden? Welche wären das? Wozu wäre das gut?

Martin Riesenhuber, Sabine Riesenhuber und Cornelia Schweiger: Diagnostik in der Sozialen Arbeit Die Legende einer Debatte ohne Ende;

[http://www.forschungsnetzwerk.at/downloadpub/Paper Diagnostik in der Sozialen Arbeit.pdf](http://www.forschungsnetzwerk.at/downloadpub/Paper_Diagnostik_in_der_Sozialen_Arbeit.pdf)

- "Diagnose" geht zurück auf das griechische Wort "**diagnosis**", was **unterscheidende Beurteilung, Erkenntnis** bedeutet. Das zugrundeliegende griechische Verb ist "diagnoskein", mit der Bedeutung von "**durch und durch erkennen, beurteilen**".
- Was für ein Anspruch? Wer kann schon von sich behaupten, etwas durch und durch zu erkennen? Und das noch dazu in einem Handlungsfeld, welches durch komplexe



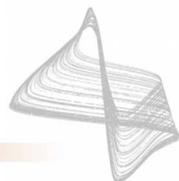
Zusammenhänge gekennzeichnet ist, und zu dessen Inhalten und Themen eben genau das nicht Messbare, das Vage, nicht Absehbare, oft eben gerade das nicht Durchschaubare gehört. Hinzu kommt der Anspruch des Beurteilens in der Wortbedeutung von "Diagnose". Plötzlich sieht sich eine Profession, welche getragen ist von ethischen Standards wertneutraler Positionen, in der Lage, Urteile bilden zu müssen. Plötzlich scheint ein traditionell hermeneutischer Zu- und Umgang mit den Menschen und Themen der Sozialen Arbeit unzureichend, und es besteht die **Forderung eines Urteils als Fazit verstehender Wahrnehmung**. Mehr noch, das Urteil soll sogar möglichst zu Beginn einer Kooperation bereits gefällt werden, damit das erst dann darauf folgende verstehende und empathische Angebot überhaupt fruchten kann. Ebenso erwähnenswert im Zuge dieser Wortbetrachtung erscheint uns die Verwandtschaft mit dem **Begriff der Prognose**, im Sinne von "etwas im Voraus erkennen". Hier knüpft dieser an sich scheinbar schon schwierige Diagnosebegriff an einen weiteren Anspruch an, nämlich den der **möglichst zuverlässigen Vorhersage**.

- Die Ableitung vom Begriff des Kenners, Beurteilers zum **Begriff der Norm** sollte ebenfalls Berücksichtigung in unserer Betrachtung finden. Normativ zu handeln und zu wirken betrifft zumeist jene Bereiche der Sozialen Arbeit, wo es um Zusammenhänge mit Zwangsmaßnahmen oder zumindest mit der ihr innewohnenden **Funktion der Sozialen Kontrolle** geht. Allein diese einfachen Betrachtungen zum Bedeutungsgehalt des Diagnosebegriffes legen nahe, dass es sich bei der Debatte um Soziale Diagnosen um mehr handeln muss, als lediglich um eine einfache Entscheidung pro oder contra Diagnose und das Entwickeln eines geeigneten Verfahrens. Dahinter verbirgt sich eine Grundsatzdebatte zu den maßgeblichen Orientierungen, Haltungen und Werten der Sozialen Arbeit. Es geht um das grundlegende Selbstverständnis der Sozialen Arbeit. Und es zeigt sich gleichzeitig ein **Ringen um Professionalität** bzw. um ein entsprechendes professionelles Selbstbewusstsein und Selbstvertrauen.
- So gibt es die Reihe jener, welche eine möglichst schnelle und objektive Vorgehensweise durch das Ausfüllen und Ankreuzen von vorgegebenen Rubriken für sinnvoll erachten. Diese Vorgehensweise bestimmt natürlich auch die Art der einzuholenden Informationen mit, indem so vor allem Daten, Zahlen, Fakten berücksichtigt werden können. Befindlichkeiten und subjektive Erlebnisqualitäten müssen auf klar benennbare und möglichst messbare Items gebrochen werden, um in **Skalen und Fragebögen** Eingang finden zu können. **Es fehlt diesen Instrumenten die Offenlegung, welches Menschenbild dahinter liegt**. Wie auch immer man Informationen sammelt, und auf welche Weise dies geschieht, immer steht mit dem damit einhergehenden oder erwünschten Erkenntnisgewinn ein **Deutungsvorgang** im Zusammenhang. Immer muss das, was am Ende vorliegt, interpretiert werden. Das führt zur Frage, in welches Konstrukt von Wirklichkeit die gesammelten Informationen eingeordnet werden.
- **Welche Welt- und Menschenbilder stehen nun hinter den gängigen aktuellen Definitionen von Diagnose in der Sozialen Arbeit?** Was wird im Wesentlichen im heutigen Verständnis von Sozialer Diagnose vermittelt? Diagnose definiert sie somit als einen Prozess der theoretisch-wissenschaftlich gesteuerten Wahrheitsfindung, welcher die Zusammenhänge von Individuum und Gesellschaft berücksichtigt und auch Problemerkhebungen in größeren sozialen Systemen vornehmen kann (vgl. STAUB-BERNASCONI, 2005, 530), und dies auf dem Hintergrund der Sozialen Arbeit als Menschenrechtsprofession.
- Als diagnostische Zwecke nennt er einerseits das **Gewinnen eines Überblickes und andererseits das Finden von Ansatzpunkten für Veränderungsarbeit** (vgl. PANTUCEK 2005, 15). Ebenso sieht KINDLER (vgl. 2005, 540) das Ziel diagnostischen Handelns weniger in einer genauen Problemerkennung sondern vielmehr im Bereitstellen von Informationen welche für nachfolgende Entscheidungen maßgeblichen Wert haben. Einen ebensolchen



Wandel beschreibt ARMBRUSTER für den Bereich der Sozialpsychiatrie, indem er eine Orientierung vom Erkennungs- bzw. Beurteilungsprozess hin zum Verstehensprozess vorgibt. Diesen beschreibt er, indem es nunmehr weniger um objektive Problembestimmungen geht, sondern darum, Diagnosen als Arbeitshypothesen zu sehen, welche zum besseren Verständnis prozesshaft psychischer Störungen dienen sollen (vgl. ARMBRUSTER 2005, 546; vgl. SCHEIPL 2008, 399). Versteht doch gerade die **Sozialpädagogische Diagnose** sich explizit als hermeneutisches Verfahren (vgl. MOLLENHAUER/UHLENDORFF, 1992, 21), welches sich auf den Prozess der Konstruktion sozialer Wirklichkeit bezieht (vgl. ebd. 10). Das lässt ihn die Diskussion darüber aufwerfen, inwieweit Soziale Diagnostik lediglich weiterhin Teil einer Summe von Modernisierungstendenzen zu bewerten ist, welche lediglich den gängigen Exklusionsmechanismen dient und Bestandteil professioneller Machtpfunde ist. Hier schließt die Diskussion wieder daran an, wieweit und ob **Soziale Diagnose als ein dialogisches Prinzip** gesehen werden kann, genau so, wie SALOMON es bereits beschrieben und diskutiert hat und es nach wie vor in der Praxis kaum vollzogen wird (vgl. KUNSTREICH 2003, 9f). Burkhard MÜLLER versteht Soziale Diagnose als besondere Art von ExpertInnenwissen und postuliert, dass Soziale Diagnose eine Diagnose des zu leistenden Sachbeitrages im Prozedere der Sozialen Arbeit zur Lösung eines Problems sein muss, dass sie ebenso Teil von Beziehungsarbeit ist, und dass sie immer konstitutiv und auch Netzwerkdiagnose sein muss, indem Soziale Arbeit immer auch auf die Beiträge anderer Beteiligter angewiesen ist. Als eine „Diagnose des Dazwischen“ (MÜLLER 2005, 22) hat sie immer auch die KlientInnenHelferInnen-Beziehung zu thematisieren. Er zeichnet drei unterschiedliche Positionen im aktuellen Diagnoseverständnis, die der Neo-Diagnostiker, die der Anti-Neo-Diagnostiker und die VertreterInnen der hermeneutischen Pädagogik (vgl. ebd., 27ff). Er wünscht sich die Entwicklung einer Diagnostik, „... die selbstreflektiv die Bedingungen ihres eigenen Erkenntnisprozederes rekonstruiert und dafür geeignete settings produzieren kann“ (MÜLLER 2003, 12).

- Ein immer wiederkehrender Punkt in dieser Debatte ist der, ob und wie Soziale Diagnose dem komplexen und kooperativen Geschehen der Sozialen Arbeit gerecht werden kann: Behindert Soziale Diagnose den kooperativen Prozess zwischen SozialarbeiterIn und KlientIn oder formalisiert sie diesen allzu sehr, so ist sie sogar schädlich. Wobei nicht nur die Sammlung der Daten und Informationen als kooperativer Prozess angelegt sein muss, sondern ebenso deren Interpretation. (vgl. PANTUCEK 2005, 16ff). „Das Wesentliche ist die richtige Bewertung der Einzelheiten, ihr Vergleich, ihre Deutung. Das Gesamtbild entsteht nicht durch Addition. Die Beurteilung des Charakters und der Fähigkeiten eines Menschen kann sich nicht auf wenige augenfällige Handlungen stützen. Sie muß nebensächliche Entscheidungen, gelegentliche Impulse, die Haltung in den mannigfachen Lagen miteinbeziehen. Die geringste und anscheinend gleichgültigste Tatsache kann in Verbindung mit anderen zeigen, wie die Lage des Hilfsbedürftigen entstanden und wie sie zu beeinflussen ist. Zum Material der Ermittlung gehören daher alle Tatsachen aus dem Leben des Bedürftigen und seiner Familie, die dazu helfen können, die besondere soziale Not oder das soziale Bedürfnis des Betreffenden zu erklären und die Mittel zur Lösung der Schwierigkeit aufzuzeigen“ (SALOMON 1927, 7). Die Diskussion entfacht sich dabei an der **Verteilung von Definitionsmacht**, wie viel davon ausschließlich den ExpertInnen zukommt, und **wie stark die Position der KlientInnen als Co-DiagnostikerIn sein sollte**.
- Einerseits soll die Diagnose an den Erlebniswelten und Deutungen der AdressatInnen ausgerichtet sein, und andererseits ist sie gezwungen, sich davor zu bewahren, zur kritiklosen Anwaltschaft für dieselben zu verkommen (vgl. STAUB-BERNASCONI 2003, 35). Immer jedoch bleibt die Tatsache bestehen, dass es sich bei Sozialer Diagnose um eine **relationale Diagnose** handelt, wodurch sie beinhaltet, dass sie zu dem, was sie diagnostiziert, auch das



Verhältnis zwischen der/dem professionell Handelnden und der Klientin / dem Klienten klären bzw. verstehen muss (vgl. MÜLLER 2005, 26).

- Unsere Gedanken spinnen sich im Anschluss an diese Betrachtungen im Sinne einer Betonung und Benennung der dieser Debatte zugrundeliegenden Themen weiter: Diagnostik in der Sozialen Arbeit RIESENHUBER, RIESENHUBER, SCHWAIGER 14 Klärung des zugrundeliegenden Menschenbildes Erarbeitung einer professionellen Haltung Reflexion des professionellen Selbstverständnisses Reflexion des Verhältnisses zwischen Sozial Arbeitender bzw. Sozial Arbeitendem und KlientIn Reflexion der Qualitätsstandards Sozialer Arbeit. In diesem Sinne scheint uns im Zusammenhang mit der Diagnosedebatte vorerst ein kritischer Blick auf die Aus- und Weiterbildung der in der Sozialen Arbeit Tätigen sinnvoll, welcher überprüft, wie es darin um die **Förderung des Reflexionsvermögens** der Auszubildenden bestellt ist, wie und wodurch deren professionelles Selbstverständnis und Selbstbewusstsein gestärkt wird, und wie und ob eine partizipative und respektvolle Praxis gelehrt und vermittelt wird.

Peter Bormann: Uli Reiter (2016), Form und Funktion des Krankhaften – Pathologie als Modalmedium; <http://systemmagazin.com/form-und-funktion-des-krankhaften-pathologie-als-modalmedium/>

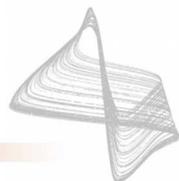
Wer sich die alltäglich-interaktionellen, massenmedialen, politischen, etc. Kommunikationen genauer anschaut, der wird feststellen, dass es an Krankheitsmetaphern (Metastasen, Virusinfektionen, Parasiten, Seuchen, Epidemien, psychischen Erkrankungen, etc.), die auf Soziales angewandt werden, keinen Mangel gibt. In einer Common-Sense-Perspektive wird das wenig Erstaunen auslösen. Denn man kann die Metaphern, die von den Systemreferenzen Körper und Psyche auf die Gesellschaft und ihre Funktionssysteme (Wirtschaft, Politik, etc.), Organisationen und Familien projiziert werden, einfach als drastische Konkretisierungen abtun.

Wenn man freilich eine kontraintuitive Sichtweise einnimmt, wie sie die Bielefelder Systemtheorie pflegt, dann verflüchtigt sich dieser banale Eindruck. Nun kann man mit Uli Reiter fragen, ob Pathologien des Sozialen nicht auch als eine Problemlösung für ein zu konstruierendes Problem angesehen werden können.

Dieser kontraintuitive Ausgangspunkt führt zu drei Themenbereichen, die in dieser sozioevolutionär orientierten Studie sozialer Pathologien behandelt werden:

- Begrifflichem: Der Text startet mit einer kurzen Etymologie des Ausdrucks Pathologie. Er behandelt danach die Unterscheidungen Irritation-Information und Normalität-Abweichung, die für den Theorieteil relevant sind. Und er schließt mit den historischen Bedeutungen des Krankheitsbegriffs bzw. einigen Preadaptive Advances der Pathologisierung von sozialen Systemen.
- Theoretischem: In den Theorieabschnitten geht es primär darum, eine neue Art von Medium, nämlich: Modalmedien, vorzustellen und zu plausibilisieren. Metaphorik wird dann als ein allgemeines Modalmedium präsentiert, woran die Pathologisierung des Sozialen mit ihren Formen und in ihrer Funktion als spezielles Modalmedium anzuschließen vermag.
- Anwendungsbeispielen: Die Arbeit endet mit diversen Beispielen aus dem Bereich der Massenmedien (der Pathologisierung der öffentlichen Meinung, Inflations- und Deflationstendenzen, viralem Marketing, etc.).

Interessant ist dieses Buch damit für alle Fans der soziologischen Systemtheorie Bielefelder Provenienz, weil hier sowohl ein neuer Medientyp experimentell eingeführt wird als auch das Warum, Wie und Wozu von als krank(haft) markierten Abweichungen erläutert werden. Darüber hinaus ist dieser Text auch für all diejenigen von Interesse, die in Veränderungsprojekten (Coaching, Consulting, Change-Management, etc.) involviert sind, Denn, wie Uli Reiter aufzeigt, dienen die (metaphorischen)



Formen sozialer Pathologisierung auch dazu, die in der Moderne unwahrscheinlich gewordene Annahme von Kommunikationsangeboten zu bearbeiten. Hierzu wird ein Veränderungsdruck erzeugt, bei dem die Krankheitsmetaphern der rhetorischen Persuasion zuarbeiten, sodass organisatorische, u.a. Interventionsvorhaben daran andocken können. Diese Erkenntnis ist nicht völlig neu. Aber es ist höchst interessant, die damit einhergehenden Paradoxa veranschaulicht zu bekommen!

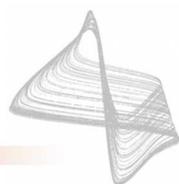
Zum ökonomischen Diskurs:

Mechthild Seithe, Corinna Wiesner-Rau (Hrsg.): "Das kann ich nicht mehr verantworten!": Stimmen zur Lage der Sozialen Arbeit. Paranus 2013

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter berichten in diesem Buch, was sie heute im Alltag ihrer Profession an Zumutungen und Halbheiten erleben. Unter dem Diktat eines angeblich alternativlosen Sparens verkümmert ihr Einsatz immer mehr zu einer „Fast Food-Sozialarbeit“, die Schritt für Schritt ihre Fachlichkeit und ihre ethischen Werte einbüßt. Soziale Arbeit wird im Kontext neoliberaler Politik gegängelt. Hilfe wird oft gar nicht mehr gewährt oder billigere, aber weniger sinnvolle Hilfen werden der notwendigen vorgezogen. Und den Klientinnen und Klienten wird, statt sie sozialpädagogisch zu begleiten, häufig längst mit Druck und Sanktionen begegnet. „Das kann ich nicht mehr verantworten!“ Immer wieder werden Empörung und Ohnmacht darüber deutlich, als Teil einer menschenfeindlichen Sozialpolitik selbst zu Mittäterinnen und Mittätern zu werden oder die Entwürdigung der Klientel tatenlos hinnehmen zu müssen. Dieses Buch will das Schweigen über oft skandalöse Zustände in der Sozialen Arbeit von heute endlich brechen. Mit kritischen Berichten aus den Arbeitsfeldern: Allgemeiner Sozialer Dienst, Ambulante Psychiatrie, Arbeit mit Asylbewerberinnen und Asylbewerbern, Arbeit mit behinderten Menschen, Berufsberatung, Einzelhilfe mit behinderten Erwachsenen u.a., Erziehungsberatung, Jugendamt, Kinderschutzarbeit, Krisenwohnung, Migrationsberatung, Mobile Jugendarbeit, Randgruppenarbeit, Schulsozialarbeit, Soziale Gruppenarbeit, Sozialpädagogische Familienhilfe, Sozialpsychiatrie, Stationäre Unterbringung von Kindern und Jugendlichen, Suchtberatung, Wohnungslosenhilfe, Zugehende Berufsberatung.

Holger Wittig-Koppe, Fritz Bremer, Hartwig Hansen (Hrsg.): Teilhabe in Zeiten verschärfter Ausgrenzung?: Kritische Beiträge zur Inklusionsdebatte, Paranus 2010

Inklusion ist eigentlich eine Selbstverständlichkeit – dass alle Menschen, so verschieden sie sein mögen, ob beeinträchtigt, behindert oder „normal“, gleichberechtigt Teilhabende unserer Gesellschaft sein sollen. Wie kann das gehen in Zeiten zunehmender Ausgrenzung? Die derzeitige Debatte um Inklusion hat durch die „UN-Konvention zu den Rechten von Menschen mit Behinderung“ allerorten Fahrt aufgenommen. Und sie trägt ein Janusgesicht, denn Inklusion wird gerne in Sonntagsreden beschworen, während gleichzeitig unter dem Motto „Eigenverantwortung für alle“ Sozialabbau betrieben wird. Und doch gilt es die Chancen dieser Neuorientierung zu nutzen. Was ist also Inklusion? Eine Zielvorstellung, eine Leitidee, ein Paradigma? Ja. Keinesfalls ein Zustand, den man erreichen könnte. Wohl auch keine simple Strategie zur Abschaffung von „Sondereinrichtungen“ mit der Folge von Verwahrlosung und Billiglösungen der Betreuung. Dieses Buch ist die erste kritische Bestandsaufnahme der Debatte und will zur weiteren Diskussion anregen. Die Autorinnen und Autoren greifen das Paradigma Inklusion engagiert auf, verweisen auf erkennbare Gefahren und stellen zugleich zukunftsweisende Fragen. Und sie wollen Inklusion konkret werden lassen, damit das Wort keine Leerformel bleibt.



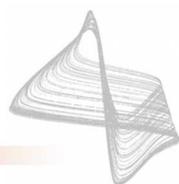
Kontext2017:

<http://systemmagazin.com/content-2/zeitschriften/kontext/kontext-2017/>

Unter diesem Stichwort sind in der aktuellen Ausgabe von Kontext Beiträge zu unterschiedlichen Artikeln versammelt, die sich mit der unterschiedlichen Lebenslage von Menschen beschäftigen. In ihrem abstract schreiben die Herausgeber: „»Die Welt ist aus den Fugen« – kein anderes literarisches Zitat ist im letzten Jahr von den Medien und der Politik so o bemüht worden wie jenes aus Hamlet. Beinah ebenso oft ist widerlegt worden, dass dieses ein neues Phänomen sei und doch trifft es ein Lebensgefühl, das viele Menschen angesichts des Brexits, der politischen Entwicklungen in der Türkei und in Russland, des Ausgangs der US-Wahl, terroristischer Anschlägen und der kriegerischen Zerstörung Syriens hierzulande empfinden. Dieses Gefühl geht mit Ohnmacht, emotionaler und intellektueller Überforderung und der Angst vor Kontrollverlust einher, sprich, es konfrontiert uns mit unserer eigenen Verletzlichkeit. Diese betrifft uns auch in unseren unmittelbaren Kontexten, die beispielsweise die wachsende Unsicherheit in der Regulation persönlicher und beruflicher Beziehungen oder auch in der Gestaltung diverser Lebenslagen umfasst. Als Systemikerinnen und Systemiker liegt es uns möglicherweise nahe, uns auf die Suche nach entsprechenden Ressourcen zu begeben, um uns dagegen zu wappnen; dennoch kommen wir wohl nicht umhin, Verunsicherung und Verletzlichkeit als Teil von Realität(en) wahrzunehmen und anzuerkennen. Das aktuelle Heft nimmt das Thema Vulnerabilität in verschiedenen Arbeits- und Praxisfeldern systemisch handelnder Menschen in den Blick.“ Praktisch geht es dabei um „wunde Punkte bei Müttern und Vätern« im Kontext der Erziehungs- und Paarberatung“, „systemische Aspekte in der Arbeit mit wohnungslosen Menschen“, „Anforderungs- und Bewältigungsformen von Familien mit beatmungspflichtigen Angehörigen“ und um die Frage der nötigen Beratungskompetenzen in der Sozialen Arbeit.

S. Klar und Lika Trinkl (Hrsg.): Diagnose Besonderheit. Systemische Psychotherapie an den Rändern der Norm. 2015, Vandenhoeck & Ruprecht;

Was sind die Vorstellungen davon, wie Menschen zu funktionieren haben? Was ist zu tun, wenn sich diese Vorstellungen nicht umsetzen lassen? Und welche Rolle spielt Psychotherapie dabei? Diese Fragen führten eine Gruppe von systemischen Psychotherapeuten zusammen und veranlassten sie dazu, aus ihrer Arbeitspraxis zu berichten. Psychotherapeutische Begegnungen mit Asylsuchenden, Obdachlosen, Drogenabhängigen, Arbeitslosen, kleinen Kindern und alten Menschen erfordern mitunter mutige Abweichungen von beruflichen Grundsätzen. Manchmal gilt es, Normen und Werte in Frage zu stellen, um therapeutisch auf die Be- oder Ausgrenzungen von Klienten eingehen zu können. Womit sowohl Klienten als auch Therapeuten konfrontiert sind, wenn sie sich an die Ränder gesellschaftlicher Normen begeben, machen diese Beiträge sichtbar. Neue Regelungen und Kontexte müssen gefunden werden, um den Menschen, die sich nicht einordnen lassen, respektvoll und hilfreich gegenüberzutreten. Anpassungsleistungen können hingegen nicht das Ziel von Therapien sein. Die versammelten Berichte aus der Praxis bieten eine Zusammenstellung von Zugängen und Umgangsmöglichkeiten an, die nicht einordnend angelegt ist. Der Titel »Diagnose: Besonderheit« meint somit auch, dass ganz bewusst darauf verzichtet wurde, diagnostische oder gruppenspezifische Klassifizierungen vorzunehmen, denn der rote Faden ist die Diversität. Der Band enthält Beiträge von Katerina Albrechtowitz, Emily Bono, Guido Ebi, Marion Herbert, Regina Klambauer, Sabine Klar, Tom Levold, Zeliha Özlü-Erkilic, Christian Reiningger, Katja Salomonovic, Andrea Schmidbauer, Johannes Schneller, Karoline Schober, Lika Trinkl, Leo E. Walkner, Ulrike Wögerer und Ferdinand Wolf.



Texte von Sabine Klar dazu:

Helfen wir unseren Klienten auch beim Widerstand? Zum Spannungsfeld zwischen gesellschaftlichen Mythen und menschlichen Bedürfnissen (Vortrag beim Kongress der ÖAS 2006); inkl. Tom Levold: Zwischen Affirmation und Kritik. Psychotherapie als soziale Veranstaltung. Eine Reaktion auf Sabine Klar; 2006;

http://iam.or.at/material/klar_levold.pdf

Mensch im System Zum Menschenbild in der systemischen Therapie am Beispiel einiger Aussagen von Kurt Ludewig. Vortrag bei der Tagung des BIF Berlin 17.-18.4.2008; 2009;

<http://iam.or.at/material/berlin08.pdf>

Sollen wir wieder wissen, wo's langgeht? Umgang mit ExpertInnenwissen in der systemischen Therapie; 2009; <http://iam.or.at/material/experten.pdf>

Sollen wir wieder wissen, wo's langgeht? Texte für Tom Levolds Adventkalender; 2014;

<http://systemmagazin.com/systemisch-was-fehlt-wildgehen/>

Überlegungen zur Klassifikation und Diagnostik in der Systemischen Therapie anhand R.Riedls Ansatz der typologischen Begriffsbildung (1990); 2013; <http://iam.or.at/material/klassifikation.pdf>

Was ich trotz aller Sympathie noch einmal sagen wollte; Texte für Tom Levolds Adventkalender, S. 10ff; 2014; <http://iam.or.at/material/adventkalender.pdf>

Wo ist das menschliche Gesicht der Psychotherapie geblieben? Texte für Tom Levolds Adventkalender, S.17ff;; 2015; <http://iam.or.at/material/adventkalender.pdf> oder <http://systemmagazin.com/systemmagazin-adventskalender-wo-ist-das-menschliche-gesicht-der-psychotherapie-geblieben/>

