

## Unsere Black-Box

Hier nun einige Methoden, wie wir sie in der Black-Box-Diagnostik verwenden und den Anmerkungen von Peter Pantucek.

Peter & Kitty Lüdtkke

*Diese Sammlung von „Methödden“, wie sie es selbst nennen, haben Peter & Kitty Lüdtkke im Kontext ihrer Arbeit mit langjährigen DrehtürpatientInnen, also für längere intensive Unterstützungsprozesse entwickelt. Die Autorin und der Autor leisteten und leisten vorbildliche Arbeit, ihr professionelles Selbstverständnis ist ein nahezu lupenrein sozialarbeiterisches. Von ihren Herangehensweisen, Techniken, ihrer Haltung zu den KlientInnen und ihrer eigenen professionellen Rolle ist viel zu lernen. Sie schließen hier an das an, was ich „Black-Box-Diagnostik“ genannt habe: Verfahren mit diagnostischen Komponenten, die in erster Linie dazu dienen, dass die KlientInnen an ihrer Eigendiagnostik arbeiten können. Vorrangiges Ziel ist nicht, dass die Profis klüger werden. Die KlientInnen produzieren und „besitzen“ die Ergebnisse. Ich danke Peter & Kitty Lüdtkke, dass sie mir diese Sammlung zur Veröffentlichung zur Verfügung gestellt haben, und hoffe, noch viel von ihnen zu lernen und zu lesen.  
Peter Pantuček*

Die Klienten organisieren die angewandte Black-Box Diagnostik zum Teil in einem sogenannten Klientenhandbuch, wie es im Folgenden kurz beschrieben wird. Manche Absätze lesen sich ein wenig seltsam, was daher kommt, dass wir sie aus unserer Thesis übernommen haben. Auf einzelne Aspekte der von uns angewandten Motivierenden Gesprächsführung wie Diskrepanzen entwickeln und so weiter gehen wir hier nicht ein, sie sind in Büchern wesentlich genauer nachzulesen.

### **Klientenhandbuch**

„In der Durchführung hat es sich bewährt, dass die Teilnehmer der Gruppe buchstäblich etwas in die Hand bekommen“ und „mit nach Hause“ nehmen können.“<sup>1</sup> Beim Pilotprojekt „Drehtürpatienten“ hat sich das deutlich gezeigt und bei der Begleitung bewährt, auch wenn es in unserem Projekt keine Gruppensitzungen gab. Das individuell erstellte Handbuch ermöglicht es dem Klienten, Ergebnisse aus der Black-Box-Diagnostik, Materialien zur Psychoedukation, Informationen über Einrichtungen sowie Kontaktdaten oder persönliche Eindrücke in einem Hefter zu sammeln. Weiterhin bietet es die Möglichkeit, das Handbuch zu Arztterminen, Entgiftungen etc. mitzunehmen. Dies kann dem Klienten bei schwierigen Gesprächen Beistand gewähren, wenn die Anwesenheit der Berater nicht gewünscht wird – oder auch als Erinnerungsstütze bei der Führung eines Konsum- oder Stimmungstagebuchs dienen. Der Klient entscheidet unabhängig vom Beraterteam, ob er ein solches Klientenhandbuch wünscht und wenn ja, wie es inhaltlich aufgebaut sein soll.

### **Rankings / Skalierungen**

Rankings benutzen wir sehr oft und in allen Variationen.

Wir möchten hier nur mal ein Beispiel bringen: Ein Klient von uns mit ca 80- 100 stationären Entgiftungen gab immer wieder während der Entgiftungen und auch in unseren Gesprächen an, was er noch alles erledigen will. (Es handelte sich um technische „Spielerein“ die der

---

<sup>1</sup> Farnbacher, Brückner, Haasen, Manual zur Psychoedukation opiatabhängiger Menschen 2008 Lambertus Verlag, S. 20

ehemalige Ingenieur noch verwirklichen wollte). Wir erörterten mit ihm zusammen die einzelnen Vorhaben und visualisierten die einzelnen Punkte in Stichwörtern auf der Flipchart. Anschließend nahm der Klient eine Wertung von 0 (nicht wichtig) bis 10 (extrem wichtig) vor. Er wertete keinen einzigen Punkt höher als 4. Weder wir noch der Klient hatten mit diesem Ergebnis gerechnet, aber es war allen im Raum auf einmal klar, warum er die Vorhaben seit Jahren nicht umsetzte. In der Nachbesprechung mit dem Klienten, gab dieser an, dass ihm dadurch bewusst wurde, dass er hier jahrelang gelernte Phrasen verwendete, welche bei Ärzten, Therapeuten u.a. einen guten Eindruck machten, dass diese allerdings in der Realität von ihm schon lange keine Geltung bzw. Priorität mehr hatten. Er verwendete sie nur noch, weil von den Professionellen so gute Reaktionen bei der Verwendung kamen.

Unsere Klienten im Projekt haben oft viele Baustellen an denen gearbeitet werden muss. Um hier für die Klienten eine individuelle Reihenfolge zu erarbeiten, welche zeitpunkts- und ressourcengerecht ist, bedienen wir uns häufig Skalierungen ganz unterschiedlicher Art. Auch halfen unseren Klienten Skalierungen in der Spezifizierung von früheren Erfolgen.

## **Splittern**

Unter „Splittern“ verstehen wir das zerlegen von komplexen Sachverhalten in kleine überschaubare Einzelsegmente. Wir wenden es nicht nur bei Problemlagen, sondern auch bei Zielen an. Es geht darum, dass der Klient die einzelnen Schritte erkennt, aus denen sich ein Sachverhalt zusammensetzt und er erfasst, warum manche Vorhaben immer wieder scheitern oder wie komplex manche einfach erscheinenden Sachverhalte sind.

Ist so ein Sachverhalt dann gemeinsam aufgedrösel, kann der Klient leichter erkennen, bei welchen Einzelschritten er Schwierigkeiten hat, aber auch in welchen Punkten er seine Ressourcen und Stärken sieht. Wir zerlegen die Sachverhalte gemeinsam mit dem Klienten und greifen das Thema dann erst wieder in der nächsten oder übernächsten Sitzung auf, um ihm Zeit zu geben, sich mit den Dingen auseinanderzusetzen. Als Gedankenstütze geben wir meist die einzelnen Punkte in das Klientenhandbuch.

Die Klienten lenken meist das Gespräch von selbst auf die heiklen Punkte, aber eben auch auf ihre Stärken. Im Anschluss daran legen wir dann eine eventuelle Reihenfolge fest, welche auch mit Hilfe eines Rankings vorgenommen werden kann.

## **Zirkuläre Ansätze**

Bei den zirkulären Fragen bedienen wir uns im Projekt anfänglich der Perspektivdrehung. Hierbei fragen wir beim Klienten nach, wie er das Symptom herbeiführen bzw. verschlimmern kann. „Die Botschaft, welche implizit gegeben werden soll, lautet: Auch selbstzerstörerische Verhaltensweisen lassen sich als Resultat von Entscheidungen verstehen.“<sup>2</sup> Hierbei fragen wir unsere Klienten z.B. was müssen sie tun, um in einer abstinenten Phase wieder mit dem Trinken zu beginnen. Diese Perspektivdrehung wirkte anfänglich auf unsere Klienten verwirrend, allerdings konnten sie sich nach einigen Sekunden des Fangens schnell darauf einlassen.

Nach Aussagen der Klienten half ihnen diese Perspektivdrehung, die einzelnen Entscheidungen bis z.B. zum Trinken genauer zu differenzieren und so Trinkphasen wie auch Suizidversuche früher zu lokalisieren und somit auch entsprechend zu reagieren. Dies wiederum führte oft zu weniger heftigen Rückfällen. Die Wunderfrage hingegen rief bei

---

<sup>2</sup> vgl. Simon und Rech-Simon, Zirkuläres Fragen Systemische Therapie in Fallbeispielen: Ein Lehrbuch, Carl-Auer Verlag, 8. Auflage 2009, Heidelberg S. 55

unseren Klienten, wenn sie zu früh gestellt wurde, mehr Widerstand hervor. Durch die zahlreichen Erfahrungen unserer Klienten im Hilfesystem war sie, vermutlich da sie öfters von Professionellen benutzt wurde, negativ belegt. Im Laufe der Beziehungsarbeit, war es allerdings auch möglich sie zu einem späteren Zeitpunkt, wenn die Beziehung stabiler war, zu stellen. Sie diene dann dazu die Ziele des Klienten zu spezifizieren, verborgene Ressourcen aufzudecken, sowie ein positives Gefühl zu implizieren, was gerade am Ende eines Gesprächstermins vorteilhaft war.

## ***Impact-Techniken***

Wir bedienen uns der Impact-Techniken hauptsächlich aus Gründen der Bewusstwerdung, zum gedanklichen Anregen, zur Ankersetzung, zur Motivationsstärkung und Verfestigung der Veränderungsbereitschaft bei den Klienten. Wie bei vielen Hilfsmitteln besteht auch hier die Schwierigkeit darin, die passende Technik zur passenden Zeit für den individuellen Klienten einzusetzen. Anschließend werden einige von uns im Projekt angewandten Hauptelemente kurz dargestellt.

Zur Selbstwert-Bestimmung benutzen wir im Projekt folgende Technik: Es wird eine Verbindung zwischen einem Geldschein und dem Klienten hergestellt. Dann soll der Klient den Geldschein zerknittern bzw. auf ihn rumtrampeln. Anschließend wird die Frage gestellt, ob sich an dem Wert des Geldscheines etwas geändert hat.<sup>3</sup>

Unterschied versuchen/tun

Wenn unsere Klienten Schwierigkeiten mit dem Versuchen und dem Tun haben, bitten wir sie darum, dass sie versuchen, sich auf den Stuhl zu setzen. Da sie es nur versuchen sollen, können sie sich nicht ganz setzen, sondern bleiben in gehockter Stellung. Danach sollen die Klienten es einfach tun und sich hinsetzen. Anschließend thematisieren wir die unterschiedlichen Erfahrungen, welche daraus entstanden sind. Diese Erfahrungen projizieren wir gemeinsam mit den Klienten auf das Thema Abstinenz.

Nach Anwendung von Impact-Techniken kam es im Begleitungsverlauf oft vor, dass bei folgenden Treffen einzelne Sequenzen von den Klienten wieder in den Gesprächsverlauf aufgenommen wurden. Es war deutlich zu merken, dass die Anwendung Spuren hinterlassen hat. Diese Spuren wurden dann von uns vertieft.

## ***Antworten?***

Bei allen Methoden, Techniken, Fragen etc. bestehen wir selten auf Antworten. Wir kommunizieren dem Klienten, dass es für uns nicht wichtig ist, dass er seine Antworten oder Gedanken ausspricht, sondern dass es viel wichtiger ist, dass er gewisse Dinge für sich beantwortet.

Diese Einstellung wird von den Klienten sehr begrüßt und führt nicht selten erst zur offenen gedanklichen Beschäftigung mit einigen Themen, welche sich vorher hinter professionellenfreundlichen Antworten versteckten.

Wenn ein Arzt einen Kredit beantragen will, wird er wohl kaum in seiner sonntäglichen Jogginghose in die Bank gehen. Er wird sich äußerlich (Kleidung, Rhetorik etc.) anpassen, um das für ihn positivste Ergebnis rauszuholen. Diese Anpassung haben unsere Klienten im jahrelangen Kontakt mit dem Hilfesystems von Einrichtung zu Einrichtung, von

---

<sup>3</sup> vgl.:Beaulieu, Impact-Techniken für die Psychotherapie, 4. Auflage 2010, Carl-Auer Verlag, S. 53

Professionellem zu Professionellem perfektioniert. Hier bedienen wir uns der verschiedenen Methoden/Techniken, um diese Anpassung wieder aufzubrechen und zum Klienten zurückzukehren. Dies bedeutet, dass ihnen die Wege z.B. zur stationären Aufnahme sehr gut bekannt sind, der Weg zu den Gründen z.B. des Konsums bzw. zu sich selbst ihnen aber nicht bekannt und oft von vielen Trümmern verborgen sind.

## **Spiegeln von Verhaltensweisen**

Die Klienten weisen meist Defizite – oder nennen wir es lieber Eigentümlichkeiten – im Umgang mit ihrer Umwelt auf. Wir gehen also mit ihnen in die Umwelt, in Kaffees und Ämter. Wir spiegeln Ihnen Ihr eigenes Verhalten dann wider und besprechen es mit ihnen. Es geht darum den Klienten auf anschauliche Weise zu verdeutlichen, wie ihre Verhaltensweisen von der Umwelt wahrgenommen werden. Durch das Spiegeln der Verhaltensweisen können sie es quasi am eigenen Leib erfahren und darüber nachdenken ob sie so behandelt werden wollen.

## **Psychoedukation**

Im Rahmen der Behandlung von chronischen Erkrankungen hat sich die Psychoedukation als Intervention bewährt. Sie trägt zur Minderung psychiatrischer Symptome bei, erhöht die soziale Kompetenz und Integration, verbessert die Lebensqualität der Patienten und hilft ihnen bei der Bewältigung von mit der Krankheit zusammenhängenden Anforderungen und dem Lösen sich daraus ergebender Probleme.<sup>4</sup> Für die individuelle Klientenbetreuung lassen sich nach Ansicht der Autoren daher folgende Ziele ableiten:

- Aufklärung über die Krankheiten wie z.B. Behandlungsmöglichkeiten, Verlauf,
- Vermittlung von Kompetenzen im Umgang mit allen vorhandenen Krankheitsbildern (z.B. Komorbidität und Wechselwirkungen der Erkrankungen untereinander)
- Förderung der Compliance, Umgang mit Nebenwirkungen bei Pharmakotherapie
- Individuelle Stabilisierung und emotionale Entlastung
- Stärkung bzw. Rekonstruktion des persönlichen Netzwerks

## **Mail-Interview mit Peter & Kitty Lüdtko**

*Dieses kurze Interview wurde per E-Mail von Petra Grill mit Peter & Kitty Lüdtko geführt und verdeutlicht noch einmal sehr schön Herangehensweise und Haltung der Lüdtkos.  
Peter Pantuček*

### **- Was genau verstehen Sie unter Black Box Diagnostik?**

Sie kennen ja die Definition aus Peter`s Buch „Soziale Diagnostik“, dem schließen wir uns da natürlich an. Wir gestehen den Klienten die Autonomie zu, sich für den Sozialarbeiter als „BlackBox“ zu präsentieren. Es stellt eine unserer Grundlagen in der Gesprächsführung dar, nicht dass wir „klüger“ werden oder Situationen besser einschätzen können, ist das Ziel einer Beratung, sondern dass der Klient sein Handeln im Kontext versteht und besser einzuordnen weiß und so seine individuellen Lösungsansätze findet, das ist die oberste Prämisse.

---

<sup>4</sup> vgl. Farnbacher, Brückner, Haasen, Manual zur Psychoedukation opiatabhängiger Menschen 2008 Lambertus Verlag, S. 8

Wir verstehen unser Handeln weniger als Helfen, sondern eher als Zeigen und Unterstützen von verschiedenen Möglichkeiten und Zusammenhängen. Die Antworten muss der Klient nicht uns geben, er soll durch die Gespräche und Verfahren befähigt werden, sie sich selbst zu geben, was die Antworten natürlich viel intensiver gestalten lässt, da gerade im Suchtbereich gegenüber Professionellen die Wahrheit von vielen Klienten gebeugt wird. Diese Methode verlangt jedoch vom Professionellen sehr viel Gefühl, da ja ein Teil der Antworten verborgen = in der BlackBox quasi unsichtbar für ihn erscheinen, er aber dennoch das Gespräch weiterhin gleichmäßig schwingen lassen sollte.

Wir verstehen die BlackBox Diagnostik daher zum Einen als Teil unserer Gesprächsführung und Wertschätzung gegenüber dem Klienten, zum Anderen als Sammlung von Verfahren, welche die Eigendiagnostik des Klienten fördern bzw. ermöglichen sollen, von daher auch im Sinne einer Förderung der Selbstreflexionsfähigkeit.

**– und nach welchen "Kriterien" ordnen Sie dann gewisse Verfahren in diese Kategorie?**

Gesprächsführung:

Splitttern, Zirkuläre Ansätze, Impact Techniken, Motivierende Gesprächsführung usw.  
Sozialerziehung

Verfahren:

Klientenhandbuch, Ranking, Skalieren,  
Verfahren die zum Teil einen Anteil BlackBoxDiagnostik besitzen und dieser bildgebend ist. Also Netzwerkkarte, Biozeit aber eben auch die IC-Charts die wir mit den Klienten erstellen und besprechen. Weiterhin verwenden wir je nach Klient auch manualisierte Verfahren gerade in Bezug auf die Abhängigkeit und den jeweiligen Komorbiditäten.

**- welche negativen Effekte können diese Verfahren mit sich bringen?**

Hier stellt sich für uns erst mal die Frage für wen; Klienten oder Sozialarbeiter!! Das ist durchaus ernst gemeint.

Kann das begreifen von Zusammenhängen für eine Person negative Auswirkungen haben?!

Beispiel:

Wir arbeiteten an der Erstellung einer Biozeit mit einer Klientin, die Alkoholabhängigkeit, Posttraumatische Belastungsstörung, sexuellen Missbrauch, selbstverletzendes Verhalten, Suizidalität etc. aufweist. Die Erstellung benötigte gut vier Monate, es wurden immer wieder Pausen eingelegt und es wurde nur auf Wunsch der Klientin daran gearbeitet. Die bildgebende Kraft der Biozeit ist nicht zu unterschätzen und ebenso ist der Blackbox-Anteil enorm.

So berichtete die Klientin davon, dass ihr Zusammenhänge durch die Visualisierung deutlicher wurden und Sie sich sehr (durch das einprägsame Bild, das wesentlich leichter hängen blieb, als etwaige Gesprächsthemen) damit beschäftigt hat.

Nein wir wissen nicht alles, was in der Klientin abgelaufen ist. Aber in der Dramaturgie (ein Beobachtungsprogramm) zeigt sich eine Stabilisierung.

Wir konnten bis jetzt (aus unseren Erfahrungen!) keine negativen Effekte der BlackBox-Verfahren beobachten. Allerdings müssen wir auch hier erwähnen, das wir großen Wert darauf legen (durch genauestes Beobachten, Besprechen etc.), die Klienten nicht mit dem BlackBox-Anteil alleine zu lassen und so sicherlich vielleicht entstandene Krisen bisher auffangen konnten. So sind wir nämlich schon der Meinung, dass die BlackBox-Diagnostik ein mächtiges Werkzeug ist, welches gedankenlos angewendet auch Krisen wie z.B. selbstverletzendes

Verhalten, Rückfälle usw. hervorrufen kann. Dies sollte natürlich von Seiten des Professionellen abgefangen werden, damit der Klient nicht alleine diesen mächtigen Instrumenten gegenüber steht.