Psycho-soziale Diagnostik im Suchtbereich

Autor(en): **Gahleitner, Silke Brigitta**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **SuchtMagazin**

Band (Jahr): **34 (2008)**

Heft 4

PDF erstellt am: **29.04.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-800669

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.
Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.
Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

http://www.e-periodica.ch

Psycho-soziale Diagnostik im Suchtbereich

Eine im Suchtbereich brauchbare gendersensible psycho-soziale Diagnostik sollte lebens-, subjekt- und situationsnah konzipiert sein. Im vorgeschlagenen mehrdimensionalen Modell wird die klassifikatorische Diagnostik mit grundlegenden Aspekten der Biografie und Lebenswelt kombiniert.

SILKE BIRGITTA GAHLEITNER*

Einleitung
Gender und Sucht: Viele Schnittstellen und wenig Integration

Wir verfügen inzwischen über gute Kenntnisse, wie Menschen von Sucht genesen können. In der Regel bezieht sich dieses Wissen jedoch auf Männer, die in vielen Untersuchungen zum Suchtverhalten überwiegen.[1,2] Dies ist umso bedauerlicher, als es viele Hinweise darauf gibt, dass das Phänomen Sucht stark geschlechtsspezifisch ausdifferenziert ist.[3] Für Frauen ist Sucht von den Ursachen her betrachtet selten ein eindimensionales Thema. Gemeinsame Faktoren, die viele Frauen zusätzlich zu ihrer Abhängigkeit teilen, sind ein Mangel an gesunden Beziehungen und insbesondere erlebte Traumata z.B. durch Erduldung und Beobachtung von Gewalt sowie durch Ausgrenzungsphänomene u.a. aufgrund des Geschlechts, der Herkunft oder der sexuellen Orientierung.

Männer geraten durch die Sucht häufig in eine Gewaltorientierung. Dabei spielen eigene Gewalterfahrungen häufig, aber keineswegs immer, eine Rolle. Eigene Gewalterfahrung ist also weder eine notwendige noch eine hinreichende Bedingung für Täterschaft.[4] Auch Gewaltausübung kann sich hoch traumatisch auswirken, erfordert dann aber andere Konzepte von Prävention und Intervention.[5] Die Verbindung von Sucht und zwischenmenschlicher Gewalt ist vielschichtig. Gewalt ist dabei nicht nur als individuelles Schicksal, sondern als eine komplexe, stark mit Machtverhältnissen verknüpfte, gesellschaftliche Produktion zu begreifen, an der wir alle tagtäglich teilhaben und beteiligt sind.[6] Geschlechtsspezifische Betrachtungen ermöglichen hier wichtige Einsichten.

Sucht, Geschlecht und Trauma greifen ineinander

Ein anschauliches Beispiel für die Komplexität der Trias Sucht, Geschlecht und Trauma ist das Ergebnis einer Untersuchung zur geschlechtsspezifischen Bewältigung sexueller Gewalterfahrung.[7] Traumaerfahrung, insbesondere sexuelle Gewalterfahrung in der Kindheit, und Suchtphänomene im Erwachsenenalter weisen nach umfassenden Studien hohe Zusammenhänge auf.[8] Ausgangspunkt des Forschungsprojektes mit 25 lebensgeschichtlichen Interviews bildete die Frage: Wie ist es Opfern sexueller Gewalt möglich, mit ihren Erfahrungen zu leben und diese möglichst konstruktiv zu bewältigen – und welche Rolle spielt dabei das Geschlecht? Suchtverhalten prägte auch in dieser Untersuchung die Mehrzahl der erarbeiteten Biografien.

In den biografischen Erzählungen der interviewten Männer und Frauen gibt es zahlreiche Gemeinsamkeiten. Geschlechtsspezifische Unterschiede erschliessen sich erst bei genauerer Betrachtung. Gerade Initialeffekte und Auswirkungen – u.a. in verstärktem Masse Suchtphänomene – verlaufen nach den Ergebnissen der Studie für beide Geschlechter ähnlich. Allerdings scheint hier bereits eine Tendenz zur Internalisierung bei Mädchen und zur Externalisierung bei Jungen auf, die sich während der Adoleszenz verstärkt. Auch die posttraumatische Belastung im Erwachsenenalter bei Männern und Frauen ist zunächst vergleichbar, obwohl Frauen mehr von psychosomatischen Erscheinungen, Tablettenkonsum und autoaggressiven Verhaltensweisen und Männer mehr von aggressivem Verhalten, Delinquenz sowie «hartem» Drogenkonsum berichten. Fast alle Frauen der vorliegenden Untersuchung gerieten erneut in Opferrollen (Reviktimisierung), die meisten Männer dagegen weisen eigene Täteranteile in unterschiedlichen Ausprägungen auf.

Diese geschlechtsspezifischen Unterschiede in den Folgeerscheinungen wirken auf die Bewältigungsstrategien (Copingstrategien) zurück. Die aus der Internalisierung und dem damit einhergehenden Leidensdruck bei Frauen entstehende Chance, das Trauma biografisch «sinnstiftend» zu verarbeiten, endet häufig in einer «Opferkarriere». Ohne auch aggressive Gefühle zuzulassen und Verantwortung zu übernehmen – nicht für das Geschehene, aber für ihr weiteres Leben –, scheint Frauen eine ähnliche Stagnation zu drohen wie Männern, die in der Aggression, «harten Drogen» und/oder Kriminalität verhaftet bleiben. In der Untersuchung wird auch deutlich, wie stark

* Silke Birgitta Gahleitner, Prof. Dr., Studium der Sozialen Arbeit, Promotion in Klinischer Psychologie, Professorin für Klinische Psychologie und Sozialarbeit an der Alice Salomon Hochschule Berlin, Alice-Salomon-Platz 5, D-12627 Berlin, Tel. +49 (0)30/99245-506, http://www.gahleitner.net, E-Mail: sb@gahleitner.net

Verhaltens- und Wahrnehmungsunterschiede zwischen Männern und Frauen auf geschlechtsspezifische Attributionen zurückführbar sind, die wiederum auf gesellschaftlichen Zuschreibungen basieren. Diese Zuschreibungen setzen der Auswahl von Bewältigungsstrategien Grenzen. In der Folge geraten beide Geschlechter gleichermassen – und häufig auch langfristig – auf die «VerliererInnenseite».

Geschlechtsrollen im Diagnostik- und Behandlungsprozess

Sich daraus zu befreien, erfordert nach den Ergebnissen der Studie eine Überschreitung dieser geschlechtsspezifischen Einengungen. Eine bewusste Auseinandersetzung mit der Sucht *und* dem Trauma kann nur bei einer erfolgreichen Diagnostik und Bearbeitung *sowohl* der emotionalen *als auch* der kognitiven Komponenten der Lebensproblematiken erfolgen. Da jedoch beide Komponenten i.d.R. einer starken geschlechtsspezifischen Prägung unterliegen, wird hier eine Geschlechtsrollenüberschreitung erforderlich, die sich als ein wesentliches Moment im Aufarbeitungs- und damit auch Diagnostik- und Behandlungsprozess erweisen kann.
Die Geschlechtsrollenüberschreitung unterliegt vor der individuellen Wunschgestaltung jedoch vor allem Macht- und Ressourcenfragen. Was an «Entgrenzung» tatsächlich möglich ist, hängt ab von den jeweiligen Möglichkeiten. Dieser Prozess kann potenziell statt zu Emanzipation auch zu Leiden und Resignation führen. Aus der alltäglichen Praxis stellt sich daher die Frage, inwieweit wir – und auch entlang des *Prozesses* von Drogenkarrieren – geschlechtsspezifische Phänomene überhaupt richtig orten können mithilfe einer Diagnostik, die die subjektiven Zuschreibungen der Männer und Frauen zu erfassen vermag. Und ob sich dann Chancen daraus entwickeln lassen, «dass wir die Geschlechter, die wir geworden sind, nicht … sein müssen.»[9]
Es geht also um «vorsichtige experimentelle Transgression, nicht das Einreissen fragiler Identitäten.»[10] Allgemeine Programme im Bereich der Trauma- und Suchttherapie lassen jedoch diesen Zusammenhang oft vermissen, sind entweder von völlig verschiedenen, singulär konzipierten Perspektiven gestaltet, oder aber sie stammen aus einer eklektischen Vielfalt von Quellen, die in ihren theoretischen Grundlagen nicht vereinbar sind, obwohl es inzwischen Untersuchungen und Literatur zu diesem Bereich in den USA wie auch in Deutschland gibt.[11] Der erste Schritt dazu ist eine dafür geeignete Diagnostik, die konsequent an den AdressatInnen orientiert ist. Eine solche Diagnostik ist Inhalt der folgenden Ausführungen.

«Psycho-sozial»: Warum?

Diagnose, ursprünglich aus dem Griechischen, bedeutet «Auseinanderkennen» der Merkmale eines Gegenstan-

des, einer Person oder eines Systems. Soziale Diagnostik ist dabei in besonderer Weise verpflichtet, die Schnittstelle zwischen psychischen, sozialen, medizinischen und alltagssituativen Dimensionen auszuleuchten. Das Erkenntnis- und Interventionskonzept Klinischer Sozialarbeit versteht daher Gesundheit, Krankheit und Beeinträchtigung wesentlich biografisch und in soziokulturellen Milieus verankert. Bedingungen des Entstehens und Verlaufs von Beeinträchtigungen sind der Ausgangspunkt für Überlegungen zur Entwicklung dialogischer Hilfeformen sowie von geeigneten Setting-Projekten zum Abbau sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit.[12]

Klinische Sozialarbeit versteht sich als beratende und behandelnde Sozialarbeit, bemüht sich um konstruktive Veränderungsimpulse für den Einzelnen im Kontext seiner Umfeld- und Lebensbedingungen und widmet sich dabei insbesondere der Unterstützung schwer erreichbarer KlientenInnen in Multiproblemsituationen.

Suchtarbeit gehört zu den originären Aufgabenstellungen Sozialer Arbeit, die eine Spezialisierung auf «hard-to-reach»-Klientel voraussetzt und neben medizinischer und psychologischer Versorgung insbesondere einen Fokus auf Inklusionsprozesse erfordert. Der Bericht der WHO[13] zur psychischen Gesundheit enthält zahlreiche Forschungsergebnisse bzgl. dieser Verschränkung biologischer, psychischer und sozialer Prozesse und Strukturen in ihrer Bedeutung für Gesundheit und Wohlbefinden.[14,15]

Klinische Sozialarbeit setzt an dieser sozialen Perspektive an, also daran, das Unterstützungspotenzial durch Kompensation defizitärer sozialstruktureller Situationsfaktoren im Alltag zu mobilisieren. Dies kann jedoch ohne eine hinreichende Betrachtung der individuellen Faktoren ebenso wenig zielführend sein wie durch eine zu enge Fokussierung auf psychophysische Aspekte.[16] Um der (un-)sozialen Chancenstruktur und den bis in das Selbsterleben und in die Verarbeitungs- und Bewältigungsstrategien vorgedrungenen psycho-sozialen Beeinträchtigungen angemessen begegnen – und damit auf Inklusionsprozesse hinwirken – zu können, bedarf es nach dem Konzept der Klinischen Sozialarbeit einer *«psycho-sozialen Diagnostik und Behandlung»*.[17]

Im Folgenden wird ein Modell vorgestellt, welches die Möglichkeit bietet, ExpertInnenwissen und AdressatInnenorientierung im Sinne einer integrativen Diagnosehaltung zu verknüpfen und eine gewisse Struktur im Vorgehen anbietet, ohne Flexibilität auszuschliessen.[18]

Psycho-sozialer Diagnoseprozess

1. Schritt: Kategoriale Diagnostik (ICD, ICF, PIE)
2. Schritt: Biografische Diagnostik (rekonstruktiv)
3. Schritt: Sozial- und Lebenswelt-Diagnostik

→ **«Psycho-soziale Diagnose»**
(Koortinaten psycho-sozialer Diagnostik und Intervention; Pauls, 2004)

Abb. 1: Diagnoseprozess (Pauls 2004)

Psycho-soziale Diagnostik: Ein Modell

Zur Beantwortung der Grundfrage: «Was ist der Fall?»[19] werden relevante Merkmale zu Beginn, im Verlauf und am Ende einer Massnahme erfasst. Die interventionsbezogene Diagnostik fragt weiter: «Was ist zu tun?».[20] Eine im Interventionsprozess brauchbare psycho-soziale Diagnostik ist eine lebens-, subjekt- und situationsnahe Diagnostik, die die klassifikatorische Diagnostik und grundlegende Aspekte der Biografie und Lebenswelt zusammenträgt. Es empfiehlt sich daher eine Systematik im Vorgehen, die einen gezielten Blick auf alle diese Phänomene wirft (siehe Abb. 1).

Erster Schritt: Klassifikatorische Diagnostik

Die Klassifikatorische Diagnostik gibt Einteilungen vor, um Symptome jeweils einer oder mehreren Diagnosen zuordnen zu können und damit eine Suchrichtung für wichtige störungsspezifische Behandlungsentscheidungen und Vorgehensweisen. Für eine klinisch orientierte Soziale Arbeit sind Klassifikationssysteme, insbesondere die *International Classification of Diseases (ICD-10)* der WHO[21] daher unausweichlich, da sie als Grundlage für die meisten Behandlungen und Hilfen Voraussetzung ist. Entweder die Klientel kommt bereits mit einer Diagnose oder im Hilfeprozess wird eine Abklärung nötig. Es ist daher unabdingbar, sich in den Systemen zurechtzufinden. Für den Suchtbereich betrifft dies insbesondere den Formenkreis F1 (Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen) sowie häufige Komorbiditäten aus den anderen Formenkreisen wie beispielsweise F4 (u.a. Traumata) und F6 (Persönlichkeitsstörungen).[22] Hier beginnen jedoch bereits die Schwierigkeiten mit dem in internationalen Konsensgemeinschaften erarbeiteten und folglich relativ starren System. In der Entstehung der Subsumtionslogiken und -praktiken spielen Normalitätskonstruktionen, Ethnozentrismen, Macht- und Lobbyinteressen eine grosse Rolle[23] – ein Umstand, der in Bezug auf Gender- und Inklusionsfragen berechtigterweise Kritik hervorruft.

Inzwischen wurden daher Klassifikationssysteme für den stärkeren Einbezug sozialer Dimensionen entwickelt. Diese werden jedoch in aller Regel in den behandelnden Einrichtungen noch nicht verwendet. Zu nennen ist hier u. a. die *International Classification of Functioning, Disability and Health ICF* der WHO,[24] die eine länder- und fachübergreifende einheitliche Sprache zur Beschreibung des funktionalen Ge-

sundheitszustandes, der Behinderung, der sozialen Beeinträchtigung und der relevanten Umgebungsfaktoren einer Person entwickelt hat. Auch zu nennen ist an dieser Stelle das *Person-in-Environment-System PIE*,[25] ein bio-psycho-soziales Assessmentsystem für die Einzelfallarbeit und -analyse, das erstmals ein Modell für die spezifische Klassifikation in der Sozialarbeit bzw. umfeldorientierten Arbeit formuliert.
Viele Fragen bleiben damit jedoch unbeantwortet. Betrachtet man die sehr verschiedenen Ätiologien von Sucht bei Männern und Frauen,[26] wird deutlich, dass stark operationalisierte, klassifikatorische Systeme alleine nur einen, wenn auch bedeutsamen Ausschnitt der Gesamtproblematik auszuleuchten imstande sind. Im Folgenden wird es daher um eine Integration unterschiedlicher Wissensformen gehen, um eine stärkere Anschlussfähigkeit an die Komplexität der Phänomene Sucht und Substanz-Missbrauch herzustellen.

Zweiter Schritt: Subjekt- und Biografieorientierung

Auf Basis der eben angestellten Überlegungen wird deutlich, dass Klassifikationsschemata zwar unumgänglich sind, in der alltäglichen Handlungspraxis jedoch gewisse Gefahren beinhalten. Von zentraler Bedeutung ist daher «die Kompetenz, eine «diagnostische Situation» in Form einer gelingenden Verständigung so zu gestalten, dass lebensweltliche Selbstdeutungen der AdressatInnen systematisch berücksichtigt werden».[27] So wird auch eine Sensibilität gegenüber der alltäglichen Konstruktion Gender möglich. Gerade im Bereich der Suchtbehandlung, in der jede neue Entwicklungsstufe SuchtklientInnen vor völlig neue Anforderungen stellt, deren Wahrnehmung und Bewältigung durch die Geschichte der vorangegangenen Erfahrungen – wie durch ein Prisma «aktiv wirkender Biografie»[28] – geprägt sind, ist dieses Vorgehen auch für eine *biografische Kontextualisierung* notwendig.[29]
Die Relevanz von Selbstdeutungen und des biografischen Kontextes bleibt jedoch im Gesundheitswesen oftmals unberücksichtigt. Dies ist problematisch, da Interventionsansätze an den Selbstdeutungen der Klientel anknüpfen müssen, um wirksam zu sein. Hier bietet sich «der verstehende Zugang aus der rekonstruktiven Biografieforschung und der daraus entstandenen narrativen Handlungspraxis an.»[30]
Aus der Praxis der biographischen Diagnostik gibt es inzwischen vielfältige Verfahren: In der Integrativen Therapie und Beratung wird mit dem «Lebenspanorama»[31] gearbeitet. Angelehnt an qualitative Forschungsmethoden sind Methoden der narrativen Gesprächsführung und Intervention.[32] Besonderer Wert wird in diesen Verfahren auf sozialpathologische Risikofaktoren gelegt, die innerhalb psychologischer und psychiatrischer Diagnostik häufig vollständig ausgeblendet werden: ökonomische Ausgrenzung/Armut (Deprivation), Ausgrenzung aufgrund des Alters (Agismus), Rassismus, Sexismus sowie die Soziogenese von Störungen und Erkrankungen. Die differenzierte Erarbeitung dieser in der Suchtbehandlung so zentralen Diskriminierungen lässt sich mithilfe der aufgeführten Methoden kreativ und in Berücksichtigung ihrer Komplexität erheben und veranschaulichen. Und gerade Prozesse der Inklusion und Exklusion spielen für die Fähigkeit zur Motivation, Zielorientierung und Kontinuität in der Suchthilfe eine zentrale Rolle.

Dritter Schritt: Sozial- und lebensweltorientierte Diagnostik

Die «Person-in-der-Situation» ist in der Sozialen Arbeit eine Person in psycho-sozialer Not.[33] Die Kunst der

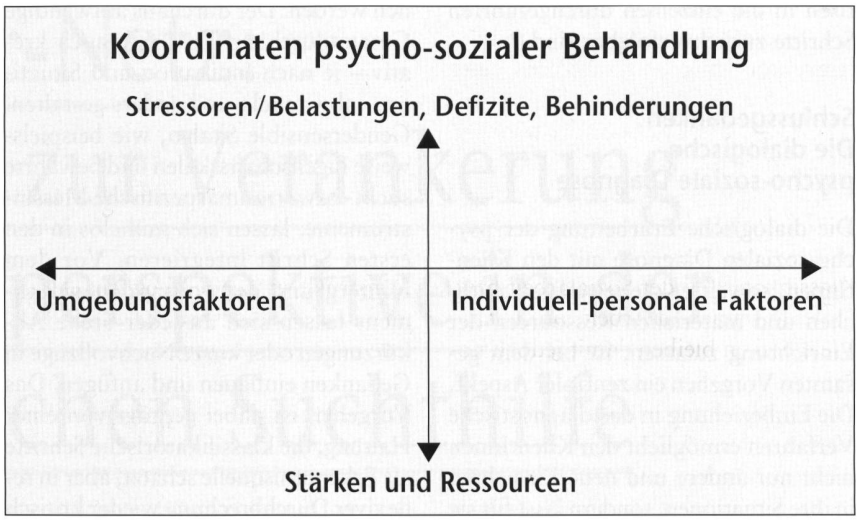

Abb. 2: Koordinaten psycho-sozialer Diagnostik und Intervention (Pauls 2004)

psycho-sozialen Fallarbeit bedeutet, im Rahmen kommunikativer (intersubjektiver) Prozesse das Verhältnis – die «Passung» – zwischen Subjekt und «objektiver» Aussenwelt zu erfassen und zu verbessern. Dafür ist die sozial- und *lebensweltorientierte Diagnostik* ein zentrales Element. Sie findet in allen Phasen des Arbeitsprozesses statt, unstrukturiert oder in der nachfolgend vorgeschlagenen Strukturform. Sowohl zu Beginn als auch im Verlauf der jeweiligen Massnahme wird damit untersucht, «was der Fall ist», aber auch, wie sich «der Fall» im Prozess entwickelt, was verändert oder ergänzt werden muss.[34]

Diagnostisch lässt sich das Ausmass der Beeinträchtigung auf der Ebene der «Person-in-der-Situation» mit den «fünf Säulen der Identität» aus dem Konzept der Integrativen Therapie und Beratung erheben.[35] Die fünf Säulen der Identität: Leiblichkeit bzw. Gesundheitszustand, soziales Umfeld, Arbeit/Freizeit/Leistung, «materielles und kulturelles Kapital»[36] und Wertvorstellungen werden entlang den inneren Repräsentanzen durch die KlientInnen bildlich oder durch Sprache dargestellt.[37] Hier fliessen auch die subjektiven Konstruktionen zum eigenen Geschlecht und seinen Ausprägungen im Lebensverlauf ein.[38]

Jede der Säulen lässt sich bei Bedarf vertiefen. Die Säule der Leiblichkeit kann durch Körperbilder (sog. «Bodycharts»[39]) vertieft werden. Das soziale Umfeld und seine Bedeutung für die Betroffenen lässt sich neben dem hinreichend bekannten Genogramm mithilfe des sozialen oder sozio-kontextuellen Atoms[40] diagnostisch erfassen. Damit verbildlicht man den Personenkreis, mit dem ein Individuum in einer bestimmten Lebensphase in engem emotionalen Austausch steht oder stand. Das soziale Netzwerkinventar lässt sich zu einer Ecomap[41] ausweiten, die in den sozialen Kontext einer Person zusätzlich die beteiligten Institutionen und das Hilfenetzwerk integriert und damit die umgebende soziale Welt repräsentiert.

Als besonders hilfreich erweist sich die Methode, wenn man eine vergangene Lage wählt und diese mit der aktuellen Situation der KlientInnen vergleicht. Zumeist erschliesst sich dadurch eine ressourcenorientierte Perspektive, die man mit der Klientel besprechen kann und die das Potential hat, den Behandlungsverlauf positiv zu beeinflussen.[42] Gerade im Suchtbereich ist Verlaufs- und Vergleichsdiagnostik ein unverzichtbarer Motivationsfaktor in der Behandlung. Hier wird erneut deutlich: Diagnostik ist an jeder Stelle des Vorgehens nicht nur Voraussetzung für Intervention, sondern immer zugleich bereits im selben Moment vollzogene Intervention.

Vierter und letzter Schritt: Komplexitätsreduktion

Nach Pantucek[43] sollte soziale Diagnostik (a) Komplexität abbilden und Strukturierung ermöglichen, (b) (Nicht-)Intervention fachlich begründen, (c) an Fragen der Inklusion orientiert sein, (d) Selbstaneignungsprozesse fördern und (e) den Dialog unterstützen. In ihrer Summe muss Diagnostik daher auf eine Strukturierung der komplexen Informationen hinauslaufen, die die Dimensionen «Individuum – soziale Umwelt» sowie die Dimensionen «Defizite – Ressourcen» möglichst umfassend, aber auch prägnant ausweist. So ermöglicht sie die Klärung der Frage, welche Hilfebereiche in der Dimension «Klient – primäres soziales System» bearbeitet werden sollten, mit welchen Ressourcen der beiden Dimensionen gearbeitet werden kann und welche Defizite auf die Notwendigkeit von spezifischer Unterstützung verweisen. Die Erkenntnisse aus diesem diagnostischen Prozess sind Grundlage und Ausgangspunkt für eine dialogische strukturierte Fallerkundung und ein Fallverstehen sowie eine gemeinsame Interventionsplanung. Denn für die Klinische Sozialarbeit besteht «gemäß ihrem klinischen Grundverständnis die moralische Verpflichtung, die Betroffenen maximal als Interaktionspartner an den Interventionen zu beteiligen, in ihrer Autonomie zu fördern und sie nicht zu instrumentalisieren».[44]

Bei den von Pauls[45] entwickelten *Koordinaten psycho-sozialer Diagnostik und Intervention* handelt es sich um eine Mehrebenen-Diagnostik, um eine Problem- und Ressourcenanalyse, die auf unterschiedliche, in den vorherigen Abschnitten dargestellte diagnostische Daten zurückgreift (siehe Abb. 2). Dadurch wird sie zu *mehr als einem weiteren Instrument*, nämlich zum *strukturierenden und ordnenden Orientierungsmodell* für die Interventionsplanung. Die zentralen Aspekte der im soeben dargestellten Prozessverlauf gewonnenen komplexen Informationen lassen sich mithilfe der Koordinaten nun gezielt auswählen, sozusagen als *«diagnostisches Substrat»* aus den bisher gewonnenen Informationen. Dieses «diagnostische Substrat» wird entlang den jeweiligen Dimensionen übersichtlich dargestellt und erlaubt eine fundierte *«Psycho-soziale Diagnose»*, in der alle vorherigen Informationen in Kurzfassung enthalten und systema-

tisch in die einzelnen durchgeführten Schritte zurückverfolgbar sind.[46]

Schlussgedanken: Die dialogische psycho-soziale Diagnose

Die dialogische Erarbeitung der psycho-sozialen Diagnose mit den KlientInnen, soweit es die jeweiligen zeitlichen und materiellen Ressourcen der Einrichtung zulassen, ist bei dem gesamten Vorgehen ein zentraler Aspekt. Die Einbeziehung in das diagnostische Verfahren ermöglicht den KlientInnen nicht nur andere und neue Einsichten in ihre Situationen, sondern lässt für sie auch deutlich werden, dass sie nicht nur Defizite oder Probleme haben, sondern auch Ressourcen und Hilfen, auf die sie zurückgreifen können. Dieses Vorgehen ist jedoch auch für den Einbezug der Kategorie Gender in der eingangs hergeleiteten prozessorientierten und biografiekontextualisierten Weise unverzichtbar. An dieser Stelle schliesst sich daher der Kreis des vorliegenden Artikels. Aus einer häufig in der Praxis «intuitiv» und/oder durch routinisierte formale Kategorisierungen vorschnell ermittelten Diagnosestellung[47] kann im optimalen Fall auf diese Weise eine systematische subjekt- und kontextberücksichtigende «Psycho-soziale Diagnose» gewonnen werden, die durch den triangulativen Charakter «strukturierte intuitive Prozesse» zulässt und nutzt. Die Vorgehensweise der Klinischen Sozialarbeit ist diesem dialogischen Vorgehen grundsätzlich verpflichtet, sodass Transparenz, Kontrollierbarkeit, Mitsprache und Evaluation möglich werden. Der durchaus aufwendige Gesamtdurchlauf lässt sich auch kreativ – je nach Indikation und Situation – abwandeln und anders gestalten. Gendersensible Skalen, wie beispielsweise Eigenschaftsskalen und bewährte sucht- bzw. traumaspezifische Messinstrumente, lassen sich mühelos in den ersten Schritt integrieren. Vor dem Hintergrund des vorhandenen Rahmens lassen sich an jeder Stelle Abkürzungen oder kurze Nachvollzüge in Gedanken einbauen und anfügen. Das Vorgehen ist dabei geprägt von einer Haltung, die klassifikatorische Schritte als Erkenntnisquelle schätzt, aber in reflexiver Durchbrechung wieder kritisch reflektiert.[48] Gildemeister[49] bezeichnet die Soziale Arbeit daher zu Recht als einen Beruf, in dem SozialarbeiterInnen stets vermittelt durch die eigene Person handeln – in der Interaktionen zwischen Professionellen und KlientInnen – auf der Suche nach einem für alle Beteiligten «aufrechteren Gang».[50] ■

Endnoten

1 Das Literaturverzeichnis dieses Artikels wird aufgrund der Grösse nicht abgedruckt. Es ist online unter www.suchtmagazin.ch/gahleitner_literatur_04_2008.pdf zugänglich.
2 DHS (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.) 2004.
3 Vgl. aktuell den Sammelband von Gahleitner/Gunderson 2008; weitere Referenzen s.u.
4 Hosser/Bosold 2005; Rossilhol 2000: 133ff.
5 Vgl. u.a. Teunissen/Engels 2006; weitere Referenzen s.u.
6 Vgl. dazu u.a. den aktuellen Sammelband Gahleitner/Lenz 2007.
7 Vgl. dazu ausführlich Gahleitner 2005a.
8 Felitti 2003; vgl. auch den Literaturüberblick von Kuhn 2004; aktuell Kunzke 2006; spez. zu sexueller Gewalt Schäfer et al. 2000.
9 Butler 1991: 61.
10 Bilden 2001: 145.
11 Vgl. den Aufruf der Drogenbeauftragten der Bundesregierung 2003; vgl. auch Covington/Surrey 1997; vgl. Sammelband Jacob/Stöven 2006 sowie Schäfer/Krauzs 2006; Zeitschriftenausgabe von Reddemann 2005; Schwerpunktthema der Zeitschrift Suchttherapie, September 2004; Vogt 2004, 2007; Zenker 2006.
12 Geißler-Piltz et al. 2005; Pauls/Mühlum 2005; Pauls 2004.
13 WHO 2001a.
14 Homfeldt/Sting 2006; Zurhorst 2000.
15 So ist auch die Mortalität der unteren Statusgruppen in der Einkommensverteilung in Deutschland besonders hoch, im Vergleich der Industrieländer mit schlechter versorgten Ländern ist der Zusammenhang noch höher, Mielck 2005.
16 Pauls 2004.
17 Gahleitner 2006.
18 Vgl. ausführlich Gahleitner et al., im Druck..
19 Pauls 2004: 205.
20 Pauls, im Druck.
21 WHO 2008.
22 Vgl. den Sammelband Krausz/Müller 1994; auch Kleinemeier 2004; Moggi/Donati 2004.
23 Vgl. u.a. Schulze 2008.
24 WHO 2001b; vgl. auch Schuntermann 2007.
25 Karls/Wandrei 1994.
26 U.a. Hartling 2008.
27 Schulze 2006: 10.
28 Röper/Noam 1999: 241.
29 Hanses 2000, 2002.
30 Schulze 2006: 11; vgl. weiterführend Loch/Schulze, 2002.
31 Vgl. u.a. Gahleitner 2005b; Petzold et. al. 2000.
32 Vgl. u.a. Loch/Schulze 2002; Rosenthal 2002.
33 Rauchfleisch 2001, 2004.
34 Pauls 2004.
35 Vgl. u.a. Petzold et al. 2000.
36 Bourdieu 1992.
37 Vgl. dazu ausführlich Gahleitner 2005b.
38 Vgl. u.a. Bilden 1998; Connell 1999.
39 Vgl. Petzold et al. 2000.
40 Gahleitner 2005b; Märtens 1997.
41 Cournoyer 1996; vgl ausführliche Beschreibung des Vorgehens bei Pauls 2004.
42 Gahleitner 2005a.
43 Pantucek 2005.
44 Pauls 2004: 51.
45 Pauls 2004.
46 Vgl. ausführlich an einem Fallbeispiel Gahleitner et al., im Druck.
47 White 2007.
48 Staub-Bernasconi 2003.
49 Gildemeister 1992.
50 Keupp 2000.

Inserat

infoset direct
Information und Kommunikation im Drogen- und Suchtbereich

Weitere aktuelle Infos aus dem Suchtbereich unter http://www.infoset.ch.

Beachten Sie auch die aktuelle Seite des Monats zum Thema «Gender Mainstreaming».