

Verstehende Diagnostik

Pädagogische Erfahrungen mit Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Erkrankungen im Kontext von Schule und Behinderung

Thomas Hoffmann

Vor dem Hintergrund der Ergebnisse eines 2018 abgeschlossenen Modellprojekts über „Bildung und Erziehung von Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung und psychischer Erkrankung“ (GBPSY)¹ entwirft der vorliegende Beitrag in Abgrenzung zur psychologischen und psychiatrischen Diagnostik ein allgemeines Rahmenmodell Verstehender Diagnostik, in deren Mittelpunkt die subjektive Sinnhaftigkeit von Phänomenen auffälligen Verhaltens und psychischer Erkrankungen steht.

Psychische Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen äußern sich immer wieder in extremen Verhaltensweisen wie Gewalt und Aggressivität, Rückzug aus sozialen Interaktionen oder selbstverletzendem Verhalten. Lehrer*innen, Mitschüler*innen und Eltern, aber auch die Betroffenen selbst, empfinden diese oft unverständlichen Verhaltensweisen als starke Belastung und sind damit vielfach überfordert. In manchen Fällen erscheint ein Schul- und Unterrichtsbesuch unmöglich. Durch den institutionellen Ausschluss, die Überweisung an Sondereinrichtungen sowie einen häufigen Schul- und Einrichtungswechsel werden bereits bestehende Exklusionserfahrungen dieser Kinder und Jugendlichen verstärkt und damit auch deren Isolation, was oft zu einer weiteren Verfestigung der Krankheitssymptome führt.

Dieser Ausschlussmechanismus wird dadurch noch einmal besonders problematisch, dass Verhaltensauffälligkeiten oder Verhaltensstörungen in der Regel zugleich der verzweifelte Ausdruck permanenten Nicht-Verstandenwerdens sind. Um diesen Teufelskreis zu durchbrechen, kommt es aus pädagogischer Sicht in erster Linie weniger auf eine spezielle Behandlung, Kontrolle oder Korrektur des auffälligen Verhaltens an, sondern vielmehr darauf, zu einer veränderten Deutung und einem tieferen Verständnis der aktuellen Lebenssituation dieser Kinder und

1 Das Projekt GBPSY wurde über einen Zeitraum von vier Jahren (2014–2018) wissenschaftlich von unserer Forschungsgruppe an der Pädagogischen Hochschule Ludwigsburg begleitet (Leitung: Thomas Hoffmann, wissenschaftliche Mitarbeiter: Jochen Montiegel, Niklas Pesth), gefördert durch das Kultusministerium Baden-Württemberg sowie die Heidehof- und Lechler Stiftung Stuttgart. Erste Erfahrungsberichte und Materialien zu diesem Projekt können auf der Homepage des Kultusministeriums heruntergeladen werden: <https://www.schule-bw.de/themen-und-impulse/uebergreifende-foerderangebote/materialsammlung> (Stand: 8/2020).

Jugendlichen zu gelangen und damit zugleich zu einer veränderten Perspektive auf deren bisherige Beziehungs- und Interaktionsdynamik, um neue Spielräume für pädagogisches Handeln zu eröffnen. In diesem Sinne muss Verstehende Diagnostik einen integralen Bestandteil pädagogischer Praxis bilden.

1. Intellektuelle Behinderung und psychische Erkrankung

Eine erste Annäherung an Phänomene der intellektuellen Behinderung und psychischen Erkrankung in der Schule erfolgt in der Regel über deren Benennung und medizinische Kategorisierung: In der deutschsprachigen Fassung der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegebenen 10. Revision der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10) werden kognitive Beeinträchtigungen allgemein als „Intelligenzmindierungen“ kategorisiert und einer Untergruppe des Kapitels „Psychische und Verhaltensstörungen“ (F00-F99) zugeordnet. Diagnostiziert wird der Schweregrad der Intelligenzmindering, verstanden als ein „Zustand von verzögerter oder unvollständiger Entwicklung der geistigen Fähigkeiten“ (F7x), durch standardisierte Intelligenztests, ergänzt durch Skalen zur Erfassung der sozialen Anpassungsfähigkeit. Begriffe wie *Minderung*, *Störung* oder *Beeinträchtigung* sind dabei rein defizitäre Kategorien, die zu einer Erklärung oder gar zu einem tieferen Verständnis der damit beschriebenen Phänomene kaum etwas beitragen. Sie markieren Abweichungen von der Durchschnitts-Norm (bei der Konstruktion standardisierter Intelligenztests wird stets penibel auf eine Verteilung der Ergebnisse in Form der Gauß'schen Normalverteilung geachtet) oder bestimmten sozio-kulturell erwarteten Fähigkeiten.

So wichtig es im Einzelfall sein mag, bestimmte Abweichungen zu erkennen und zu benennen, trägt eine solche kategoriale oder taxonomische Diagnostik (Eigenschafts- oder Statusdiagnostik) kaum etwas zum Verständnis von Verhaltensauffälligkeiten, Entwicklungsverzögerungen oder Lernschwierigkeiten bei. Sie erschwert dieses Verständnis in der pädagogischen Praxis oft sogar noch, indem die kategoriale Zuordnung selbst als abstrakte Erklärung für bestimmte Abweichungen von Normen und Fähigkeitserwartungen herhalten muss, so zum Beispiel, wenn festgestellt wird, ein Kind lerne in der Schule nicht richtig Lesen und Schreiben, *weil* es eine Entwicklungsverzögerung (*kognitive Beeinträchtigung* oder *geistige Behinderung*) hat. Tatsächlich wäre vor dem Hintergrund der fundamentalen Bedeutung des Schriftspracherwerbs für Lernen und Entwicklung aus pädagogischer Sicht eher der umgekehrte Satz wahr: dass nämlich ein Kind in seiner Entwicklung zurückbleibt, weil es in der Schule nicht richtig Lesen und Schreiben lernt.

Erst ein solcher Perspektivwechsel – weg von dem, *was der Fall ist*, hin zu dem, *was dahinter steckt* (von der „positivistischen“ zur „kritischen“ Einstellung, wie Luhmann [1993, S. 245] sagt), von der Kategorisierung eines Zustandes zur Beschreibung eines dynamischen Prozesses, von der „Ontologie“ zur „Ontogenetik“ (vgl. von Foerster 1993, S. 103), – öffnet den Blick für die konkrete Mannigfaltigkeit möglicher Ursachen und Zusammenhänge, die von einer falschen oder ineffektiven

Didaktik, über Kindesmisshandlung und -vernachlässigung bis hin zu spezifischen Lernschwierigkeiten unter den Bedingungen bestimmter neuropsychologischer Syndrome wie *Autismus*, *Tourette* oder *Trisomie 21* reichen können. Für die Statistik der WHO mögen diese im Einzelfall höchst unterschiedlichen Ursachen und Zusammenhänge von Entwicklungsverzögerungen irrelevant sein. Für die Pädagogik dagegen sind eine genauere Kenntnis und ein Verständnis der individuellen Lern- und Entwicklungssituation des Kindes unverzichtbar, da sich daraus in der Regel höchst unterschiedliche pädagogische Konsequenzen und Handlungsoptionen ableiten.

Diese Problematik betrifft auch das weite Feld der Diagnostik sonderpädagogischen Förderbedarfs (s. dazu Trost 2008; Wocken 2011; Kuhl/Probst/Krizan/Sinner/Hoffmann 2012), deren standardisierte, individuumzentrierte Testverfahren nur schwer vereinbar mit einem relationalen Verständnis von Behinderung (vgl. DIMDI 2012) und der Realisierung eines inklusiven Schulsystems sind (vgl. Barow/Östlund 2019). Kobi hat die mit der sonderpädagogischen Diagnostik einhergehende Selektionsfunktion bereits Ende der 1970er Jahre als „Einweisungsdiagnostik“ (Kobi 1977) kritisiert, die er der Funktion der „Förderdiagnostik“ gegenüberstellt. Beide Funktionen erscheinen in der deutschsprachigen Debatte untrennbar mit der Problematisierung des sogenannten „Etikettierungs-Ressourcen-Dilemma“ (Füssel/Kretschmann 1993, 43–55) verbunden sowie mit der Forderung nach Dekategorisierung (vgl. Haas 2012; Hinz/Köpfer 2016) als Voraussetzung inklusiver Schulentwicklung und einer „inklusionssensiblen Diagnostik“ (vgl. Amrhein 2016).

Während in der ICD-10 immer noch von „Intelligenzminderung“ oder „geistiger Behinderung“ (engl. „mental retardation“) die Rede ist, hat sich in den neueren, vor allem englischsprachigen Klassifikationssystemen (AAIDD 2010; APA 2013), der Ausdruck „intellektuelle Behinderung“ (engl. „intellectual disability“) durchgesetzt. An der allgemeinen Definition und Diagnose durch standardisierte Testverfahren hat sich jedoch bis heute wenig geändert. In der neueren Literatur wird lediglich der Aspekt des adaptiven Verhaltens etwas stärker betont als in älteren Ansätzen, die überwiegend intellektualistisch ausgerichtet waren (vgl. Hoffmann 2013). Hinzu kommt, eingeführt durch die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO, eine stärkere Hinwendung zu Kontextfaktoren, die die individuumzentrierte Kategorisierung rein personenbezogener Faktoren um die Betrachtung von Umweltfaktoren und deren Wechselwirkungen mit verschiedenen Komponenten ergänzen (vgl. DIMDI 2012, 21). Einem pädagogischen Verständnis intellektueller (geistiger) Behinderung kommen aber auch diese Kategorisierungen kaum näher, da sie lediglich der Beschreibung verschiedener Perspektiven und Komponenten dienen, nicht aber den Prozess der Funktionsfähigkeit und Behinderung selbst modellieren und nachvollziehen können (vgl. ebd.).

Die kategoriale Diagnostik kann von Bedeutung sein, wenn es darum geht, sich einen statistischen Überblick über die Verbreitung eines Phänomens wie der intellektuellen Behinderung und dessen struktureller Bedingtheit zu verschaffen: Hier zeigt sich unter anderem, dass Kinder und Jugendliche mit intellektueller Behinderung überdurchschnittlich häufig von psychischen Auffälligkeiten betroffen. Im Rahmen der BELLA-Studie („BEfragung zum seeLischen WohlBefinden und VerhAlten“), einem Modul von KiGGS, dem vom deutschen Robert-Koch-Institut

durchgeführten Kinder- und Jugendgesundheitsurvey, werden seit 2003 in mehreren Erhebungswellen ca. 3.000 Kinder und Jugendliche sowie deren Eltern u. a. mit Hilfe des SDQ („Strength and Difficulties Questionnaire“)² nach möglichen Verhaltensauffälligkeiten und psychosozialen Problemen befragt: 17,2 % der erfassten Kinder und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren zeigten diagnostisch oder klinisch relevante Hinweise auf psychische Auffälligkeiten (vgl. Klasen/Meyrose/Otto/Reiss/Ravens-Sieberer 2017, S. 402). Als Risikofaktoren konnten u. a. ein niedriger sozioökonomischer Status sowie eine chronische körperliche oder psychische Erkrankung eines Elternteils identifiziert werden (vgl. ebd., S. 403). Als Schutzfaktoren erwiesen sich ein positives Familienklima und soziale Unterstützung (vgl. ebd., S. 405).

Bei Kindern und Jugendlichen mit intellektueller Behinderung erscheint das Risiko für eine psychische Erkrankung gegenüber der durchschnittlichen Bevölkerung deutlich erhöht: Nach verschiedenen internationalen Studien schwanken die Angaben für diesen Personenkreis seit geraumer Zeit zwischen 30 und 60 % (vgl. Sarimski 2011, S. 513). Manche Untersuchungen gehen sogar von einem Anteil von bis zu 70 % aus (vgl. Michailowskaja 2008, S. 40). Diese bemerkenswert großen Unterschiede lassen sich vor allem auf Unterschiede der verwendeten Testinstrumente und der zugrundegelegten Definitionen und Kriterien zurückführen. Eine deutsche Untersuchung, basierend auf dem Verhaltensfragebogen bei Entwicklungsstörungen (VFE) von Einfeld/Tonge/Steinhausen (vgl. 2007), bei der in einer repräsentativen Stichprobe 1.440 Schüler*innen mit dem Förderschwerpunkt geistige Entwicklung in Bayern erfasst wurden, ergab einen Anteil von 52,1 % Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten, wobei der Anteil der Verhaltensprobleme mit dem Schweregrad der Behinderung nach ICD-10 zunahm (vgl. Dworschak/Kannewischer/Ratz/Wagner 2012, S. 73).

In unserer eigenen Fragebogen-Erhebung (N=303; Erhebungszeitraum Mai/Juni 2015) im Rahmen des Modellprojekts GBPSY an fünf Baden-Württembergischen Heimsonderschulen, basierend auf dem SDQ, wiesen 49,8 % der Schüler*innen einen auffälligen SDQ-Gesamtwert auf, 23,4 % erschienen grenzwertig und nur 26,7 % der Antworten unauffällig. Ein auffälliger SDQ-Gesamtwert korrelierte dabei in unserer Untersuchung sehr hoch mit dem regelmäßigen Auftreten krisenhafter, eskalierender oder grenzverletzender Situation in der Schule sowie einem deutlich erhöhten Zeitaufwand der Lehrpersonen im Unterricht. Bei Schüler*innen mit auffälligem SDQ-Gesamtwert waren die Verschreibungszahlen von Psychopharmaka etwa doppelt so hoch wie im Durchschnitt. Sie wurden auch doppelt so oft in besonderen Settings („Time-Out“, Einzelförderung, persönliche Assistenz) unterrichtet.

2. Deprofessionalisierungsfallen

Trotz dieser teils dramatischen Situation wurde an den von uns untersuchten Modellschulen in nur wenigen Fällen der Versuch unternommen, über eine katego-

2 Für nähere Informationen zum SDQ siehe Goodman 1997 sowie: www.sdq.org (Stand: 8/2020).

riale Diagnostik hinaus zu einem komplexeren Verständnis der Entwicklungs- und Verhaltensdynamik der Schüler*innen mit Behinderung und Verhaltensauffälligkeiten zu gelangen. Im Verlauf der wissenschaftlichen Begleitung wurde deutlich, warum es den Lehrer*innen so schwer fiel, hier eine veränderte Perspektive einzunehmen: Sie verließen sich in ihren Deutungen und Erklärungen auf das diagnostische Urteil der psychologischen und psychiatrischen Gutachten, die jedoch in der Regel nur einen abstrakt verallgemeinerten, defizitären Ist-Stand festhielten und die „Zone der nächsten Entwicklung“ (Vygotskij 2002, 326), d. h. die aus pädagogischer Sicht entscheidende Entwicklungs- und Beziehungsdynamik und die damit verbundenen Bildungs- und Erziehungsperspektiven der Kinder und Jugendlichen völlig ignorierten. Solche Gutachten mochten für die Begründung kurzfristiger Kriseninterventionen (Einweisung, Medikation) oder für die Beantragung zusätzlicher Ressourcen (Assistenz, Therapiestunden) ihre Berechtigung haben, mittel- und langfristige ließ sich darauf jedoch keine pädagogische Arbeit aufbauen.

Im Rahmen mehrerer Klausurtag, in denen wir anhand schriftlicher Erfahrungsberichte³ das eigene Berufsverständnis und die pädagogischen Kompetenzen der Lehrer*innen sehr intensiv und ausdauernd diskutierten, gelang es den Lehrer*innen, diese Blockaden genauer zu identifizieren und zu benennen, den ihnen oft innewohnenden institutionellen Macht- und Gewaltcharakter (vgl. Sierck 2019) aufzudecken und ein größeres Zutrauen in die eigenen (pädagogischen) Fähigkeiten zu entwickeln. Verstehende Diagnostik, so wurde in diesem Prozess deutlich, beginnt damit, die eigene berufliche und persönliche Situation zu erkennen und zu verstehen sowie sich der Rolle bewusst zu werden, die man selber innerhalb des diagnostischen Geschehens und des damit verbundenen pädagogischen Feldes einnimmt. Im Schulalltag setzt dies Freiräume für einen möglichst *herrschaftsfreien Diskurs* (Habermas 1981) voraus, um eigene Wahrnehmungen, Unsicherheiten, Erfahrungen und Gefühle zu artikulieren und zu reflektieren, wie dies zum Beispiel im Rahmen kollegialer Beratungen geschehen kann (vgl. Schmid/Veith/Weidner 2013).

Wir konnten außerdem feststellen, dass die fehlende Reflexion der eigenen Verstricktheit in das pädagogische Feld – in diesem Fall der „totalen Institution“ (Goffman 1973, S. 13) Heimsonderschule – und die einseitige oder gar ausschließliche Orientierung an den Kategorien und Erklärungsmustern psychologisch-psychiatrischer Diagnostik bei vielen Lehrpersonen zu einer Deprofessionalisierung ihres pädagogischen Handelns führt, was sich u. a. in substanzialisierenden und defizitären Zuschreibungen, pädagogischem Pessimismus, einem fehlenden Bildungs- und Erziehungsbegriff sowie beruflichen Identitätskrisen angesichts vermeintlich fehlender pädagogischer Handlungsoptionen widerspiegelte. Dies wird auch an dem folgenden Ausschnitt aus einem Interview mit einer sehr engagierten Projektlehrerin deutlich, die im Rahmen unserer Gruppendiskussionen komplexe pädagogische Situationen durchaus kritisch, einfühlsam und differenziert beschreiben und reflektieren konnte, jedoch beim Thema Diagnostik eine überraschend deterministische, geradezu anti-pädagogische Haltung einnahm:

3 Diese Erfahrungsberichte sind teilweise veröffentlicht in Hoffmann/Montiegel/Pesth/Weiser 2018.

Frau R: „Ich finde es GUT, ich finde es hilfreich, eine Diagnose zu haben. Da bin ich ja an dem Prozess nicht beteiligt, aber ich bekomme den mit als Außenstehende und ich finde das gut, wenn man das Kind beim Namen nennen kann. Das hilft vielfach. Das hilft mir auch oft im Nachhinein. Also wir machen das immer so, da kommen die Kinder zu uns in die Schule und am Ende des Aufenthaltes schreiben wir einen Bericht. Da weiß ich aber mehr als vorher. Und wenn ich jetzt weiß, wie man das nennt, was das Kind hat, dann kann ich den Bericht anders schreiben, als am Anfang. Natürlich kenne ich das Kind besser, aber ich kann es auch besser einordnen. Ich gebe mal ein Beispiel. Wir haben im Moment einen Schüler gerade da, der hat eine Bindungsstörung. Das ist natürlich ein sehr weit gefasster Diagnosebegriff, aber ich weiß ganz genau, dieser Schüler KANN nicht klarkommen in der Gruppe, der KANN keine normale Beziehung aufbauen zu mir, der wird immer alles kaputt machen und der wird immer dafür sorgen, dass er aus der Gruppe wieder ausgeschlossen wird oder alleine arbeiten kann oder so.“ (Interview R, 34)

Die kategoriale Zuschreibung *Bindungsstörung* (*das Kind beim Namen nennen*) hat hier eine rein defizitäre Sicht zur Folge, indem das fokussiert wird, was das Kind im Hinblick auf den Aufbau sozialer Beziehungen gerade *nicht* kann bzw. *niemals* können wird. Folgt man dieser Einschätzung, wären Einzelunterricht, Einzelförderung und möglicherweise eine dauerhafte institutionelle Separierung die logische Konsequenz. Doch wie verlässlich kann eine solche Diagnose bzw. Prognose überhaupt sein? Das Konzept der Bindungsstörung ist auch innerhalb der Kinder- und Jugendpsychiatrie durchaus nicht unumstritten: Es gilt als empirisch unzureichend erforscht und wirft zahlreiche offene Fragen auf, wie zum Beispiel die aus diagnostischer Sicht nicht unwesentliche Problematik, ob es sich um ein individuelles Störungsbild handelt (intrapyschisch) oder um eine beziehungspezifische Störung (interpsychisch), deren Entwicklungsdynamik also abhängig ist von bestimmten Personen, Situationen und Umständen (vgl. Zeanah/Smyke 2008; Klitzing 2009, 122). In diesem Fall wären die genannten pädagogischen Konsequenzen möglicherweise fatal, da sie die dringend notwendigen positiven Beziehungs- und Bindungserfahrungen des Kindes von vornherein unterbinden oder zumindest erheblich erschweren würden.

Wie der Interviewausschnitt zeigt, rührt die Attraktivität kategorialer Diagnosen auch daher, dass sie ein leicht fassbares Wissen über das Kind vermitteln (*ich weiß ganz genau*) und damit zugleich eine gewisse Sicherheit angesichts eines im Schulalltag oft unberechenbar erscheinenden Verhaltens suggerieren (*ich kann es auch besser einordnen*). Die scheinbar objektive Diagnose erlaubt es, die eigene Person und die Rolle, die diese in der Beziehung zu dem Kind und in bestimmten Krisensituationen spielt, vorübergehend auszuklammern und damit wenigstens zeitweise die Verantwortung für den Prozess an die vermeintlichen Expert*innen abzugeben (*Da bin ich ja an dem Prozess nicht beteiligt, aber ich bekomme den mit als Außenstehende*).

Tenorth sieht in der Negation der eigenen Erfahrungen, die – wenn überhaupt – von der Pädagogik nur mehr im Spiegel medizinischer oder psychologischer Theorien ernst genommen werden, eines der größten Hindernisse für die aktuellen Bemühungen um eine Professionalisierung der Behindertenpädagogik (vgl. Tenorth 2010, S. 24). Er warnt:

„Nicht Wissenschaft ist die Einheitsform und die Konzentration auf Verwissenschaftlichung ist keine empfehlenswerte Strategie. Wer Überzeugungen und Praktiken darüber ignoriert oder geringschätzt oder von Wissenschaft aus meint regulieren zu können, der arbeitet an der Deprofessionalisierung, nicht nur der Sonderpädagogik, sondern der Pädagogik und jeder pädagogischen Praxis (ebd., 27).“

Pädagogische Professionalität würde dagegen eine Theoretisierung praktischer Erfahrungen voraussetzen und einen reflexiven Umgang mit den eigenen didaktischen Erfindungen und Methoden. Stattdessen beschränke sich die Sonderpädagogik jedoch lediglich auf moralische Argumente der Anerkennung derjenigen Kinder als „bildungsfähig“, die das Bildungssystem längst schon als „bildungsunfähig“ exkludiert habe, ohne den Mut aufzubringen, die Forderung nach Inklusion konsequent zu verfolgen (vgl. ebd., S. 24). Das grundlegende Spannungsverhältnis pädagogischer Praxis, das nach Benner (2015, S. 129) im Widerspruch zwischen den für die Pädagogik konstitutiven Prinzipien der Bildsamkeit und der Aufforderung zur Selbsttätigkeit liegt, läuft durch die Deprofessionalisierungsfallen der Moralisierung und Verwissenschaftlichung schließlich ins Leere: Statt auf die eigene pädagogische Kreativität und soziale Phantasie zu vertrauen, werden einerseits Beziehungsarbeit und der Dialog mit den Schüler*innen als pädagogische Ziele verabsolutiert und andererseits evidenzbasierte Förderprogramme und Unterrichtstechniken angewandt, wie z. B. die in der Autismus-Therapie gängige Methode der Applied Behavior Analysis (Angewandte Verhaltensanalyse), deren Erfinder, der Psychologe Ole Ivar Lovaas, autistische Kindern nicht als menschliche Personen betrachtete, sondern als „Rohmaterial“, aus dem durch operantes Konditionieren (Belohnung/Bestrafung) die Person erst noch aufgebaut werden müsse (vgl. Lovaas 1974, S. 76).

3. Methodische und methodologische Grundsätze

Das im Folgenden kurz umrissene Rahmenmodell Verstehender Diagnostik⁴ bietet eine allgemeine und grundlegende Orientierung für das Diagnostizieren und den Umgang mit Diagnosen im Kontext pädagogischer Praxis. Es negiert nicht den

4 Dieses diagnostische Modell hat verschiedene Vorläufer und Vorbilder, auf die hier nicht näher eingegangen werden kann, so dass einige Stichworte in Form einer Fußnote genügen müssen: Neben seiner vielfach praktisch erprobten Anwendung, basiert es u. a. auf Vygotskijs und Lewins dynamischen Theorien psychischer Entwicklung und ihrer Behinderung (vgl. Vygotskij 2002; Lewin 1982), auf Goldsteins holistischer Theorie des menschlichen Organismus (vgl. Goldstein 2014), Lurias neuropsychologischer Syndromanalyse und seinem Ideal einer Romantischen Wissenschaft (vgl. Lurija 1993; Sacks 1987), Basaglias Kritik der Anstaltspsychiatrie und anderer Sondereinrichtungen als Institutionen der Gewalt (vgl. Basaglia 1978), Jantzens Ansatz der Rehistorisierenden Diagnostik (Jantzen 2006; Jantzen/Lanwer 2011) und Zimpels Analyse diagnostischer Beobachtungsstandpunkte (vgl. Zimpel 1994).

Beitrag, den pädagogische Bezugswissenschaften wie die Psychologie, die Psychiatrie oder die Sozialwissenschaften für einen verstehenden Zugang der Pädagogik leisten. Es unterscheidet sich jedoch von der psychologischen und psychiatrischen Diagnostik dadurch, dass der Prozess des Diagnostizierens durchgängig als rückgebunden an die Praxis von Diagnostizierenden und Diagnostizierten verstanden wird, mit dem Ziel, jene isolierenden Bedingungen zu erkennen und aufzuheben, die deren Bildungs- und Entwicklungsmöglichkeiten beeinträchtigen oder behindern. Wie Jantzen formuliert, geht es letztlich darum „mit Hilfe der Erhebung von diagnostischen Daten eine von sozialer Ausgrenzung oder Reduktion auf Natur bedrohte bzw. ausgegrenzte und reduzierte Person wieder in den Status ihrer Menschen- und Bürgerrechte zusetzen“ (Jantzen 2006, S. 320 f.).

Dabei wird von dem Postulat ausgegangen, dass jedes menschliche Verhalten grundsätzlich einen persönlichen Sinn hat, den es zu entschlüsseln gilt. Nicht die Verhaltensmodifikation oder Unterdrückung störender Verhaltensweisen ist das Ziel Verstehender Diagnostik, sondern die veränderte Wahrnehmung und Deutung eines zuvor als unverständlich erlebten Verhaltens und damit die Schaffung neuer pädagogischer Handlungs- und Bedeutungsräume. Wie das Schaubild in *Abbildung 1* verdeutlicht, wird Sinn-Verstehen (innerer Kreis) dabei als das Ergebnis eines zirkulären Prozesses begriffen, in dem Diagnostizierende und Diagnostizierte vier unterschiedliche Positionen und Perspektiven durchlaufen (äußere Kreise): Diese vier Punkte sind (1) das Pädagogische Handeln, (2) die Position der Außensicht (Normierung, Objektivierung), (3) die Position der Innensicht (Subjekt-Standpunkt, Identifikation), (4) die Theoretische Rekonstruktion.

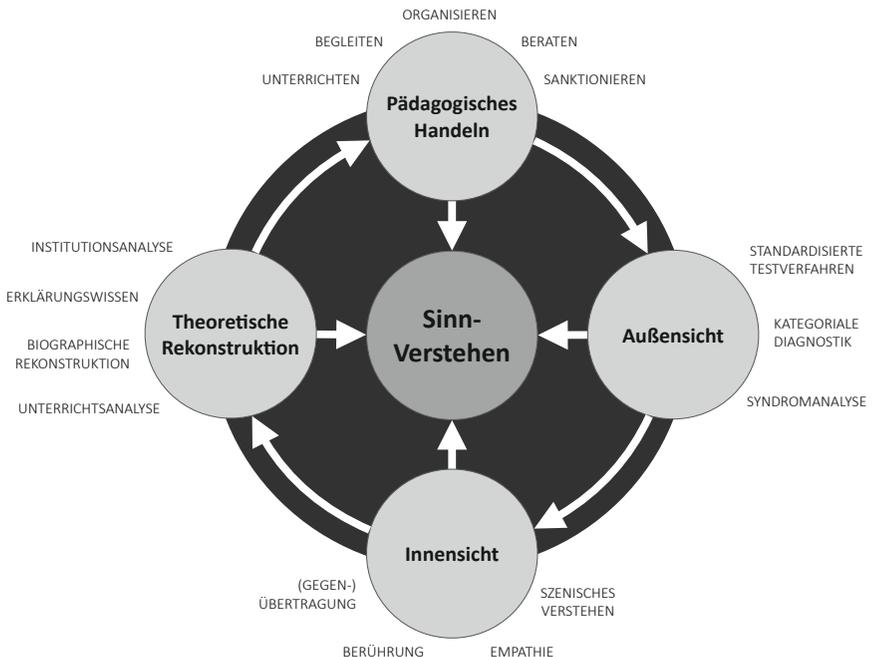


Abb.1: Pädagogische Diagnostik als zirkulärer Prozess des Sinn-Verstehens.

3. 1. Pädagogisches Handeln

Da es sich um einen Kreis handelt, kann der diagnostische Prozess prinzipiell an jedem der vier Punkte einsetzen. Als *pädagogische* Diagnostik ist der Ausgangs- und Endpunkt Verstehender Diagnostik jedoch in der Regel das pädagogische Handeln, das im Schaubild in Anlehnung an die empirischen Ergebnisse der PAELL-Studie von Nittel, Tippelt und Schütz (2014, S. 77–98) in die fünf pädagogischen Kernaktivitäten des Unterrichts, Begleitens, Beratens, Organisierens und Sanktionierens unterschieden wird. In der Schule werden Verhaltensauffälligkeiten und psychische Erkrankungen in der Regel dann wahrgenommen, wenn Lehrkräfte sich bei diesen Kernaktivitäten gestört fühlen oder infrage gestellt sehen.

3. 2. Außensicht

Dies führt bereits zum zweiten Punkt: der Position der Außensicht. Ein Verhalten läuft im Unterricht den Erwartungen der Lehrperson und den Regeln des Systems Schule zuwider: Es stört und erscheint zugleich *als* gestört. Als Abweichung von der Norm werden durch objektiverende Methoden (*Beobachten, Messen, Testen, Klassifizieren*) individuelle Merkmale, Symptome und Fähigkeiten (*Stärken und Schwächen*) erfasst und ausgewertet, die diese Normabweichung dokumentieren und taxonomisch einordnen lassen. Typische Beispiele für die diagnostische Position der Außensicht sind standardisierte Intelligenztests (z. B. HAWIK/WISC) und die weiter oben diskutierten kategorialen Diagnosen, die durchaus ihre Berechtigung haben, deren Tragweite aus pädagogischer Sicht jedoch sehr begrenzt ist. Bleibt man in der Pädagogik bei der Position der Außensicht stehen, so läuft man schnell in Gefahr, jemanden zu einem „Fall von etwas“ zu machen und dadurch die gesamte Person und ihr Verhalten auf eine bestimmte Behinderung, Störung oder Krankheit zu reduzieren, ohne der kritischen Frage nachzugehen, was letztlich „dahinter steckt“ (siehe oben), welche dynamischen Prozesse und strukturellen Bedingungen also die Person zu dem haben werden lassen, wer sie ist und wer sie hätte sein können.

3. 3. Innensicht

Diese Dynamik erschließt sich nur unter Berücksichtigung der Position der Innensicht. Der dritte Punkt besteht deshalb darin, die Perspektive der diagnostizierten Person einzunehmen, sich mit ihr zu identifizieren: Wie würde ich mich an der Stelle der Anderen fühlen? In welchen Situationen verhalte ich mich ähnlich oder genauso? Was würde es für mich und mein Leben bedeuten, unter den Bedingungen eines bestimmten Syndroms, einer bestimmten Krankheit oder Behinderung zu leben? Bei der Analyse solcher Fragen können (auto-)biographische Zeugnisse von Menschen Behinderung oder einer psychischen Erkrankung ebenso hilfreich für ein Verständnis sein wie die Reflexion eigener biographischer Erfahrungen. Vor allem aber geht es darum, die diagnostizierte Person selbst so umfassend wie

möglich in den Prozess einzubeziehen, zu Wort kommen zu lassen und sowohl bei der Datenerhebung, als auch an deren Auswertung und Interpretation zu beteiligen, indem Patientenakten z. B. gemeinsam angesehen und gelesen werden und der betroffenen Person bei sogenannten Fallberatungen die Möglichkeit gegeben wird, an den Besprechungen teilzunehmen.

Die Position der Innensicht setzt Empathievermögen und die Bereitschaft voraus, sich von der Situation und der Geschichte der Anderen berühren zu lassen. In der Psychoanalyse werden hierfür u. a. gezielt Phänomene der Übertragung und Gegenübertragung genutzt wie z. B. im Konzept des *Szenischen Verstehens* (vgl. Lorenzer 2006; Buchholz 2019). Eine wichtige Quelle sind oft biographische Erzählungen der diagnostizierten Person und ihrer Bezugspersonen, die z. B. in Form von narrativen Interviews erhoben werden können.

Allerdings ist auch die Position der Innensicht nicht unproblematisch. Ihre Gefahren liegen u. a. in der Verabsolutierung des Subjekt-Standpunktes: Sich in Andere hineinzusetzen, geht oft mit Fehldeutungen, Projektionen oder unzulässigen Verallgemeinerungen der eigenen Vorurteile und Erfahrungen einher, die in Gefühle des Ekels, des Mitleids, des Hasses oder des Entsetzens umschlagen können. Die Position der Innensicht bedarf daher der Reflexion und Korrektur durch ihre theoretische Rekonstruktion und Überprüfung.

3.4. Theoretische Rekonstruktion

Das Ziel der theoretischen Rekonstruktion ist die Verknüpfung und wechselseitige Durchdringung von Außen- und Innensicht. Mit Basaglia geht es darum, der doppelten Realität gerecht zu werden, die jeder Diagnose einer Behinderung oder psychischen Krankheit anhaftet – der Realität der Beeinträchtigung oder Krankheit und der Realität der gesellschaftlichen Ächtung und sozialen Exklusion:

„Wenn der Kranke tatsächlich die einzige Realität ist, mit der wir uns zu befassen haben, so müssen wir uns allerdings mit beiden Gesichtern dieser Realität auseinandersetzen: 1. mit der Tatsache, dass wir einen kranken Menschen vor uns haben, der psychopathologische Probleme aufwirft und 2. mit der Tatsache, dass wir einen Ausgeschlossenen, einen gesellschaftlich Geächteten vor uns haben (Basaglia 1978, 151).“

Basaglia und andere Vertreter*innen der Demokratischen (Anti-)Psychiatriebewegung in Italien unternahmen in den 1970er Jahren breit angelegte praktische Versuche, ihre Patient*innen darin zu unterstützen, sich ihre Lebensgeschichte, die ihnen durch die Anstaltspsychiatrie oft über Jahrzehnte abgesprochen und enteignet worden war, neu anzueignen und sie damit wieder als Subjekte in die Geschichte (individuell wie gesellschaftlich-politisch) einzusetzen. Im Anschluss an Basaglia hat Jantzen seinen diagnostischen Ansatz als „Rehistorisierung“ bzw. „Rehistorisierende Diagnostik“ bezeichnet und versteht darunter die Zusammenführung von Individuum und Geschichte (vgl. Jantzen 2006, S. 322):

„Erscheint mir der oder die je Andere als Resultat der rehistorisierenden Rekonstruktion nicht mehr als ‚Fall von‘ einer Geschichte des Defekts, des Schicksals oder der Krankheit, sondern als Ausdruck seiner Geschichte des Lebens und Erlebens in seiner bzw. ihrer Lebenswelt, wie immer sie durch die Bedingungen des Defekts und der auf diesen aufbauenden sozialen Geschichten sich auch erweist, so wird aus einem ‚Fall von‘ eine Geschichte von ‚Meinesgleichen‘, die unter Umständen auch meine hätte sein können. Dies heißt aber, dass meine Geschichte ebenso von Ausgrenzung und Verzweiflung, von Schmerz und Ohnmacht, von erfahrener Gewalt und psychischer Umwandlung misslingender sozialer Beziehungen in meine persönliche Schuld gekennzeichnet sein könnte. Berührung und Erschrecken bilden demnach ein widersprüchliches Ganzes, das mich im Augenblick seiner Offenbarung leicht überwältigen kann. Und dies versetzt mich in doppelter Weise in eine Situation, die schwer zu ertragen ist (Jantzen 2006, 325f).“

Mit der theoretischen Rekonstruktion sollen Antworten auf Fragen wie diese gefunden werden: Worin besteht die primäre Störung oder Beeinträchtigung? Welche sekundären Symptome oder Verhaltensmuster im Sinne von Anpassungs- und Bewältigungsstrategien sind zu beobachten? Welche Auswirkungen hat ein bestimmtes Syndrom oder Krankheitsbild auf die soziale Situation eines Menschen (z. B. in Familie, Schule oder Beruf)? Welche Auswirkungen hat es auf seine kognitive, emotionale und soziale Entwicklung? Welche institutionellen Mechanismen des Ausschlusses und der Verbesonderung, aber auch der subjektiven Widerständigkeit und sozialen Unterstützung spielen in seiner Geschichte eine bedeutsame Rolle?

Ohne medizinisches oder psychologisches Wissen über ein bestimmtes neuropsychologisches Syndrom oder psychiatrisches Krankheitsbild, aber auch ohne das sozialwissenschaftliche Wissen über strukturelle Gewalt und deren Auswirkungen z. B. auf Heimbewohner*innen und Psychatrieinsass*innen ist eine rehistorisierende Diagnostik von Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Erkrankungen schwer möglich. Theoretische Erklärungen können dabei das Verstehen nicht ersetzen oder an dessen Stelle treten. Aber Erklärungen können dabei helfen, den Kontext und die Bedingungen eines Verhaltens besser zu verstehen und seine Sinnhaftigkeit zu entschlüsseln.

Auch theoretische Rekonstruktionen sind nicht unabhängig von subjektiven Vorannahmen und perspektivischen Verzerrungen oder Engführungen. Wie Goldstein bemerkt, gilt dies bereits für die Feststellung einzelner medizinischer Symptome:

„Wir sind so gewohnt, Symptome als unmittelbaren Ausdruck der Schädigung bestimmter Teile des Nervensystems zu betrachten, dass schon die Frage nach der ‚Entstehung‘ der Symptome als eine zum mindesten überflüssige erscheinen mag. Bei näherem Zusehen stellen wir aber fest, dass nur ein geringer Teil der Symptome wirklich ohne weiteres, der größte Teil eigentlich erst bei ganz bestimmter Untersuchung in Erscheinung tritt. Die Symptome sind Antworten, die der Organismus auf ganz bestimmte an ihn gestellte Fragen gibt, sie sind zum mindesten von diesen Fragen mit bestimmt (Goldstein 2014, 15).“

Ob Außensicht, Innensicht und theoretische Rekonstruktion am Ende zu einem stimmigen Ganzen zusammenfließen, muss sich im pädagogischen Handeln erweisen: Mit dem Übergang von der Theorie zur Praxis schließt sich der diagnostische Kreis. Sinn-Verstehen kann dabei immer nur vorläufigen und approximalen Charakter haben. Daher wird dieser Kreisprozess in der Praxis meist wiederholt durchlaufen, wobei die Annäherung an ein wechselseitiges Verstehen von Diagnostizierenden und Diagnostizierten im Idealfall immer besser gelingt. Das entscheidende Kriterium für den Erfolg Verstehender Diagnostik ist die Veränderung des bisherigen pädagogischen Handlungs- und Bedeutungsraums und damit einhergehend die Schaffung neuer Möglichkeiten der Kommunikation und Kooperation. Sie gelangt an ihr Ende, sobald es gelungen ist, die Isolation und Ausgrenzung der Schülerin/des Schülers aufzuheben und umfassend soziale Teilhabe, insbesondere bezogen auf Bildung und Erziehung, (wieder) herzustellen.

4. Zusammenfassung und Schluss

Kinder und Jugendliche mit Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Erkrankungen lernen in der Schule oft unter massiv isolierenden Bedingungen, die ihre Bildungs- und Entwicklungsmöglichkeiten erheblich einschränken. Die Aufhebung ihrer Isolation setzt bei Lehrkräften ein komplexes Verständnis unterschiedlichster Bedingungsfaktoren voraus und zugleich eine kontinuierliche Reflexion der eigenen Verstricktheit in das pädagogische Feld (z. B. durch Supervision, kollegiale Fallberatung, Team-Teaching). Eine Weiterentwicklung behinderten- und inklusionspädagogischer Professionalität bedarf der Stärkung diagnostischer Kompetenzen von Lehrkräften im Hinblick auf ein pädagogisches Verständnis der Lebens- und Lernsituation einzelner Schüler*innen.

Literaturverzeichnis

- AAIDD (Ed.). *Intellectual Disability: Definition, Classification, and Systems of Supports*. 11th Edition. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities 2010.
- Amrhein, Bettina (Hg.). *Diagnostik im Kontext inklusiver Bildung: Theorien, Ambivalenzen, Konzepte*. Bad Heilbrunn 2016.
- APA (Ed.). *DSM-5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, London 2013, 5. Aufl.
- Barow, Thomas/Östlund, Daniel. „The system shows us how bad it feels“: special educational needs assessment in North Rhine-Westphalia Germany. In: *Journal of Special Needs Education*, 34(5), 2019, S. 678–691.
- Basaglia, Franco (Hg.). *Die negierte Institution oder die Gemeinschaft der Ausgeschlossenen*. Frankfurt am Main 1978, 2. Aufl.

- Benner, Dietrich. Allgemeine Pädagogik. Eine systematisch-problemgeschichtliche Einführung in die Grundstruktur pädagogischen Denkens und Handelns. Weinheim, Basel 2015, 8. überarb. Aufl.
- Buchholz, Michael B. Szenisches Verstehen und Konversationsanalyse. In: *Psyche – Zeitschrift für Psychoanalyse*, 73(6), 2019, S. 414–441.
- DIMDI (Hrsg.). Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Köln 2012.
- Dlugosch, Andrea/Reiser, Helmut. Sonderpädagogische Profession und Professionstheorie. In: Günther Opp/Georg Theunissen (Hg.). *Handbuch schulische Sonderpädagogik*. Bad Heilbrunn 2009, S. 92–98.
- Dworschak, Wolfgang/Kannewischer, Sybille/Ratz, Christoph/Wagner, Michael. Verhaltensstörungen bei Schülern im Förderschwerpunkt geistige Entwicklung Bayern. In: Christoph Ratz (Hg.). *Verhaltensstörungen und geistige Behinderung*. Oberhausen 2012, S. 66–82.
- Einfeld, Stewart L./Tonge, Bruce J./Steinhausen, Hans-Christoph. VFE – Verhaltensfragebogen bei Entwicklungsstörungen. Deutsche Version der Developmental Behaviour Checklist (DBC). Göttingen, Bern 2007.
- Foerster, Heinz von. *Kybernetik*. Berlin 1993.
- Frankl, Viktor E. *Der Mensch auf der Suche nach Sinn*. Freiburg, Basel, Wien 1976, 5. Aufl.
- Goffman, Erving. *Asyle – Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*. Frankfurt am Main 1973.
- Goldstein, Kurt. *Der Aufbau des Organismus: Einführung in die Biologie unter besonderer Berücksichtigung der Erfahrungen am kranken Menschen*. Hg. u. eingeleitet v. Thomas Hoffmann/Frank W. Stahnisch. Paderborn 2014.
- Goodman, Robert. The Strengths and Difficulties Questionnaire. A Research Note. In: *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, (38) 1997, S. 581–586.
- Haas, Benjamin. Dekonstruktion und Dekategorisierung: Perspektiven einer non-kategorialen (Sonder-)Pädagogik. In: *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 63(10), 2012, S. 404–413.
- Habermas, Jürgen. *Theorie des kommunikativen Handelns*. 2 Bd. Frankfurt am Main 1981.
- Hinz, Andreas/Köpfer, Andreas. Unterstützung trotz Dekategorisierung? Beispiele für Unterstützung durch Dekategorisierung. In: *Vierteljahresschrift für Heilpädagogik*, 85(1), 2016, S. 36–47.
- Hoffmann, Thomas. *Wille und Entwicklung. Problemfelder – Konzepte – Pädagogisch-psychologische Perspektiven*. Wiesbaden 2013.
- Hoffmann, Thomas/Jochen Montiegel/Niklas Pesth/Manfred Weiser (Hg.). *Bildung und Erziehung von Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung und psychischer Erkrankung. Erfahrungsberichte, Beiträge und Materialien aus der Praxis*. Stuttgart 2018. URL: <https://www.schule-bw.de/themen-und-impulse/uebergreifende-foerderangebote/materialsammlung> (01.08.2020).
- Jantzen, Wolfgang. Rehistorisierung. In: Ernst Wüllenweber/Georg Theunissen/Heinz Mühl (Hg.). *Pädagogik bei geistigen Behinderungen. Ein Handbuch für Studium und Praxis*. Stuttgart 2006, S. 320–331.

- Jantzen, Wolfgang/Lanwer, Willehad (Hg.). Diagnostik als Rehistorisierung: Methodologie und Praxis einer verstehenden Diagnostik am Beispiel schwer behinderter Menschen. Berlin 2011, 2. Aufl.
- Klasen, Fionna/Meyrose, Ann-Kathrin/Otto, Christiane/Reiß, Franziska/Ravens-Sieberer, Ulrike. Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse der BELLA-Studie. In: Monatsschrift Kinderheilkunde, 165, 2017, S. 402–407.
- Klitzing, Kai von. Reaktive Bindungsstörungen. Heidelberg 2009.
- Kobi, Emil. Einweisungsdiagnostik – Förderdiagnostik: Eine schematisierte Gegenüberstellung. In: Vierteljahresschrift für Heilpädagogik, 46, 1977, S. 115–123.
- Kuhl, Jan/Probst, Holger/Krizan, Ana/Sinner, Daniel/Hofmann, Christiane. Von der sonderpädagogischen Diagnostik zur pädagogisch-psychologischen Diagnostik im Dienst schulischer Prävention. In: Enzyklopädie Erziehungswissenschaft Online. Weinheim 2012. DOI 10.3262/EEO11110191.
- Lewin, Kurt. Werkausgabe, Band 6: Psychologie der Entwicklung und Erziehung. Bern, Stuttgart 1982.
- Lorenzer, Alfred. Szenisches Verstehen. Zur Erkenntnis des Unbewussten. Marburg 2006.
- Lovaas, Ole Ivar. Interview: „After you hit a child, you are hooked to that kid.“ In: Psychology Today, 7(8), 1974, S. 76–84.
- Lurija, Alexander R. Romantische Wissenschaft: Forschungen im Grenzbezirk zwischen Seele und Gehirn. Reinbek 1993.
- Luhmann, Niklas. „Was ist der Fall?“ und „Was steckt dahinter?“ Die zwei Soziologien und die Gesellschaftstheorie. In: Zeitschrift für Soziologie, 22(4), 1993, S. 245–260.
- Michailowskaja, Tatiana. Verhaltensauffälligkeiten und Stärken bei Schülern an Schulen für Geistigbehinderte in Weißrussland. Halle 2008. URL: <https://open-data.uni-halle.de/handle/1981185920/6892> (01.08. 2020).
- Nittel, Dieter/Schütz, Julia/Tippelt, Rudolf. Pädagogische Arbeit im System des lebenslangen Lernens. Ergebnisse komparativer Berufsgruppenforschung. Weinheim, Basel 2014.
- Ratz, Christoph (Hg.). Verhaltensstörungen und geistige Behinderung. Oberhausen 2012.
- Sacks, Oliver. Der Mann, der seine Frau mit einem Hut verwechselte. Reinbek 1987.
- Sappok, Tanja/Zepperitz, Sabine. Das Alter der Gefühle: Über die Bedeutung der emotionalen Entwicklung bei geistiger Behinderung. Bern 2016.
- Sarimski, Klaus. Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung – Prävalenz und Prävention. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 60(7), 2011, S. 510–526.
- Schmid, Bernd/Veith, Thorsten/Weidner, Ingeborg. Einführung in die kollegiale Beratung. Heidelberg 2013, 2. Aufl.
- Seidel, Michael (Hg.). Verhaltensauffälligkeiten. Wege zu ihrem Verständnis und zur Überwindung im Alltag der Behindertenhilfe. Materialien der DGSGB, Bd. 36. Berlin 2016.

- Sierck, Udo. Macht und Gewalt – Tabuisierte Realitäten in der Behindertenhilfe. Weinheim, Basel 2019.
- Theunissen, Georg. Geistige Behinderung und Verhaltensauffälligkeiten. Bad Heilbrunn 2011, 5. Aufl.
- Trost, Rainer. Bedingungsanalytische Diagnostik: Ein Vorschlag zur Überwindung alter Gräben. In: Gotthilf Gerhard Hiller/Rainer Trost/Hans Weiß (Hg.). Der diagnostische Blick: (Sonder-)Pädagogische Diagnostik und ihre Wirkungen. Laupheim 2008, S. 165–192.
- Vygotsky, Lev S. Denken und Sprechen. Psychologische Untersuchungen. Weinheim, Basel 2002.
- Wocken, Hans. Sonderpädagogische Diagnostik auf dem langen Marsch zur inklusiven Pädagogik. In: Sonderpädagogische Förderung heute, 56(1), 2011, S. 94–97.
- Zeanah, Charles H./Smyke, Anna T. Attachment Disorders in Family and Social Context. In: Infant Mental Health Journal, 29(3), 2008, S. 219–233.
- Zimpel, André F. Entwicklung und Diagnostik. Münster 1994.

Hoffmann, T. (2020): Verstehende Diagnostik. Pädagogische Erfahrungen mit Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Erkrankungen im Kontext von Schule und Behinderung. In: J.S. Schwarz & V. Symeonides (Hrsg.): Erfahrungen verstehen – (Nicht-)Verstehen erfahren. Innsbruck: StudienVerlag, 239–254.