



Biopsychosoziale Phänomene in der Beratung. Diagnostizieren und intervenieren

Jürgen Beushausen

Suggested citation:

Beushausen, Jürgen. 2024. "Biopsychosoziale Phänomene in der Beratung. Diagnostizieren und intervenieren." Hannover: Hochschule Hannover. <https://doi.org/10.25968/opus-3035>.

Abstract

Für die Praxis der Sozialen Arbeit wird eine Technik vorgestellt, mit der zum einem psychische, soziale und auch körperliche (leibliche) Phänomene betrachtet und damit diagnostiziert werden und Interventionen entwickelt werden können. Hierbei wird auf biopsychosoziale Modelle zurückgegriffen. Die hier vorgestellte Technik (PDI) wird theoretisch verortet. Die Anwendung erfolgt mit den Phasen Anamnese, subjektive Einschätzung, Kontext und Veränderung.

Terms of use

CC BY 4.0

This document is made available under these conditions:
Creative Commons - CC BY - Namensnennung 4.0 International
For more information see:
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>



Biopsychosoziale Phänomene in der Beratung. Diagnostizieren und intervenieren



Dieser Text ist unter der Creative Commons-Lizenz CC BY 4.0 lizenziert.
Für die ausformulierten Lizenzbedingungen besuchen Sie bitte die URL
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

Jürgen Beushausen

11.01.2024

<https://doi.org/10.25968/opus-3035>

Zusammenfassung:

Für die Praxis der Sozialen Arbeit wird eine Technik vorgestellt, mit der zum einem psychische, soziale und auch körperliche (leibliche) Phänomene betrachtet und damit diagnostiziert werden und Interventionen entwickelt werden können. Hierbei wird auf biopsychosoziale Modelle zurückgegriffen. Die hier vorgestellte Technik (PDI) wird theoretisch verortet. Die Anwendung erfolgt mit den Phasen Anamnese, subjektive Einschätzung, Kontext und Veränderung.

Inhalt

1. Einleitung	2
2. Theoretische Einordnung	3
2.1 Probleme und Symptome als Phänomene	3
2.2 Das biopsychosoziale Modell	7
2.3 Diagnostik in der Sozialen Arbeit	9
2.4 Anmerkungen zur Unterscheidung von Beratung und Therapie	13
3. Hinweise für die Anwendung des PDI.....	14
3.1 Anmerkungen zum Einsatz der Methode	14
3.2 Die Phasen in der Anwendung des PDI.....	16
4. Handreichung	21
Literatur	23
Der Autor.....	26

1. Einleitung

In vielen Arbeitsfeldern der Sozialen Arbeit, insbesondere in der Beratung und der Klinischen Sozialarbeit, werden psychische, soziale und auch körperliche (leibliche) Phänomene betrachtet, bzw. diagnostiziert und zudem Interventionen vorgenommen. Dabei werden häufig Methoden und Techniken¹ aus verschiedenen therapeutischen Verfahren genutzt. In diesem Beitrag soll für die Analyse und die daraus zu entwickelnden Interventionen „problematischer“ Phänomene eine Technik vorgestellt werden, die mit einer entsprechenden Kompetenz in vielen Arbeitsfeldern der Sozialen Arbeit eingesetzt werden kann. Ziel dieser Technik ist es, Möglichkeiten anzubieten, ein Phänomen, welches meist als Problem oder Symptom eingebracht wird, besser zu verstehen, Hypothesen zum Entstehen dessen zu entwickeln und Ideen für eine Verminderung oder Auflösung der Phänomene abzuleiten. Dies schließt beispielsweise sogenannte psychosomatische Befindlichkeiten (Essstörungen, Bettnässen etc.), psychische Phänomene (Unruhe, Unsicherheiten etc.) ebenso ein wie soziale Probleme (Schulden, Einsamkeit, Kommunikationsschwierigkeiten etc.).

Die Soziale Arbeit ist gefordert, ihre Konzeptionen, Methoden (und damit auch Techniken) und Zuständigkeiten deutlicher zu definieren. Hierzu soll der Einsatz dieser spezifischen Beratungstechnik, mit der biopsychosoziale Phänomene diagnostiziert

¹ In einem systemischen Kontext werden die Bezeichnungen Methode und Technik oftmals synonym genutzt (z B. systemische Fragetechniken), während in der Sozialen Arbeit häufiger der Begriff der Technik als Einzelelement von Methoden genutzt wird und damit der Operationalisierung des methodischen Handelns dient. Methoden umfassen häufig unterschiedliche Techniken oder Verfahren.

und interveniert werden (PDI), beitragen. Nach Pauls (2013) ist es die originäre Aufgabe der Sozialen Arbeit, mittels empirisch fundierter professioneller Methoden notwendige Veränderungen der psycho-sozialen Lebensweise und Lebenslage für das von uns betreute Klientel² zu erarbeiten. Ziel ist die Bereitstellung passgenauere Techniken unter Berücksichtigung theoretischer, praktischer und ethischer Dimensionen, wobei ein besonderer Fokus auf der Lebensweltorientierung liegt. Daher ist es nützlich, dass Sozialarbeiter*innen und andere psychosoziale Fachkräfte solche Techniken erlernen und anwenden.

Im nächsten Kapitel wird eine theoretische Einordnung vorgenommen, dem schließen sich im dritten Kapitel Hinweise für die praktische Umsetzung der Methode an. Abschließend finden sich Literaturhinweise und ein Arbeitsbogen.

2. Theoretische Einordnung

In diesem Kapitel erfolgen eine theoretische Einordnung des Phänomenbegriffs, eine Verortung der vorgestellten Technik in einem biopsychosozialen Modell, Anmerkungen zur sozialarbeitswissenschaftlicher Diagnostik und zur Unterscheidung zwischen Beratung und Therapie.

2.1 Probleme und Symptome als Phänomene

Begründet werden soll zunächst, wieso im Weiteren der Begriff des Phänomens (und nicht der Probleme oder der Symptome) genutzt wird.

Alltagssprachlich soll ein Problem gelöst werden. Dies kann ein Hindernis, eine Aufgabe, eine Störung oder Streitfrage sein, deren Lösung mit Schwierigkeiten verbunden ist. Dabei müssen Ausgangssituation, Hindernis und Zielsituation beschrieben werden und Lösungswege gesucht, d.h. aus einer systemischen Perspektive angestoßen werden. Wird ein Problem (Zustand, Phänomen) als unerwünscht betrachtet, ist dies bereits eine Selektionsleistung, die von Beobachter*innen vorgenommen wird. Dabei entwickeln kollektive gesellschaftliche Akteure Deutungsmuster oder Deutungsrahmen (frames), die Erklärungsmöglichkeiten, Lösungsstrategien und Mobilisierungsanreize für ein bestimmtes Thema bieten. In diesen Mustern sind Strategien der Identifizierung, überzeugende Definitionen von Problemen, Ursachenannahmen und Schuldzuschreibungen enthalten (Schetsche 1996). Um etwas als Problem zu klassifizieren sind die Herstellung neuer Sinnzusammenhänge, die Verknüpfung mit anerkanntem Wissen und die Adaption an unterschiedliche Transfermedien notwendig. Die gesellschaftlichen Deutungsmuster sozialer Probleme sind durch

² Mit dem Klient*innenbegriff wurden ursprünglich therapeutische Konzepte übernommen, inzwischen wird diese Bezeichnung auch für soziale Probleme genutzt, um Mitglieder jeweiliger Zielgruppen zu bezeichnen. Der Klient*innenbegriff weist auf Rollenbeziehungen im Kontext einer Dienstleistung hin, d.h., er wird immer noch genutzt, obwohl in den ursprünglichen Begriff ein Abhängigkeits- und Schutzverhältnis zu einem Patron oder einem Schutzherrn impliziert ist.

Ambiguität und Ambivalenzen bestimmt³. Soziale Probleme sind somit die Ergebnisse öffentlicher Problematisierungsaktivitäten kollektiver Akteure. Ihr problematischer Charakter wird aktiv durch Konstruktionsprozesse hergestellt. Erklärungsbedürftig ist somit auch die Art und Weise, wie in der Gesellschaft Phänomene als problematisch dargestellt werden.

Wird etwas von Beobachter*innen als „problematisch“⁴ bewertet, werden meist eine oder mehrere Faktoren herausgegriffen und in den Mittelpunkt des diagnostischen und intervenistischen Interesses gestellt⁵ und bezeichnet. In den Sozialwissenschaften werden soziale Probleme analysiert, während beispielsweise in den Gesundheitswissenschaften und im Kontext therapeutischer Verfahren der Begriff der Symptome genutzt wird. Dabei wird diese Benennung insbesondere durch den Fokus des jeweiligen Ansatzes bzw. der jeweiligen beruflichen Qualifikation und Ausrichtung geprägt. Aus der Bezeichnung eines Phänomens als Symptom oder Problem erfolgt eine Unterscheidung, welches Funktionssystem für zuständig erklärt wird (z.B. das medizinische, juristische, psychologische, pädagogische, oder sozialarbeiterische Funktionssystem⁶).

Auch der Begriff der Symptome, der insbesondere in der Medizin, der Psychologie und z.T. in der Sozialen Arbeit genutzt wird, ist in dem hier beschriebenen Kontext problematisch. Hierauf soll kurz eingegangen werden: Aus einer systemtheoretischer Perspektive sind Symptome beobachtbare Ereignisse, Prozesse oder Zustände, die als Zeichen für andere, nicht beobachtbare Ereignisse, Prozesse oder Zustände in einem anderen, nicht-transparenten Phänomenbereich einer tatsächlichen oder

³ Für neue Probleme bestehen noch keine festgelegten Deutungsmuster und Zuständigkeiten. Unterschiedlich konstruiert sind soziale Probleme nicht nur zu verschiedenen historischen Zeiten (Beispiel Homosexualität), auch die Zuordnung zu einem System, das für die Bewältigung zuständig ist, kann wechseln. So waren zeitweise Justiz und Medizin für die Homosexualität zuständig. Viele Deutungsmuster von Phänomen sind durch Ambiguität und Ambivalenzen bestimmt (z.B. ADHS, Süchte) (Beushausen 2013). Phänomene/Probleme sind immer an bestimmte gesellschaftlich akzeptierte Wertideen gebunden. Die öffentliche Problematisierung wird dabei auf eine bestimmte Art und Weise in Bezug auf übergreifende Muster interpretiert (z.B. als Gerechtigkeitsproblem, Krankheits- oder Kriminalitätsproblem). Aus einer konstruktivistischen Perspektive könnten die Phänomene auch anders betrachtet und damit behandelt werden.

⁴ Durch die Definition eines Phänomens wird geregelt, wer für die Beratung, Strafe oder Therapie dieses Phänomens/Symptoms/der Auffälligkeit zuständig ist oder nichtzuständig ist.

⁵ Zudem wirken möglicherweise auch Noceboeffekte. Hierunter werden negative Effekte einer (meist medizinischen) Intervention zusammengefasst, die nicht durch die direkte Wirkung eines Arzneistoffes oder andere behandlungsspezifische Bedingungen hervorgerufen werden. Es handelt es sich um Phänomenverschlimmerungen oder das neue Auftreten von Phänomenen, die durch negative Überzeugungen, Vorerfahrungen, Ängste und Erwartungen evoziert werden (Beushausen 2019). Bedeutsam sind die Erwartungshaltungen, Personen gelten dann als besonders gefährdet „Opfer“ des Nocebo-Effektes zu werden, wenn sie dazu neigen, sich Katastrophen auszumalen, stets damit rechnen, dass ihnen Schlimmes widerfahren wird oder wenn sie besonders ängstlich oder depressiv sind. Klient*innen sind somit in Situationen besonders gefährdet beeinflusst zu werden, wenn sie sich in einer Krise als essenziell bedroht erleben und sie sich in einer „Problemtrance“ befinden. Im Gespräch ist daher zu berücksichtigen, dass bereits die Benennung und besonders die emotionale Betonung, z.B. in Form einer Dramatisierung von Symptomen, Problemen und Gefahren in der Kommunikation eine negativ wirkende, „ansteckende“ Bedeutung haben. Daraus folgt: Berater*innen sollten reflektieren, inwieweit positive Sichtweisen in den Vordergrund zu stellen sind.

⁶ Beispielhaft soll auf morgendliche Bauchschmerzen bei einem Kind verwiesen werden. Diese können auf ein organisches Problem (Blindarmentzündung), ein psychologisches (Angst vor einem Leistungsversagen) oder ein soziales (Mobbing in der Schulklasse) hinweisen.

vermuteten Wirklichkeit hinter der Wirklichkeit (Simon 2014) gedeutet werden. Dabei werden Zeichen als abweichend zum erwarteten „normalen“ Zustand unterschieden. Eine solche Interpretation bzw. Unterscheidung muss jedoch nicht getroffen werden, sie erfolgt nur bei Symptomen, bei denen die Beobachter*innen nach einer Erklärung suchen. Symptome sind demnach das Produkt von Unterscheidungen bzw. Interpretationen, die durch die Zuweisung zu einem System (dem Organismus, dem psychischen oder sozialen System) durch Kommunikation sozial festgelegt werden (Beushausen 2020)⁷. Zu einem Symptom wird ein Phänomen erst im Rahmen einer sozialen Konvention. Es bedarf also der kommunikativen Validierung, damit ein Phänomen zum Symptom wird und damit als Merkmal der Unterscheidung für beispielsweise eine Krankheit. Dabei gelten Abweichungen vom „Normalen“ als krank, kriminell, behindert, sonderbar oder problematisch, über deren Schwellenwert in einer gegebenen Gesellschaft zu einem bestimmten Zeitpunkt Konsens herrscht. Die jeweils subjektiven Sichtweisen der handelnden Systeme sind weder wertfrei noch rational. Die Bestimmung von „Auffälligkeiten“ erfolgt demnach in der Kommunikation zwischen dem Individuum und den bewertenden sozialen Umwelten. Dabei ist ein lediglich subjektives Empfinden des Einzelnen ein ebenso unzureichendes Kriterium wie die alleinige Beurteilung von Fachleuten⁸. Um zu einer Übereinstimmung in der Bewertung zu kommen, muss das Symptom von den Teilnehmenden dieses Bewertungsprozesses der gleichen Systemebene, z.B. der sozialen, zugewiesen werden. Wird das Phänomen verschiedenen Ebenen zugewiesen, etwa vom Klienten dem Körper und vom Sozialarbeiter der Psyche, ist dies im Kommunikationsprozess zu berücksichtigen.

Allerdings wird der Begriff „Symptom“ nicht für soziale Probleme genutzt, er suggeriert, dass körperliche oder psychische Prozesse ursächlich sind. Damit werden möglicherweise sozialen Problemen eine psychische Funktion zugeschrieben. Geleizeitig werden medizinische und psychologische Funktionssysteme für eine Veränderung (hier als Behandlung bezeichnet) für zuständig erklärt. Dies ist allerdings eine unzureichende Einengung, wenn soziale Probleme (z.B. Ausgrenzung, Mobbing, finanzielle Sorgen) zu problematischen biopsychosozialen Phänomenen führen. In der Praxis ist daher jeweils zu klären, ob körperliche oder (und) psychische oder (und) soziale Faktoren zu betrachten sind.

Im Folgenden soll daher von Phänomenen statt von Problemen und Symptomen gesprochen werden. Mit dem Begriff des Phänomens kann besser an ein biopsychosoziales Modell angeknüpft werden, denn Phänomene werden anders als Probleme oder Symptome nicht gleich auf einer (konstruierten) Systemebene (biologisch, psychisch oder sozial) verortet. Sie können daher umfassender betrachtet werden, ohne dass eine ursächliche Zuordnung für eine bestimmte Ebene erfolgt und

⁷ Ein Symptom/Problem kann für ein System Sinn ergeben. Mit dieser Aussage soll jedoch nicht suggeriert werden, dass Symptome einzig durch (Er-)Finden entsprechender Szenen oder Atmosphären in der Biografie zu erklären sind bzw. dass dies ihr einzig möglicher Sinn wäre. Sinn entsteht vor allen Dingen dadurch, dass der Mensch Orientierungen und Einordnungsmöglichkeiten seiner Symptome erhält und sich selbst Sinn konstruiert.

⁸ Die Ursachen von Phänomenen, bzw. von Problemen können unterschiedlich verortet werden. Sie können z.B. gesehen werden als Folge individueller Pathologie, als vererbt („der geborene Verbrecher“) oder als Folge von Struktur- und Funktionsproblemen sozialer Systeme (z.B. Bildungsgerechtigkeit).

daraus vorschnell die Zuständigkeit einer bestimmten Wissenschaft / Profession abgeleitet wird⁹.

Mit dem Begriff des Phänomens kann zudem an die wissenschaftliche Tradition der Phänomenologie angeknüpft werden. Die Phänomenologie will die Wesenheiten, die Sachverhalte (Strukturen der Erfahrung, die sich in unserem Bewusstsein darstellen) unmittelbar geistig und intuitiv erfassen. Sie kann in der Gestaltpsychologie verortet werden. Bereits Perls et.al. (1981: 72) führen aus, dass die *„Phänomenologie der wichtigste und unabdingbare Schritt ist, den wir machen müssen, um zu wissen, was zu wissen ist.“* Über die Beobachtung im Hier und Jetzt der von den Klient*innen benannten oder gezeigten Phänomene (zum Beispiel im leiblichen Ausdruck, im Lebensvollzug oder in der Kommunikation) werden die zugrundeliegenden Strukturen gemeinsam erschlossen und in Bezug auf die künftig zukünftige Lebensgestaltung gesetzt. Die Phänomenologie bezieht sich auf die Dimensionen des Bewussten, des Unbewussten, des Sprachlichen und des Nicht-Sprachlichen, des Verstehens und Handelns, der Diagnostik und der Interventionen. Dies gilt auch für die benutzten Methoden und Techniken, dabei stellen sich die Probleme einer hermeneutischen Durchdringung des phänomenalen Materials und einer handlungsorientierten Strukturierung (Petzold 1993:5).

Phänomene in der akuten Symptomatik (zum Beispiel die gegenwärtige Belastung, biografische Erfahrungen oder pathogene Milieus) können zu dysfunktionalen Strukturen führen. In der von Petzold vorgestellten Integrativen Therapie (beraterisch und therapeutisch) geht es in einer integrativen Hermeneutik, um das wahrgenommen werden (Selbst- und Fremdwahrnehmung), das erfasst werden (Empathie, Selbstempathie), das verstanden werden (Verständnis, Selbstverständnis) und darum, etwas erklärt zu bekommen (Klarheit in Bezug auf sich selbst, andere und anderes) (Petzold 1993). Zentrales Element ist der hermeneutische Zugriff auf Vor- und Unbewusstes, wenn unterstellt wird, dass sich in den bewusst wahrnehmbaren Phänomenen Strukturen vom Unbewussten zeigen. Das Beobachten und die Wahrnehmung des Erlebens führen zur Wahrnehmung und Exploration der biografischen Erinnerungen. Die Therapie/Beratung wird in der Integrativen Therapie als metahermeneutischer Prozess verstanden, in dem die Beobachtung, Anregungen, der Analyse- und Interpretationsprozesse und auch die Beratung selbst zum Gegenstand werden.

Das Konzept einer Mehrspektivität hat in diesem integrativen Modell eine zentrale Position. Um die Bedeutung eines biopsychosozialen Konzeptes zu verdeutlichen, betonen Schachameier und Holtzendorff (2023: 8), dass *„durch die ganzheitliche erfahrungs- und erlebensbezogene Konfrontation der aktuellen Themen eine Bewusstheit geschaffen wird, indem die Aufmerksamkeit auf die inneren Impulse, die Emotionen und begleitenden Körperempfindungen oder auf die Atmung gerichtet wird.“* Dabei wird die Aufmerksamkeit auf den leiblichen Ausdruck und die

⁹ In einem biopsychosozialen Modell sind Phänomene in ihrem jeweiligen Kontexten zu betrachten. Solch eine Betrachtung ist umfassender als die Betrachtung der Beziehungen zwischen Person und Umfeld. In diesem Zusammenhang ist zu klären, wie die einzelnen Systemebenen gekoppelt sind und welchem Bereich ein Phänomen zugewiesen wird. So können beispielsweise Kopfschmerzen psychisch oder ökologisch (z. B. Schadstoffe, Lärm) begründet sein, eine Depression kann Folge einer Schilddrüsenerkrankung oder einer sozialen Dauerbelastung sein oder eine Potenzstörung kann Folge eines Partnerschaftskonflikts, hoher Mietschulden oder eines Burnouts sein.

begleitenden Gefühle gelegt, was häufig zu einer emotionalen Verdichtung¹⁰ führt. Die Beschreibung eines Phänomens beinhaltet zudem immer eine Komplexitätsreduktion, da nicht die gesamte „Wirklichkeit“ beschrieben und betrachtet werden kann. In diesem Sinne wird in der Praxis nicht das gesamte Fallgeschehen einbezogen, es steht die Suche nach Lösungen und die gewünschten Veränderungen der Klient*innen im Mittelpunkt.

2.2 Das biopsychosoziale Modell

Bei Störungen des menschlichen Wohlbefindens sind in einem biopsychosozialen Modell immer zugleich, wenn auch jeweils in einem unterschiedlichen Ausmaß, körperlich-leibliche, psychische und soziale Systeme beteiligt¹¹. Das biopsychosoziale Modell stammt vorwiegend aus den frühen Systemtheorien, formuliert wurde es insbesondere von George L. Engel (1976) und Uexküll (1996)¹². Es ist ein häufig zitiertes Paradigma¹³, obwohl der psychophysische Dualismus, der auf Descartes zurückgeführt wird, mit seiner strikten Trennung zwischen Soma (Körper) und Psyche, heute immer noch in weiten Bereichen der klassischen Medizin ein gängiges Modell ist¹⁴. Einerseits ist das biopsychosoziale Modell weitgehend akzeptiert, andererseits

¹⁰ Veränderung benötigt eine emotionale Involviertheit. Hierbei muss jedoch immer eine angemessene, abgesprochene emotionale Tiefungsebene beachtet werden (Beushausen 2020). Unterschieden werden mehrere Ebenen einer stärkeren gefühlsmäßigen Involviertheit. Diese reichen auf der ersten Ebene von einer reflektierten und kognitiven Ebene über eine gewisse gefühlsmäßige Beteiligung (Ebene 2), einer starken gefühlsmäßigen Involviertheit (Ebene 3) bis hin zu der Ebene der autonomen Körperreaktionen (Ebene 4), die nicht mehr steuerbar sind. Es gibt nicht die einzig richtige emotionale Tiefungsebene, sondern nur eine für die jeweilige Situation angemessene Ebene. Die Beratenden stehen dabei mehr als die Klient*innen in der Verantwortung für eine angemessene Tiefungsebene zu sorgen. Die Ebene der autonomen Körperreaktionen, in der die Klient*innen keine Kontrolle über sich und die Situation haben, gilt es zu vermeiden. Falls solch eine Situation ungewollt auftritt, indem Klient*innen z.B. schon sehr emotional zur Beratung kommen oder durch Inhalte oder Themen im Gespräch retraumatisiert werden, ist der Beratungsprozess auf eine weniger emotionale Ebene zurückzuführen. Einerseits ist es daher Aufgabe der Beratenden Sorge dafür zu tragen, nicht zu viele Emotionen hervorzurufen, andererseits sind die Klient*innen dabei zu unterstützen, ihre Gefühle mehr wahrzunehmen und zuzulassen, also eine tiefere Ebene zu erreichen.

¹¹ Gesundheit und Krankheit werden als dynamisches Geschehen betrachtet, bei der sich die Menschen in ihrem Leben zwischen den Polen Gesundheit und Krankheit bewegen.

¹² In Bezug auf von Uexküll (1996) beschreibt Schubert (2015) in neueren Forschungen empirisch belegbare psychoneuroimmunologische Zusammenhänge zwischen Gewalt/Vernachlässigungserfahrungen und schweren Entzündungserkrankungen im Erwachsenenalter, sowie einer insgesamt geringeren Lebenserwartung. Auch Wilhelm (2014) diskutiert ähnliche Zusammenhänge: Beispielsweise soll das Hormon Oxytocin beim Menschen prosoziales Verhalten beeinflussen, sowie Stress- und Angsterleben in bedrohlichen Situationen mindern. Jegliche negative Erfahrungen (besonders in den ersten Lebensjahren und im Mutterleib) steigern das Risiko vieler Menschen für alle möglichen späteren Erkrankungen (Wilhelm 2014). Traumatische Kindheitserfahrungen wirken sich so auf die Gesundheit des Erwachsenen aus. Frühe Kindheitsbelastungen wie Vernachlässigung, körperliche und sexuelle Gewalt ziehen bei noch nicht hinreichend ausgereiftem Stressverarbeitungssystem „biologische Narben“ nach sich, „was sich in einer lebenslangen Dysfunktion des Stressverarbeitungssystems im Sinne einer erhöhten Vulnerabilität für körperliche wie psychosoziale Belastungssituationen niederschlagen kann (vgl. Edlhaime/Edlhaime-Hrubic 2015, van der Kolk 2019)

¹³ Siehe hierzu auch Pauls (2014), Gahleitner et.al. (2014).

¹⁴ Dieser Dualismus steht im Gegensatz zu einer sehr frühen Tradition der Antike, die die Menschen ganzheitlicher betrachtete (vgl. Beushausen 2013).

wird das soziale¹⁵ als mit zu berücksichtigende/behandelnde Ebene oft noch nicht ausreichend berücksichtigt.

Auch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) geht bei ihrer Definition von Gesundheit von einem umfassendes biopsychosozialen Modell aus. Darin ist eine deutliche Abkehr von einem rein organisch orientierten Gesundheitsverständnis zu erkennen. Persönlichkeitsmerkmale und Umweltfaktoren erhalten ein bedeutsames Gewicht. Mit dem ICF¹⁶ (International Classification of Function, Disability and Health 2005) wird dieser Grundgedanke weitergeführt.

Biopsychosoziale „Krankheitsmodelle“ berücksichtigen „neben den klassischen somatischen auch psychosoziale Faktoren zur Erklärung (auch) von „körperlichen Erkrankungen“ (Pauls 2013: 86). Petzold (1993) definiert den Menschen als ein „Körper-Seele-Geist-Subjekt im sozialen und ökologischen Umfeld“. Kerngedanke dieses Modells ist, dass die Ausbildung und Festigung von Krankheit bzw. Gesundheit von biologischen, psychischen, und sozialen Faktoren abhängig ist und daher von mehreren Ebenen betrachtet und untersucht werden muss. Die verschiedenen Ebenen beeinflussen sich wechselseitig, wobei das Individuum selbst den Bestandteil umfassender Systeme bildet und wiederum selbst ein System aus vielen Subsystemen bis hinab auf die molekulare Ebene darstellt. Die Benennung von Phänomenen ist somit attributiv und nicht deskriptiv. Erst durch eine Wertung kann festgestellt werden, ob es sich um Krankheitssymptome handelt (Groten 2018).

In diesem Beitrag wird für die Systemebene „bio“/„Körper“ auch der Leibbegriff der Integrativen Therapie¹⁷ genutzt, mit dem m.E. manche Aspekte differenzierter verstanden werden können. (Allerdings muss für einen Einsatz des PDI der Leibbegriff nicht genutzt werden.) Petzold (1993) unterscheidet in seiner Konzeption den Begriff Leib vom Begriff Körper. Der Leibbegriff¹⁸ beinhaltet u.a. das Selbstbild, den Umgang mit der Ernährung, das Schlafverhalten und allgemein das Gesundheitsverhalten.

¹⁵ Einer Psychologisierung sozialer Probleme sollte entgegengewirkt werden (indem z.B. Ängste nicht generell mit Kindheitserfahrungen, sondern mit der aktuellen Lebenssituation in Verbindung gebracht werden).

¹⁶ Im ICF werden Komponenten von Gesundheit gemeinsam mit einigen mit der Gesundheit zusammenhängenden Komponenten von Wohlbefinden wie Erziehung, Bildung und Arbeit klassifiziert. Diese Klassifikation bietet eine systematische Betrachtung von Gesundheitsproblemen des Menschen anhand der Kategorien Körperfunktionen (inklusive mentaler Funktionen), Körperstrukturen, Aktivitäten, Teilhabe, Umweltfaktoren und personale Faktoren. Umweltfaktoren können gesundheitsförderlich sein oder als gesundheitliche Barrieren eingeschätzt werden (sowohl defizitorientiert als auch ressourcenorientiert).

¹⁷ Für die Integrative Therapie (z.B. Petzold 1993) ist der Leib immer mitbeteiligt, oft wird er zum Ort des Geschehens oder zum Ausdrucksort von Phänomenen. Der Leib ist somit bei der Beratung einzubeziehen.

¹⁸ Petzold geht in seinem Leibkonzept von der „Enkulturation“ und der „Sozialisation des Körpers“ aus, durch die sich der Leib als „individual and social body“ entwickelt. In Bezugnahme auf Gabriel Marcel, Merleau-Ponty und Hermann Schmitz besitzt der Leib im Unterschied zum Körper die Fähigkeit der Wahrnehmung und Erkenntnis: er denkt und kommuniziert und ist sich seiner bewusst – „ich bin mein Leib“ (Subjektbeziehung) und ich habe meinen Leib (Objekt Beziehung). Das Leib-Selbst wird als der ursprüngliche Teil der Persönlichkeit gesehen, dessen Entwicklung bereits intrauterin beginnt. Die Prägung des Körpers durch die Einflüsse der sozialen Welt bewirken eine spezifische individuelle Mimik, Gestik, Sprache und Körpersprache. Im Leib inkarniert sich die Befindlichkeit der biografisch gewordenen Persönlichkeit eines Menschen im Zusammenspiel mit den Gegebenheiten seiner Umwelten und seiner Geschichte. Der Leib ist als ein soziales Phänomen zu betrachten, er ist intersubjektiv gestaltet und schließt kognitive und affektive Aspekte ein (vgl. Petzold 1993).

Leibsubjekt und Lebenswelt sind miteinander verschränkt. Alle seelischen Vorgänge, das Wahrnehmen, Empfinden, Nachdenken, in Kontakt treten und anderes sind zugleich leibliche Vorgänge. Der Begriff „Leib“ umschließt so die Dimensionen Körper, Seele, Geist und Sozialität, während der Begriff „Körper“ lediglich die materielle Grundlage des Menschen meint.

Auch der psychische Bereich ist umfassend, er beinhaltet emotionale, kognitive und alle damit zusammenhängenden Aspekte wie die Identität, Ängste, Zugehörigkeit, Bedürfnisse und Sicherheitsbestrebungen. Psychische Phänomene sind nicht unbedingt Phänomene einer dahinterliegenden „Krankheit“.

Der Bereich Soziales beinhaltet beispielsweise die familiären und weitere soziale Kontakte, die Möglichkeiten Anerkennung zu erhalten, der Wunsch nach Teilhabe oder die materielle Absicherung.

Die Gesetzmäßigkeiten der Wechselwirkungen der verschiedenen Systeme sind noch nicht geklärt. Pauls und Stockmann konstatieren daher zu Recht: *„Insofern operiert man weitgehend mit einem Black-Box- Model.“* (Pauls und Stockmann 2013: 24) Das individuelle Geschehen wird jeweils durch spezifische Dynamiken bestimmt. Die Systemtheorie versucht, diese Problematik mit dem Begriff der Kopplung¹⁹ (siehe z.B. Beushausen 2013) zu klären.

Auf eine weitere Konsequenz des biopsychosozialen Modells weist Egger hin: *„Jedenfalls ist der bereits in die Laiensprache eingewanderte Begriff der „psychosomatischen Krankheiten“ nicht länger haltbar (Egger 2008: 2). Er suggeriert zwei Klassen von Krankheiten, nämlich psychosomatische und nicht-psychosomatische. Eine solche Dichotomie ist auf der Basis des biopsychosozialen Modells weder logisch richtig noch wissenschaftlich nützlich.“* Letztlich sind somit auch Begriffe wie Psychotherapie oder Sozialtherapie nicht schlüssig, da sie Zusammenhängendes separieren. Sinnvoll sind sie nur, wenn hiermit Schwerpunkte dargestellt werden. Zu sprechen wäre immer von somato(leiblich)-psycho-sozialen Interventionen. Wenn ursächlich immer biopsychosoziale Komponenten an der Entstehung von Phänomenen (Probleme, Auffälligkeiten, Krankheiten, Störungen etc.) beteiligt sind, sollten auch die Interventionen jeweils auf mehreren Ebenen erfolgen. Deutlich wird, dass sich Psychisches, Somatisches und Soziales/Ökologisches nur begrifflich, aber nicht inhaltlich trennen lassen, diese Systeme sind stetig zirkulär miteinander gekoppelt.

2.3 Diagnostik in der Sozialen Arbeit

Noch immer nicht wird selbstverständlich in der Sozialen Arbeit von einer eigenständigen Diagnostik gesprochen (Richter-Mackenstein 2023). Jedoch steht nicht mehr zur Debatte, so Rüeegger (2021), ob Soziale Arbeit diagnostizieren darf und

¹⁹ Zum Verständnis des Kopplungsprozesses trägt eine Anmerkung von Foersters (1997) bei, der den Begriff „passen“ von Glasersfeld (1999) aufnimmt, mit dem dieser „passen“ nicht im Sinne von Anpassung versteht, sondern eine Passung meint, mit der wie mit einem Schlüssel ein Schloss geöffnet werden kann. So ist vorstellbar, dass bei der Kopplung von Systemen einige Schlüssel passen, andere hingegen nicht. Interaktion findet statt, wenn Systeme zusammentreffen und dabei wechselseitig strukturelle Veränderungen auslösen. Offen bleibt, was und welcher Impuls diese Interaktion auslöst und welche Folgen dies für ein nicht-triviales System hat.

soll. Der aktuelle Diskurs der Sozialen Arbeit konzentriert sich auf eine angemessene Ausgestaltung des Fallverstehens bzw. der Diagnostik. Dabei ist die konkrete Implementation diagnostischer Verfahren in die Praxis ein anspruchsvoller Prozess.

Eine Psychosoziale Diagnostik analysiert Lebenslagen, -weisen und -krisen sowie ihre Veränderungen unter den jeweiligen Kontextbedingungen, das Verstehen von Zusammenhängen und das fachliche Begründen von psychosozialen Interventionen. Im Dialog zwischen Klient*innen und Sozialarbeiter*innen werden die zu bearbeitenden Aufgaben besprochen und Interventionen festgelegt (Pauls 2013).

Diagnostische Prozesse beinhalten ein Erkennen, bei dem Beobachter*innen nach bestimmten Kriterien eine Unterscheidung treffen, kategorisieren und bewerten. Staub-Berlusconi formuliert (2007, S. 287f.): *„Diagnostizieren, das heißt beobachten, unterscheiden, beschreiben, kategorisieren, analysieren und bewerten tun wir alle und jederzeit - nur nennen wir es anders!“*

Richter-Mackenstein (2023) führt dies differenzierend näher aus. Er bezieht sich hierbei auf Schmitt und Gerstenberg (2014, S. 11), die Diagnostik verstehen als *„hypothesengeleitete, systematische Sammlung hochwertiger Informationen über ein diagnostisches Objekt (...) Mit dem Ziel, relevante Merkmale des Objekts möglichst genau vorherzusagen, sowie Maßnahmen zu bestimmen, die bestmöglich geeignet sind, unerwünschte Merkmale des Objekts herbeizuführen oder zu bewahren und unerwünschte Merkmale des Objekts zu verhindern oder zu beseitigen.“*

Diagnostik beinhaltet eine systematische, regelgeleitete und wissenschaftlich fundierte Analyse, sie verknüpft Annahmen über die Zusammenhänge zwischen Beobachtung und einer Klassifikation und stellt Begriffe für die innerfachliche und interdisziplinäre Verständigung zur Verfügung. Verstanden werden sollten diese im Wesentlichen als Anregungen zur Hypothesenbildung²⁰. Nicht zu vergessen ist: Bei solch einer Einordnung handelt es sich immer um soziale Konstruktionen, sie sind daher immer hypothetisch.

Die Diagnostik²¹ stellt einen Code bereit, der eine Klassifizierung ermöglicht, mit der aber nicht das Ausmaß des individuellen Lebens und Leidens „objektiv“ abgebildet werden kann. Jede Diagnostik ist eine Interpunktion bzw. Selektion des Prozesses, eine ausschnitthafte Bezeichnung und damit keine objektive Benennung einer Ursache eines bestimmten Verhaltens. Das von den Klient*innen fokussierte Phänomen oder die erzählte Lebensgeschichte ist die Geschichte, die zum jetzigen Zeitpunkt den

²⁰ Hypothesen bezeichnen hier eine wissenschaftlich, d.h. fachlich begründete Annahme bezogen auf einen konkreten Zusammenhang, sie bündeln und ordnen das Wesentliche aus einem Komplex vielfältiger Wahrnehmungen und Aussagen. Gleichzeitig regen sie dazu an, Neues wahrzunehmen und alternativen Perspektiven nachzugehen. Der Wert einer Hypothese liegt damit in ihrer Nützlichkeit und ihrer Ordnungsfunktion, denn sie hilft bedeutsames und irrelevantes zu sortieren. Die Hypothesenbildung ist ein Prozess, in dem die Beteiligten gemeinsam eine vielseitige und prozesshafte Beschreibung einer sozialen Realität schaffen.

²¹ Die Integrative Therapie nimmt für die Diagnostik Ko-Respondenzprozesse zwischen Klient*in und Berater*in an. Diese Prozesse fordern im Wechselspiel eine Involvierung (beteiligt sein an der Interaktion), eine Zentrierung (ein bei-sich-selbst-Sein) und eine Exzentrizität (beobachten, erklären) (Beushausen 2020). Klient*in und Berater*in sind gleichzeitig Subjekte und Objekte ihrer Beobachtungen, sie gestalten und erleben die Beziehung und beobachten sich selbst (Rahm et al. 1993). Nach Petzold (1993) ist eine prozessuale Diagnostik als phänomenologisch-strukturelle Diagnose ein fortlaufender Prozess, der in die Beratung und Behandlung eingebettet ist. Gleichzeitig stößt sie Veränderungen an, in deren Konsequenz wiederum Auswirkungen auf die Diagnostik erfolgen.

Berater*innen berichtet wird. Die Erzählung (Biografie) ist als Konstruktion zu verstehen, die möglicherweise zu einem anderen Zeitpunkt, bei einem anderen Gegenüber, in einer anderen Situation, anders berichtet werden würde. Sie ist das Ergebnis eines gemeinsamen und intersubjektiven Vorgehens und damit gleichzeitig ein neuer und auch Co-kreativer Entwurf der Biografie (Beushausen 2020). Dabei beeinflussen die jeweilige Situation, Rolle und Person der Berater*innen die erzählte Episode und somit die Diagnose²². Die Gefahr Verhalten von Klienten falsch zu interpretieren ist besonders dann groß, wenn der Lebenskontext nicht berücksichtigt wird.

Diagnostik ist beziehungsorientiert zu gestalten, sie versucht fortwährend zu beschreiben und nicht zu sehr festzulegen. Es werden nicht nur Kausalitäten zwischen Ursache und Wirkung analysiert, sondern komplexe, zirkuläre Rückkopplungsprozesse fokussiert. Diagnostik aus der Perspektive der Integrativen Therapie (z.B. Petzold 1993) ist phänologisch-strukturell orientiert, d. h. sie geht von den Phänomenen aus, vom Vordergrund des Offensichtlichen, und betrachtet zunächst das, was sich den Berater*innen im Hier und Jetzt zeigt. Impliziert ist, dass „im Hier und Jetzt“ die gesamte Lebensgeschichte anwesend ist. Dabei beinhaltet die Vielzahl an Eindrücken keine summative Aneinanderreihung, sondern wird zum gestalthaften Erfassen komplexer Wirklichkeit. Die Gesamtheit der Aspekte und Sichtweisen ist dabei mehr und etwas anderes als ihre Summe.

Diagnosen sind zugleich Ausdruck von Definitionsmacht im Hinblick auf Normalität (Beushausen 2013). Dabei können in diesem intersubjektiven Prozess Diagnostiker*innen nicht objektiv wahrnehmen, da sie mit einem Subjekt in einem individuellen Kontext und Kontinuum konfrontiert sind. Die Klient*innen sind als Mitsubjekt zu betrachten, idealerweise ist mit ihnen gemeinsam zu diagnostizieren. In diesem Prozess wird von der phänomenalen Ebene auf sinnhafte Strukturen geschlossen. Strukturen sind nicht sichtbar, sie sind die Rückseite der Phänomene und müssen hypothetisch erschlossen und überprüft werden. Dabei werden der „Leib“ und das Gedächtnis als Reservoir derartiger Strukturen²³ bzw. Szenen aufgefasst. Bei dem Eindruck, der durch das anamnestiche Vorgehen entsteht, handelt es sich, dies soll nochmals betont werden, nicht um eine objektive Sichtweise von Problemlagen und auch nicht um Abbildung von „Wirklichkeit“. Vielmehr ist die Diagnose eine intersubjektiv gewonnene Perspektive²⁴ in Bezugnahme auf einen kleinen Ausschnitt dessen, den eine Person mit ihrer Geschichte bzw. Problematik entwirft. Fokussiert werden die Gedanken und Gefühle einer Person ebenso wie die Lebenslagen und Lebenswelten der Klient*innen. Diagnostische Verfahren sollen helfen, Interventionen zu entwickeln. Diagnostik ist so auch immer zugleich schon Intervention, da Diagnostik dem Selbstverstehen dient (Gahleitner et.al. 2014).

²² Damit sich die Klient*innen nicht den Berater*innen „anpassen“, ist es häufig sinnvoll Ihnen mehrere Hypothesen anzubieten.

²³ Struktur meint die Gesamtheit von Elementen und Prozessen, die ein zeitlich überdauerndes Charakteristikum haben.

²⁴ Beim Abrufen der Erinnerungen der Lebensgeschichte handelt es sich nicht nur um ein Abrufen von gespeicherten Gedächtnisdaten. Erinnern ist in einem im Kontext der Integrativen Therapie ein ganzheitlich-leibliches „Innewerden“ von vergangenen Zeiten, Gefühlen, Situationen und Personen mit emotionalen und kognitiven Konnotationen im damaligen zeitlichen Zusammenhang. Der Mensch nimmt hierbei die Ganzheit der früheren Bilder wahr, jedoch ist nur ein kleiner Teil der Lebensgeschichte im Bewusstsein als Erzählung rekonstruierbar und äußerungsfähig.

In der praktischen Umsetzung des diagnostischen Prozesses ist zunächst die in jeder Problematik enthaltene Komplexität zu entfalten, da es immer mehrere Sichtweisen auf eine Situation oder Problemlage gibt²⁵. Es geht um das Zusammentragen und Konfrontieren unterschiedlicher Gefühle, Sorgen, Wünsche, Einschätzungen und Befürchtungen. Erst wenn diese Vielfalt sichtbar gemacht ist, kann eine fachliche Einschätzung mit einer möglichst großen Partizipation der Klient*innen vorgenommen werden. Methodisch kann in der Praxis die Zeichnung einer Mindmap hilfreich sein, mit der Komplexität zunächst erweitert und dann reduziert wird. Gleichzeitig besteht die Möglichkeit mithilfe dieser Technik immer wieder auf frühere Aspekte eingehen zu können.

Hilfreich für eine sinnvolle Komplexitätsreduktion im diagnostischen Prozess ist eine Unterteilung von Pauls (2014: 10), der folgende Problemtypen unterscheidet:

- Störungen von einzelnen psychisch und/oder körperlich bedingten psychosozialen Funktionen und Funktionsmustern: z.B. Verhaltensauffälligkeiten; depressive Störung; schwere chronische Erkrankungen wie Demenz oder Krebs,
- Störungen von primären interpersonellen Systemen: z.B. Beziehungsstörungen bei Familien, Paaren,
- Störungen des weiteren personalen sozialen Netzwerkes mit problematischen Einengungen und einer Einschätzung der sozialen Unterstützung,
- Störungen organisatorisch-institutioneller Abläufe und Beziehungen: z.B. Stigmatisierungsprozesse in Betrieben; mangelhafte Verknüpfung und Kooperation im professionellen Netzwerk der ambulanten und stationären Versorgung,
- Störungen des Sozialraumes und kommunaler Sozialstrukturen: z. B. fehlende oder konflikthafte nachbarschaftliche Beziehungen und Unterstützung; Ausgrenzung in der Öffentlichkeit.

Die hier vorgestellte Diagnostik geht über klassische „sozialarbeitswissenschaftliche Diagnostik“ (siehe z.B. Richter-Mackenstein²⁶ 2023) hinaus, wenn sich an die erhobenen anamnestischen biografischen Angaben, subjektive Einschätzungen unter Zuhilfenahme weiterer Perspektiven und Interventionen anschließen. Im Kontext einer Integrativen Therapie kann die hier empfohlene Diagnostik als ätiologische Diagnostik²⁷ bezeichnet werden. Osten (2011: 24f.) differenziert hierzu folgende Kategorien, um die prozesshafte Entstehung von Störungen in den Zusammenhang der individuellen Lebensentwicklung zu stellen:

1. Die Beschreibung der klinischen Symptome, der Phänomene und des Krankheitserlebens gibt Einblick in querschnittliche Aspekte der „Störung“.
2. Die Frage nach dem Auslöser lässt Schlüsse auf die subjektiven Krankheitstheorien bei den Klient*innen zu und ermöglicht den Berater*innen die belastenden Ereignisse in ihrer Erlebensqualität zu beurteilen.

²⁵ Burkhard Müller (2012) spricht in diesem Zusammenhang von der multiperspektivischen Fallarbeit.

²⁶ Richter-Mackenstein (2023) benennt angelehnt an Maja Heiner die Orientierungsdiagnostik (mit dem Ziel ein möglichst umfängliches und exaktes Bild vom konkreten Einzelfall zu erhalten), die Zuweisungsdiagnostik (mit dem Ziel einer möglichst passgenauen Zuordnung von Fällen und Personen zu geeigneten Maßnahmen) die Gestaltungsdiagnostik (hier sollen passende Interventionen abgestimmt werden) und die Risikodiagnostik (z.B. bei der Kindeswohlgefährdung).

²⁷ Dies meint die längsschnittliche, lebensgeschichtliche und transgenerationale Exploration der „krankheitsverursachenden“ Faktoren.

3. Der Verlauf der Störung ist u. U. in mehreren Phasen oder in Rekursivität mit anderen Belastungen zu sehen und lässt ein Bild von den Verarbeitungspotenzialen entstehen.
4. Komorbide Symptome (und Störungen) sind zu analysieren.
5. In der biographischen Anamnese, die nicht nur störungsspezifisch exploriert, werden Dynamiken der Akkumulation belastender Faktoren, auch im Zusammenhang mit transgenerationalen Belastungen, deutlich. Oft zeigen sich in der Charakteristik der individuellen Verarbeitung strukturelle Merkmale der Persönlichkeit und der Identität.
6. Die Funktion der problematischen Phänomene im Lebensganzen kann sichtbar werden.
7. Beurteilt wird, wie das Individuum die eigenen Lebensprozesse attribuiert.
8. Körper- (biologisch) und Leiberleben (phänomenologisch) geben Aufschluss über die mentale Integration und mögliche Dissoziationen (etwa bei Traumata).
9. Bewertet werden bisherige Verarbeitungs- und Bewältigungsversuche (Selbstheilungsversuche).
10. Die Ressourcen, Resilienzen und Potenziale der Person sind zu analysieren.

Eine lebensweltorientierte Diagnostik umfasst dabei die „Passung“ zwischen Subjekt und Außenwelt. Dafür sind sozial- und lebensweltorientierte diagnostische Instrumente eine zentrale Hilfe (Gahleitner et.al 2014). Klassische sozialarbeiterische Instrumente für das Fallverstehen und die Diagnostik sind zu nutzen. Hierzu gehören beispielsweise eine Zeitleiste, das Genogramm, Ressourcen- und Netzwerkkarten. Der diagnostische Prozess ist zu dokumentieren, systematisch auszuwerten und zu reflektieren. Zu Beginn des Kontaktes leitet der „erste Eindruck“ und ein initialer Impuls²⁸ den Blick. Mögliche Einschränkungen bestehen in einer einseitigen, oft nicht bewussten Fokussierung und Steuerung der Wahrnehmung und der Interpretation.

2.4 Anmerkungen zur Unterscheidung von Beratung und Therapie

Kurz soll noch auf die Unterscheidung von Beratung und Therapie eingegangen werden: Die Soziale Arbeit benennt bereits in ihrer Grundlagenliteratur in ihren Diskursen Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen Beratung und Therapie. Seitens der Klinischen Sozialarbeit und in der Sozialtherapie (Pauls und Stockmann 2013, Beushausen 2020) wird bereits seit längerem das Verhältnis zwischen Beratung und Therapie anders als in der Standardliteratur der Sozialen Arbeit (z.B. Nestmann et.al. 2004 und Galuske 2011) beschrieben.

Auch die Ähnlichkeit der jeweiligen Wirkfaktoren der Beratung und der Psychotherapie (siehe z.B. Liechti (2008), Deloie (2011), Pauls (2013), Ochs 2020) weisen ebenfalls auf die schwierige, und oftmals paradoxe Unterscheidung zwischen Beratung und Therapie hin (siehe Beushausen 2014, 2020). Zudem fließen immer dann, wenn Begriffe wie Psychotherapie, Beratung etc. genutzt werden, standespolitische

²⁸ In der Reflexion des initialen Impulses nehmen die Berater*innen wahr, welche szenischen, gefühlsmäßigen, atmosphärischen oder leiblichen Konnotationen entstehen. Ein initialer Impuls kann beispielsweise durch die Art des Händedrucks, des Blickkontakts oder durch den Inhalt des ersten Satzes des Klienten hervorgerufen werden. Manchmal tauchen in der initialen Situation Schlüsselszenen auf, die sich szenisch symbolisieren oder „inszeniert“ werden. Diese Inszenierungen können oft nur atmosphärisch oder in Gegenübertragungsempfindungen erfasst werden. Beispielsweise könnte die „niedergeschlagene“ Haltung des Klienten einen Schutzimpuls hervorrufen. Gleichzeitig könnte diese Körperhaltung auf frühere Lebensereignisse hinweisen.

Interessen ein. Die Bezeichnung, ob es sich um eine Unterstützung, Beratung, Betreuung oder (Psycho-) Therapie handelt, sagt oftmals wenig über die konkrete Tätigkeit aus, sondern ist vielfach eine Unterscheidung des Kontextes, hier insbesondere die der Interessen der beteiligten berufsständischen Professionen.

M.E. sollten gut ausgebildete Sozialarbeiter*innen als spezialisierte Generalisten (Kleve 2007) selbstbewusster auftreten und deutlich machen, welche Kompetenzen sie besitzen, um beispielsweise hard to reach Klientel ganzheitlich umfassend zu beraten und zu behandeln. Mit Wendt (2013) wird der Anspruch für die Klinische Sozialarbeit erhoben, dort, wo es notwendig ist, beraterisch/therapeutisch tätig zu werden. Kontinuierlich sind die eigenen Grenzen zu reflektieren.

3. Hinweise für die Anwendung des PDI

Zunächst werden in diesem Kapitel allgemeine Hinweise zum Einsatz dieser Technik gegeben, anschließend werden für die vier Phasen (Anamnese, subjektive Einschätzung, Kontext und Veränderung) des PDI beispielhafte Thematiken und Fragen benannt.

3.1 Anmerkungen zum Einsatz der Methode

Mit der hier vorgestellten Technik soll neben den in der Sozialen Arbeit genutzten klassischen Techniken (z.B. diagnostische Gespräche, Unterlagenanalyse, schriftliche Befragungen) eine ergänzende Technik beschrieben werden²⁹.

Ziele der hier vorgestellten Technik, die in verschiedenen Arbeitsfeldern der Sozialen Arbeit eingesetzt werden kann, ist es, diagnostisch ein Phänomen zu verstehen, Hypothesen der Entstehung dessen zu entwickeln und Ideen für eine Verminderung oder Auflösung des Phänomens abzuleiten. Durch Zuhören, Nachfragen und Anregungen können die Muster und Bewältigungsstrategien der individuellen Problementstehung und der Lebensbewältigung gemeinsam rekonstruiert und Veränderungen „angestoßen“ werden.

Hingewiesen werden soll zunächst ausdrücklich darauf, dass bei der Präsentation von Phänomenen, seien es beispielsweise Ängste in bestimmten Situationen, Spannungskopfschmerzen, Unruhe oder Substanzgebrauch, selbstverständlich immer bedacht werden muss, ob organische Befunde einen Einfluss haben bzw. ob diese ausreichend abgeklärt sind und ob Mediziner*innen einbezogen werden sollten. Die Einbeziehung weiterer Expert*innen bezieht sich nicht nur auf die Überprüfung, inwieweit medizinische (z.B. bei Schwindelgefühlen), psychiatrische (z.B. Stimmen hören), psychologische/psychotherapeutische Expert*innen einbezogen werden sollten, sondern auch auf andere Fachkräfte z.B. der Gemeinwesenarbeit, der Arbeitsvermittlung, des ASD oder des Rechtssystems.

²⁹ Auch bei dieser Technik stellt sich die Frage nach der Wirksamkeit, diese wäre in weiteren Forschungen zu überprüfen.

Diese Technik kann in verschiedenen psychosozialen Kontexten genutzt werden, in denen Beratung ein Teil des beruflichen Methodenkanons ist. Daher soll im Weiteren kurz auf einige Aspekte der Beratung eingegangen werden.

Grundsätzlich vollzieht sich Beratung immer in Beziehungen zu anderen Menschen, Soziale Arbeit ist somit eine Beziehungsprofession (Gahleitner 2017). Das zentrale Charakteristikum in der Beratung ist die Gestaltung von Kontakt, dabei ist der jeweilige unterschiedliche Lebenskontext immer mit zu berücksichtigen. Perspektivisch gilt es den Kontakt zu entwickeln, den Dialog zu gestalten um ein grundlegendes Vertrauens- und Sicherheitsgefühl zu entwickeln.

Immer sind ethische Fragen von Bedeutung, diese sind geprägt von persönlichen Haltungen. Daher ist reflektieren, mit welchem Menschenbild die Klient*innen betrachtet und bewertet werden und welche Interessen³⁰ möglicherweise die Unterscheidungen und Interventionen der Berater*innen leiten. (Wo bin ich empfänglich, wo halte ich Distanz? Wo bin ich wertend und moralisch?) Der individuelle Blick ist zudem beeinträchtigt durch die Aufmerksamkeit auf einen Teil des Ganzen. (Was fällt mir auf, was nehme ich nicht wahr oder blende ich aus?)

In der Beratung stellt das Bemühen um eine verständigungsorientierte Kommunikation hohe Ansprüche. Selbstreflexivität beinhaltet, anzuerkennen, dass es immer andere Perspektiven geben kann, die eventuell nützlicher oder passender sein können. Zudem bewegt sich Soziale Arbeit, so Effinger (2021), immer im Ungewissen³¹.

Einige weitere Hinweise zum Einsatz des PDI sollen noch benannt werden:

- Die hier vorgestellte Technik kann im Laufe einer längeren Beratung eingesetzt oder bereits in ersten Gesprächen genutzt werden.
- Generell sollten die Gespräche in einer wertschätzenden Begegnung erfolgen.
- Zu Beginn sind der Anlass des Zusammentreffens, der zeitliche und inhaltliche Gesprächsraum zu erörtern.
- Zu beachten ist, dass die Klient*innen oft Wünsche, Bedürfnisse, Vorurteile, positive oder negative Erfahrungen aus früheren Beratungen in das Gespräch einbringen. Falls negative frühere (oder besonders positive) Beratung- oder Therapieerfahrungen vorliegen, sollte dieses thematisiert werden³².
- Eine geringe Eigenmotivation ist zu eruieren, denn diese prägt die Veränderungsbereitschaft.
- Zu Beginn sollte die Klient*innen immer Gelegenheit haben, Informationen über das Angebot und evtl. die Aufgaben der Institution zu erhalten.
- Zu beachten ist: Klient*innen benötigen einen sicheren Schutzraum und die Garantie von Vertraulichkeit.
- Vor dem Einsatz dieser Methode sollte überlegt werden, welche Bedeutung dieses Gespräch hat, wieviel Zeit zur Verfügung steht, welche Tiefungsebene angemessen ist, was ein zufriedenstellendes Ergebnis für die Klient*in (und die

³⁰ Somit wird nach Habermas (1983) ein herrschaftsfreier Diskurs zum ethischen Prinzip.

³¹ In Bezug auf Effinger (2021) stellt sich die Frage nach der Vermeidung von Eindeutigkeitsfallen, der Verfügbarkeit und Bedeutung fallbezogener Informationen, sowie dem Transfer von abstraktem, wissenschaftlichem Wissen in professionelles Handeln. Die Ungewissheitsbewältigung im Kontext einer professionellen Selbstkompetenz wird so zu einer Schlüsselkompetenz.

³² Auch die Berater*innen sollten vor dem Gespräch eine Reflexion der eigenen inneren Befindlichkeit, Befürchtungen und möglicherweise auch Interessen vornehmen.

Berater*in) sein könnte und woran erkannt werden kann, ob das Gespräch nützlich/wirksam ist.

Für den Einsatz der Technik ist eine differenzierte Ziel- und Auftragsklärung notwendig. Die Auftragsklärung (siehe z.B. Beushausen 2020) dient der Klärung der oft vielfältigen und widersprüchlichen Erwartungen und Anliegen an die Beratung und den Helfer*innen. Die direkten, expliziten oder indirekten Erwartungen an die Beratung seitens der Klient*innen und der anderen anwesenden oder nichtanwesenden Beteiligten (Angehörige, Ärzt*innen, Bewährungshelfer*innen, Richter*innen, Jugendämter, Jobcenter, Betreuer*innen u. a.) sollten thematisiert werden, denn oftmals bestehen unterschiedliche Erwartungen, die einzubeziehen sind³³. Zur Auftragsklärung können die folgenden Fragen hilfreich sein:

- Wer hatte die Idee zu dieser Beratung? Wer hat Ihnen empfohlen, diese Beratung aufzusuchen? Warum denken Sie, hat diese Person, Institution Sie zu uns geschickt?
- Gab es einen aktuellen Anlass zum Aufsuchen unserer Institution? Was ist das Besondere an der aktuellen Situation, dass Sie uns gerade jetzt aufsuchen?
- Was genau erwarten Sie von mir? Was genau wird gewünscht?
- Was ist das Ziel? Was kann ich tun, damit Sie dieses Ziel erreichen?
- Womit würde ich Sie enttäuschen? Wie viel wird gewünscht? (wöchentlicher oder monatlicher Kontakt) Wann wird es gewünscht? (nach dem stationären Aufenthalt, auch in den Schulferien ...) Wozu wird es gewünscht (Vermeiden eines stationären Aufenthalts, Frühverrentung)?

Die Klärung dieser Fragen kann Hinweise bezüglich der Ziele und der Funktion der Beratung geben. Die Anteile der jeweiligen oftmals ambivalenten Eigen- und Fremdmotivation können deutlich werden. Der Einsatz von Skalierungsfragen kann nützlich sein um einzuschätzen, wie groß z.B. die Motivation und die Veränderungsbereitschaft ist.

Die Auswahl des zu analysierenden Phänomens sollte gemeinsam mit den Klient*innen erfolgen, sie kann jedoch auch durch einen Dritten vorgegeben werden³⁴. Der Unterstützungsauftrag sollte explizit vereinbart werden.

3.2 Die Phasen in der Anwendung des PDI

Die Durchführung der PDI kann in vier Phasen³⁵ erfolgen:

A. Anamnese

Zu Beginn sollten von den Berater*innen zunächst allgemeine anamnestiche Angaben zum **Auftreten des Phänomens auf einer beschreibenden Ebene** gestellt werden. Eigen- und Fremddressourcen sind zu erheben. Zur Analyse der Phänomene können kreative Medien genutzt werden. Anamnestiche Daten sollten möglichst umfangreich erhoben werden, andererseits sollte die Anamnese auch nicht

³³ Für die Soziale Arbeit sind gleichzeitige Hilfs- und Kontrollaufträge (doppeltes Mandat) typisch.

³⁴ Hier ist als Beispiel die Analyse und Bewertung eines vermutlichen Suchtgeschehens zu nennen.

³⁵ In der Praxis verlaufen diese Phasen häufig nicht linear, oftmals wechseln Klient*innen und Berater*in zwischen diesen Phasen hin und her.

überfrachtet sein, indem Daten erhoben werden, die wahrscheinlich mit dem aktuellen Phänomen nicht in Verbindung stehen. (Ein Beispiel wäre hier zu die Erhebung der kindlichen Hobbys oder möglicher Probleme bei der Geburt. Andererseits kann die Erhebung dessen auch für den Fall bedeutsam sein.)

Es geht also um die systematische Sammlung und Verarbeitung verfügbarer Daten und Fakten sowie der eigenen Wahrnehmungen (Ader und Schrapper 2020). Hinzu kommen evtl. die Abfrage von Einschätzungen Dritter.

Zur detaillierteren Gestaltung der Anamnese können die Klient*innen gebeten werden, sich auf das Gespräch vorzubereiten, indem z. B. Tagebuchaufzeichnungen, Fotos, Berichte über das Auftreten des Phänomens einbezogen werden.

Nachstehend werden mögliche Fragen aufgelistet:

- Wie regelmäßig tritt es³⁶ auf? Häufigkeiten? Wie kann das Phänomen in Zahlen gemessen werden? In welchen Abständen? Wie äußert es sich?
 - Wann tritt es auf, in welchen Intervallen, wie lange? Wie intensiv ist das Phänomen? Wann ist es weniger intensiv?
 - Was sind typische Situationen?
 - Was ist Ihre schlimmste Befürchtung, wenn es nicht gelingt, das Problem zu lösen?
- Wer hat es zuerst bemerkt?
- Wie ist zurzeit ihre aktuelle Lebenssituation?
- Wo genau (im Körper/Leib) erleben Sie dieses Phänomen? An welchem Ort (z.B. im Bus, Büro) tritt es mehr auf?
- Wann trat es zum ersten Mal auf? Wie war damals ihre allgemeine Situation, als das Phänomen in ihrem Leben auftrat? Hat sich damals etwas in ihrem Leben verändert? Ist z.B. jemand in ihr Leben eingetreten oder haben sie jemanden verloren?
- Wann und in welchen Situationen tritt dieses Phänomen reduzierter oder seltener auf (mehr/weniger/skalieren)?
- Sehen Sie familiäre Zusammenhänge? (Hier ist möglicherweise eine Familienanamnese zu erheben.)
- Sind weitere Phänomene/Probleme vorhanden (Komorbiditäten?) Wenn ja, wie stehen diese zueinander?
- Erfolgte eine weitere, insbesondere medizinische (körperliche, psychologische, psychiatrische, soziale) Abklärung? Ist dies noch notwendig?
- Was haben Sie bisher versucht um dieses Problem zu lösen? Was wurde bisher an Veränderungsmöglichkeiten, Heil- und Unterstützungsmöglichkeiten versucht? Was hat Ihnen bisher geholfen (mehr, weniger, zeitweise)?

³⁶ Gegenüber den Klient*innen ist der jeweils passende/nützliche Begriff, z.B. Problem, Symptom zu nutzen.

B. Subjektive Einschätzung

Den zweiten Schwerpunkt bildet die subjektive Einschätzung durch die Klient*innen. Erörtert werden eigene Erklärungsansätze und die Bewertungen anderer Personen. Die Bedeutung dieser Reaktionen wird ebenso problematisiert wie der Leidensdruck und die Veränderungsmotivation. Erörtert wird die Bedeutung des Phänomens für die Klient*innen, dies schließt die Erkundung eines möglichen „Krankheitsgewinns“ ein. Erste Hypothesen zu den Hintergründen und zur Aufrechterhaltung des Phänomens werden gebildet. Dies kann beispielsweise die Benutzung von Metaphern oder Sprichwörtern sein, Phänomene können auch gemalt oder szenisch dargestellt werden. Assoziationen können erfragt werden. Möglicherweise kann auch eine Fantasiereise genutzt werden (z.B. eine Körperreise zu einem Organ). Durch Identifikation und Verstärkung kann, wenn es angebracht ist, eine emotionale Tiefung erreicht werden. (Z.B. mit der Aufforderung der Berater*innen an die Klient*innen: „Sprechen Sie diesen letzten Satz einmal langsam und deutlich aus.“)

Mögliche Fragen zum Schwerpunkt subjektive Einschätzung des Klienten:

- Wie fühlen Sie sich beim Auftreten des Phänomens?
- Was bedeutet das alles für Sie? Wie haben Sie dies erlebt?
- Sehen Sie Zusammenhänge zwischen dem Auftreten des Phänomens, dessen Geschichte und Ihren Lebensumständen? Woher denken Sie, rührt das Problem?
- Was ist die „Selbstdiagnose?“ Was ist die subjektive Krankheitstheorie? Wie ist ihre Bewertung des Phänomens (Strafe, Schicksal, religiöse oder spirituelle Aspekte sind zu eruieren)?
- Wie definieren Sie das Phänomen? Beschreiben Sie mit Beispielen, was und wie sich das Phänomen zeigt. Wie wird es von Ihnen benannt? Was wäre, wenn es einen andern Namen bekommen würde?
- Was wäre anders in Ihrem Leben, bestünde das Phänomen nicht?
- Will mir das Phänomen „etwas sagen“? Wenn es sprechen könnte, was würde es sagen?
- Wenn ich Ihr Phänomen erleben möchte, wie könnte ich das nachmachen?
- Gibt es einen „Krankheitsgewinn“ (dies ist sehr behutsam zu erfragen, damit diese Frage nicht missverstanden wird, z.B. wenn bei einer Symptomreduzierung eine Hilfe gestrichen wird)? Welchen?
- Wie groß ist Ihr Leidensdruck? (Beurteilung z. B. in Skalen von eins bis zehn)
 - Wie groß ist die Motivation einer Veränderung? (Beurteilung der Motivation, mit Hilfe einer Skala)
 - Wie könnte die Motivation zu einer Veränderung verbessert werden?
 - Welche (eigenen) Ressourcen stehen zur Verfügung? Welche Copingmöglichkeiten sind vorhanden?
 - Eventuell: Was wäre, wenn Sie eine Beziehungspause zum Phänomen einlegen würden? Hatten Sie vielleicht schon einmal „Urlaub“ von diesem Phänomen?

C. Kontext

Anschließend wird das Phänomen in den Kontext verschiedener Umwelten gestellt. Analysiert wird, inwieweit Umwelten zur Aufrechterhaltung und zur Stabilisierung des Phänomens beitragen. Überlegt wird, welche Zuschreibungen der Umwelten für die Klient*innen und zur Linderung des Phänomens nützlich sind und welche Ressourcen von den Umwelten angeboten werden, bzw. bisher nicht genutzt werden. Zum Abschluss dieser Phase nehmen die Berater*innen eine Zusammenfassung vor und kommunizieren diese mit den Klient*innen. Mögliche Fragen:

- Wie wird das Phänomen von anderen Personen bewertet (Fremddiagnosen)?
- Was sagen andere – Angehörige, Fachkräfte, Freund*innen, Bekannte zu dem Problem und möglichen Lösungen? Wie reagieren die Umwelten, insbesondere die Familie auf das Phänomen?
- Wie wird das Auftreten des Phänomens oder des Problems von anderen gedeutet? Welche dieser Zuschreibungen sind für die Klient*innen und zur Linderung des Phänomens nützlich?
- Was bedeuten diese Reaktionen für Sie? Wie würden diese reagieren, wenn es ihnen besser geht? Welche Konsequenzen hat das Auftreten des Phänomen für andere?
- Welche wechselseitige Struktur wird deutlich?
- Gibt es einen „Krankheitsgewinn“ für andere Personen? Welchen?
 - Welche Ressourcen werden aktuell und früher von den Umwelten angeboten, welche wurden bisher nicht genutzt?
 - Welche Bedeutung hätte es, wenn das Phänomen nicht mehr auftreten würde bzw. reduziert wäre (für den Klienten und seine Umwelten)?
 - Welche Bedeutung hätte es, wenn das Phänomen weiterhin vorhanden ist (für die Klient*innen und ihre Umwelten)?
 - Mögliche Risiken und Gefährdungen sollten anschließend gemeinsam eingeschätzt werden.

D. Veränderung

Der Schwerpunkt liegt auf der Bewältigung, Veränderung oder Linderung des Phänomens³⁷. Erste Schritte zur Bewältigung und Verbesserung stehen im Mittelpunkt. Umdeutungen des Phänomens sind möglich und es kann überlegt werden, welche eigenen und fremden Ressourcen genutzt werden sollten. In dieser Phase wird die Veränderung konkret geplant und möglicherweise bereits in der Fantasie oder einem Rollenspiel „erprobt“. Zum Abschluss werden die Veränderungsvorschläge und eventuelle Vereinbarungen zusammengefasst.

Mögliche Fragen zum Schwerpunkt Bewältigung und Veränderung sind³⁸:

³⁷ Mögliche Risiken und Nebenwirkungen der angedachten Maßnahmen für die Klient*innen und ihr soziales Umfeld sollten mitbedacht und eventuell thematisiert werden.

³⁸ Idealerweise erfolgt hier ein Wechsel von der Problemsprache in die Lösungssprache.

- Wie wird das Phänomen jetzt von Ihnen benannt? Was wäre, wenn es einen andern Namen bekommen würde? Wie kann das Auftreten des Phänomens reframt werden? Welchen Sinn könnte es haben? Welche Umdeutung ist aus Ihrer Sicht für eine Linderung des Phänomens hilfreich?
- Wie kann das Auftreten des problematischen Verhaltens verringert werden?
- Welche Ressourcen wollen Sie hierzu nutzen? Welche stehen Ihnen selbst zur Verfügung, welche Fremdressourcen benötigen Sie?
- Wenn ein Phänomen in/an einem Körperteil lokalisiert wird, kann gefragt werden: Was kann dem betroffenen Körperteil guttun?
- Welche Behandlung und Beratungsempfehlungen gibt es seitens der Umwelten? Wer aus ihrem Umfeld kann Sie wie unterstützen?
- Welche Vorschläge könnte Ihnen ein innerer Ratgeber (eventuell kann hier eine bestimmte Person benannt werden, z.B. die Großmutter oder ein früherer hilfreicher Arzt/Ärztin) geben?
- Darf ich Ihnen einen Vorschlag machen, der möglicherweise eine Verbesserung begünstigen würde? Welchem dieser Vorschläge halten Sie für hilfreich?
- Welche Ideen haben Sie noch, wer oder was könnte noch hilfreich sein? Wen könnten Sie um Hilfe bitten?
- Welchen Schritt wollen Sie als nächsten tun, um das Phänomen zu reduzieren oder zu lindern? Was wäre ein erster Schritt?
- Wäre es sinnvoll, sich für diese erreichte Verbesserung zu belohnen? Was wäre eine Belohnung?
- Was sollten Sie beachten, damit die Verbesserung/der Fortschritt erhalten bleibt? Was können Sie tun, wenn es doch wieder etwas schlechter gehen würde?

4. Handreichung

A. Schwerpunkte einer Anamnese:

Genauere Beschreibung des Phänomens (wann, wo, wie, wann nicht...), Zusammenhänge, weitere Phänomene, weitere Abklärung, Fremddiagnosen, bisherige Heil- und Unterstützungsmöglichkeiten)

B. Schwerpunkt einer subjektiven Einschätzung durch den Klienten:

Subjektive Bedeutung, Zusammenhänge mit Lebensumständen, Reaktionen der Umwelten und ihre Bedeutung, Bedeutung des nicht mehr Auftretens des Phänomens, Krankheitsgewinn, Leidensdruck, Motivation einer Veränderung, Ressourcen, Copingmöglichkeiten, Selbstdiagnose, subjektive Krankheitstheorie

C. Schwerpunkt Kontext:

Zuschreibungen und Bewertungen durch andere, Funktionalität, Nutzen und Probleme dieser Zuschreibungen, zu nutzende Ressourcen der Umwelten.

D. Schwerpunkt Bewältigung und Veränderung:

Der Schwerpunkt liegt auf der Bewältigung, Veränderung oder Linderung des Phänomens. Unterstützung und Beratungsempfehlungen anderer, nächste Schritte planen, welche Umdeutung des Phänomens ist hilfreich, Nutzung von Ressourcen? Die Veränderung wird konkret geplant. Abschließend werden die Veränderungsvorschläge und eventuelle Vereinbarungen zusammengefasst.

Literatur

Ader, S. / Schrappner, C. (Hrsg.) (2020): Sozialpädagogische Diagnostik und Fallverstehen in der Jugendhilfe. München.

Beushausen, J. (2013): Gesundheit und Krankheit in psychosozialen Arbeitsfeldern. Göttingen.

Beushausen, J. (2014): Beratung und Therapie – ein paradoxer Unterschied. Reflexionen zur Identität biopsychosozialer Arbeit. Weitramsdorf, Zugriff am 26.06.2023 unter <http://www.zks-verlag.de/beratung-und-therapie/>.

Beushausen, J. (2019): Nocebo-Effekte in der Beratung. TUP, Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit. 2/2019, S. 121 – 125.

Beushausen, J. (2020): Beratung lernen - Grundlagen psychosozialer Beratung und Sozialtherapie für Studium und Praxis. 2. erweiterte Ausgabe. Opladen & Toronto,

Deloie, D.: (2011): Soziale Psychotherapie als Klinische Sozialarbeit. Traditionslinien – Theoretische Grundlagen – Methoden. Gießen.

Edlhaimb, H.-P. / Edlhaimb-Hrubec, Ch. M. (2015): Psychosomatik über die Lebensspanne. Resonanzen. E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung. Heft 3, S. 16 – 33 (Onlineressource). Unter: <http://www.resonanzen-journal.org>, letzter Zugriff: 10.06.2023.

Egger, J. W. (2008): Das biopsychosoziale Krankheitsmodell in der Praxis. Der lange Weg von der Psychosomatik zur aktuellen biopsychosozialen Medizin. Homepage der DGVT – Fortbildung (Onlineressource). Unter: <http://www.dgvt-fortbildung.de/interaktive-fortbildung/archiv-der-fachartikel/archiv/egger-jw-2008-das-biopsychosoziale-krankheitsmodell-in-der-praxis/> [letzter Zugriff: 13.06.2023]

Engel G. L. (1977): The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science, 196: 129 – 136.

Effinger, H. (2021): Soziale Arbeit im Ungewissen. Mit Selbstkompetenz aus Eindeutigkeitsfallen. Weinheim und Basel.

Foerster, Heinz von (1997): Der Anfang von Himmel und Erde hat keinen Namen: Eine Selbsterschaffung in 7 Tagen. Wien.

Gahleitner, S.B / Hintenberger, G. / Kreiner, B. / Jobst A. (2014): Biopsychosoziale Diagnostik: Wie geht denn das konkret? Plädoyer für ein „integratives diagnostisches Verstehen“. Resonanzen, 2 (2). 134 – 152. <file:///C:/Users/juerg/Downloads/336-1277-1-PB.pdf>, Zugriff am 23.07.2023.

Gahleitner, S. B. (2017): Soziale Arbeit als Beziehungsprofession: Bindung, Beziehung und Einbettung professionell ermöglichen. Weinheim und Basel.

Galuske, M. (2011): Methoden der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. 9., ergänzte Auflage, Weinheim und München.

Glaserfeld, Ernst von (1999): Konstruktivismus und Unterricht. In: Zeitschrift für Erziehungswissenschaften 2 (4), S. 499–506

Grönemeyer, A. (2003): Einleitung - Soziologie sozialer Probleme als Mehrebenenanalyse: ein pragmatischer Vorschlag zur Weiterentwicklung konstruktivistischer Analysen. In: Grönemeyer: Soziale Probleme und politische Diskurse - Konstruktionen von Kriminalpolitik in sozialen Kontexten. Bielefeld.

Groten, S. (2018): Abstrakt isoliert ist nicht kapiert – zur Kritik am Konzept der ›psychischen Krankheit‹. In: Kritische Psychologie. <https://www.kritische-psychologie.de/2020/abstrakt-isoliert-ist-nicht-kapiert-zur-kritik-am-konzept-der-psychischen-krankheit>, Zugriff am 12.07 2023.

Habermas, J. (1983): Moralbewusstsein und kommunikatives Handeln. Frankfurt a.M.

Kleve, H. (2007): Ambivalenz, System und Erfolg. Provokationen postmoderner Sozialarbeit. Heidelberg.

Kolk van der, B. (2019): Verkörperter Schrecken. Traumaspuren in Gehirn, Geist und Körper und wie man sie heilen kann. 6. Aufl., Paderborn.

Liechti, J. (2009): Dann komm ich halt, Sag aber nichts. Motivierung Jugendlicher in Therapie und Beratung. Heidelberg.

Galuske, M. (2011): Methoden der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. 9., ergänzte Auflage, Weinheim und München.

Müller, B. (2012): Sozialpädagogisches Können. Ein Lehrbuch zur multiperspektivischen Fallarbeit. 7. vollständig neu überarbeitete Auflage, Freiburg.

Nestmann, F. / Engel, F. / Sickendiek, U. (2013): Das Handbuch der Beratung. 3 Bände, Tübingen.

Ochs, M. (2020): Fließende Übergänge: zu Gemeinsamkeiten und Unterschieden zwischen Beratung, Systemischer Therapie und Psychotherapie - oder wie man sich die Zähne ausbeißen kann und zu guter Letzt beim Zen landet. In: Kuhnert, T / Berg, M. (Hg.): Systemische Therapie jenseits des Heilsauftrags. Systemtherapeutische Perspektiven in der Sozialen Arbeit und verwandten Kontexten. Göttingen, S. 29- 60.

Osten, P. (2011): Integrative Psychotherapeutische Diagnostik. In: Polyloge. Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit. FPI-Publikationen, Hückeswede. Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“ (Onlineresource), www.polyloge.de, letzter Zugriff am 20.08.2023.

Pauls, H.: Klinische Sozialarbeit (2013): Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung. Weinheim und München.

Pauls, P. / Stockmann, P. (2013): Sozialtherapeutische Beratung - eine Begriffsbestimmung. In: Pauls, H., Stockmann, P., Reicherts, M. (Hrsg.): Beratungskompetenzen für die psychosoziale Fallarbeit. Ein sozialtherapeutisches Profil. Freiburg, S. 11 - 20.

Pauls, H. (2014): Biopsychosoziale Perspektiven der Diagnostik in der psychosozialen Beratung. Resonanzen 2, (2). <file:///C:/Users/juerg/Downloads/335-1275-1-PB-1.pdf>, letzter Zugriff am 7.11.2023.

Petzold, H. (1993): Integrative Therapie. Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie. 3. Band. Paderborn.

Perls, F. S. / Hefferline, R. F. / Goodman, P. (1981): Gestalt-Therapie: Wiederbelebung des Selbst. Stuttgart.

Rahm, D. / Otte, H. / Bosse, S. / Ruhe-Hollenbach, H. (1993): Einführung in die Integrative Therapie. Junfermann, Paderborn.

Richter-Mackenstein, J. (2023): Sozialarbeitswissenschaftliche Diagnostik. Basiswissen zur Diagnostik in der Sozialen Arbeit. Göttingen.

Rüegger, C. (2021): Fallkonstitution in Gesprächen Sozialer Arbeit. Prozesse und Praktiken der organisationalen und interaktiven Produktion des Falles. Wiesbaden.

Schachameier, A. / Holtzendorff, R. (2023): Die Systemische Interaktionstherapie aus der Perspektive des Gestaltansatzes. Gemeinsamkeiten und Unterschiede. In: Social.net, Zugriff am 28.05.2023 unter: <https://www.socialnet.de/materialien/29805.php>.

Schetsche, M. (1996): Die Karriere sozialer Probleme. Soziologische Einführung. München, Wien.

Schmitt, M. / Gerstenberg, S. (2014): Psychologische Diagnostik. Weinheim.

Schubert, C. (2015): Psychoneuroimmunologie und Psychotherapie. 2. erweiterte Auflage. Stuttgart.

Simon, F. B. (2014): Einführung in die (System-)Theorie der Beratung. Heidelberg.

Staub-Berlasconi, S. (2007): Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft. Stuttgart.

Spiegel, H. von (2021): Methodisches Handeln in der Sozialen Arbeit: Grundlagen und Arbeitshilfen für die Praxis. 7. durchgesehene Auflage. München.

Uexküll, Thure von (1996): Psychosomatische Medizin. München.

Wendt, T (2013): Psychotherapeutische Interventionsmethoden und Konzepte in der Sozialen Arbeit. Semiprofessioneller Pragmatismus oder multimodale Chance? In: Schriften zur psycho-sozialen Gesundheit der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit, Coburg.

Der Autor

Ausbildungen: Sozialarbeiter grad., Diplompädagoge, Approbation als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (Rückgabe der Approbation Dez. 2019), Dissertation am Fachbereich Sozialwissenschaften der Universität Oldenburg, 2002, Thema: „Die Konstruktion von Gesundheit und Krankheit im sozialen System Familie. Theorie und Empirie.“

Therapieausbildungen: Familientherapie (DGSF), Integrative Gestalttherapie, Psychodrama, Psychotraumatologie und Traumatherapie für Psychotherapeut*innen.

Berufspraxis:

1982 bis 2012 Fachstelle Sucht des Diakonischen Werkes Oldenburg (reduzierte Arbeitszeit),

1988 bis 2001 Mitbegründer und Lehrtherapeut am IGGG (Institut für Gestalt * Gesundheit * Gesellschaft* in Burlage, Ostfriesland),

Supervisor seit 1986, z.B.: Jugendämter, Ambulant Betreutes Wohnen, Arge, Gesundheitsamt, Psychiatrie, Jugendhilfe, Suchtberatung etc.,

Lehraufträge an verschiedenen Hochschulen, Dozent in der Weiterbildung an der Hochschule Emden (bis 2020) und ab 2021 an der Hochschule Hannover (psychosoziale Beratung, Traumaberatung u.a.).

Hochschule Emden vom WS 08/09 bis WS 2020/21 Lehrkraft für besondere Aufgaben mit den Schwerpunkten Beratung, Klinische Soziale Arbeit, Systemische Diagnostik und Interventionen,

ab 10/2021 Studiendekan an der DIPLOMA Hochschule im Masterstudiengang „Psychosoziale Beratung in Sozialer Arbeit“,

Letzte Buchveröffentlichungen:

Traumaberatung in psychosozialen Arbeitsfeldern. (mit Andreas Schäfer), Barbara Budrich / UTB, Opladen & Toronto, 2021.

Beratung lernen - Grundlagen psychosozialer Beratung und Sozialtherapie für Studium und Praxis. Barbara Budrich / UTB, Opladen & Toronto, 2020, 2. erweiterte Ausgabe.

Traumata in familiären Kontexten. Hinweise für die Traumaberatung. Budrich Verlag, Leverkusen, Juni 2023

Fehlerkulturen in der Sozialen Arbeit. Orientierungshilfen auf dem Weg zu einer fehlerreflektierten Professionalität. (Herausg. mit Kirsten Rusert und Martin Stummbaum). Barbara Budrich / UTB, Leverkusen, 2023.

weitere Veröffentlichungen und Informationen siehe: <https://juergenbeushausen.de/tl/>