

## Biopsychosoziale Diagnostik: Wie geht denn das konkret? Plädoyer für ein „integratives diagnostisches Verstehen“

Silke Birgitta Gahleitner, Gerhard Hintenberger, Barbara Kreiner & Angelika Jobst

### **Zusammenfassung: Biopsychosoziale Diagnostik:**

#### **Wie geht denn das konkret? Plädoyer für ein „integratives diagnostisches Verstehen“**

Der Artikel stellt ein übergreifendes integratives Modell für die Praxis der biopsychosozialen Diagnostik zur Diskussion, das sich in mehreren Etappen aus interdisziplinären Theorie- und Praxisentwicklungen der Integrativen Therapie herauskristallisiert hat. Es bietet einen Rahmen, der gleichzeitig klassifikatorische, biographische und lebensweltliche Aspekte der Diagnostik vereint und diese unter den Optiken der Salutogenese (Ressourcen und Potenziale) und Pathogenese (Problemlagen) reflektiert. Insbesondere die Ambivalenz von Komplexitätsgewinnung und Komplexitätsreduktion versucht das Rahmenmodell zu überwinden. Es eignet sich daher für verschiedenste therapeutische als auch beraterische und betreuende psychosoziale Settings.

**Schlüsselwörter:** Biopsychosoziale Diagnostik, integrative Diagnostik, Beratungsdiagnostik, Therapiediagnostik, Integrative Therapie

### **Abstract: Biopsychosocial Diagnostics:**

#### **How is that going specifically? Plea for an “integrative diagnostic understanding”**

The article presents a comprehensive integrative model of the practice of biopsychosocial diagnosis for discussion. The model has evolved in several stages out of interdisciplinary theory and practice developments in Integrative Therapy. It offers a framework that both brings together classificatory, case history and lifeworld aspects of diagnosis and reflects upon them from the standpoints of salutogenesis (resources and potentials) and pathogenesis (problem situations). In particular, the model attempts to overcome the ambivalence of increasing and reducing complexity. It is therefore suitable for a wide variety of therapeutic, counselling and psychosocial care settings.

**Keywords:** Biopsychosocial diagnostics, integrative diagnostics, counselling diagnostics, therapy diagnostics, Integrative Therapy

Diagnostik im Bereich der Psychotherapie, Beratung und Supervision ist – so wurde in den beiden vorangehenden Artikeln sowie in der Einführung deutlich – ein umstrittenes und komplexes Geschehen. Für eine biopsychosozial ausgerichtete Diagnostik ist eine Reihe theoretischer Hintergründe und konzeptioneller Überlegungen zu berücksichtigen. Wie also kann eine für die Praxis brauchbare diagnostische Abklärung erfolgen? Wie kann sie lebens-, subjekt- und situationsnah bleiben? Heiner (2010) hat für diese mehrdimensionale Anforderung an biopsychosoziale Diagnostikprozesse den Begriff „diagnostisches Fallverstehen“ [1] geprägt. „Diagnostisches Fallverstehen“ bzw. „diagnostisches Verstehen“ versucht, sowohl auf sprachlicher wie methodischer Ebene, die in den beiden vorangegangenen Artikeln (siehe Osten und Pauls, dieser Band) vielfach angesprochene Polarisierung auf sogenannte rekonstruktive Ansätze einerseits und klassifikatorische Ansätze andererseits zu überwinden:

Die Vertreter des klassifikatorischen Ansatzes plädieren für eine möglichst zuverlässige Informationsverarbeitung mittels standardisierter Erhebungs- und Auswertungsinstrumente, die eindeutige Zuweisungen von Phänomenen zu sprachlichen Klassifikationen erlauben. Die Vertreterinnen und Vertreter des rekonstruktiven Ansatzes betonen die Notwendigkeit einer flexiblen, situations- und interaktionsabhängigen Informationssammlung ... Zentral ist für sie die Meinungsbildung im Dialog mit den Klientinnen und Klienten, um vor diesem subjektiven Hintergrund die aktuellen, oft biografisch verankerten Einstellungen und Verhaltensmuster verstehen zu können. (Heiner, 2013, S. 18-19; siehe auch Heiner, 2011)

Hinter den beiden Ansätzen befinden sich sowohl erkenntnistheoretisch als auch handlungstheoretisch völlig verschiedene Überzeugungen. Im Folgenden soll – aufbauend auf die beiden vorangegangenen Artikel und auf der Basis einiger weniger einführender Überlegungen – ein konkretes Modell vorgestellt werden, das diese beiden Pole zu verbinden versucht. Es greift den Gedanken des „diagnostisches Fallverstehens“ bzw. eines „integrativen diagnostischen Verstehens“ auf und ermöglicht darüber hinaus, die diagnostischen Aspekte einer Reihe weiterer Perspektiven und Dimensionen für die Psychotherapie, Beratung und Supervision einzubeziehen. Das Vorgehen wird begleitend an einem konkreten PatientInnenbeispiel veranschaulicht.

### **Welche Diagnostik wann? – Ein Versuch der Systematisierung von Diagnoseprozessen in biopsychosozialen Arbeitsfeldern**

*Emilia ist 32 Jahre alt und stammt aus Rumänien. Nach Beendigung ihres Kunststudiums und einer mehrjährigen Tätigkeit in der Modebranche übersiedelte sie nach Österreich und ist seither auf der Suche nach einem Job im Designbereich. In der Zwischenzeit hält sie sich mit Gelegenheitsjobs über Wasser. Emilia hat keine Geschwister. Ihre Eltern leben noch in Rumänien, worunter sie sehr leidet. Andererseits bereitet ihr aber auch die Phantasie, die Eltern könnten*

*nachziehen und müssten von ihr versorgt werden, Kopfschmerzen. Emilia wurde aus der behandelnden Akutpsychiatrie in die Psychotherapie empfohlen. Vorstellungsgrund waren dissoziative Absenzen und schwere depressive Erscheinungen.*

Obwohl die heutige Lebenswelt in den deutschsprachigen Ländern Freiheitsräume, Lebensmöglichkeiten und einen Wohlstand bereitstellt, wie es noch vor 100 Jahren undenkbar gewesen wäre, verlangt sie in ihrer Vielgestaltigkeit und Unübersichtlichkeit, sich flexibel zu verhalten, Risiken einzugehen und ein „selbstbestimmtes“ Leben zu führen. Dies erzeugt bei vielen Menschen nicht nur Angst (Sennett, 1998), sondern ist insbesondere in prekären Lebenssituationen auch zu einer Quelle des Leidens und der Inanspruchnahme psychosozialer Hilfe geworden (Keupp, 2012). Die Auflösung sozialer Milieus und der Individualisierungsschub beschleunigen sich wechselseitig und treffen insbesondere Menschen wie Emilia besonders hart, die keine Teilhabe am Wohlstand und den damit verbundenen Möglichkeiten besitzen und/oder auf andere Weise körperlich, psychisch oder sozial beeinträchtigt sind. Die soziokulturellen, ökonomischen und demografischen Verwerfungen tangieren auf diese Weise zunehmend die Gesundheit immer breiterer Bevölkerungskreise (Mühlum & Pauls, 2007).

Um biopsychosoziale Versorgung am bestehenden „Bedarf“ zu orientieren, muss daher eine angemessene professionelle Antwort auf die mannigfaltigen Überforderungen durch biopsychosoziale Verarbeitungsprozesse dieser aktuellen Lebensverhältnisse bereitgestellt werden – für alle darin lebenden, insbesondere für benachteiligte Menschen. Dafür bedarf es der Entwicklung adäquater diagnostischer wie interventiver Konzepte (siehe Gahleitner & Pauls, 2010; Nestmann, 2008; Pauls, dieser Band). Fachlich gesehen muss diese Anforderung in einer klinisch kompetenten biopsychosozialen Expertise beantwortet werden, die die Professionen der Psychotherapie, Beratung, Behandlung, Betreuung und Begleitung herausfordert. Mit dem anthropologischen Entwurf der Person-in-der-Situation („person-in-environment“) (Dorfman, 1996; Richmond, 1917), der „Person in Kontext und Kontinuum“ (Petzold, 2003) wird der Zusammenhang zwischen Bedürfnissen der Person nach Selbstwert und Selbstregulation, ihren sozial-emotionalen Beziehungen und sozialen Unterstützungen sowie der jeweiligen sozialen, umgebenden Chancenstruktur fokussiert (Pauls, 2011; Siegrist, 1998). Diese Dimensionen müssen jedoch bereits im diagnostischen Vorgehen ins Zentrum gestellt werden, nicht erst in der Interventionsplanung. Eine Fachkraft muss also folgendem Anspruch gerecht werden: Diagnostik muss so gestaltet werden, dass die Dimensionen der jeweiligen Lebenssituation der KlientIn bzw. PatientIn ebenso einfließt wie die gesamte Biografie inklusive der subjektiven Sichtweise der KlientIn bzw. PatientIn oder der Interaktion mit der behandelnden Fachkraft, sodass gemeinsam die diagnostische Einschätzung sowie das weitere Vorgehen inklusive der damit verbundenen Ziele gestaltet werden kann (Petzold, 2003).

Biopsychosoziale Hilfeprozesse müssen folglich eine ganze Reihe verschiedener diagnostischer Fragestellungen aufgreifen und im Verlauf des Hilfeprozesses beantworten (siehe hier und im

Folgenden Gahleitner & Pauls, 2013; Pauls, dieser Band). Dabei ist auch zu beachten, dass es ein Unterschied ist, ob einem diagnostischen Prozess die Aufgabe der Zuweisung, der Orientierung, der Risikoabklärung oder der Interventionsgestaltung zugrunde liegt (Heiner, 2010, 2011, 2013). Zu Beginn eines Diagnostikprozesses ist es in der Regel notwendig, sich zu orientieren, eventuelle Risikokonstellationen zu erfassen sowie erste Zuweisungsvorschläge zu formulieren. Häufig, aber nicht immer, liegt der Schritt der Zuweisungsdiagnostik im Aufgabenbereich psychiatrischer Fachkräfte. Für diese Aufgaben werden schwerpunktmäßig klassifikationsorientierte Abklärungsinstrumente benötigt. Klassifikatorische Diagnostik gibt Einteilungen vor, um Phänomene jeweils – reduktiv – einer Diagnose oder mehreren Diagnosen zuordnen zu können und damit eine Suchrichtung für wichtige Hilfeentscheidungen und Vorgehensweisen zu erhalten. Ohne Ordnungsschemata, ohne ein gewisses Maß an Komplexitätsreduktion können wir uns grundsätzlich in mehrschichtigen Zusammenhängen nicht zurechtfinden.

Das sicher bekannteste medizinische und psychodiagnostische Klassifikationssystem dafür ist die bereits mehrfach in den vorangegangenen Artikeln angesprochene ICD-10 (International Classification of Diseases, 10. Überarbeitung; siehe Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information [DIMDI], 2012). Bei aller Kritik stellt die ICD in den deutschsprachigen Ländern die Grundlage für die relevanten Hilfeentscheidungen und zugehörigen Finanzierungsprozesse dar. Sie besitzt damit entscheidende Relevanz für Prozesse der Zuweisungsdiagnostik. Die ICD ist jedoch von Normalitätskonstruktionen, Ethnozentrismen sowie Macht- und Lobbyinteressen geprägt und wurde daher berechtigterweise zahlreich kritisiert (Homosexualität zählte bis vor Kurzem beispielsweise dort noch zu den „Krankheiten“). Als positive Kritik an der Praxis mit der ICD-10 kann aber auch vorgebracht werden, dass die gemeinsame Erarbeitung einer bestehenden Diagnose für die PatientInnen selbst oftmals auch eine große Erleichterung darstellt, da ihr Leiden benennbar wird. Außerdem wissen auch jene, die mit der kategorialen Diagnostik arbeiten, um deren Eingeschränktheit und müssen – wollen aber auch – Verlaufsbeobachtungen und damit eine prozessuale Sicht in die Diagnostik mit einbringen. Aus diesen Gründen ist es unabdingbar, sich in diesem System als psychosoziale Fachkraft, auch als Nicht-Medizinerin – gut zurechtzufinden, um Therapie-, Beratungs- und Begleitungsprozesse und die damit verbundenen Zuweisungsprozesse angemessen und kritisch mitgestalten zu können.

*Das künstlerische Talent von Emilia wurde von ihrer Lehrerin früh erkannt. Sie war es auch, die ihr den Weg in ein staatliches Kunststudium eröffnete. Um das Studium zu finanzieren, arbeitete Emilia in Rumänien vorwiegend in Chemiefabriken, wo es aufgrund niedriger Sicherheitsstandards unter den ArbeiterInnen regelmäßig zu schweren Unfällen mit Todesfolge kam. Nach ihrem Umzug nach Österreich drängten sich diese Bilder immer häufiger in den Vordergrund, sodass sich Emilia schließlich freiwillig in eine psychiatrische Behandlung begab. In einer akut-psychiatrischen Behandlung wurde die Diagnose „akute polymorphe psychotische Störung ohne*

*Symptome einer Schizophrenie“ (F23.0) gestellt und die Symptomatik mithilfe einer pharmakotherapeutischen Behandlung unter Kontrolle gebracht.*

Eine im Interventionsprozess brauchbare, komplex angelegte biopsychosoziale Diagnostik benötigt jedoch eine Reihe weiterer Informationen und Verstehensgrundlagen zur konkreten Gestaltung des Hilfeprozesses. Gestaltungsdiagnostik (Heiner 2010, 2011, 2013; siehe auch Heiner & Schrapper, 2004) wiederum bietet zahlreiche Möglichkeiten einer lebens-, subjekt- und situationsnahen Diagnostik, die neben klassifikatorischen Diagnostikinstrumenten – dialogisch orientiert – grundlegende und verstehende Aspekte der Biografie und Lebenswelt zusammenträgt und auch Aspekte wie Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse mit in die Überlegungen einbezieht (Heiner, 2013; siehe auch Schrapper & Thiesmeier, 2004). Von zentraler Bedeutung ist dabei für TherapeutInnen, BeraterInnen oder psychosoziale Fachkräfte „die Kompetenz, eine ‚diagnostische Situation‘ in Form einer gelingenden Verständigung so zu gestalten, dass lebensweltliche Selbstdeutungen der AdressatInnen systematisch berücksichtigt werden“ (Schulze, 2006, S. 10). Zudem sind unsere Wahrnehmungs- und Bewältigungsmuster durch die Geschichte der vorangegangenen Erfahrungen wie durch ein Prisma „aktiv wirkender Biografie“ (Röper & Noam, 1999, S. 241) geprägt, und daher ist ein verstehendes Vorgehen für eine angemessene biografische Kontextualisierung notwendig. Optimalerweise sollte bereits die ICD-Diagnostik als phänomenologisches, deskriptives Verfahren der klassifikatorischen Diagnostik in seinen Anknüpfungsmöglichkeiten für diesen Prozess im Dialog auf eine Weise nutzbar gemacht werden, die den verstehenden Charakter unterstützt. Dies soll im Folgenden geschildert werden.

### **Ebene I: Gestaltungsdiagnostik in der Praxis: Diagnostik klassifikatorisch einordnen und biografie- und lebensweltorientiert gestalten**

Gestaltungsdiagnostik ist eine praxisnahe, biopsychosoziale Diagnostik zum Zweck der konkreten Interventionsgestaltung. Sie muss – wie bereits angesprochen – medizinische, psychologische, soziologische, pädagogische und kulturwissenschaftliche Wissensbestände nutzen (Pauls, 2011) – und auf einer metatheoretischen Grundhaltung fußen (Osten, dieser Band; Petzold, 2003). Vorgeschlagen wird im Folgenden ein langjährig in der Praxis bewährtes Rahmen-Modell [2], welches sich eignet, diese verschiedenen Sichtweisen zu integrieren. Das Modell erlaubt, die Aspekte aus der Biografie, der Lebenswelt und störungsspezifisches, klassifikatorisches Wissen – auch unter Einbezug verschiedener Professionen – gemeinsam und sinnverstehend zusammenzutragen (siehe Abbildung 1). Es folgt einer prozessualen Logik, die sich vom Hier und Jetzt des Phänomens über die erworbenen Strukturen der Vergangenheit in den Entwurf bewegt und dabei eine spiralförmige Bewegung vollzieht (Petzold, 2003). Auf der höchsten, sehr allgemein gefassten Ebene umfasst das Rahmenmodell die grundlegenden drei Diagnostikbereiche Klassifikation, Biografie und Lebenswelt, auf die im Folgenden näher eingegangen wird.

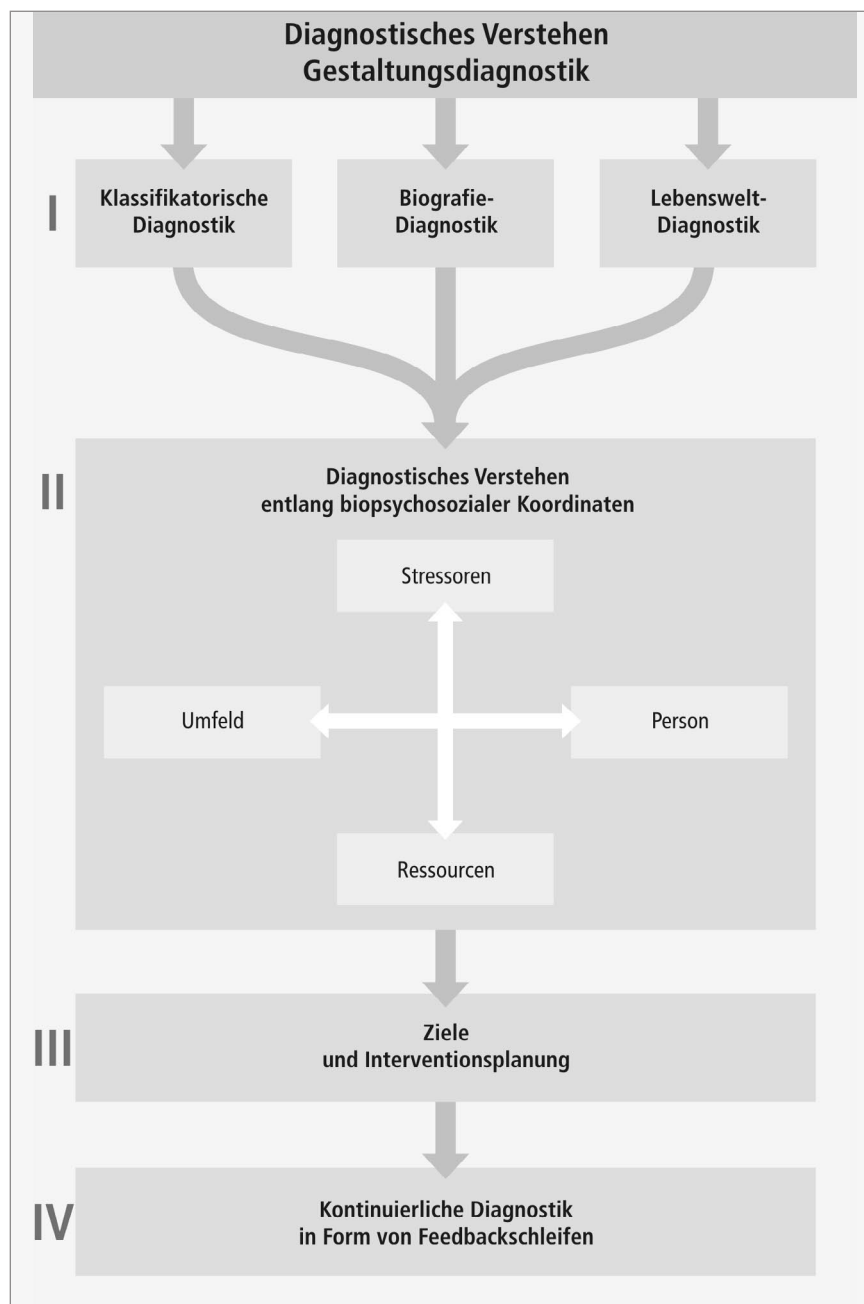


Abbildung 1: Biopsychosoziale Diagnostik: Ein Rahmen-Modell

### Klassifikatorische Diagnostik auf der Ebene I

Voraussetzung für die meisten psychosozialen Hilfestellungen – sei es Psychotherapie, Beratung oder eine andere Form psychosozialer Versorgung – ist die klassische psychopathologisch-psychiatrische ICD-Diagnostik, die soeben in ihren Qualitäten und Defiziten im Rahmen der Zuweisungsdiagnostik vorgestellt wurde. Es ist daher unabdingbar für jede interdisziplinäre

Zusammenarbeit und jedwede Berufsgruppe in biopsychosozialen Arbeitszusammenhängen, sich in den Systemen zurechtzufinden sowie diese Diagnostik nachzuvollziehen, anzuwenden und/oder kritisch zu hinterfragen. Ohne Ordnungsschemata, ohne ein gewisses Maß an Komplexitätsreduktion im vielfältigen Symptombereich können wir uns nicht verständigen. Inzwischen wurden zudem auch Möglichkeiten der Achsen des ICD (bedauerlicherweise werden diese Achsen im Gegensatz zum DSM in der Praxis selten genutzt, siehe jedoch Saß, Wittchen, Zaudig & Houben, 2003; siehe auch Henicke, 2013) und weitere Klassifikationssysteme für den stärkeren Einbezug sozialer Dimensionen entwickelt, die zusätzlich in diesen Prozess eingebracht werden können und den Partizipationsgedanken bereits an dieser Stelle stärker in Umsetzung bringen (siehe dazu ausführlich Gahleitner & Pauls, 2013). Zu nennen sind hier u. a. die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) (World Health Organization [WHO], 2001; Schuntermann, 2013; siehe Schröder & Göttgens, dieser Band) der WHO und das Person-in-Environment-System (PIE) (Karls & Wandrei, 1994). Auch eine Reihe weiterer störungsorientierter Diagnostikinstrumente kann hier herangezogen werden, so z. B. für den Traumabereich das *Essener Trauma-Inventar für Kinder und Jugendliche* (ETI-KJ) (Tagay, Düllmann, Hermans & Senf, 2007) oder die Impact for Event Scale (IES) (Horowitz, Wilmer & Alvarez, 1979; deutsche Version: Hütter, Fischer, Hofmann & Düchting, 1997).

*Erst in der durch den Psychiater initiierten psychotherapeutischen Folgebehandlung wurde klar, dass die, manchmal auch wahnhaft anmutenden, Bilder Emilias auf realen Erfahrungen beruhen. Sie hatte zunächst nichts davon erzählt, da sie davon ausgegangen war, dass der reale Hintergrund allgemein bekannt sei. Die Diagnose wurde schließlich in interprofessioneller Zusammenarbeit mit der Klinik auf eine „posttraumatische Belastungsstörung“ (nach ICD F43.1) korrigiert. In der mehr als zwei Jahre andauernden psychotherapeutischen Behandlung stand neben der Stabilisierung und Traumabearbeitung eine zunehmend depressive Symptomatik im Vordergrund, in der sich Emilias Heimatlosigkeit auf mehreren Ebenen widerspiegelte. Auf der II. Achse der ICD wurden eine ernste Funktionsbeeinträchtigung vor allem in der beruflichen Leistungsfähigkeit und eine ernste Symptomatik mit immer wieder auftauchenden suizidalen Gedanken festgestellt. In die III. Achse der ICD, in der umgebungs- und situationsabhängige Ereignisse beschrieben werden, konnten die Umstände der Migration sowie die dramatischen Ereignisse während der Fabrikarbeit eingeordnet werden.*

### **Biografieperspektive auf der Ebene I**

Eine Problemlage entfaltet ihre Wirkung stets im Spannungsfeld von persönlichen und Umfeldfaktoren. Das bedeutet, KlientInnen und PatientInnen erleben die objektiven Umfeldfaktoren vor einem subjektiven Hintergrund, der durch entwicklungsbedingte Verletzlichkeiten sowie individuelle Vorerfahrungen geprägt ist. Jede Problemlage wird zudem durch entwicklungsbedingte Prozesse ständig neu aktualisiert und modifiziert. Biografie und Entwicklung bieten daher einen

wichtigen Referenzrahmen für Diagnostik (zum Hintergrund der entwicklungsorientierten biografischen Diagnostik siehe Osten, dieser Band). Um diese – für die Arbeit im biopsychosozialen Gesundheitsfeld – unausweichliche Bedeutung entwicklungs- und biografieorientierter Prozesse einzufangen, benötigt man einen biografisch kontextualisierten, salutogenetischen und subjektorientierten Zugang. Um diese Dimension der Lebensspanne zu erfassen, bieten sich versterorientierte Modelle aus der Biografieforschung und angrenzenden Bereichen an.

Die hierzu entwickelten konkreten Verfahren in der Praxis der Diagnostik sind äußerst vielfältig. In der Integrativen Therapie und Beratung wird mit dem „Lebenspanorama“ (Petzold, Wolf, Landgrebe, Josič, & Steffan, 2000) und dem szenischen Verstehen (Argelander, 1966; Lorenzer, 1970) gearbeitet; Methoden der narrativen Gesprächsführung und Intervention bewegen sich angelehnt an qualitative Forschungsmethoden im sprachlichen Bereich (siehe dazu u. a. Loch & Schulze, 2002; Rosenthal, 2002). Die Tradition der sozialpädagogischen Diagnostik hat eine Fülle von Verfahren hervorgebracht, denen verschiedenste Formen des Fallverstehens zugrunde liegen (siehe u. a. Hanses, 2004; Mollenhauer & Uhlendorff, 1992; Müller, 2004; Schrapper, 2004). Ein schönes Beispiel für eine behutsame Erhebung biografischer Aspekte bieten auch traumapädagogische Ansätze der Biografiearbeit mit Kindern entlang von Lebensbüchern (Krautkrämer-Oberhoff, 2009). Sie eröffnen eine Chance, sich „Teile der verlorenen Lebensgeschichte zurückzuerobern“ (Krautkrämer-Oberhoff, 2009, S. 115) und damit Diagnostik zum Selbstverstehen zu nutzen. Das Erzählen hilft nicht nur dem Wiedererinnern, feststeckende vage alte Erfahrungen können sich auch wieder „verflüssigen ... zu fühlbaren und emotionalen Ereignissen. Das Lebensbuch bietet ... Anreize über die eigene Person, die Herkunft und das bisherige Gewordensein nachzudenken und dabei Erlebnisse und Erfahrungen zu erinnern, zuzuordnen und in einen Zusammenhang zu bringen“ (Krautkrämer-Oberhoff, 2009, S. 115). Diagnostik ist auf diese Weise auch immer zugleich schon Intervention, da Diagnostik dem Selbstverstehen dient (Petzold, 2003; zum Einsatz kreativer Medien in diesem Prozess siehe Jobst, 2013).

Auf diese Weise lassen sich auch die für biopsychosoziale Arbeitsbereiche wie Psychotherapie, Beratung und Begleitung äußerst zentrale bindungs- und beziehungsensible Interviewformen wie das sogenannte Adult-Attachment-Interview (AAI; Main & Goldwyn, 1996; siehe aktuell Buchheim & Strauß, 2002) integrieren. Das Interview wird im Volldurchlauf durch 18 Fragen strukturiert, lässt sich jedoch leicht in narrative Erzählsequenzen integrieren. Bei der Auswertung der Erzählsequenzen zu wichtigen Bindungspersonen steht jedoch nicht so sehr der Inhalt im Vordergrund, sondern vielmehr die Art und Weise, wie über die Erfahrungen erzählt wird (siehe ausführlicher Gahleitner, 2011). Auch einzelne Aspekte des bereits von Osten (dieser Band) angesprochenen und kritisierten und von Pieh (dieser Band) vorgestellten Instruments Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD; Bürgin, Resch & Schulte-Markwort, 2007), welches trotz der zu kritisierenden kategorialen Ausrichtung beziehungsensible Elemente enthält, eignen sich für diesen Schritt (Kritik siehe Osten, dieser Band).



*Emilia klagte in der Therapie immer wieder über Einschränkungen, die sie, trotz guter Deutschkenntnisse, in der Schilderung ihres Innenlebens verspürte. „Ich kann nicht beschreiben, wie es wirklich war“ wurde zu einer oft getätigten Aussage im ersten Drittel der Therapie. Aufgrund ihrer künstlerischen Begabung lag die Idee nahe, diesen Ausdruckskanal miteinzubeziehen. Emilia fertigte vor und manchmal auch nach den Therapiesitzungen Collagen und Bilder an und entwickelte so Stück für Stück ihre eigene (Bilder-)Sprache, die ihr beim Aufbau einer neuen, kohärenten Identität half und sich letztlich für sie selbst und für andere zu einem Panorama über ihr „Gewordensein“ zusammenfügen ließ.*

### Lebensweltperspektive auf der Ebene I

Entlang der von Pauls (dieser Band) angestellten Überlegungen zu globalen Problemmerkmalen und Problemebenen (siehe auch Pauls & Reicherts, 2013) erfasst die lebensweltorientierte Diagnostik die jeweilige „Passung“ zwischen Subjekt und Außenwelt. Dafür sind sozial- und lebensweltorientierte diagnostische Instrumente eine zentrale Hilfe. Auf der Grundlage einer bewusst methodisch offen gestalteten professionellen Anamnese- und Diagnosehaltung können in der Lebensweltdiagnostik soziale, psychische und körperliche Phänomene unter Einbeziehung soziologischer Parameter zusammengeführt werden. Neben standardisierten Persönlichkeitstestverfahren lässt sich das Ausmaß der Beeinträchtigung auf der Ebene der „Person-in-der-Situation“ (siehe oben) z. B. umfassend mit den „fünf Säulen der Identität“ aus dem Konzept der Integrativen Therapie und Beratung erheben (siehe am Beispiel traumatischer Beeinträchtigungen Petzold et al., 2000). Die fünf Säulen der Identität – Leiblichkeit, soziales Netzwerk, Arbeit/Freizeit/Leistung, „materielles und kulturelles Kapital“ (Bourdieu, 1992) und Werte bzw. Wertorientierungen – werden entlang der subjektiven situativen Wahrnehmung der KlientInnen und PatientInnen bildlich oder sprachlich dargestellt.

Jede der Säulen lässt sich bei Bedarf vertiefen, entweder im weiteren Austausch darüber oder aber durch zusätzliche diagnostische Verfahren. Die Säule der Leiblichkeit kann durch Körperbilder (sogenannte „Bodycharts“; siehe Petzold et al., 2000) ergänzt werden. Das soziale Umfeld und seine Bedeutung für die Betroffenen können neben dem hinreichend bekannten Genogramm (siehe dazu ursprünglich Familiendiagnostik nach Schlippe, 1984; aktueller siehe Bodenmann, 1998; Scheib & Wirsching, 1994) mithilfe des sozialen oder sozio-kontextuellen Atoms (Märtens, 1997) diagnostisch erfasst werden. Damit verbildlicht man den Personenkreis, mit dem ein Individuum in einer bestimmten Lebensphase in engem emotionalem Austausch steht oder stand. An dieser Stelle berührt das sozio-kontextuelle Atom erneut das Erwachsenenbindungsinterview, das im Abschnitt der Biografiediagnostik bereits erwähnt wurde. Das soziale Netzwerkinventar lässt sich zu einer Ecomap (Cournoyer, 1996; siehe ausführliche Beschreibung des Vorgehens bei Pauls, 2011; siehe weitere Verfahren der Lebensweltdiagnostik in den HerausgeberInnenbänden Gahleitner, Hahn & Glemser, 2013, 2014; Heiner, 2004; Laireiter,

2000; Pantuček & Röh, 2009) ausweiten, die in den sozialen Kontext einer Person zusätzlich die beteiligten Institutionen und das Hilfenetzwerk integriert.

*Mithilfe des sozialen Atoms wurde deutlich, dass im Netzwerk von Emilia mit Ausnahme der Eltern der „innere Kreis“ fehlte. Dies schien aufgrund der neuen Lebensumstände zunächst logisch. Allerdings wurde durch ein „Vergleichsatom“ mit früheren Zeiten deutlich, dass diese Problematik bereits in Rumänien bestand. Eine umfassende Bindungsdiagnostik, die neben einzelnen Bindungskonstellationen auch die vorherrschende Bindungsrepräsentation von Emilia als vermeidend mit desorganisierten Anteilen offenbarte, ermöglichte Emilia zu erkennen, dass der Aufbau eines sozialen Netzwerks eine bedeutsame anstehende Entwicklungsaufgabe war und nicht nur mit ihrer momentanen Lebenssituation in Zusammenhang stand.*

## **Ebene II: Gestaltungsdiagnostik entlang eines biopsychosozialen Koordinatensystems**

Die soeben geschilderten Herangehensweisen des „Diagnostischen Verstehens“ bieten die Möglichkeit, eine Fülle an komplexen Zusammenhängen über eine Person und ihr Umfeld zu erfahren – immer in dialogischer Abstimmung mit ihr. Dadurch wird den Fachkräften und KlientInnen bzw. PatientInnen deutlich: Pathogenese und Salutogenese sowie das kulturell geprägte und individuelle Erleben von Lebensübergängen, Krisen und Problemlagen sind unmittelbar benachbarte Prozesse und verschränken sich in der Entwicklung bis zur Unmöglichkeit des Auseinanderkennens (siehe Osten, dieser Band; Petzold, 2003). In ihrer Summe muss jedoch jede Diagnostik bei all ihrer Komplexität auf eine Strukturierung der gesammelten Informationen hinauslaufen. Eine solche Strukturierung ist auf der nächsten Modellebene (siehe Abbildung 1) entlang eines biopsychosozialen Koordinatensystems in Anlehnung an die Modellierung von Pauls (2011) möglich. Die Achsen des Koordinatensystems umfassen zum einen die Dimensionen „Individuum – soziale Umwelt“, zum anderen die Dimensionen „Defizite – Ressourcen“. Alle Dimensionen/Bereiche sollen möglichst umfassend, aber auch prägnant ausgewiesen werden und ermöglichen eine detaillierte Zusammenschau von pathogenetischen und salutogenetischen Aspekten (siehe Abbildung 2). Dieses Verfahren forciert eine Problem-, Ressourcen- und Potenzialanalyse, die systematisch auf alle dargestellten diagnostischen Informationen der ersten Modellebene – Klassifikation, Biografie und Lebenswelt – zurückgreift und die bereichsspezifisch zuordenbar ist. Jede Information muss eindeutig zuordenbar sein.

Dadurch wird sie zu mehr als nur einem weiteren Instrument, nämlich zum strukturierenden und ordnenden Orientierungsmodell für die anstehende Hilfeplanung, indem sie sozusagen ein „diagnostisches Substrat“ aus den bisher gewonnenen Informationen bereitstellt. Um möglichst alle innerseelischen und interaktionellen Handlungen bzw. Mittel der Hilfe und Unterstützung, mit denen Belastungen, Überforderungssituationen und Krisen bewältigt werden können, in diesem

Schritt im Blick zu behalten, ist es hilfreich, den Menschen und seine Umwelt in der jeweiligen Gesamtheit und Interaktion von kognitiven, emotionalen und körperlichen Prozessen zu sehen, die sowohl wahrgenommen, erfasst, verstanden und erklärt als auch bewertet werden müssen. Ein solcher Prozess des diagnostischen Verstehens erfolgt in dialogischer Auseinandersetzung aller beteiligten Professionellen gemeinsam mit den PatientInnen. Darüber hinaus können alle aus den vergangenen Schritten erhobenen Aspekte nochmals unter folgenden ressourcenorientierten Fragen reflektiert werden (Petzold, 1996): Was ist gesund und kann erhalten werden oder hat geholfen, die Belastung bisher auszuhalten? Was ist defizient, weil es nicht vorhanden ist, und muss deshalb bereitgestellt werden? Was wäre möglich, ist bisher noch nicht genutzt worden und müsste erschlossen und entwickelt werden?

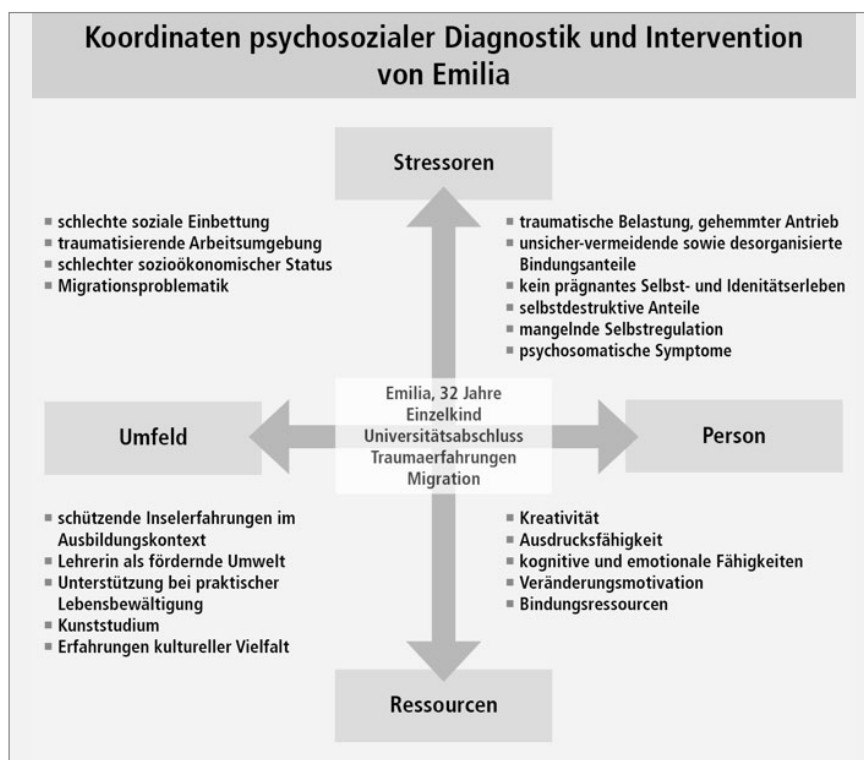


Abbildung 2: Koordinaten psychosozialer Diagnostik und Intervention von Emilia

### Ebene III: Gestaltungsdiagnostik zur Ableitung von Zielen und systematischen Interventionsplanung nützen

Aus diesem Diagramm lässt sich mühelos die Ziel- und Interventionsplanung für Psychotherapie-, Beratungs- und Supervisionsprozesse ableiten. Aus den einzelnen Punkten des Koordinatensystems kann zunächst eine Reihe von Zielen erarbeitet werden, die jeweils Ressourcen stärken und Defizite abbauen helfen. In einem weiteren Schritt werden jedem einzelnen Ziel

unterschiedliche Interventionsimpulse zugeordnet. Das Sammeln dieser Ziele und der zugehörigen Interventionsimpulse sollte zunächst möglichst breit entlang des Koordinatensystems erfolgen. So z. B. könnten die Ressourcen Kreativität, Ausdrucksfähigkeit, die Veränderungsmotivation und die Bindungsressourcen gezielt durch dezidierte Maßnahmen weiter gefördert werden. Dieses Verfahren müsste für alle vier Quadranten durchgeführt werden. Erst danach findet die konkrete Behandlungsplanung statt, in der die Ziele und Interventionsimpulse hinsichtlich Prioritäten und Praktikabilitäten gewichtet werden. Ein solches Vorgehen erweist sich als optimale Unterstützung für die Hilfe- und Beratungs- bzw. Therapieplanung und erlaubt einen flexiblen Umgang mit verschiedensten diagnostischen Instrumenten.

#### **Ebene IV: Gestaltungsdiagnostik als kontinuierliche Feedbackschleife**

Wesentlicher Bestandteil des Rahmenmodells zum biopsychosozialen diagnostischen Verstehen liegt in seinem prozessualen Charakter. Wurde anhand des Modells ein konkreter Behandlungsplan erstellt, geht es natürlich an dessen Umsetzung. Während dieser Behandlungsphase lernen BehandlerInnen und PatientInnen einander besser kennen, im optimalen Fall kann eine gute Vertrauensbasis entwickelt und allmählich eine tragfähige therapeutische Beziehung aufgebaut werden. Das wiederum fördert das gegenseitige Verstehen und damit auch das Diagnostische Verstehen. Es werden neue Informationen gewonnen, die auf allen Ebenen des vorgestellten Rahmenmodells eingegliedert werden müssen, um so den bestehenden Behandlungsplan anzupassen und zu optimieren. Über die Notwendigkeit dieses prozessualen Charakters der Diagnostik ist bereits Osten (dieser Band) eingegangen, darüber hinaus wird dies auch in der Diagnostik-Leitlinie für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten des Bundesministeriums für Gesundheit in Österreich (Bundesministerium für Gesundheit [BMG], 2005) verlangt. Da man die in der Behandlung entstandenen Veränderungen mit den PatientInnen gemeinsam reflektiert, ist auch dieser Abschnitt des Rahmenmodells als biopsychosoziale Diagnostik und Intervention im Sinne eines Feedbacks oder einer Arbeit an der Selbst- und Fremdwahrnehmung zu verstehen. Damit stellt es im Einzelfall auch einen essentiellen Beitrag zur Qualitätssicherung, zur Akzeptanz und zur Minimierung von Risiken und Nebenwirkungen dar (Leitner et al., 2012). Auf dieser Modellebene werden auch Evaluationsmaßnahmen als diagnostisches Verstehen begriffen. Somit wird aus Perspektive von Organisationen und Wissenschaft die Möglichkeit zur Evaluation als Teil des diagnostischen Prozesses geschaffen.

#### **Ausblick**

Zusammenfassend kann das Rahmenmodell einer biopsychosozialen Diagnostik bzw. des „integrativen diagnostischen Verstehens“ als strukturgebender Leitfaden verstanden werden, wie aus dia-

gnostischen Informationen der Biografie und Lebenswelt sowie des klassifikatorischen, störungsspezifischen Wissens entlang der Koordinaten Umwelt & Person bzw. Probleme & Ressourcen konkrete Ziele und Interventionsmöglichkeiten abgeleitet werden können. Auf allen Ebenen werden Informationen gesammelt und verdichtet, und das gewonnene diagnostische Wissen ist durchgehend aufeinander bezogen. Konnte ein konkreter Behandlungsplan aufgestellt werden, ist es notwendig, diesen aufgrund des prozessualen Charakters kontinuierlich zu hinterfragen, zu adaptieren oder zu ergänzen. Diagnostik gewinnt zudem maßgeblich durch kooperative Zusammenhänge (Homfeldt & Gahleitner, 2014). Insofern inkludiert dieses Rahmenmodell auch einen stetigen reflexiven Hinterfragungs- und Evaluationsprozess. Auf diese Weise kann es gelingen, bis zum Ende des Prozesses der produktiven Antinomie der Komplexitätsgewinnung und Komplexitätsreduktion und damit einer „reflexive(n) Orientierung bei der Interpretation von Informationen“ (Heiner, 2013, S. 28) treu zu bleiben und ein integrativ orientiertes gemeinsam geteiltes Verstehen zu fördern.

*Das grundlegende Gefühl der „Verlorenheit und Heimatlosigkeit“ bei Emilia, das sich zunächst diffus im Nichtverstehen des professionellen Hilfesystems (und im Koordinatensystem) widerspiegelte, konnte in einem längeren Prozess einer differenzierten Identitätsarbeit aufgelöst und in eine konstruktive Bewältigungsarbeit inklusive Traumabewältigung überführt werden. Mitentscheidend war hier, wie die Patientin immer wieder betonte, die konstruktive Zusammenarbeit der in unterschiedlichen Systemen beheimateten professionellen Hilfen als Symbolisierung gelungener Integration. Wie im Koordinatensystem sichtbar wurde, konnte in der Therapie mit einer sorgsam bindungs- und einbettungssensiblen Arbeit an den personbezogenen Ressourcen der Patientin, vor allem an ihrer Kreativität und Veränderungsmotivation angeknüpft werden. In einem Katamnesegespräch zwei Jahre nach Beendigung der Therapie zeigte sich die Patientin insgesamt als stabil. Sie arbeitete als Modedesignerin, lebte in einer Beziehung, blieb aber in Überforderungs- und krisenhaften Situationen für eine depressive Symptomatik anfällig.*

#### Anmerkungen

[1] In der Integrativen Therapie sowie in weiteren Therapie- und Beratungsformen ist – im Gegensatz zu sozialwissenschaftlichen und pädagogischen Diskursen – der Terminus „Fall“ (die Assoziation ist „Objekt“) negativ besetzt, während z. B. in der Sozialen Arbeit Fallarbeit als umfeldkontextualisierte Arbeit positiv besetzt ist. Wir wählen daher an dieser Stelle den Begriff „diagnostisches Verstehen“, der jedoch angelehnt ist an Heiners (2010, 2013) durchdachte und komplexe Konzeption des „diagnostischen Fallverstehens“. Ebenso wird im Artikel feldübergreifend zwischen KlientInnen und PatientInnen abgewechselt, da im Therapiebereich von PatientInnen gesprochen wird, im Beratungsbereich dagegen von KlientInnen.

[2] Dieses Modell entstand in einem mehrjährigen Prozess über verschiedene Fachdiskurse hinweg in Zusammenarbeit mit einer Reihe weiterer KollegInnen. Der Artikel beruht daher in Auszügen auf bereits erschienenen Publikationen, in denen das Verfahren z. T. ausführlicher und an verschiedenen Beispielen exemplifiziert wurde (insbesondere Gahleitner, Schulze & Pauls, 2009; Gahleitner, 2011; Gahleitner & Pauls, 2013; Gahleitner, Pauls, Hintenberger & Leitner, 2014).

## Literatur

- Argelander, H. (1966). Die Möglichkeiten einer psychoanalytisch orientierten Psychotherapie in der ärztlichen Praxis. *Saarländisches Ärzteblatt*, 19(6), 301-330.
- Bodenmann, G. (1998). Ansatzpunkt interpersonelle Systeme: Paar- und Familientherapie. In U. Baumann & M. Perrez (Hrsg.), *Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie* (Reihe: Psychologie-Lehrbuch, 2. vollständig überarbeitete Auflage, S. 468-482). Bern: Huber.
- Bourdieu, P. (1992). Ökonomisches Kapital - Kulturelles Kapital - Soziales Kapital. In P. Bourdieu (Hrsg.), *Die verborgenen Mechanismen der Macht* (S. 49-75). Göttingen: Schwartz.
- Buchheim, A. & Strauß, B. (2002). Interviewmethoden der klinischen Bindungsforschung. In B. Strauß, A. Buchheim & H. Kächele (Hrsg.), *Klinische Bindungsforschung. Theorien, Methoden, Ergebnisse* (S. 27-53). Stuttgart: Schattauer.
- Bürgin, D., Resch, F. & Schulte-Markwort, M. (Hrsg.). (2007). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter. Grundlagen und Manual* (2. überarbeitete Auflage). Bern: Huber.
- Bundesministerium für Gesundheit. (2005). Diagnostik-Leitlinie für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Begriffsklärungen und Leitlinien zur psychotherapeutischen Diagnostik. *Psychotherapie Forum*, 13(3, Suppl. 3), 82-96.
- Cournoyer, B. (1996). *The social work skills workbook* (2nd edition). Pacific Grove: Brooks/Cole Publishing.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. (2012). *ICF: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. ICD-10-GM Version 2012. Systematisches Verzeichnis*. Neu-Isenburg: MMI.
- Dorfman, R.A. (1996). *Clinical social work. Definition, practice and vision*. New York: Brunner/Mazel.
- Gahleitner, S.B. (2011). *Das Therapeutische Milieu in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. Trauma- und Beziehungsarbeit in stationären Einrichtungen*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Gahleitner, S.B., Hahn, G. & Glemser, R. (Hrsg.). (2013). *Psychosoziale Diagnostik* (Reihe: Klinische Sozialarbeit – Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung, Band 5). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Gahleitner, S.B., Hahn, G. & Glemser, R. (Hrsg.). (2014). *Psychosoziale Interventionen* (Reihe: Klinische Sozialarbeit – Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung, Band 6). Köln: Psychiatrie-Verlag.
- Gahleitner, S.B. & Pauls, H. (2010). Soziale Arbeit und Psychotherapie. Zum Verhältnis sozialer und psychotherapeutischer Unterstützungen und Hilfen. In W. Thole (Hrsg.), *Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch* (3. überarbeitete Auflage, S. 367-374). Wiesbaden: VS.

- Gahleitner, S.B. & Pauls, H. (2013). Biopsychosoziale Diagnostik als Voraussetzung für eine klinisch-sozialarbeiterische Interventionsgestaltung: Ein variables Grundmodell. In S.B. Gahleitner, G. Hahn & R. Glemser (Hrsg.), *Psychosoziale Diagnostik* (Reihe: Klinische Sozialarbeit – Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung, Band 5, S. 61-77). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Gahleitner, S.B., Pauls, H., Hintenberger, G. & Leitner, A. (2014). „Biopsychosozial“ revisited. In S.B. Gahleitner, G. Hahn & R. Glemser (Hrsg.), *Psychosoziale Interventionen* (Reihe: Klinische Sozialarbeit – Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung, Bd. 6, S. 16-35). Köln: Psychiatrie-Verlag.
- Gahleitner, S.B., Schulze, H. & Pauls, H. (2009). 'hard to reach' – 'how to reach'? Psycho-soziale Diagnostik in der Klinischen Sozialarbeit. In P. Pantuček & D. Röh (Hrsg.), *Perspektiven sozialer Diagnostik. Über den Stand der Entwicklung von Verfahren und Standards* (S. 321-344). Münster: LIT.
- Hanses, A. (Hrsg.). (2004). *Biographie und Soziale Arbeit. Institutionelle und biographische Konstruktionen von Wirklichkeit* (Reihe: Grundlagen der sozialen Arbeit, Band 9). Baltmannsweiler: Schneider.
- Heiner, M. (Hrsg.) (2004). *Diagnostik und Diagnosen in der Sozialen Arbeit* (Reihe: Hand- und Arbeitsbücher, Band 11). Berlin: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge Berlin.
- Heiner, M. (2010). Diagnostik in der Sozialen Arbeit: Zielsetzung, Gegenstand und Dimensionen. *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit*, 41(4), 14-28.
- Heiner, M. (2011). Identität der Sozialen Arbeit: Professions- und ausbildungsbezogene Aspekte. In H. Thiersch & R. Treptow (Hrsg.), *Zur Identität der Sozialen Arbeit. Positionen und Differenzen in Theorie und Praxis* (Reihe: Neue Praxis – Sonderheft, Band 10, S. 46). Lahnstein: Neue Praxis.
- 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.
- Heiner, M. & Schrapper, C. (2004). Diagnostisches Fallverstehen in der Sozialen Arbeit. Ein Rahmenkonzept. In C. Schrapper (Hrsg.), *Sozialpädagogische Diagnostik und Fallverstehen in der Jugendhilfe. Anforderungen, Konzepte, Perspektiven* (S. 201-222). Weinheim: Juventa.
- Hennicke, K. (2013). Psychiatrische Diagnosen und deren Klassifikation nach der ICD-10. In S.B. Gahleitner, K. Wahlen, O. Bilke-Hentsch & D. Hillenbrand (Hrsg.), *Biopsychosoziale Diagnostik in der Kinder- und Jugendhilfe. Interprofessionelle und interdisziplinäre Perspektiven* (S. 89-100). Stuttgart: Kohlhammer.
- Homfeldt, H.G. & Gahleitner, S.B. (2014). Kooperation in psychosozialen Arbeitsfeldern – Fallstricke und Möglichkeiten. In S.B. Gahleitner, G. Hahn & R. Glemser (Hrsg.), *Psychosoziale Interventionen* (Reihe: Klinische Sozialarbeit – Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung, Band 6, S. 92-104). Köln: Psychiatrie-Verlag.
- Horowitz, M., Wilmer, N. & Alvarez, W. (1979). Impact for Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41(3), 209-218.

- Hütter, B.O., Fischer, G., Hofmann, A. & Düchting, C. (1997). *Impact of Event Scale. Deutsche Version*. Köln: Universität Köln, Institut für Psychologie.
- Jobst, A. (2013). Integrative Kunst- und Kreativitätstherapie. In R. Reichel & G. Hintenberger (Hrsg.), *Die Praxis der Integrativen Therapie* (S. 96-97). Wien: Facultas.
- Karls, J.N. & Wandrei, K.E. (Hrsg.). (1994). *Person-In-Environment System. The PIE classification system for social functioning problems*. Washington, DC: NASW.
- Keupp, H. (2012). Alltägliche Lebensführung in der fluiden Gesellschaft. In S.B. Gahleitner & G. Hahn (Hrsg.), *Übergänge gestalten, Lebenskrisen begleiten* (Reihe: Klinische Sozialarbeit – Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung, Band 4, S. 34-51). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Krautkrämer-Oberhoff, M. (2009). Traumapädagogik in der Heimerziehung. Biografiearbeit mit dem Lebensbuch „Meine Geschichte“. In J. Bausum, L. Besser, M. Kühn & W. Weiß (Hrsg.), *Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis* (S. 115-126). Weinheim: Juventa.
- Laireiter, A.-R. (Hrsg.). (2000). *Diagnostik in der Psychotherapie*. Wien: Springer.
- Leitner, A., Märtens, M., Höfner, C., Koschier, A., Gerlich, K., Hinterwallner et al. (2012). *Psychotherapie: Risiken, Nebenwirkungen und Schäden. Zur Förderung der Unbedenklichkeit von Psychotherapie*, Forschungsbericht. Krems: Edition Donau-Universität Krems.
- Loch, U. & Schulze, H. (2002). Biografische Fallrekonstruktion im handlungstheoretischen Kontext der Sozialen Arbeit. In W. Thole (Hrsg.), *Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch* (2. überarbeitete und aktualisierte Auflage, S. 559-576). Leverkusen: Leske + Budrich.
- Lorenzer, A. (1970). *Sprachzerstörung und Rekonstruktion. Vorarbeiten zu einer Metatheorie der Psychoanalyse* (Reihe: Literatur der Psychoanalyse). Frankfurt: Suhrkamp.
- Main, M.B. & Goldwyn, R. (1996). *Adult attachment scoring and classification systems*. Unveröffentlichtes Manuskript. Berkeley, CA: University of California.
- Märtens, M. (1997). *Psychotherapie im Kontext: soziale und kulturelle Koordinaten therapeutischer Prozesse*. Heidelberg: Asanger.
- Mollenhauer, K. & Uhlendorff, U. (1992). *Sozialpädagogische Diagnosen. Über Jugendliche in schwierigen Lebenslagen* (Reihe: Juventa Materialien). Weinheim: Juventa.
- Mühlum, A. & Pauls, H. (2007). *Klinische Sozialarbeit und ganzheitliche Behandlung*. Vortrag bei der Landes-Nervenlinik Wagner-Jauregg, Linz, 29.10.2007.
- Müller, B. (2004). Sozialpädagogische Diagnosen und der „Allgemeine Soziale Dienst“ (ASD). In F.-J. Krume-nacker (Hrsg.), *Sozialpädagogische Diagnosen in der Praxis. Erfahrungen und Perspektiven* (S. 63-76). Weinheim: Juventa.



- Nestmann, F. (2008). Die Zukunft der Beratung in der sozialen Arbeit. *Beratung Aktuell*, 9(2), 72-96. Zugriff am 29.07.2014. Verfügbar unter <http://www.beratung-aktuell.de/Zukunft%20der%20Beratung.pdf>
- Pantuček, P. & Röh, D. (Hrsg.). (2009). *Perspektiven Sozialer Diagnostik: über den Stand der Entwicklung von Verfahren und Standards* (Reihe: Soziale Arbeit, Band 5). Wien: LIT.
- Pauls, H. (2011). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung* (Reihe: Grundlagen-texte Soziale Berufe, 2. überarbeitete Auflage). Weinheim: Juventa.
- Pauls, H. & Reicherts, M. (2013). Allgemeine Basiskompetenzen für sozialtherapeutische Beratung – ein Konzept zur Systematisierung. In H. Pauls, P. Stockmann & M. Reicherts (Hrsg.), *Beratungskompetenzen für die psychosoziale Fallarbeit. Ein sozialtherapeutisches Profil* (S. 57-78). Freiburg: Lambertus.
- Petzold, H.G. (1996). *Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ein ganzheitlicher Weg leibbezogener Psychotherapie* (2 Bände) (Reihe: Integrative Therapie, Band 1, 3. überarbeitete Auflage). Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (2003). *Integrative Therapie. Modelle, Theorien & Methoden einer schulenübergreifenden Psychotherapie* (3 Bände, 2. überarbeitete und erweiterte Auflage). Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G., Wolf, H.U., Landgrebe, B., Josič, Z. & Steffan, A. (2000). „Integrative Traumatherapie“ – Modelle und Konzepte für die Behandlung von Patienten mit „posttraumatischer Belastungsstörung“. In B.A. van der Kolk, A.C. McFarlane & L. Weisaeth (Hrsg.), *Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze. Theorie, Praxis und Forschung zu posttraumatischem Stress sowie Traumatherapie* (Reihe: Innovative Psychotherapie und Humanwissenschaften, Band 62, S. 445-549). Paderborn: Junfermann.
- Richmond, M.E. (1917). *Social diagnosis*. New York: Russell Sage Foundation.
- Röper, G. & Noam, G. (1999). Entwicklungsdiagnostik in klinisch-psychologischer Therapie und Forschung. In R. Oerter, C.v. Hagen, G. Röper & G. Noam (Hrsg.), *Klinische Entwicklungspsychologie* (S. 218-239). Weinheim: Beltz-Psychologie Verlags Union.
- Rosenthal, G. (2002). Biographisch-narrative Gesprächsführung. Zu den Bedingungen heilsamen Erzählens im Forschungs- und Beratungskontext. *Psychotherapie und Sozialwissenschaft*, 4(3), 204-227.
- Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Houben, I. (2003). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen – Textrevision (DSM-IV-TR)*. Göttingen: Hogrefe.
- Scheib, P. & Wirsching, M. (1994). Diagnostik in der Familientherapie. In P.L. Janssen & W. Schneider (Hrsg.), *Diagnostik in der Psychotherapie und Psychosomatik* (Reihe: Psychotherapeutische Medizin, S. 165-195). Stuttgart: Fischer.
- Schlippe, A.v. (1984). *Familientherapie im Überblick. Basiskonzepte, Formen, Anwendungsmöglichkeiten* (Reihe: Integrative Therapie, Beiheft 6). Paderborn: Junfermann.

- Schraper, C. (Hrsg.). (2004). *Sozialpädagogische Diagnostik und Fallverstehen in der Jugendhilfe. Anforderungen, Konzepte, Perspektiven* (Reihe: Koblenzer Schriften zur Pädagogik). Weinheim: Juventa.
- Schraper, C. & Thiesmeier, M. (2004). Wie in Gruppen Fälle gut verstanden werden können. In C.O. Velmerig, K. Schattenhofer & C. Schraper (Hrsg.), *Teamarbeit. Konzepte und Erfahrungen, eine gruppendynamische Zwischenbilanz* (Reihe: Koblenzer Schriften zur Pädagogik, S. 118-132). Weinheim: Juventa.
- Schulze, H. (2006). Biografiethoretische Konzeptualisierung als soziale und geschichtliche Dimensionierung des Psychischen. *Klinische Sozialarbeit*, 2(2), 10-12.
- Schuntermann, M.F. (2013). *Einführung in die ICF: Grundkurs, Übungen, offene Fragen* (4. überarbeitete Auflage). Heidelberg: ecomed.
- Sennett, R. (1998). *Der flexible Mensch. Die Kultur des neuen Kapitalismus*. Berlin: Berlin Verlag.
- Siegrist, J. (1998). Ätiologie/Bedingungsanalyse: Allgemeine Grundlagen – Soziologische Aspekte. In U. Baumann & M. Perrez (Hrsg.), *Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie* (Reihe: Psychologie-Lehrbuch, 2. vollständig überarbeitete Auflage, S. 264-276). Bern: Huber.
- Tagay, S., Düllmann, S., Hermans, E. & Senf, W. (2007). *Essener Trauma-Inventar für Kinder und Jugendliche (ETI-KJ)*. Duisburg: Universität Duisburg, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Zugriff am 29.07.2014. Verfügbar unter <https://www.uni-due.de/imperia/md/content/rke-pp/projekte/etikjbe-schreibung.pdf>
- World Health Organization. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)* (Reihe: World Health Assembly, Band 54). Genf: WHO.

## Angaben zu den Autorinnen und Autoren

**Univ.-Prof. Dr. Silke Birgitta Gahleitner** studierte Soziale Arbeit und promovierte in Klinischer Psychologie. Sie arbeitete langjährig als Sozialarbeiterin und Psychotherapeutin in sozialtherapeutischen Einrichtungen sowie in eigener Praxis. Seit 2006 ist sie als Professorin für Klinische Psychologie und Sozialarbeit an der ASFH Berlin und seit 2012 als Universitätsprofessorin an der Donau-Universität Krems am Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit in der Funktion der Zentrumsleitung für das Zentrum Integrative Therapie und Psychosoziale Interventionen tätig.

**Kontakt:** [Silke.Gahleitner@donau-uni.ac.at](mailto:Silke.Gahleitner@donau-uni.ac.at)

**Mag. Gerhard Hintenberger**, Psychotherapeut, Lehrtherapeut Integrative Therapie; Fachbereichsleitung für den Bereich der Psychotherapie und wissenschaftlicher Mitarbeiter am Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit der Donau-Universität Krems; Arbeitsschwerpunkte: Psychologie der neuen Medien, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie; störungsspezifische Interventionen.

**Kontakt:** [Gerhard.Hintenberger@donau-uni.ac.at](mailto:Gerhard.Hintenberger@donau-uni.ac.at)

**Mag. Dr. Barbara Kreiner, MSc**, ist Klinische- und Gesundheitspsychologin und Psychotherapeutin (Integrative Therapie). Sie arbeitet in freier Praxis und im Bereich der allgemeinen Psychiatrie an der Landesnervenklinik Sigmund Freud in Graz. Als Lektorin ist sie an der Karl- Franzens- Universität Graz und an der FH Joanneum tätig.

**Kontakt:** [barbara.kreiner@uni-graz.at](mailto:barbara.kreiner@uni-graz.at)

**Mag. Angelika Jobst, MSc**, Pädagogin, klinische Psychologin, Psychotherapeutin (Integrative Therapie) und Supervisorin (ÖVS) in freier Praxis. Sie war in der Erziehungsberatung, der Frauenberatung und Erwachsenenbildung langjährig tätig. Seit 2007 Lehrtherapeutin für Integrative Therapie an der Donau Universität Krems.

**Kontakt:** [angelika.jobst@chello.at](mailto:angelika.jobst@chello.at)

## Zitationsempfehlung

Gahleitner, S.B., Hintenberger, G., Kreiner, B. & Jobst, A. (2014). Biopsychosoziale Diagnostik: Wie geht denn das konkret? Plädoyer für ein „integratives diagnostisches Verstehen“. *Resonanzen. E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung*, 2(2), 134-152. Zugriff am 15.11.2014. Verfügbar unter <http://www.resonanzen-journal.org>