

Biopsychosoziale Perspektiven der Diagnostik in der psychosozialen Beratung

Helmut Pauls

Zusammenfassung: Biopsychosoziale Perspektiven der Diagnostik in der psychosozialen Beratung

Dieser Beitrag skizziert Perspektiven einer psychosozialen Diagnostik, die auch die biologische Ebene einbezieht bzw. sich für diese anschlussfähig macht. Zunächst werden Konkretisierungen des biopsychosozialen Modells auf Basis der Bedürfnistheorie, des „Interactive Biobehavioral Model“, des „psychobiologischen Krankheitskontinuums“, des „Biobehavioralen Familienmodells“ und des Modells des „Lebensführungssystems“ vorgestellt. Die spezifischen Aufgabenstellungen biopsychosozialer diagnostischer Abklärung werden im Anschluss an Pauls und Reicherts (2013) als Aufgabenanalyse, Zielbestimmung und Prognose, auch zur Abgrenzung und Einleitung notwendiger Maßnahmen anderer Fachdisziplinen (wie Medizin, Recht, Pflege) definiert. Einzelne Schritte des Ablaufes sind Aufgabenanalyse, Dekomposition und Priorisierung von bio-psycho-sozialen Teilproblemen sowie Zuweisung, Orientierung und Risikoabklärung.

Schlüsselwörter: biopsychosoziales Modell, psychosoziale Diagnostik, Aufgabenanalyse, Beratung

Abstract: Biopsychosocial perspectives on assessment in counselling

This article discusses the possibilities of an inclusion of biological / physical dimensions into the process of psychosocial diagnosis (assessment). Initially some approaches of modeling biopsychosocial interactions are presented: the theory of needs, the „Interactive Biobehavioral Model, the Mind-Body Continuum of Disease, the Biobehavioral Family Model and the System of Life Conduct Model („Lebensführungssystem“). Specific tasks for a biopsychosocial assessment process are outlined as: task analysis, definition of goals and prognosis, respecting the collaboration with other disciplines (such as medical, legal, nursing). Steps and sequence of this process are (beside task analysis): decomposition and prioritization of separate bio-psycho-social problems / tasks and allocation, alignment and risk assessment.

Keywords: biopsychosocial model, psychosocial assessment, task analysis, counselling

Zielsetzung

Ich spreche in diesem Beitrag von „biopsychosozialer Diagnostik in der psychosozialen Beratung“. Diese Ansage ist ein Versuch. Das diagnostische Vorgehen im Rahmen der psychosozialen Beratung bei klinischen bzw. sozialtherapeutischen Aufgabenstellungen wird in den Kontext einer biopsychosozialen Perspektive gestellt. Dazu ist es zunächst notwendig, biopsychosoziale Modellmerkmale aus der Perspektive therapeutisch orientierter psychosozialer Beratung zu skizzieren: Was sind Kernannahmen? Die konkreten Aufgabenstellungen einer biopsychosozial orientierten Beratungsdiagnostik müssen vor dem Hintergrund der von den drei Integrationsebenen (bio-psycho-sozial) geprägten interdisziplinären Arbeitsteilung und Kooperation in den Blick genommen werden, wobei in der Realität der Beratungslandschaft neben den interdisziplinären Aspekten auch die verschiedenen Sozial-, Gesundheits- und Erziehungssysteme mit ihren institutionellen Einrichtungen eine Rolle spielen. Vorschläge zu konkreten Verfahren des beratungsdiagnostischen Vorgehens, die über hinreichende Anschlussfähigkeit zu einer biopsychosozialen Merkmale integrierenden Praxis verfügen, unterbreitet der Beitrag von Gahleitner und anderen (dieser Band).

Beratung und Beratungsdiagnostik im Kontext einer biopsychosozialen Perspektive

Allen Frances – lange Jahre einer der einflussreichsten Psychiater in den USA - hat kürzlich in einem Interview festgestellt, dass die Diagnose und die Behandlung psychischer Störungen eine oft „ineffiziente und unfaire Art“ sei, mit

sozialen Problemen umzugehen. Wenn die Schulklassen zu groß sind, die Schulen Turnstunden abschaffen und die Kinder den ganzen Tag einsperren, dann erhalten die aktivsten und jüngsten unter ihnen die Diagnose ADHS, verbunden mit den entsprechenden Medikamenten. Die Pharmaindustrie macht damit einen Umsatz von fünf Milliarden Dollar. Mit diesem Geld würde man besser die Klassengrößen verkleinern und Turnlehrer einstellen. Manchmal ist es sinnvoller, ein Problem gesellschaftlich anzugehen, statt die Betroffenen zu Patienten zu machen. (Frances, 2014, S. 60)

Frances' sehr psychiatriekritische Äußerungen sind kein Aufruf zur Abschaffung psychiatrischer Diagnosen und Therapie, sondern mahnen, die soziale Dimension nicht weiter zu vernachlässigen zugunsten einer eindimensionalen Medikalisierung sozialer und gesellschaftlicher Aufgabenstellungen.

Bevor man biopsychosoziale Problemstellungen diagnostisch abklären kann, müssen diese theoretisch außerhalb eines psychiatrisch-medizinischen Kontextes präzisiert werden. Im Anschluss

an Obrecht (der sich wiederum auf die Bunge'sche Systemtheorie stützt (Bunge & Mahner, 2004; siehe auch Obrecht, 2000, 2005) bietet sich zu einer Systematisierung eine bedürfnistheoretische Perspektive an:

(Biopsych-)soziale Probleme von Individuen werden ... verstanden als momentanes oder anhaltendes Unvermögen von Individuen, ihre biologischen, biopsychischen und biopsychosozialen Bedürfnisse innerhalb ihrer sozialen Umgebung in einem für ihre nachhaltige Entwicklung hinreichenden Maß und in einer für sie und andere angemessenen Weise durch eigene Anstrengungen zu befriedigen. (Klassen, 2004, S. 277)

Danach lassen sich *biologische*, *biopsychische* und *biopsychosoziale* Bedürfnisse unterscheiden:

- *Biologische* Bedürfnisse: physische Integrität (z. B. Vermeidung von Verschmutzung, das Wohlbefinden reduzierende – schmerzhaft - physikalische Beeinträchtigungen wie Hitze, Kälte Nässe), Vermeidung von Verletzungen, Exposition gegenüber (absichtsvoller) Gewalt; für die *Autopoiese* erforderliche Austauschstoffe (Nahrung, Sauerstoff); sexuelle Aktivität und Fortpflanzung; Regeneration.
- *Biopsychische* Bedürfnisse: wahrnehmungsgerechte sensorische Stimulation; ästhetische Bedürfnisse; Abwechslung/Stimulation; assimilierbare orientierungs-/handlungsrelevante Information = Bedürfnis nach Orientierung; Sinn; subjektiv relevante (affektiv besetzte) Ziele und Hoffnung auf Erfüllung; effektive Fertigkeiten (Skills), Regeln und soziale Normen zur Bewältigung von (wiederkehrenden) Situationen in Abhängigkeit von subjektiv relevanten Zielen (Kontroll- und Kompetenzbedürfnis).
- *Biopsychosoziale* Bedürfnisse: emotionale Zuwendung; (spontane) Hilfe; sozialkulturelle Zugehörigkeit durch Teilnahme im Sinne einer Funktion (Rolle) innerhalb des sozialen Systems; Unverwechselbarkeit; Autonomie; soziale Anerkennung; Austausch-Gerechtigkeit.

Beratung mit biopsychosozialer Orientierung bezieht sich auf Orientierungs-, Klärungs- und Handlungshilfen in Bezug auf ein solches Bedürfnisspektrum. Dabei sind biologisch-gesundheitliche (somatopsychische, somatosomatische) Bedürfnisse aus psychosozialer Perspektive eben nicht allein in fachspezifisch medizinischem Sinne zu beachten, sondern aus Sicht einer salutogenetisch orientierten Bedürfnistheorie.

Vor diesem Hintergrund stehen psychische Auffälligkeiten und schwere psychische Erkrankungen ebenso im Kontext komplexer biopsychosozialer Wechselwirkungen wie eine Vielzahl körperlicher Erkrankungen und die Gesundheit überhaupt. So stellt auch die World Health Organization im Konzept der „Funktionalen Gesundheit“ fest, dass die Funktionsfähigkeit von Menschen, die Körperfunktionen und –strukturen eng verknüpft sind mit Aktivitäten der beteiligten

Individuen, die zusammen mit ihren Bezugspersonen immer Handelnde, Akteure, innerhalb komplexer sozialer Systeme und Situationen sind (International Classification of Functioning, Disability and Health [ICF]) (World Health Organization [WHO], 2001; deutsche Fassung 2005). Das Paradigma, das dieser Komplexität und Vielschichtigkeit potenziell gerecht werden kann, ist das „biopsychosoziale Modell“ (in der Folge „BPS“) (siehe Gahleitner, Pauls, Hintenberger & Leitner, 2013; Pauls, 2013a, b, c).

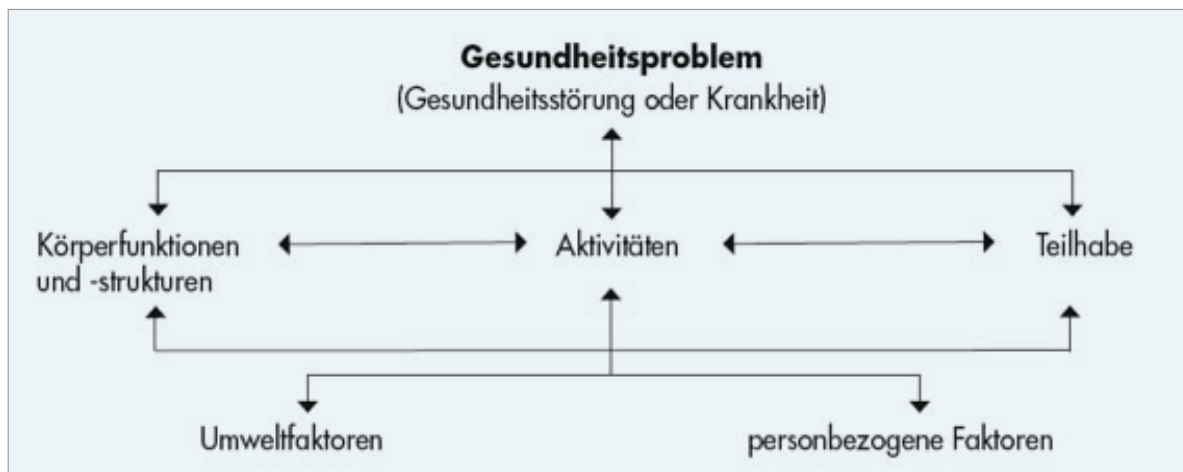


Abbildung 1: Das biopsychosoziale Modell der ICF (aus WHO, 2005, S. 23; siehe Schröder & Göttgens, dieser Band)

Nach Borrell-Carrió, Suchman und Epstein (2004, S. 576) gibt das BPS-Modell eine Anleitung, wie Gesundheit, Leiden und Krankheit auf verschiedenen Integrationsebenen, von der sozialen bis zur molekularen, verstanden werden können. Dabei werden die subjektiven Erfahrungen der Menschen, die als ein essentieller Beitrag bei Diagnose, Behandlung/Beratung und Versorgung/Pflege gelten, besonders beachtet.

Der Erfolg einer Hilfemaßnahme (beratend – behandelnd) ist im BPS-Modell abhängig von einer funktionierenden integrierten biopsychosozialen Gesamtkonzeption, die die professionellen Kompetenzen, Erfahrungen und Interventionen der Fachkräfte aus den beteiligten Disziplinen organisiert und miteinander abstimmt. Auch die beste medizinische Behandlung ist abhängig von den sozial-emotionalen Ressourcen und Copingfähigkeiten der Betroffenen und ihres sozialen Umfeldes. Aber auch die weitere soziale Umgebung (z. B. Arbeitsplatz) und die Öffentlichkeit insgesamt sind einzubeziehen: Gibt es falsche Vorstellungen über die Erkrankung? Stigmatisierung und Ausgrenzung? Oder informiertes Verstehen, Akzeptanz und Unterstützung? (siehe Pauls, 2013b) Umgekehrt sind psychosoziale Beratung und auch Psycho- und Sozialtherapie abhängig von ggf. zugrundeliegenden behandlungsbedürftigen körperlichen Erkrankungen. Biologisch-medizinische Merkmale können das Auftreten von Störungen verursachen und rasche medizinische Intervention erfordern.

Beispielsweise können Störungen auf der psychischen Ebene, die mit gravierenden Auffälligkeiten auf der sozialen Ebene einhergehen, durch Infektionen, genetisch bedingte Hirnerkrankungen, Durchblutungsstörungen, physiologische Mangelzustände, Tumore, Vergiftungen usw. bedingt sein. Gewebeschädigungen des Gehirns können allein, ohne kausales Zutun psychischer und sozialer Faktoren, Auffälligkeiten bedingen – durch Schädigungen des Nervensystems durch entzündliche, immunologische oder toxische Prozesse sowie Sauerstoff und Nährstoffmangel. (Pauls, 2013c, S. 47)

Dieser primäre medizinische Behandlungsbedarf macht dann psychosoziale Beratung nicht überflüssig, sondern erfordert oft - gerade aufgrund der Schwere und der psychosozialen Folgen der Erkrankung wie der Behandlung – intensive beratende Begleitung.

Das „Interactive Biobehavioral Model“ (Lindau, Laumann, Levinson, & Waite, 2003 zit. nach Wood, 2012, S. 179) formuliert zentrale Kennzeichen des BPS-Modells aus psychosozialer Perspektive:

- Orientierung stärker an Gesundheit als an Krankheit,
- Diagnostische Abklärung sowohl von Krankheits- als auch Gesundheitszustand,
- Gleiches Gewicht von biologischen, psychologischen und sozialen Aspekten der Gesundheit,
- Bi-direktionale Kausalität und Feedbackschleifen,
- Verständnis von Gesundheit und Krankheit in sozio-relationalen Kontexten,
- Interdependenz von sozialen und Lebenslaufdynamiken,
- Das Potenzial von Faktoren aller drei Integrationsebenen, Förderer oder Belastung für Gesundheit zu sein.

Das psychobiologische Krankheitskontinuum (Mind-Body Continuum of Disease) modelliert ein Kontinuum von stressrelatierten psychischen und körperlichen Erkrankungen in Abhängigkeit des relativen Beitrages der Anteile psychosozialer und biologischer Einflussfaktoren auf den Krankheitsprozess (siehe Abbildung 2).

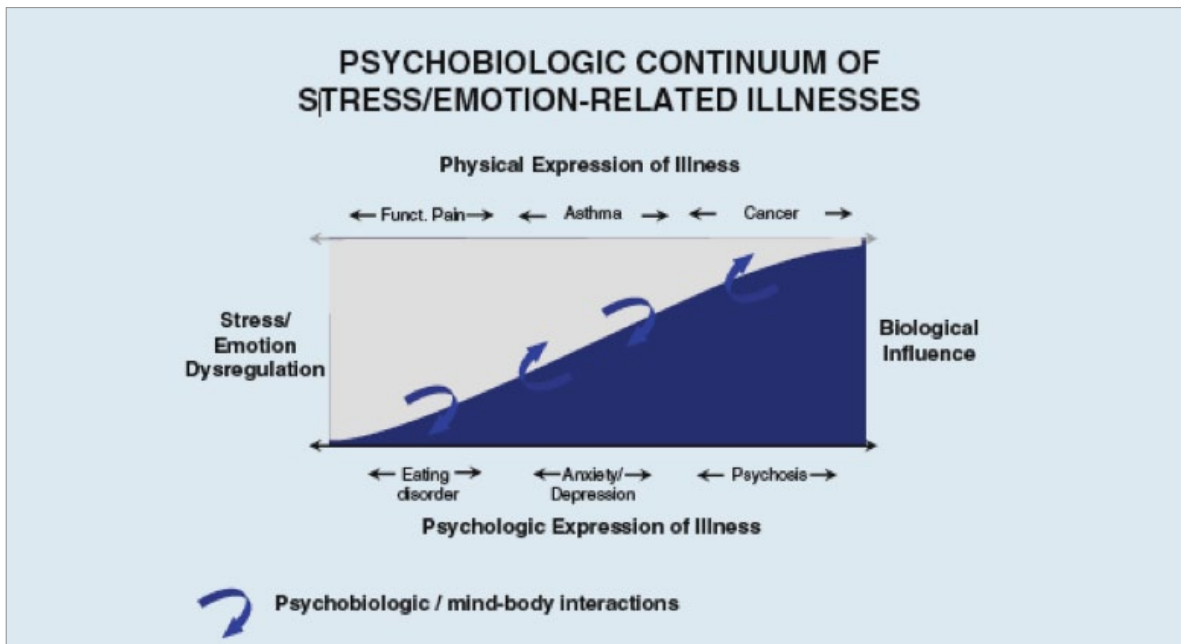


Abbildung 2: Psychobiologic continuum of stress/emotion-related illness, nach Browne (Wood, 2012, S. 181)

Die gebogenen Pfeile im Diagramm repräsentieren die Interaktion psychosozialer und biologischer Faktoren und repräsentieren Pfade bzw. Mechanismen der biopsychosozialen Einflussfaktoren. Diese Beeinflussungspfade sind wechselseitig („bidirectional“): Eine Erkrankung löst sozialen und emotionalen Stress aus, andererseits löst sozialer und emotionaler Stress Erkrankungen aus. Letzterer Zusammenhang wird – gerade auch im Hinblick auf die ungemein weitreichenden biologischen Folgen sozio-psychischer Erfahrungen - durch jüngere Forschung immer wieder belegt, wie folgender Vermerk belegt:

Arbeitslose altern schneller. Sind Männer für mehr als zwei Jahre ohne Arbeit, zeigen sich in ihrem Erbgut Anzeichen rascheren Alterns. Ein britisch-finnisches Forscherteam hat DNA-Proben von 5620 finnischen Männern und Frauen untersucht und festgestellt, dass die sogenannten Telomere bei denjenigen Männern, die mindestens zwei Jahre nicht gearbeitet hatten, verkürzt waren («PLOS One», online). Die Länge der Telomere, die für die Stabilität von Chromosomen wichtig sind, gilt als Anzeichen des biologischen Alters. Kurze Telomere sind verbunden mit einem erhöhten Risiko für altersbedingte Gebrechen wie Diabetes oder Herzerkrankungen. (Neue Zürcher Zeitung [NZZ] am Sonntag vom 24.11.2013, S. 61)

Suchen wir nach spezifischen Wechselwirkungen, die in sehr vielen psychosozialen Beratungsprozessen zentral sind, so finden wir in dem „Biobehavioralen Familien Modell“ von Wood („Biobehavioral Family Model“; Wood, 2012, S. 182; siehe Abbildung 3) einige der Einflusspfade. Das Modell illustriert, in welcher Weise die Familie eine ausschlaggebende Rolle für Gesundheit und Krankheit spielt.

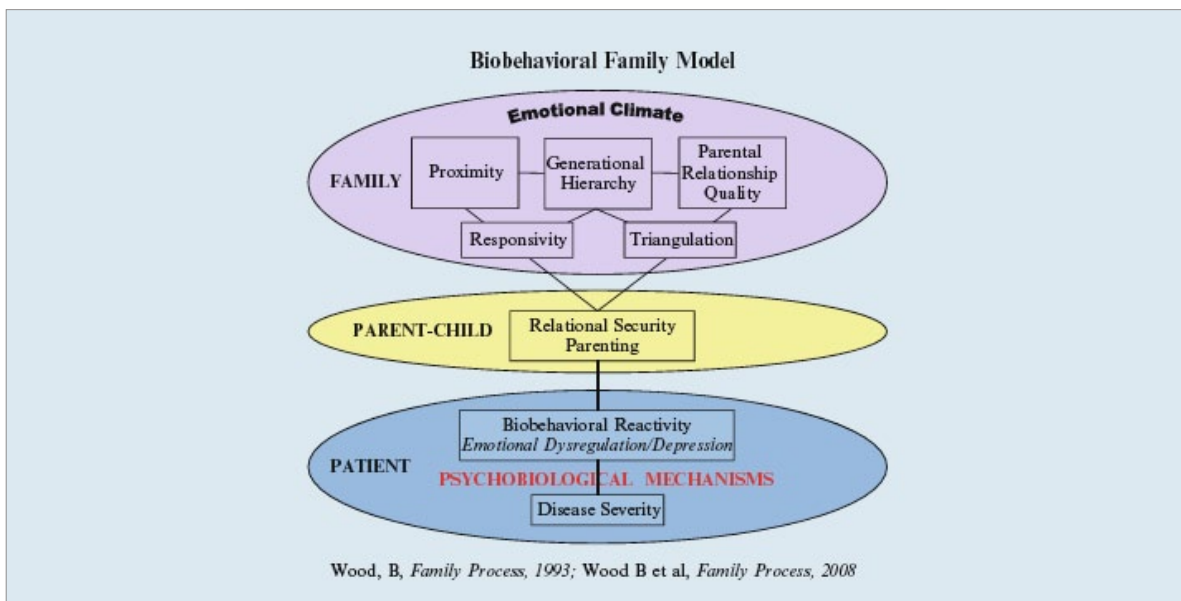


Abbildung 3: Biobehavioral Family Model (Wood, 2012, S. 182)

Mit dieser Konzeptualisierung von Gesundheits- und Krankheitsfaktoren lassen sich grundsätzlich interessante Einflussgrößen bestimmen, und sie eröffnet im Sinne eines integrierten BPS-Modells einen Zugang für Erforschung und Beratung/Behandlung von körperlichen wie psychologisch manifestierten Erkrankungen, konsistent mit dem (oben dargestellten) psychobiologischen Krankheitskontinuum. Wir finden hier folgende Dimensionen zentral gestellt: das emotionale Klima der Familie (family emotional climate), die Beziehungs- bzw. Bindungssicherheit (relational security) und die biobehaviorale Reaktivität (biobehavioral reactivity) psychobiologischer Mechanismen. Diese Dimensionen bieten Anschlussmöglichkeiten für biopsychosoziale diagnostische (hier: familiendiagnostische) Konkretisierungen.

Ein im deutschsprachigen Raum bekanntes Modell von Sommerfeld, Hollenstein und Krebs (2008, siehe Abbildung 4; auch Sommerfeld, Hollenstein & Calzaferri, 2011.) konzipiert Biologisch-Psychisches einerseits und Sozial-Kulturelles andererseits in einer noch weitergehenden Perspektive, durch die sich biopsychosoziale Beratung sowohl in Bezug zu biologischen, intrapsychischen, institutionellen und lebensweltlichen Merkmalen stellen lässt.

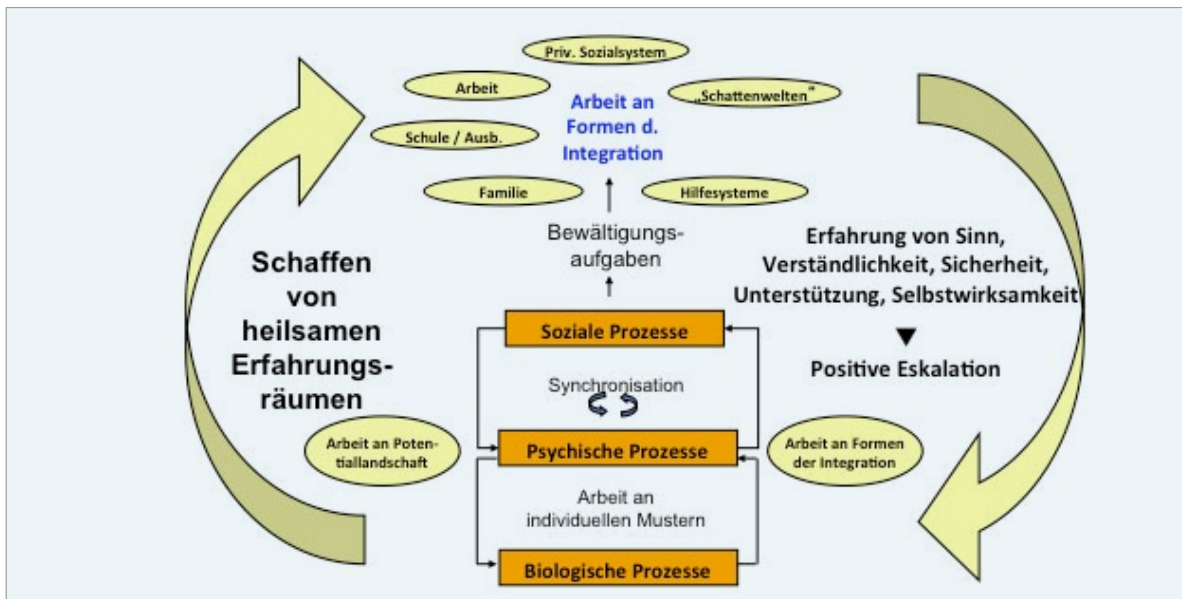


Abbildung 4: Das Modell des Lebensführungssystems nach Sommerfeld, Hollenstein und Krebs (2008)

Beratung durch Förderung, Unterstützung, auch Schaffung von „heilsamen Erfahrungsräumen“ (z. B. im Rahmen von gemeindebezogenen Projekten) mit dem Ziel bestmöglicher sozialer Integration spielt vor diesem Hintergrund eine zentrale Rolle im Rahmen von gesundheitsbezogenen biopsychosozialen Versorgungsangeboten und -netzwerken ganz unterschiedlicher Dienstleistungssysteme: im Rahmen des Gesundheitswesens ebenso, wie im Sozial- und Bildungswesen, in der Resozialisierung und in der Arbeitswelt (siehe Pauls, 2013c).

Biopsychosoziale Aufgabenstellungen psychosozialer Beratungsdiagnostik

Meist ist eine psychosozial beratende Fachkraft Mitglied eines interdisziplinären Teams (z. B. in einer Beratungsstelle, einer sozialpsychiatrischen Einrichtung, einer Klinik) und ihre diagnostischen Bemühungen sind bzw. sollten Teil eines interdisziplinären biopsychosozialen Konzepts von Ärzten, Psychotherapeuten, Psychologen, Sozialpädagogen, (Fach-)Pflegekräften sein. In diesem Fall ist die Beherrschung interdisziplinärer Terminologie und diagnostischer Klassifikation sehr wichtig, wie z. B. die Kenntnis internationaler diagnostischer Klassifikationssysteme (in Deutschland die International Classification of Diseases [ICD]; herausgegeben von der Weltgesundheitsorganisation [WHO], 2012). Auch andere häufig beteiligte Berufsgruppen müssen definierte „Diagnosen“ stellen, z. B. Logopäden, Krankengymnasten, Ergotherapeuten. Biopsychosozial orientierte Beratungsdiagnostik muss sich auch in diese fächerübergreifende Begrifflichkeit integrieren können.

Doch dies ist nur ein Teil des diagnostischen Geschehens – zumal für die psychosoziale Beratung. Schon Alice Salomon forderte Anfang des 20. Jahrhunderts, „ein möglichst genaues, zutreffendes Bild von der Person eines Hilfsbedürftigen zu geben“ (Salomon, 1926, S. 261). Schon sie schlug den Bogen von der sozialen Diagnose zur biologisch-medizinischen Perspektive:

Wie bei der Heilkunde ist auch hier das Ermitteln, das Untersuchen nur ein Teilvorgang der Diagnostik. ... Das Wesentliche ist die richtige Bewertung der Einzelheiten, ihr Vergleich, ihre Deutung. ... 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, 1926, S. 261)

Eine sich im biopsychosozialen Zusammenhang verortende Beratungsdiagnostik steht vor der Aufgabe, das Zusammenspiel zwischen medizinischen, personalen, interpersonalen, institutionellen und kulturellen Dimensionen auszuleuchten und zu bewerten. Sie übernimmt dann in verstärkter Weise ein sozialtherapeutisches Profil (siehe Pauls, Stockmann & Reicherts, 2013) indem sie sich den „sozio-psycho-biologischen“ (Ortmann & Röh, 2008, S. 9) Anforderungen gegenüber neu aufstellt.

Die *spezifischen Aufgabenstellungen* biopsychosozialer diagnostischer Abklärung bestehen aus Aufgabenanalyse, Zielbestimmung und Prognose, auch zur Abgrenzung und Einleitung notwendiger Maßnahmen anderer Fachdisziplinen (wie Medizin, Recht, Pflege). Zu nennen sind zuvorderst: Aufgabenanalyse, Dekomposition, Priorisierung sowie Zuweisung, Orientierung und Risikoabklärung.

Aufgabenanalyse – Dekomposition - Priorisierung

Aufgrund der biopsychosozialen Verschränkungen und der damit einhergehenden Komplexität ist es eine zentrale Aufgabe der Diagnostik, unterschiedliche Teilprobleme auf den und innerhalb der drei Integrationsebenen zu identifizieren und zu differenzieren (Pauls & Reicherts, 2013). Die daraus abzuleitenden Beratungsthemen, -ziele und Aufgabenstellungen sind sodann zu gewichten und zu bewerten / interpretieren (übrigens ganz im Sinne von Alice Salomon, a. a. O.). Bei dieser *Dekomposition* von Problemen und Definition von Teilproblemen mit primärer sozialer und psychosozialer Beteiligung werden folgende Problemtypen unterschieden (Pauls & Reicherts, 2013):

- Störungen von *einzelnen psychisch und/oder körperlich bedingten psychosozialen Funktionen und Funktionsmustern*: z. B. Verhaltensauffälligkeiten; depressive Störung; schwere chronische Erkrankung wie Demenz oder Krebs,
- Störungen von *primären interpersonellen Systemen*: z. B. Beziehungsstörungen bei Familien, Paaren,
- Störungen des *weiteren personalen sozialen Netzwerkes*: z. B. soziale Isolation –Partner, Freunde, Arbeitskollegen - mit problematischer Einengung von dem Klienten zugänglicher sozialer Unterstützung,
- Störungen *organisatorisch-institutioneller Abläufe und Beziehungen*: z. B. Stigmatisierungsprozesse in Betrieben; mangelhafte Verknüpfung und Kooperation im professionellen Netzwerk ambulanter, stationärer und teilstationärer Einrichtungen – auch weiterer Einrichtungen wie Polizei, Ämter und Behörden,
- Störungen des *Sozialraumes und kommunaler Sozialstrukturen*: z. B. fehlende oder konfliktvolle nachbarschaftliche Beziehungen und Unterstützung; Ausgrenzung in der Öffentlichkeit; fehlende oder schwer erreichbare Übergangseinrichtungen.

Folgende Übersicht ordnet die Zerlegung in Problemebenen sowie übergreifende Problemmerkmale grundlegenden Beratungsstrategien zu, was ja als zentrale Aufgabe einer interventionsorientierten Beratungsdiagnostik anzusehen ist.

Globale Problemmerkmale	Globale Beratungsstrategien
Multiproblemsituation	Dekomponieren und Definieren von Teilproblemen
Mehrere Ziele / Zielkonflikt	Priorisierung nach Valenz/Relevanz, Dringlichkeit oder Beeinflussbarkeit & Wandelbarkeit
Beschränkte Ressourcen der Beratung/ Betreuung	Priorisierung nach Valenz/Relevanz oder Beeinflussbarkeit, oder nach Kapazität der Ressourcen
Problemebenen	Spezifische Beratungsstrategien
Psychisches Problem	Suche nach Beratungsregeln / Einbezug psychologischer therapeutischer Techniken
Psychische Störung mit Krankheitswert	Informieren; Aufstellen eines sozialtherapeutischen Interventionsplanes;
Schwere/chronische körperliche Erkrankung oder Behinderung	Überweisen in bzw. Einbezug von Gesundheitsnetzwerk (= kooperieren durch sozialtherapeutische Mitbehandlung)

Problemebenen	Spezifische Beratungsstrategien
Interpersonelles Problem	Suche nach dyadischen / systemischen Beratungs- bzw. Behandlungsregeln; Schaffung eines systemisch geeigneten Settings bzw. Hinzuziehung von Bezugspersonen
Netzwerkproblem/soziale Desintegration	Suche nach systemischen Behandlungs- / Beratungsregeln; Priorisierung und Einbeziehung relevanter Lebensführungssysteme und Bezugspersonen; Schaffung geeigneter Settings
Institutionelles Problem	Suche nach Regeln der Inanspruchnahme institutioneller / behördlicher Unterstützung und systematischer interinstitutioneller Hilfeplanung; Schaffung geeigneter Settings
Kommunales Problem Sozialstrukturelle und sozialräumliche Störungen oder Defizite	Öffentlichkeitsarbeit; Netzwerkberatung; Community Care; Beratung von Institutionen und politischen Gremien als Motor institutionellen Wandels (konzeptionelle Arbeiten zur Ermöglichung sozialtherapeutischer Interventionen, z. B. Gründung neuer Dienste)

Abbildung 5: Globale Problemmerkmale, Problemebenen und (bio)psychosoziale Beratungsstrategien (aus Pauls & Reicherts, 2013, S. 75–76)

Zuweisung, Orientierung und Risikoabklärung

Weiterhin zu differenzieren sind die *prozessbezogenen* Aufgaben beratender Fachkräfte im Verlauf der jeweiligen Hilfeprozesse. Zu Beginn, im Verlauf und am Ende von Maßnahmen müssen richtungsweisende Aspekte für die dabei jeweils anstehenden Entscheidungsprozesse erfasst werden. Greift man die von Heiner (2010, 2013) eingeführte Systematik – Orientierungsdiagnostik, Risikodiagnostik, Zuweisungsdiagnostik und Gestaltungsdiagnostik – auf, fällt zu Beginn eines Diagnostikprozesses in der Regel die Aufgabe an, sich zu orientieren, eventuelle Risikokonstellationen zu erfassen und erste Zuweisungsvorschläge zu formulieren. Zwei Aspekte der Standardisierung sind hier in Bezug auf die Notwendigkeiten der Komplexitätsreduktion bedeutsam: Reichweite (z. B. Breite des Lebensbereichs) und Präzision (Kennzeichnung eines spezifischen Phänomens in einem Lebensbereich).

TABELLE 1 Standardisierungsgrad diagnostischer Verfahren		
Funktion	Standardisierung	
	Reichweite der Aussagen	Präzision der Kategorien
Orientierungsdiagnostik	hoch	gering
Zuweisungsdiagnostik	mittel	mittel
Gestaltungsdiagnostik	hoch + selektiv gering	gering + hoch
Risikodiagnostik	gering	hoch

Abbildung 6: Standardisierungsgrad diagnostischer Verfahren (siehe Heiner, 2013, S. 24)

Es ist also sinnvoll, sich selbst als BeraterIn im Hilfeprozess jeweils zu verorten, die eigene Rolle zu klären und angemessen Kontakt mit weiteren am Fall beteiligten Professionellen aufzunehmen, um im gesamten Diagnostikgefüge einen produktiven Prozess zu befördern.

Schlussgedanken

Heiner (2013) fordert, Diagnostik sollte mehrperspektivisch, sozialökologisch, partizipativ und reflexiv gestaltet sein. Das biopsychosoziale Modell kann potenziell diesem Anspruch - trotz aller fortlaufenden Probleme seiner Umsetzung – gerecht werden. Diese Anforderung weist jedoch auch auf den prozessualen Charakter von Diagnostik hin. Die Informationssammlung und –auswertung begleitet „den gesamten Interventionsprozess. Einschätzungen werden ... laufend ergänzt, korrigiert und revidiert Meist stehen dabei mehrere Akteure über einen längeren Zeitraum in einem Austauschprozess, der ihre Wahrnehmung und Urteilsbildung beeinflusst“ (Heiner, 2013, S. 22; siehe Possehl, 2004). Sie bilden im Fall des Gelingens ein konstruktives interprofessionelles Gefüge. In der Praxis ist dies verbunden mit der Wahrnehmung des Klienten bzw. Patienten als ganzem Menschen, mit körperlichen, psychischen und sozialen Bedürfnissen. Und es geht in einer solchen Diagnostik auch um Orientierung an Gesundheit. Im Rahmen der Machbarkeit ist eine Annäherung an gelingende Umsetzungen des biopsychosozialen Modells in diagnostischen Prozessen ein wichtiger Schritt zu einer integrativen gesundheitsbezogenen psychosozialen Beratung.

Literatur

- Borrell-Carrió, F., Suchman, A.L. & Epstein, R.M. (2004). The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry. *Annals of Family Medicine*, 2(6), 576–582. Zugriff am 02.10.2014. Verfügbar unter <http://www.annfammed.org/content/2/6/576.full.pdf+html>
- Bunge, M. & Mahner, M. (2004). *Über die Natur der Dinge*. Stuttgart: Hirzel.
- Frances, A. (2014). Wir machen aus der Kindheit eine Krankheit. Interview in der Neuen Zürcher Zeitung. *NZZ am Sonntag vom 12.01.2014*, S. 60.
- Gahleitner, S.B., Pauls, H. Hintenberger, G. & Leitner, A. (2013). „Biopsychosozial“ revisited. In S.B. Gahleitner, G. Hahn & R. Glemser (Hrsg.), *Psychosoziale Intervention. Klinische Sozialarbeit* (Band 6, S. 16–35). Bonn: Psychiatrieverlag.
- Heiner, M. (2010). Diagnostik in der Sozialen Arbeit. In H-U. Otto & H. Thiersch (Hrsg.), *Handbuch Sozialarbeit/ Sozialpädagogik* (4. vollständig überarbeitete Auflage, S. 237-250). München: Reinhardt.
- Heiner, M. (2013). Wege zu einer integrativen Grundlagendiagnostik in der Sozialen Arbeit. In S.B. Gahleitner, G. Hahn & R. Glemser (Hrsg.), *Psychosoziale Diagnostik* (Reihe: Klinische Sozialarbeit. Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung, Band 5, S. 18-34). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Klassen, M. (2009). Sozialarbeitswissenschaft aus der bedürfnistheoretischen Perspektive. In A. Mühlum & M. Rieger (Hrsg.), *Soziale Arbeit in Wissenschaft und Praxis. Festschrift für Wolf Rainer Wendt* (S. 47–58). Lage: Jacobs Verlag.
- Neue Zürcher Zeitung. (2013). Arbeitslose altern schneller. *NZZ am Sonntag*, 24.11.2013, S. 61.
- Obrecht, W. (2000). Soziale Systeme, Individuen, soziale Probleme und Soziale Arbeit. Zu den metatheoretischen, sozialwissenschaftlichen und handlungstheoretischen Grundlagen des „systemischen Paradigmas“ der Sozialen Arbeit. In M. Roland (Hrsg.), *Systemtheorie sozialer Arbeit. Neue Ansätze und veränderte Perspektiven* (S. 207-223). Opladen: Leske + Budrich.
- Obrecht, W. (2005). Ontologischer, Sozialwissenschaftlicher und Sozialarbeitswissenschaftlicher Systemismus. Ein integratives Paradigma der Sozialen Arbeit. In H. Hollstein-Brinkmann & S. Staub-Bernasconi (Hrsg.) *Systemtheorien im Vergleich. Was leisten Systemtheorien für die Soziale Arbeit? Versuch eines Dialogs* (S. 93-172). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Ortmann, K. & Röh, D. (Hrsg.). (2008). *Klinische Sozialarbeit. Konzepte – Praxis – Perspektiven*. Freiburg im Br.: Lambertus.
- Pauls, H. (2013a). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung* (3. Auflage). Weinheim: Juventa.

- Pauls, H. (2013b). Das biopsychosoziale Modell – Herkunft und Aktualität. *Resonanzen – E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung*, 1(1): *Biopsychosoziale Dialoge – ‚State of the Art‘, Entwicklungen und Perspektiven*. Zugriff am 02.10.2014. Verfügbar unter <http://www.resonanzen-journal.org/index.php/resonanzen/issue/view/10>
- Pauls, H. (2013c). Das biopsychosoziale Modell als Grundlage sozialtherapeutischer Beratungsperspektiven. In H. Pauls, P. Stockmann & M. Reicherts (Hrsg.), *Beratungskompetenzen in der psychosozialen Fallarbeit – ein sozialtherapeutisches Profil* (S. 36–53). Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Pauls, H. & Reicherts, M. (2013). Allgemeine Basiskompetenzen für sozialtherapeutische Beratung - ein Konzept zur Systematisierung. In H. Pauls, P. Stockmann & M. Reicherts (Hrsg.), *Beratungskompetenzen in der psychosozialen Fallarbeit – ein sozialtherapeutisches Profil* (S. 57–78). Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Pauls, H., Stockmann, P. & Reicherts, M. (Hrsg.). (2013). *Beratungskompetenzen in der psychosozialen Fallarbeit – ein sozialtherapeutisches Profil*. Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Possehl, K. (2004). Struktur und Logik professioneller diagnostischer Informationsarbeit in der Sozialen Arbeit. Theoretische Vorklärungen. *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit*, 35(3), 29-67.
- Salomon, A. (1926). *Soziale Diagnose* (Neuaufgabe 2002). Berlin: Alice-Salomon-Fachhochschule.
- Sommerfeld, P., Hollenstein, L. & Calzaferri, R. (2011). *Integration und Lebensführung. Ein forschungsgestützter Beitrag zur Theoriebildung der Sozialen Arbeit*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Sommerfeld, P., Hollenstein, L. & Krebs, M. (2008). *Entwicklungsperspektiven der Sozialen Arbeit in der Integrierten Psychiatrie Winterthur. Bericht eines kooperativen Entwicklungsprojekts*. Olten: Forschungsbericht der Fachhochschule Nordwestschweiz.
- Weltgesundheitsorganisation. (2012). *Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD). ICD-10. Version 2012*. Genf: WHO.
- World Health Organization. (2001/2005). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Zugriff am 02.03.2013. Verfügbar unter <http://www.who.int/classifications/icf/en/>; oder die deutsche Fassung 2005 *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. Verfügbar unter http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endaussage/icf_endaussage-2005-10-01.pdf?action=Ich%20akzeptiere
- Wood, B.L. (2012). Biopsychosocial. In L. L'Abate (Hrsg.), *Paradigms in Theory Construction* (S. 169–186). Berlin: Springer.

Angaben zum Autor

Prof. Dr. phil. Helmut Pauls, Diplom-Psychologe und Psychologischer Psychotherapeut, Professor für Handlungslehre der Sozialen Arbeit, Klinische Sozialarbeit und Psychologie an der Hochschule Coburg, Lehrbeauftragter an der FH Nordwestschweiz, und an der Universität Fribourg/Schweiz; Geschäftsführer der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (ZKS).

Kontakt: helmut.pauls@hs-coburg.de

Zitationsempfehlung

Pauls, H. (2014). Biopsychosoziale Perspektiven der Diagnostik in der psychosozialen Beratung. *Resonanzen. E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung*, 2(2), 101-115. Zugriff am 15.11.2014. Verfügbar unter <http://www.resonanzen-journal.org>