

Diagnose als Behandlung – Behandlung als Diagnose

Unsere Wahrnehmung beeinflusst unsere Interaktionsfähigkeit. Dr. Lenny Marietta definiert zwei verschiedene Formen einer diagnostischen Interaktion, die auf grundlegend unterschiedlichen Konzepten (klassisches und kybernetisches Modell) des menschlichen Lebens und Lernens aufbauen. Übersetzt von Manuela Rohner.

In den zahlreichen Diskussionen über die Bedeutung von Diagnose und Behandlung in unseren Trainingsprogrammen habe ich realisiert, dass mein Verständnis dieser beiden Begriffe nicht identisch ist mit demjenigen unserer KursteilnehmerInnen.

Begriffsklärung. Wenn ich vor einer Klasse mit jemandem eine Interaktion aufbaue, sehen alle, dass der Diagnose-/Behandlungsprozess sowohl meine wie auch die aktive Beteiligung meines Gegenübers erfordert; und zwar während der gesamten Interaktion. Dieses Interaktionsmodell kann so beschrieben werden, dass die Diagnose gleichzeitig die Behandlung und die Behandlung die Diagnose ist. Es unterscheidet sich vom konventionellen Modell, bei welchem ich zuerst eine Diagnose stellen oder eine Beurteilung abgeben würde, bevor ich einen Behandlungsplan erstelle, durch den sich mein Gegenüber verändern kann.

Problematischer Paradigmenwechsel. Die auf diese Weise präsentierte Interaktion löst viele Aha-Erlebnisse aus. Jedoch ist mir klar, dass die Kursteilnehmer dieses demonstrierte Interaktionsmodell nicht 1 : 1 übernehmen können; dazu sind die Wahrnehmungsprozesse zu komplex. Unser Wahrnehmungsmodus hat eine lange Entwicklungsgeschichte hinter sich und basiert auf grundlegenden Annahmen über das Leben und das Lernen. Das macht es extrem schwierig, selbst kleinste Veränderungen in unserer Wahrnehmungsfähigkeit zuzulassen. Was sich die Klasse merkt, sind Schlüsselwörter wie „Unterstützung“, „Respekt“ und „Führen/Folgen“. Diese finden Ein-

gang in die jeweils individuelle Sichtweise der Welt. Damit wird der Zusammenhang, in welchem diese Wörter ursprünglich gebraucht wurden, verändert; deshalb wird auch die Bedeutung der Wörter verändert. Und damit verändert sich ebenfalls die Qualität der Erfahrung.

Wahrnehmungsparameter. Menschen schreiben uns über ihre Probleme, das Interaktionsmodell, das sie in unseren Kursen erfahren haben, in ihrem privaten oder beruflichen Umfeld anzuwenden. Um die Schwierigkeiten zu klären, die bei der Ausweitung unserer Interaktionsfähigkeiten entstehen, müssen wir zuerst betrachten, was wir tun; nicht nur im Sinne einer unmittelbaren Erfahrung, sondern aus einem größeren Blickwinkel heraus, wie unsere Wahrnehmung der Welt unsere Interaktionen beeinflusst.

Als Hilfestellung habe ich in groben Zügen anhand der Diagnose und Behandlung eines Kindes das konventionelle Modell mit dem kybernetischen Modell von Diagnose und Behandlung verglichen.

Unterschiedliche Modelle. Die beiden Modelle gehen von verschiedenen Annahmen über die Menschheit, das Leben, das Lernen, die Realität, die Gesundheit und die Krankheit, die Rollen von TherapeutInnen und KlientInnen und darüber, wie Veränderungen erzielt werden können, aus. Wir sprechen in unseren Kursen vom kybernetischen Modell. Das konventionelle Modell ist dasjenige, mit dem die meisten von uns aufgewachsen sind.

Prozesshafte Interaktion. Ich habe für meine Beschreibung eine professionelle Diagnose-/Behandlungsinteraktion mit einem Kind gewählt. Aus jeder Interaktion entsteht ein Prozess: In diesem wird die Beziehung zu jemandem beurteilt (diagnostiziert) und es werden Handlungen ausgelöst, durch welche die Beziehung geklärt und erweitert werden kann. Ungeachtet dessen, ob diese Person ein Freund, ein Verwandter, ein Klient, ein Lehrer, ein Patient, ein Student jeglichen Alters ist, liegen dieselben Annahmen diesen Interaktionen zugrunde. Deshalb kann das Wort Kind durch jede andere Bezeichnung ersetzt werden und die Kategorien können angepasst werden, um zu der spezifischen Interaktion und ihrer einzigartigen Sicht der Welt zu passen.

Der „Verein für Kinästhetik“

Die Gründergeneration von Kinaesthetics war im ‚Verein für Kinästhetik‘ organisiert. Dieser Verein war auch Herausgeber des ‚Kinaesthetics Bulletin‘. Diese Zeitschrift erschien zwischen 1980 und 1996 bis zu 6mal jährlich. Dieser Artikel erscheint aus dem Archiv des 1996 aufgelösten Vereins. Der Stiftung Lebensqualität ist es zu verdanken, dass dieses Archiv nutzbar gemacht worden ist.

Klassisches und kybernetisches Modell

Klassisches Modell

Reiz-Reaktions-Schema: Der Mensch reagiert.

Annahmen:

1. Es gibt eine objektive Realität, auf welche Menschen reagieren.
2. Die Realität ist überprüfbar und greifbar.
3. Alle Testpersonen (Kinder) reagieren auf identische Anreize.

Erwerb und Gebrauch von Wissen:

1. Setzt die Vorstellung einer statischen Wissensstruktur voraus.
2. Lernprozesse erzeugen ein stabiles Produkt und dieses Produkt wird getestet/diagnostiziert.
3. Indem man standardisierte und exemplarische Antworten sucht, wird angenommen, dass es eine vorbestimmte Reihe von atomistischen Reaktionen gibt, aus welcher man eine wählen kann.
4. Es gibt angemessene und unangemessene Reaktionen.
5. Lerntransfer: Wir lernen die Grundprinzipien von Fähigkeiten und wenden sie an.

Test-/Diagnoseprinzip:

1. Die Kontrolle der Testadministration und das Erzielen von Leistung sind notwendig für die Bildung einer (normativen) Bezugsgruppe, in der die individuelle Leistung beurteilt wird.
2. Der Testinhalt ist wichtig.

Kybernetisches Modell

Selbst kontrolliertes System: Der Mensch handelt aktiv.

Annahmen:

1. Die Realität ist subjektiv.
2. Anstatt externe Realität zu überprüfen, will Diagnostiker die individuellen Lernprozesse des Kindes identifizieren.
3. Die Testpersonen reagieren auf verschiedene Anreize.

Erwerb und Gebrauch von Wissen:

1. Wissen als Prozess, der durch Aktivität konstruiert wird.
2. Lernprozesse beinhalten das Erwerben von gewissen Wahrnehmungsfähigkeiten, um zu korrigieren. Diese Fähigkeiten werden beobachtet.
3. Suchen nach innovativen Antworten (Reaktionen) in der Annahme, dass das Individuum Störungen korrigieren kann und dies auf einzigartige Weise tut.
4. Zunächst abwarten, welche Reaktion kommt, ehe man ihre Angemessenheit bestimmt. Hat sie die Störung beseitigt oder korrigiert?
5. Lerntransfer: Wir entwickeln gewisse Wahrnehmungsfertigkeiten zur Kontrolle von Störungen.

Test-/Diagnoseprinzip:

1. Die Teilnehmer/Diagnostiker-Interaktion (selbstverständlich auch Qualität und Form) ist entscheidend für das Analysieren des Lernprozesses des Kindes.
2. Die Interaktion zwischen allen Beteiligten ist wichtig.



Die beiden unterschiedlichen Formen einer diagnostischen Interaktion basieren auf zwei grundlegend verschiedenen Modellen von Menschenbildern und Annahmen, wie Leben und Lernen funktionieren



Klassisches und kybernetisches Diagnoseverfahren

Klassisches Diagnoseverfahren	Kybernetisches Diagnoseverfahren
Suche nach kranken (pathologischen) Geschehnissen.	Suche nach gesunden Geschehnissen, Fähigkeiten und Kompetenzen.
Modell: Aktiver Diagnostiker / passiver Patient.	Modell: Aktive Beteiligung des Patienten.
Die Untersuchung der Problembereiche und Erfolge liegen ganz in der Hand des Diagnostikers: Eltern, LehrerInnen und Kind werden informiert, was funktioniert und was nicht.	Die Beurteilung von Erfolgen und Problembereichen erfolgt durch aktives Befragen aller Beteiligten. Die Fragen regen zu Veränderungen und Erweiterung bei allen Beteiligten an.
Datenmaterial: Das Kind wird in mehreren Bereichen getestet, um bestehende und mangelnde Fertigkeiten zu bestimmen. Die Suche gilt der Beurteilung des momentanen Funktionsniveaus und der zukünftigen Funktionseinschätzung.	Datenmaterial: Sucht Informationen darüber, wie das Funktionieren zukünftig verbessert werden könnte. Die Absicht ist es, diejenigen zu unterstützen, die mit dem Kind arbeiten, sowie das Kind selber, um zu ermitteln, wie solche Probleme in seinen Interaktionen gelöst werden können.
Der Diagnostiker und der Patient brauchen wenig Interaktion miteinander.	Die Interaktion ist gegenseitig: Das Kind und der Diagnostiker erfahren viel über sich selbst und den anderen.
Die erhaltenen Daten sind eine Einschätzung des Kindes ohne wirkliche Veranlassung zur Veränderung.	Die erhaltenen Daten sind Fragen zu: Was funktioniert? Was hilft, die Veränderung herbeizuführen?
Sucht nach Standard- und beispielhaften Antworten.	Suchen nach innovativen und neuartigen Reaktionsmustern.
Der Diagnostiker gibt dem Kind einen Anreiz und achtet auf die Reaktion, um die Leistung einzuschätzen.	Der Diagnostiker erforscht Bereiche und Themen mit dem Kind und gemeinsam beurteilen sie die involvierten Lernprozesse.
Befasst sich damit, ob ein Kind etwas weiß oder etwas kann.	Befasst sich damit, WIE das Kind lernt.
Der Diagnostiker hat die Kontrolle darüber, die Daten zu interpretieren und zu benutzen. Er wertet sie aus – informiert Eltern, LehrerInnen und das Kind und entwirft einen Behandlungsplan. Es folgen weitere Untersuchungen, um den Behandlungsverlauf zu beurteilen.	Die Diagnose ist ein integrierter Teil der Behandlung und die Behandlung ist ein fortlaufender Prozess der Diagnose. Am Prozess des Datensammelns nimmt der Patient aktiv teil und dessen Entwicklung wird durch das Auswerten dieser gesammelten Daten gefördert.
Der grundlegende Fehler in diesem Modell ist es, zu glauben, dass es einen Defekt gibt, der losgelöst vom Kontext betrachtet werden kann, in dem das Kind lebt.	Die Bemühungen zielen darauf ab, dem Kind in erster Linie sehen zu helfen, dass eine Veränderung möglich ist und zweitens, dass wir durch Interaktion lernen.

Zusammenfassung: Der wichtigste Unterschied zwischen den beiden Verfahren ist die Rolle der Beteiligten: Nach dem klassischen Diagnoseverfahren erfolgt die Begegnung zwischen DiagnostikerInnen und PatientInnen einseitig: Der Diagnostiker ist aktiv und bestimmend; der Patient nimmt eine passive Rolle ein.

Beim kybernetischen Diagnoseverfahren erfolgt eine gegenseitige Interaktion zwischen DiagnostikerInnen und PatientInnen, alle an der Interaktion Beteiligten sind gleichberechtigt.