

# Didaktische Bausteine und Übungen zur Klinischen Sozialarbeit in der Lehre

Hrsg. Helmut Pauls, Johannes Lohner,  
Ralph Viehhauser

## Baustein 11 „Diagnostisches Fallverstehen“ erfahren und anwenden

Silke Gahleitner



[www.zks-verlag.de](http://www.zks-verlag.de)



Silke Gahleitner

Baustein 11

„Diagnostisches Fallverstehen“ erfahren und anwenden (2016)

## 1. Grundlagen, Absichten und Ziele

Ob wir das bewusst vorhaben oder nicht, im professionellen Alltag nehmen wir ständig Einschätzungen über „Gegenstandsbereiche von Personen“ vor. Diagnose, ursprünglich aus dem Griechischen, bedeutet nichts anderes. Wörtlich übersetzen kann man den Begriff mit „Auseinanderkennen“ der Merkmale eines Gegenstandes, einer Person oder eines Systems. Ob KlientInnen „so und so sind“, bei uns „das und das auslösen“ – ständig formulieren wir dabei diagnostische Einschätzungen. Diagnostik in der Sozialen Arbeit ist dabei in besonderer Weise verpflichtet, die Schnittstelle zwischen psychischen, sozialen, physischen und alltags-situativen Dimensionen auszuleuchten. Zu einem selbstverständlichen Umgang mit Multiproblemlagen gehört daher ein interdisziplinäres und mehrdimensionales Vorgehen – auch in der Diagnostik.

Diagnostik als Begriff und im praktischen Vorgehen hatte jedoch über lange Strecken hinweg in der Sozialen Arbeit einen zweifelhaften Ruf. Ursache dafür ist einerseits der Missbrauch medizinisch, sozial und psychiatrisch geprägten Wissens für menschenverachtende, selektive und eugenische Zwecke im Nationalsozialismus (vgl. Geißler-Piltz, 2006). Aber auch ein unklares Verständnis der Funktionen und unterschiedlichen Formen diagnostischen Vorgehens und ihrer Zusammenhänge in der Sozialen Arbeit, also z. T. fehlende Expertise ist zu beobachten. Bedauerlicherweise klafft daher im Diagnostikbereich ein besonders tiefer, als historisch zu begreifender Graben zwischen den verschiedenen Berufsgruppen. Diagnostik in der Sozialen Arbeit hat daher in besonderer Weise die Aufgabe, sich in diesem Gefüge zu positionieren und die verschiedenen Aspekte zu integrieren. Heiner (2013) hat für diese mehrdimensionale Anforderung an psychosoziale Diagnostikprozesse die Begrifflichkeit „Diagnostisches Fallverstehen“ geprägt. Wie also kann – diesem Gedankengang folgend – eine für die Praxis brauchbare sozialarbeiterische diagnostische Abklärung erfolgen? Wie kann sie lebens-, subjekt- und situationsnah bleiben? Und – vor allem – wie kann sie an Studierende vermittelt werden?

Eine praxisnahe, interdisziplinäre Diagnostik sollte auf jeden Fall medizinische, psychologische und sozialpädagogische Wissensbestände nutzen. Im Folgenden soll ein Modell (vgl. Abbildung 1) vorgestellt werden<sup>1</sup>, das sich entlang dieser Logik gut eignet, die diagnostischen Kompetenzen aller in sozialarbeiterischen Kontexten arbeitenden Perspektiven einzubeziehen. Das Modell erlaubt, die verschiedenen Aspekte aus der Biografie und Lebenswelt gemeinsam und sinnverstehend zusammenzutragen und beinhaltet zudem eine Reihe von Erfahrungshorizonten, die sich für die Lehre gut dazu eignen, den Unterricht lebendig und kreativ zu gestalten.

---

<sup>1</sup> Das vorliegende Modell entstand in einem mehrjährigen Prozess in Zusammenarbeit mit einer Reihe verschiedener KollegInnen (vgl. insbes. Gahleitner, Schulze & Pauls, 2009; Gahleitner, 2011; Gahleitner & Pauls, 2013).

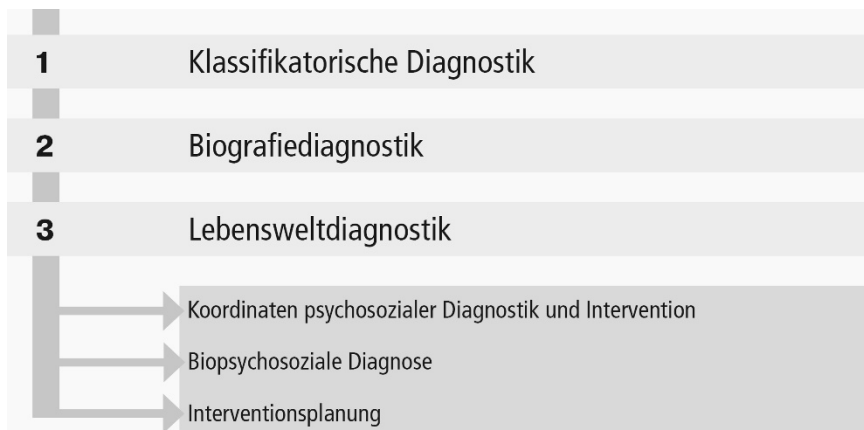


Abbildung 1: Die Schritte einer biopsychosozialen Diagnostik (vgl. Gahleitner & Pauls, 2013, S. 68)

## 2. Durchführung / Instruktion

### Schritt 1: Zuweisen, orientieren, Risiko abklären und dabei zwei Paradigmen erfahren

In Hilfeprozessen sollten sowohl zu Beginn als auch im Verlauf und am Ende von Maßnahmen richtungweisende Aspekte für anstehende Entscheidungsprozesse erfasst werden. Hilfreich zum Verständnis ist hier, zwischen Orientierungsdiagnostik, Risikodiagnostik, Zuweisungsdiagnostik und Gestaltungsdiagnostik zu unterscheiden (Heiner, 2013). Zu Beginn eines Diagnostikprozesses fällt in der Regel die Aufgabe an, sich zu orientieren, eventuelle Risikokonstellationen zu erfassen und erste Zuweisungsvorschläge zu formulieren. Für diese Aufgaben werden klassifikationsorientierte Abklärungsinstrumente benötigt. Häufig ist entlang des medizinisch-psychiatrischen Vorgehens die ICD-10 (International Classification of Diseases, 10. Überarbeitung; DIMDI, 2012) bereits involviert, welche die Grundlage für viele Hilfeentscheidungen darstellt und damit entscheidende Relevanz für die Zuweisungsdiagnostik besitzt, auch wenn sie an vielen Stellen kritisch zu betrachten ist. Gerade aus dieser Kritik heraus ist es jedoch unabdingbar, sich als psychosoziale Fachkraft auch in diesen Systemen zurechtzufinden, um Hilfeprozesse angemessen mitgestalten zu können und partizipative Aspekte für die KlientInnen möglich zu machen.

Entlang dieser Überlegungen lässt sich den Studierenden auch die immer wieder gestellte Frage nach dem Standardisierungsgrad von diagnostischen Instrumenten und Vorgehensweisen zugänglich machen. Heiner (2013) spricht von zwei Dimensionen der Standardisierung, die bei Entscheidungen über eine passende Form der Komplexitätsreduktion von Belang und zugleich in wechselseitiger Abhängigkeit zueinander stehen: „die Reichweite der Klassifikation und die Präzision der Kategorien“ (ebd., S. 25). Klassifikatorische Ansätze versprechen eine möglichst zuverlässige Informationsverarbeitung mittels standardisierter Erhebungs- und Auswertungsinstrumente, die für die Präzision von Kategorien stehen und eindeutige Zuweisungen von

Phänomenen erlauben. Die rekonstruktive Herangehensweise präferiert unstrukturierte und offene, auf das Verstehen ausgelegte Maßnahmen, steht also eher für eine große Reichweite der gewonnenen Informationen. Zentral ist für ihre VertreterInnen z. B. „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. Hinter beiden Ansätzen stehen sowohl erkenntnistheoretisch als auch handlungstheoretisch unterschiedliche Überzeugungen“ (ebd., S. 19; vgl. auch Heiner, 2011). Bedeutsam ist in beiden Fällen, wie gut ausgeprägt und erlernt die Gesprächsführungskompetenz der Fachkraft im Zuge des diagnostischen Fallverstehens ist.

**Übungsmöglichkeit 1 (30 min – je Verfahren 15 min):** In Kleingruppen zu 3-4 Personen suchen sich die Studierenden jeweils eine klassifikatorische Vorgehensweise (ICD, ICF etc.) und eine rekonstruktive (Narratives Interview, Lebenspanorama etc.) und diskutieren die jeweiligen Vor- und Nachteile im Diagnostikprozess. Anhand Tabelle 1 lassen sich die verschiedenen Erfahrungen der Kleingruppen anschließend systematisieren und für den diagnostischen Prozess einordnen.

**Übungsmöglichkeit 2 (60 min – 15 min Erarbeiten, 45 min Auswerten):** In Kleingruppen zu 3-4 Personen werden die wichtigsten Charakteristika der Hauptgruppen der ICD (International Classification of Diseases, 10. Überarbeitung; DIMDI, 2012) erarbeitet, anschließend gemeinsam durchgesprochen und abschließend kritisch beleuchtet. Inzwischen wurden z. B. auch Klassifikationssysteme für den stärkeren Einbezug sozialer Dimensionen entwickelt. Zu nennen sind hier u. a. die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF; WHO, 2001; Schuntermann, 2007) der WHO und das Person-in-Environment-System (PIE; Karls & Wandrei, 1994). Auch hier hilft Tabelle 1, diesen Schritt des diagnostischen Prozesses zu verorten und sinnvoll einzusetzen.

**Tabelle 1: Standardisierungsgrad diagnostischer Verfahren (Heiner, 2013, S. 26)**

Standardisierung Funktion	Reichweite der Aussagen	Präzision der Kategorien
Orientierungsdiagnostik	hoch	gering
Zuweisungsdiagnostik	mittel	mittel
Gestaltungsdiagnostik	hoch + selektiv gering	gering + hoch
Risikodiagnostik	gering	hoch



## Schritt 2: Biografiediagnostik – Rekonstruktion erfahren

Eine im Interventionsprozess brauchbare biopsychosoziale (vgl. den aktuellen Stand dazu bei Gahleitner, Hintenberger & Leitner, 2013) Biografie- und Lebensweltdiagnostik benötigt jedoch eine Reihe weiterer Informationen und Verstehensgrundlagen zur konkreten Gestaltung. Vor allem braucht hilfestellende Diagnostik (Heiner, 2013) lebens-, subjekt- und situationsnahe Vorgehensweisen, die neben klassifikatorischen Diagnostikinstrumenten dialogisch orientiert grundlegende fallverstehende Aspekte der Biografie und Lebenswelt zusammentragen. Traumatische Belastungen z. B. entfalten ihre Wirkung immer im Spannungsfeld von subjektiven und Umfeldfaktoren. Nach einem Trauma werden die objektiven Umfeldfaktoren auf dem eigenen subjektiven Hintergrund erlebt, der durch entwicklungsbedingte Verletzlichkeiten sowie individuelle Vorerfahrungen geprägt ist. Die Bewältigung wiederum wird durch entwicklungsbedingte Prozesse ständig aktualisiert und modifiziert (Gahleitner, 2011).

Biografie und Entwicklung bieten daher einen wichtigen Referenzrahmen für die Diagnostik. Um diese einzufangen, benötigt man biografisch kontextualisierte und subjektorientierte Zugänge. Hier bieten sich fallverstehende Modelle aus der Biografieforschung und angrenzenden Bereichen der Sozialen Arbeit an. Die hierzu entwickelten Erhebungsverfahren sind vielfältig. In der Integrativen Therapie und Beratung wird eher abbildungsorientiert mit dem „Lebenspanorama“ gearbeitet (vgl. u. a. Petzold, Wolf, Landgrebe, Josić & Steffan, 2000). Methoden der Biografiearbeit nutzen offene Anamnese- und Gesprächssituationen (vgl. u. a. Fischer & Goblirsch, 2004), die einen stark narrativen Charakter besitzen. Mit diesen Verfahren lässt sich zudem ein bindungssensibles Instrument verbinden, das sogenannte Adult-Attachment-Interview (abgekürzt: AAI; Main & Goldwyn, 1996; vgl. aktuell Buchheim & Strauss, 2002, S. 29-35).

Viele Kinder und Jugendliche in der stationären Jugendhilfe z. B. wissen häufig nur sehr wenig über ihren bisherigen Lebensweg. Ein schönes Beispiel für eine behutsame Erhebung biografischer Aspekte bieten hier traumapädagogische Ansätze der Biografiearbeit mit Kindern in stationären Einrichtungen entlang von Lebensbüchern (Krautkrämer-Oberhoff, 2009). Sie eröffnen eine Chance, sich „Teile der verlorenen Lebensgeschichte zurückzuerobern“ (S. 115). Das Erzählen hilft nicht nur dem Wiedererinnern, feststeckende vage alte Erfahrungen können sich auch wieder „verflüssigen ... zu fühlbaren und emotionalen Ereignissen“ (ebd.). „Das Lebensbuch bietet in kindgerechter Weise 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“ (ebd., S. 116).

Gerade diese subjektiv-biografischen Selbstdeutungen der KlientInnen bleiben im medizinischen System oftmals unberücksichtigt. Sie können und sollten deshalb von der Sozialen Arbeit in interdisziplinäre Diagnostikprozesse eingebracht werden. Diagnostik ist dabei auch immer

schon Intervention. Biografiearbeit bietet KlientInnen die Chance, die eigenen Erinnerungen zu vervollständigen, die damit verbundenen Gefühle besser kennenzulernen, um sie allmählich als Teil eigener Geschichte zu akzeptieren und im günstigsten Falle zu integrieren. Die subjektiven Bedeutungskonstruktionen und Erfahrungsaufschichtungen werden verfügbar.

**Übungsmöglichkeit 1 (30 min – 15 min Rollenspiel, 15 min Auswertung):** Ein(e) freiwillige(r) StudentIn willigt in ein Rollenspiel ein, in dem er/sie von der Lehrkraft narrativ nach seinem/ihrem heutigen Weg zur Hochschule befragt wird. In der narrativen Gesprächsführung wird angelehnt an die klientenzentrierte Gesprächsführung ein öffnender und Raum gebender Fragestil eingesetzt. Zudem notiert sich die Lehrkraft kurze Sequenzen, in denen der/die Interviewte emotionale Schwingungen entwickelt hat. Entlang dieser emotional angereicherten Punkte (und auch in dieser Reihenfolge) werden – aber erst nach Versiegen des narrativen Erzählflusses – von der Lehrkraft einige Vertiefungsfragen gestaltet, wie z. B. *kannst du mir dazu ein Beispiel erzählen, kannst du mir diese Sequenz nochmals ausführlicher von Anfang bis Ende erzählen*, etc. Nach einer kurzen Reflexion, wie sich das kleine Interview für den/die Studierende(n) angefühlt hat, wird das narrative Vorgehen gemeinsam reflektiert.

**Übungsmöglichkeit 2 (60 min – zwei Mal 15 min Rollenspiel, 15 min Auswertung) für miteinander vertraute Gruppen:** In Zweiergruppen werden anhand einiger ausgewählter Fragen des Adult-Attachment-Interviews – wie z. B. *Könnten Sie mir einen kurzen Überblick über Ihre frühe Familiensituation geben? – Bitte versuchen Sie einmal, die Familien- und Umfeldsituation zu beschreiben, in der Sie sich als kleines Kind befunden haben. – Können Sie mir je 5 Adjektive nennen, die Ihre wichtigsten Beziehungen zu Umfeldpersonen spiegeln? – Können Sie mir je einen typischen Satz nennen, den wichtige Umfeldpersonen zu Ihnen gesagt haben?* – narrative Sequenzen produziert, die anschließend zu zweit reflektiert und dann ausschnittsweise in die Großgruppe getragen werden.

### Schritt 3: Lebensweltdiagnostik – die Säulen der Identität am eigenen Leib anwenden lernen

Lebensweltorientierte Diagnostik erfasst die nicht immer geglückte, aber teilweise trotz allem gelingende „Passung“ zwischen Subjekt und Außenwelt. Dafür sind sozial- und lebensweltorientierte diagnostische Instrumente ein zentrales Element. 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 zusammengedacht werden. Neben standardisierten Persönlichkeits-testverfahren lässt sich das Ausmaß der Beeinträchtigung auf der Ebene der „Person-in-der-Situation“ z. B. sehr umfassend mit den „fünf Säulen der Identität“ aus dem Konzept der Integrativen Therapie und Beratung erheben (vgl. u. a. Petzold et al., 2000). Die fünf Säulen der Identität – Leiblichkeit bzw. Gesundheitszustand, soziales Umfeld, Arbeit/Freizeit/



Leistung, „materielles und kulturelles Kapital“ (Bourdieu, 1992) und Wertvorstellungen – werden entlang der subjektiven situativen Wahrnehmung der KlientInnen bildlich oder sprachlich dargestellt.

Jede der Säulen lässt sich auf Bedarf vertiefen, entweder im weiteren Austausch darüber oder aber durch zusätzliche diagnostische Verfahren. Die Säule der Leiblichkeit kann durch Körperbilder (sogenannte „Bodycharts“; vgl. Petzold et al., 2000) ergänzt werden. Das soziale Umfeld und seine Bedeutung für die Betroffenen können neben dem hinreichend bekannten Genogramm mithilfe des sozialen oder sozio-kontextuellen Atoms (Märtens, 1997) diagnostisch erfasst werden. Damit wird der Personenkreis verbildlicht, mit dem ein Individuum in einer bestimmten Lebensphase in engem emotionalem Austausch steht oder stand. Alle bedeutsamen Personen werden dafür symbolisch auf einem Blatt platziert und in entsprechenden Abständen um den/die KlientIn gruppiert. Um die Art der Beziehung deutlich zu machen, kann zudem jede Person mit einer Farbe versehen werden und zusätzlich mit einem Satz, den sie oder er typischerweise im Verlauf des Lebens an das Opfer gerichtet hat. Das soziale Netzwerkinventar lässt sich zu einer Ecomap (Cournoyer, 1996; vgl. ausführliche Beschreibung des Vorgehens bei Pauls, 2004/2011; vgl. weitere Verfahren der Lebensweltdiagnostik in den Herausgabebänden Pantuček & Röh, 2009, und Heiner, 2004) ausweiten, die in den sozialen Kontext einer Person zusätzlich die beteiligten Institutionen und das Hilfenetzwerk integriert und damit die umgebende soziale Welt repräsentiert. Auch dieses Verfahren lässt sich sehr gut mit dem bereits genannten Adult-Attachment-Interview kombinieren.

**Übungsmöglichkeit 1 (30 min):** In Sechsergruppen stellt ein(e) Studierende(r) jeweils mit den 5 anderen Studierenden seine/ihre 5 Säulen als menschliche Skulptur. Dabei findet er/sie für die innere Wahrnehmung dieses Bereichs eine Körperhaltung und stellt die Person so auf. Ist die Skulptur vollendet und spiegelt die Säulen der Identität des/der betreffenden Studierenden wider, kann sie per Handy fotografiert werden und als Erinnerung an das Verfahren und zur eigenen Umsetzung mit KlientInnengruppen aufbewahrt werden. Anhand dieser Übung bleibt das Verfahren jedoch auch so gut haften, dass auch andere kreative Formen mit KlientInnen durchgeführt werden können, wie Aufzeichnen, szenisch Spielen etc.

**Übungsmöglichkeit 2 (40 min):** Alle Studierenden malen das Soziale Atom eines/einer KlientIn. Ein besonders konflikthafte Familiengeflecht wird durch SeminararteilnehmerInnen aufgestellt und für die zugehörige Betreuungsperson dadurch transparenter gemacht. Durch leichte Bewegungsmöglichkeiten der einzelnen Darstellungspersonen kann versucht werden, den nächsten möglichen Schritt im Interventionsgeschehen zu explorieren.

### Resümee aus allen vorhergehenden Schritten: Fundierte Hilfeplanung kennenlernen

Als besonders hilfreich erweisen sich diese Diagnostikmethoden, wenn sie prozessual immer wieder eingesetzt werden. Zumeist erschließt sich dann nach mehrmaliger Anwendung eine sehr

ressourcenorientierte Perspektive. Diagnostik ist auf diese Weise auch immer zugleich schon Intervention, da Diagnostik dem Selbstverstehen und der Bindungs- und Beziehungsgestaltung dient. Bei all seiner Komplexität muss das Verfahren jedoch auf eine Strukturierung der gesammelten Informationen hinauslaufen, welches die Dimensionen „Individuum – soziale Umwelt“ sowie die Dimensionen „Defizite – Ressourcen“ möglichst umfassend, aber auch prägnant ausweist. Eine besonders hilfreiche strukturierende Form der Darstellung vorhandener Ressourcen sowie Defizite sind die von Pauls (2004/2011) vorgeschlagenen „Koordinaten psycho-sozialer Diagnostik und Intervention“ (vgl. Abbildung 2). Das Verfahren forciert eine systematische Problem- und Ressourcenanalyse, die auf unterschiedliche, in den vorherigen Abschnitten dargestellte diagnostische Informationen aus allen drei erfolgten Schritten zurückgreift. Dadurch wird sie zu mehr als 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.

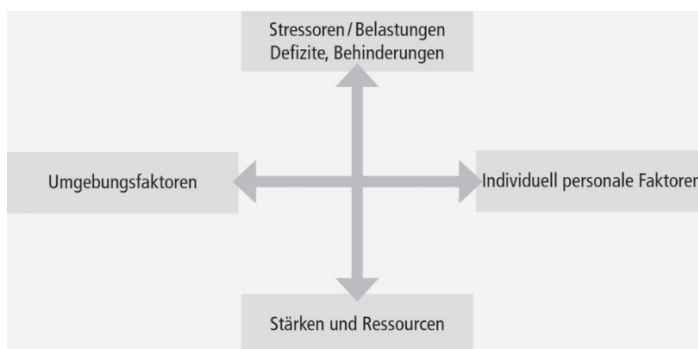


Abbildung 2: Die Koordinaten psychosozialer Diagnostik und Intervention (vgl. Gahleitner & Pauls. 2013, S. 70)

Aus diesem Diagramm lässt sich mühelos die Interventionsplanung für Hilfeforenzen ableiten. Aus den einzelnen Punkten kann eine Reihe von Interventionsimpulsen erarbeitet werden, die jeweils Ressourcen stärken und Defizite abbauen helfen. Aus diesen – zunächst ungeordneten – Interventionsimpulsen können in einer Fallbesprechung die Impulse nach Prioritäten sortiert und in den Hilfeplan transformiert werden.

**Übungsmöglichkeit (60 min):** In der Großgruppe wird das gesamte Verfahren entlang eines Falls durchdekliniert, und anschließend werden alle wichtigen aus der Diagnostik gewonnenen Punkte in das Koordinatensystem überführt. Aus dem Koordinatensystem wird anschließend gemeinsam der Hilfeplan entwickelt. Ist das Verfahren einmal gemeinsam vollzogen worden, können anschließend weitere Fallbeispiele an verschiedene Kleingruppen gegeben werden oder aber ein Fallbeispiel in Kleingruppen aufgeteilt werden (jede Kleingruppe erhält dann einen Schritt, und das Ganze wird in der Großgruppe ins Koordinatensystem übertragen). Anhand dieses gemeinsamen Vorgehens lernen die Studierenden, eine sorgfältige systematische Diagnostik durchzuführen und anzuwenden.

### 3. Erfahrungen und weiterführende Hinweise

Das Vorgehen erweist sich als optimale Unterstützung für die Hilfeplanung und erlaubt einen flexiblen Umgang mit verschiedensten diagnostischen Instrumenten. Im günstigen Fall kann diese selbstbewusste biopsychosoziale und transdisziplinäre Kompetenz – als Kennzeichen einer „originären sozialarbeiterischen Berufsidentität“ (Mühlum & Gahleitner, 2008, S. 49) – Sozialarbeitenden in der Diagnostik eine bessere Zuwendung zu originär sozialdiagnostischen Aufgabenstellungen ermöglichen. Betrachtet man die Anforderungen im Überblick, erscheint das Verfahren zunächst recht aufwendig. Der Gesamtdurchlauf lässt sich jedoch sehr kreativ abwandeln und den jeweiligen Umständen entsprechend gestalten. Auf der anderen Seite können weitere Messinstrumente zu den verschiedensten Fragestellungen wie Dissoziationsneigung, Suizid- und Krisengefährdung etc. ergänzt werden. Sie lassen sich mühelos in den ersten Schritt integrieren. Viel bedeutsamer jedoch ist die Tatsache, dass zahlreiche Einrichtungen längst mit vielen dieser Methoden ihren Betreuungsalltag gestalten, jedoch seltener diese Investition in der Hilfeplanung gezielt und strukturiert „verwerten“.

Insofern ist das Verfahren ein Plädoyer für ein „Zuschneiden“ des allgemein gehaltenen Systems auf die jeweiligen Einrichtungsbedarfe und damit auch ein Plädoyer für die eigenständige, aber dennoch theoriegeleitete Entwicklung eines den Kostenträgern gegenüber gut zu argumentierenden Instruments. Vor dem Hintergrund des vorhandenen Rahmens lassen sich an jeder Stelle Abkürzungen oder kurze Nachvollzüge in Gedanken für die jeweils konkrete, im Moment erforderliche diagnostische Situation einbauen und anfügen. Statt einer häufig in der Praxis rein „intuitiven“ oder routiniert formale Kategorien abfragenden Diagnosestellung kann im optimalen Fall auf diese Weise eine systematische subjekt- und kontextberücksichtigende „psychosoziale Diagnose“ und Interventionsplanung gewonnen werden.

In den letzten beiden Jahrzehnten hat sich die Soziale Arbeit dieser Aufgabe, das Zusammenspiel zwischen personalen, interpersonalen, institutionellen und kulturellen Dimensionen im sozialberuflichen Handlungsfeld in Diagnostik wie Intervention auszuleuchten und zusammenzudenken, auch tatsächlich gestellt. In zahlreichen Foren wurden sozialdiagnostische Verfahren zur Diskussion gestellt und die Ergebnisse über Veröffentlichungen zugänglich gemacht (siehe oben; vgl. u. a. Harnach, 2007; Heiner, 2004, 2010; Gahleitner, 2005, 2011; Krumenacker, 2004; Mollenhauer & Uhlendorf, 1992; Müller, 2004; Pantuček & Röh, 2009; Pauls, 2004/2011; Pauls, Stockmann & Reicherts, 2013; Schrappner, 2004; vgl. zur Übersicht über die Entwicklungen u. a. Mühlum, 2010; Gahleitner, Hahn & Glemser, 2013). Inzwischen existiert also zahlreiche Literatur zum Thema, und auch zum vorgestellten integrativen Modell finden sich Beispiele, die sich ebenfalls didaktisch einsetzen lassen (vgl. vor allem Gahleitner, 2011; Gahleitner, Hahn & Glemser, 2013). Diese Materialien eignen sich auch gut zu einer fundierten Nacharbeit der soeben vorgestellten Einheiten, die sich didaktisch sinnvoll vor allem in einem Blockwochenende vereinen lassen.

## Literatur

Bourdieu, P. (1992). *Schriften zu Politik & Kultur. Bd. 1: Die verborgenen Mechanismen der Macht*. Hamburg: VSA.

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.

Cournoyer, B. (1996). *The social work skills workbook* (2., erw. Aufl.). Pacific Grove: Brooks/Cole Publishing.

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (2012). *ICF: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. ICD-10-GM Version 2012. Systematisches Verzeichnis*. Neu-Isenburg: MMI.

Fischer, W. & Goblirsch, M. (2004). Fallrekonstruktion und Intervention in der Sozialen Arbeit - narrativ-biographische Diagnostik im professionellen Handeln. *Psychosozial*, 27(2), 71-90.

Gahleitner, S. B. (2005). *Neue Bindungen wagen. Beziehungsorientierte Therapie bei sexueller Traumatisierung* (Reihe: Personzentrierte Beratung & Therapie, Bd. 2). München: Reinhardt.

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, Bd. 5). Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Gahleitner, S. B., Hintenberger, G. & Leitner, A. (2013). Biopsychosozial - zur Aktualität des interdisziplinären Modells in Psychotherapie, Beratung und Supervision. *Resonanzen*, 1(1), 1-14. Online verfügbar: <http://www.resonanzen-journal.org/article/view/188/245> [02.09.2015].

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, Bd. 5; S. 61-77). Bonn: Psychiatrie-Verlag.

- Geißler-Piltz, B. (2006). Historische Verortung: Von der Sozialen Diagnose zum Clinical Social Work. *Klinische Sozialarbeit*, 2(Sonderausgabe), 7-11. Online verfügbar: [http://www.eccsw.eu/download/klinsa\\_special\\_2006.pdf](http://www.eccsw.eu/download/klinsa_special_2006.pdf) [12.01.2016].
- Harnach, V. (2007). *Psychosoziale Diagnostik in der Jugendhilfe. Grundlagen und Methoden für Hilfeplan, Bericht und Stellungnahme* (Reihe: Soziale Dienste und Verwaltung; 5., überarb. Aufl.). Weinheim: Juventa.
- Heiner, M. (Hrsg.) (2004). *Diagnostik und Diagnosen in der Sozialen Arbeit* (Reihe: Hand- und Arbeitsbücher, Bd. 11 ). Berlin: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge Berlin.
- Heiner, M. (2010). Diagnostik in der Sozialen Arbeit. In H.-U. Otto & H. Thiersch (Hrsg.), *Handbuch Sozialarbeit/Sozialpädagogik* (4., vollst. überarb. Aufl.; S. 237-250). München: Reinhardt.
- 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, Bd. 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, Bd. 5; S. 18-34). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Karls, J. N. & Wandrei, K. E. (Hrsg.) (1994). *Person-In-Environment System. The PIE classification system for social functioning problems*. Washington, DC: NASW.
- 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.
- Krumenacker, F.-J. (Hrsg.) (2004). *Sozialpädagogische Diagnosen in der Praxis. Erfahrungen und Perspektiven* (Reihe: Juventa-Materialien). Weinheim: Juventa.
- Main, M. B. & Goldwyn, R. (1996). *Adult attachment scoring and classification systems*. Unpublished manuscript. 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. Bd. 1: Über Jugendliche in schwierigen Lebenslagen* (Reihe: Juventa Materialien). Weinheim: Juventa.

Mühlum, A. (Hrsg.) (2010). Diagnose und Diagnostik der Sozialen Arbeit [Themenheft]. *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit*, 41(4).

Mühlum, A. & Gahleitner, S. B. (2008). Klinische Sozialarbeit als Fachsozialarbeit – Professionstheoretische Annäherung und professionspolitische Folgerungen. In S. B. Gahleitner & G. Hahn (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit. Zielgruppen und Arbeitsfelder* (Reihe: Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung, Bd. 1; S. 44-59). Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Müller, B. (2004). Sozialpädagogische Diagnosen und der „Allgemeine Soziale Dienst“ (ASD). In F.-J. Krumenacker (Hrsg.), *Sozialpädagogische Diagnosen in der Praxis. Erfahrungen und Perspektiven* (S. 63-76). Weinheim: Juventa.

Pantuček, P. & Röh, D. (Hrsg.) (2009). *Perspektiven Sozialer Diagnostik: über den Stand der Entwicklung von Verfahren und Standards* (Reihe: Soziale Arbeit, Bd. 5). Wien: Lit.

Pauls, H. (2011). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung* (Reihe: Grundlagentexte Soziale Berufe; 2., überarb. Aufl.). Weinheim: Juventa (Erstauflage erschienen 2004; 3., unveränd. Aufl. erschienen 2013).

Pauls, H., Stockmann, P. & Reicherts, M. (Hrsg.) (2013). *Beratungskompetenzen für die psychosoziale Fallarbeit. Ein sozialtherapeutisches Profil*. Freiburg: Lambertus.

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. v. d. 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, Bd. 62; S. 445-549). Paderborn: Junfermann.

Schrapper, C. (Hrsg.) (2004). *Sozialpädagogische Diagnostik und Fallverstehen in der Jugendhilfe. Anforderungen, Konzepte, Perspektiven* (Reihe: Koblenzer Schriften zur Pädagogik). Weinheim: Juventa.

Schuntermann, M. F. (2007). *Einführung in die ICF: Grundkurs - Übungen - offene Fragen* (2., überarb. Aufl.). Landsberg: Ecomed.

World Health Organization (WHO) (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)* (Reihe: World Health Assembly, Bd. 54). Genf: WHO.



## Autorenangabe

Silke Birgitta Gahleitner, Univ.-Prof. Dr. phil., Studium der Sozialwissenschaften, Promotion in Klinischer Psychologie, langjährig als Sozialarbeiterin und Psychotherapeutin in der Praxis tätig. Seit 2006 lehrt sie als Professorin für Klinische Psychologie und Sozialarbeit an der Alice-Salomon-University of Applied Sciences in Berlin, 2012 bis 2015 verbrachte sie bei einem Forschungsaufenthalt am Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit an der Donau-Universität Krems.

E-Mail: [sb@gahleitner.net](mailto:sb@gahleitner.net)