

Hard to reach Klienten (Sozial-)Therapie 2. Klasse

Jürgen Beushausen

Jürgen Beushausen

Hard to reach Klienten

(Sozial-)Therapie 2. Klasse

Impressum

CIP-Titelaufnahme der Deutschen Bibliothek
Jürgen Beushausen
Hard to reach Klienten
(Sozial-)Therapie 2. Klasse

Diese Arbeit erscheint im Rahmen der Reihe:
"Schriften zur psycho-sozialen Gesundheit"

Coburg: ZKS-Verlag
Alle Rechte vorbehalten
© 2014 ZKS-Verlag
Cover-Design: Leon Reicherts
ISBN 978-3-934247-08-6

Der ZKS-Verlag ist eine Einrichtung der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (ZKS)
UG (haftungsbeschränkt), HRB Nummer 5154
Geschäftsführer: Prof. Dr. Helmut Pauls und Dr. Gernot Hahn.

Anschrift:

Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit
Mönchswiesenweg 12 A
96479 Weitramsdorf-Weidach

Kontakt:

info@zks-verlag.de
www.zks-verlag.de
Tel./Fax (09561) 33197

Gesellschafter der ZKS:

- IPSEG-Institut für Psycho-Soziale Gesundheit (gGmbH) – Wissenschaftliche Einrichtung nach dem Bayerischen Hochschulgesetz an der Hochschule Coburg, Staatlich anerkannter freier Träger der Jugendhilfe, Mitglied im PARITÄTISCHEN Wohlfahrtsverband. Amtsgericht Coburg. HRB 2927.
Geschäftsführer: Dipl.-Soz.päd.(FH) Stephanus Gabbert
- Dr. Gernot Hahn
- Prof. Dr. Helmut Pauls

**Hard to reach Klienten –
(Sozial-)Therapie 2. Klasse**

Jürgen Beushausen

Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	6
Hard to reach Klienten haben einen erschwerten Zugang zur Psychotherapie	9
Die systemtheoretische Perspektive.....	12
Ist Soziale Arbeit anspruchsvoller als Psychotherapie?.....	18
Die Wirkfaktoren	23
Konzepte der Sozialen Arbeit	30
Schlussfolgerungen für die Soziale Arbeit.....	33
Literatur.....	39

Einleitung

Soziale Arbeit und insbesondere die Klinische Sozialarbeit sehen ihre Zuständigkeit in der Arbeit mit sozial beeinträchtigten und psychisch kranken Menschen¹. Diese Menschen, die gegenüber sozialen Diensten oftmals misstrauisch sind, gelten aus der Perspektive der psychosozialen Dienste in vielen Fällen als „schwer erreichbar“ - hard to reach². Die Sozialarbeit muss sich hier mit komplexen psychosozialen Problemen professionell auseinandersetzen. Sie beschäftigt sich beispielsweise mit den Folgen sexueller und physischer Gewalt gegen Kinder und Frauen, Folgen von Flucht und Migration, chronisch somatischen und psychischen Leiden von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, Alkoholismus und Drogenmissbrauch, verschiedenen Formen sozialer Abweichung, psychiatrischen Alterserkrankungen sowie den Folgen, die diese Störungen und Krankheiten für die Familien und ihre Angehörigen haben. Diese Klienten, die einer multiperspektivischen Betrachtung und entsprechender umfassender Interventionen bedürfen, erreichen oft nur sehr erschwert Zugang zur klassischen Psychotherapie. Stattdessen erhalten sie verschiedenste Hilfen durch psychosoziale Fachkräfte. Es zeigt sich, dass der Unterstützungsbedarf dieses Klientels durch das ärztliche Hilfesystem und durch Psychotherapeuten alleine nicht gedeckt wird. Es hat sich ein „grauer Bereich“ gebildet, in dem vielfach andere Professionen, hier insbesondere Sozialarbeiter, diesen Bedarf abdecken und auch therapeutische Aufgaben übernehmen, wenn diese oftmals auch anders bezeichnet werden.

Die Bezeichnungen dieser Interventionen reichen von Betreuung, Unterstützung, Soziotherapie, Sozialtherapie, Beratung, Psycho-soziale Behandlung bis zur Therapie. Daher stellt sich die Frage, wie sich diese Kommunikationsformen im Kontext unterschiedlicher Funktionssysteme unterscheiden lassen, d.h., welcher Akteur welche Unterscheidungen auf dem Hintergrund der jeweiligen Interessen trifft. Die von mir gewählte Überschrift bezieht sich somit auf zwei Aspekte. Sie kennzeichnet zum einen die Situation, dass das Klientel der Sozialen Arbeit einen erschwerten Zugang zu einer „Therapie erster Klasse“³, einer Psychotherapie, erhält und

¹ Soziale Arbeit betreut somit die schwierigste Klientel.

² Auch dies ist eine Konstruktion aus der Perspektive eines Beobachters, hier des Betrachters. Auch aus Sicht der Klienten ist es manchmal schwer Unterstützung zu erhalten.

³ Dieser Hinweis ist allerdings nicht neu. Bereits im Jahr 2000 bezeichnete Schwendter (in Gahlleitner u.a. 2013) die Sozialtherapie als eine therapeutische Unterstützung zweiter Klasse

zum zweiten, dass in diesem Kontext seit vielen Jahren Professionen wie die Sozialarbeit für dieses Klientel Beraterisch und (sozial-) therapeutisch tätig sind, diese Tätigkeit jedoch anders benennen.

Dieses Problem ist nicht neu, Geißler-Piltz stellte bereits 2004(a) die Frage, ob sich die Sozialarbeit von den langen „Magddiensten für die Medizin“ und einigen heftigen, jedoch nicht glücklich verlaufenden Affären mit unterschiedlichen Psychotherapiemethoden, in denen sie bis zur Selbstaufgabe um Anerkennung rang, nicht endlich verabschieden möchte. Eine Erklärung für diese Situation findet Geißler-Piltz (2004 a) in der Historie. Die Therapiebewegung in den psychosozialen Arbeitsfeldern in den siebziger und achtziger Jahre übernahm, so die Autorin, unkritisch immer neue, psychotherapeutische Methoden als Reaktion auf das handlungsmethodische Vakuum, welches die Methodenkritik hinterlassen hatte. Dies hinterließ in der Sozialen Arbeit nachhaltige Spuren einer Verunsicherung des methodischen Selbstbewusstseins, denn viele SozialarbeiterInnen fühlten sich offenbar angesichts der Not und Hilflosigkeit der komplexen Probleme ihrer KlientInnen alleingelassen. Geißler-Piltz (2004b, S. 5) führt aus:

„Die unverändert anhaltende Attraktivität vor allem psychotherapeutischer Weiterbildungsangebote verdeutlicht den berechtigten Anspruch auf Qualifikationen, um im Wettbewerb standhalten zu können und den steigenden beruflichen Anforderungen an psychosozialen Dienstleistungen gewachsen zu sein. Damit verbunden ist oft auch die Hoffnung, in eine bessere Position aufzusteigen und eine Identität als Familientherapeut, Gestalttherapeut oder Suchtberater zu gewinnen. Viele der Weiterbildungsangebote, auch die von hoher Qualität, erfüllen allerdings nicht die an sie gestellten Erwartungen. Sie beruhen meist auf geliehenen Handlungskonzepten und disziplinfremden Verstehensmodellen und sind deshalb für die Bewältigung von Alltagsrealität Sozialer Arbeit wenig verlässlich“.

In diesem Beitrag⁴ möchte ich mich in einer Reihe von Aspekten mit diesem umfangreichen Thema beschäftigen⁵. Einführend wird auf die Frage eingegangen, wer eigentlich Psychotherapie erhält, um als nächstes die Frage

4 Hierzu werde ich jeweils eine Fragestellung und eine These benennen.

5Dieser Artikel kann Ansprüche an eine grundlegende wissenschaftliche Auseinandersetzung hier angesprochener Aspekte (Wirkfaktoren, Identität und Professionalität der Sozialarbeit, Psychotherapieverständnis, Transversalität) nicht leisten. Im Mittelpunkt des Artikels steht das Anliegen, kontroverse Diskussionen über diese Thesen und die Identität Sozialer Arbeit anzuregen, denn gleichberechtigte Zusammenarbeit setzt, so Geißler-Piltz u.a. (2005, 13) „ein Bewusstsein des eigenen Wissens und Könnens, eine professionelle Identität und die Anerkennung dieser Qualitäten durch das Gegenüber voraus.“

zu erörtern, wie aus einer systemtheoretischen Perspektive die unterschiedliche Bewertung des sozialarbeiterischen und therapeutischen Handelns anhand von Beispielen erklärt werden kann. Im Folgenden wende ich mich mit Bezug auf Thesen von Herwig-Lempp und Kühling und eigenen Thesen der Frage zu, ob die Soziale Arbeit anspruchsvoller als die Psychotherapie ist und welche besonderen Qualifikationen die Soziale Arbeit in die Betreuung von hard to reach Klientel einbringt. Im Anschluss wird gefragt: Was sind die Wirkfaktoren psychosozialer Tätigkeiten? Im Weiteren wird erörtert auf welche Konzepte die Soziale Arbeit zurückgreifen kann, um Ihre Stärken deutlich zu machen. Abschließend ist darzulegen, was dies für die Soziale Arbeit und ihre Identitätsfindung bedeutet.

Das Anliegen dieses Beitrages ist, die Bedeutung Sozialer Arbeit hervorzuheben und die Diskussion über Ihre Identität in Abgrenzung zu anderen Professionen erneut anzustoßen.

Zunächst soll gefragt werden:

Hard to reach Klienten haben einen erschwerten Zugang zur Psychotherapie

Wer erhält Psychotherapie und welche Klienten werden von der sozialen Arbeit betreut? Meine These ist:

- Schwer erreichbare Klienten erhalten keine Psychotherapie, der Bedarf an Unterstützung, insbesondere durch Psychotherapie ist bei diesem Klientel nicht gedeckt. Auch aus dieser Notlage heraus hat die Soziale Arbeit diese Handlungsfelder zumindest teilweise ausgefüllt.

Hier ist zunächst auf amerikanische Studien zu verweisen. Der Psychologe Schofield entwickelte das sogenannte Yavis-Prinzip. Damit ist folgendes gemeint:

- Young: bezieht sich auf geistige und körperliche Fitness
- Attractive: Anziehungskraft (Charakter, soziale Stellung, materieller Wert)
- Verbal: sprachliche und kommunikative Gewandtheit
- Intelligent: auch emotionale Intelligenz
- Successful: Erfolg als ein positiv empfundenes Resultat des eigenen Handelns (beruflich, sozial, finanziell), indem man im richtigen Augenblick die richtigen Fähigkeiten hat.

Bei dem Versuch, die YAVIS-Kriterien auf deutsche Verhältnisse zu übertragen, zeigt sich, dass keine differenzierten Studien vorliegen. Fest steht, dass Psychotherapeuten zunehmend „leicht erkrankte Patienten“ bevorzugen, während eine Behandlung chronisch kranker Patienten teilweise sogar verweigert wird, bzw. Kostenübernahmen von den Kostenträgern abgelehnt werden (vgl. u.a. Melchinger 2010, S. 27f.). Kostenübernahmen erhalten, so Melchinger, eher Personen, „die eine hohe Kompetenz aufweisen, sich Leistungen zu erschließen“ (ebd., S. 27). Auch der Verband der Ersatzkassen (VdeK) kritisiert in einem internen Papier (siehe Haarhoff 2013), dass die ambulant tätigen Psychotherapeuten bevorzugt Patienten mit leichten Störung behandeln und die Versorgung der schweren Fälle zurückstellen⁶.

Wenn auch die einzelnen YAVIS-Kategorien in diesem Zusammenhang nicht

⁶Verbessert werden könnte die Situation aus der Perspektive der Ersatzkassen, wenn bei der Vergütung die Schwere der Störung eine stärkere Berücksichtigung finden würde.

aufgegriffen werden, liegen dennoch Untersuchungen vor, die den Bildungsstand oder den Beruf ambulanter Psychotherapiepatienten abfragen. Aus diesen ergeben sich, dass der Großteil (>40 %) der Patienten über einen hohen Bildungsabschluss (Abitur) verfügen. Patienten mit einem Real-, Haupt oder Sonderschulabschluss dagegen wurden nur halb so oft behandelt (vgl. hierzu Bembeneck, S. 41ff.) Auch bezüglich des Berufsabschlusses lässt sich festhalten, dass Personen mit einer Lehre (>66%) oder mit einem Universitäts- oder Fachhochschulabschluss (>22%) als Berufsabschluss den Großteil der ambulanten Psychotherapiepatienten ausmachen. Übereinstimmungen zu den YAVIS-Kriterien zeigen sich zudem darin, dass ein Großteil der in ambulanten Psychotherapien behandelten Personen jünger ist (vgl. ebd., S. 64). Bembeneck vermutet, dass hier auch ein Rückschluss auf das Aussehen bzw. ihre Attraktivität möglich ist⁷.

Eingehen möchte ich noch darauf, wie die Psychotherapeuten diesen Sachverhalt sehen. Auch sie⁸ möchten, dass jeder psychisch kranke Mensch, unabhängig von Alter und Geschlecht, Wohnort, sozialer Herkunft und Schicht, Zugang zu einer möglichst kurzfristigen Versorgung erhält. In diesem Zusammenhang stellte Wittchen im April 2013 auf dem 22. Psychotherapeutentag aktuelle Untersuchungsergebnisse vor. Demnach leiden innerhalb von zwölf Monaten 26,9 % der Wohnbevölkerung zwischen 18 und 79 Jahren an einer psychischen Störung. Bei zwei Drittel wird mehr als eine Störung diagnostiziert. Bei diesen Menschen sei von einem spezifischen Interventionsbedarf auszugehen, der von indizierter Prävention bis zu psychotherapeutischer oder pharmakologischer Behandlung reichen würde (vgl. a.a.O., 2013, S. 169), jedoch habe nur jeder fünfte dieser erwachsenen Hilfsbedürftigen mindestens einmal Kontakt zu Hausärzten, Fachärzten, Psychotherapeuten oder stationären Einrichtungen. Zwar sei im Vergleich zu 1998 der Zugang zur Versorgung besser geworden, insgesamt sei die Versorgung psychisch kranker Menschen in Deutschland jedoch immer noch sehr unbefriedigend. Die langen Wartezeiten verschlimmern häufig die psychischen Erkrankungen. Zudem erhalten viele Menschen einseitig eine medikamentös ausgerichtete Behandlung (BPtK Tatsachenpapier 2013).

Wittchen (a.a.O., 2013) weist auf Vulnerabilitätsfaktoren bzw. Risikofaktoren hin. Besonders gefährdet sind Patienten, die allein leben oder getrennt leben oder die geschieden sind. Ein weiterer Risikofaktor ist Armut.

⁷Bezüglich der Artikulationsfähigkeit (verbal) wurde derzeit leider kein direkter Hinweis gefunden, der besagt, dass die YAVIS-Kriterien auch in diesem Fall auf Deutschland zutreffen.

⁸ siehe die Mitteilungen der Bundespsychotherapeutenkammer im Psychotherapeuten- Journal 2/2013, 168 – 170.

Infolgedessen sei es für eine leitliniengerechte Behandlung notwendig, die Behandlungskapazitäten deutlich auszubauen und für Personen mit komplexen Behandlungsbedarf eine flächendeckende, leitlinienorientierte und transparente Versorgung aufzubauen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die YAVIS-Kriterien bzgl. des Alters und der Intelligenz (Schulbildung) ambulanter Psychotherapiepatienten auf Deutschland übertragbar sind. Was die anderen drei Kategorien betrifft, so liegen hierfür nur erste Hinweise vor. Die Schlussfolgerung seitens der Psychotherapeuten, dass die Behandlungskapazitäten zu erweitern sind, greift meines Erachtens zu kurz. Es ist m.E. nicht mehr ausreichend, mehr desselben zu fordern, denn auch Psychotherapeuten tragen zu einer Selektion bei, wenn im Einzelfall entschieden wird, wer Psychotherapie erhält. Stattdessen ist die Schaffung interdisziplinärer Behandlungs- und Betreuungsansätze notwendig, in denen Psychotherapeuten, Ärzte und Sozialarbeiter und andere Berufsgruppen, wie zum Beispiel Logopäden, Heilpädagogen, auf Augenhöhe zusammenwirken.

Die systemtheoretische Perspektive

Als nächstes soll die Frage erörtert werden, wie aus einer systemtheoretischen Perspektive die unterschiedliche Bewertung des sozialarbeiterischen und therapeutischen Handelns erklärt werden kann.

Meine Thesen sind:

- Die individuellen und gesellschaftlichen Funktionssysteme sind miteinander strukturell gekoppelt. Die gegenseitige Bedeutung ist kontingent und kann daher neu ausgehandelt werden.
- Die Bezeichnung, ob es sich um eine Beratung, Betreuung oder (Psycho-)Therapie handelt, sagt wenig aus über die konkrete Tätigkeit, sondern ist vornehmlich eine Unterscheidung des Kontextes, hier die der Interessen der beteiligten berufsständischen Professionen.

Die Systemtheorie geht davon aus, dass Systeme konstituiert werden, indem ein Beobachter einen Unterschied zwischen den Elementen konstruiert und eine Grenze zwischen innen (im System) und außen (in der Umwelt) zieht, die gleichzeitig System und Umwelt miteinander verbindet. Systeme (z. B. organische Systeme und das psychische System) sind einerseits autopoetisch geschlossen und andererseits vielfältig strukturell gekoppelt.

Luhmann sieht moderne Gesellschaften durch gesellschaftliche Großsysteme als primär funktional differenziert in die Teilbereiche Politik, Recht, Erziehung, Wissenschaft, Religion, Wirtschaft, Soziale Arbeit, Gesundheitswesen, Massenmedien u.a. (Luhmann 1997). Diese Systeme erfüllen für die Gesellschaft ganz bestimmte Funktionen und konstituieren sich autonom und exklusiv jeweils über eine spezifische gesellschaftliche Funktion. Jedes Funktionssystem unterliegt einem fortschreitenden Ausdifferenzierungsprozess und beansprucht für seinen Bereich eine Monopolstellung. Keines dieser Funktionssysteme kann die Funktion eines anderen übernehmen, sie sind jedoch davon abhängig, dass andere Bereiche ihre Funktionen erfüllen. Sie müssen sich nicht um die Erfüllung anderer Funktionen kümmern, sind jedoch davon abhängig, dass diese Funktionen erfüllt werden (siehe z.B. Luhmann 1997, Beushausen 2013). So tauscht die Wirtschaft Güter aus und ist darauf angewiesen, dass die Politik Gesetze erlässt und deren Durchsetzung kontrolliert. Die Selbstbezüglichkeit ist ein Merkmal der Funktionssysteme. Wissenschaftliche Wahrheiten können z.B. nur mittels wissenschaftlicher Kriterien begründet werden, Politik kann sich nur politisch legitimieren. Als selbstreferentielle Systeme reproduzieren sie

sich mittels einer spezifischen Leitdifferenz, eines binären Codes, z.B. die Wirtschaft mittels Zahlung/Nichtzahlung, Recht mittels Recht/Unrecht.

Die Funktionssysteme erbringen füreinander Leistungen. Eugster (2000) sieht als Konsequenz der Spezifizierung eine Tendenz zur Immunisierung, in deren Folge sich Schwellen legitimer Indifferenz bilden. Hieraus gewinnen Systeme Spielräume und Autonomie mit einer nach Luhmann verstärkten Abhängigkeit und gleichzeitiger zunehmender Unabhängigkeit. Grundsätzlich stehen die einzelnen Funktionsbereiche in einem nicht-hierarchischen Verhältnis zueinander. Jedes System (vgl. Eugster 2000) tendiert jedoch dazu, die eigene Gesellschaftsbeschreibung zu generieren und zu überschätzen. In der Regel führt dies zu einer Ausbalancierung. Es besteht jedoch die Gefahr der Dominanz eines Systems. So dominiert derzeit die Wirtschaft. Im Bereich des Gesundheits- und Sozialsystems dominiert das Medizinsystem. Gleichzeitig zeigt die Systemtheorie, dass diese Prozesse Konstruktion von Wirklichkeit und damit veränderbar sind.

Die Frage nach der unterschiedlichen Bewertung von Beratung und Therapie soll im Folgenden anhand von Beispielen beantwortet werden: Eine Freundin, ein Sozialarbeiter, ein Psychotherapeut und ein Arzt geben jeweils als ein kommunikativer Handlungsakt einem Klienten die Adresse einer Selbsthilfegruppe. Wie ist dies zu bewerten? Die Empfehlung der Freundin ist ein freundschaftlicher Hinweis, der Hinweis der Psychologin im Rahmen einer Psychotherapie ist eine psychotherapeutische Intervention. Empfiehlt der Arzt den Besuch der Selbsthilfegruppe, ist dies eine ärztliche Intervention im Kontext einer medizinischen Behandlung. Empfiehlt ein Sozialarbeiter der Arge, des Jugendamtes, der Schule, in der Erziehungsberatungsstelle oder der Suchtberatung den Besuch einer Selbsthilfegruppe, ist dies eine typische Intervention im Kontext Sozialer Arbeit. Bereits dieses Beispiel verdeutlicht, dass es sich um dieselbe Intervention handelt, die jedoch im jeweiligen Kontext einem anderen Funktionssystem zugeordnet wird.

Mithilfe eines weiteren Beispiels soll dieser Sachverhalt etwas näher ausgeführt werden: Ein Kind hat Bauchschmerzen. Die Eltern überlegen, ob sich das Kind den Magen verdorben haben könnte. Verordnet wird ein Kamillentee (vom elterlichen Funktionssystem). Die Eltern könnten jedoch auch entscheiden, die Bauchschmerzen von einem Arzt und somit einem Akteur des medizinischen Funktionssystems, mit der Frage, ob eine Erkrankung vorliegt, abklären zu lassen. Möglicherweise entscheidet auch hier der Arzt zunächst abzuwarten. Berichtet das Kind den Eltern über Bauchschmerzen, weil es Befürchtungen habe zur Schule zu gehen, da es die Schulaufgaben nicht gemacht hat, entscheiden die Eltern, dass es sich um ein Problem des Kindes handelt und es sich bald die Schulaufgaben nochmals

ansehen soll. Berichtet das Kind jedoch von massiven Schulängsten, die zu den Bauchschmerzen führen, kann es sich um ein bio-psycho-soziales Problem handeln. Zur Behebung dieses Problems wird möglicherweise die Schulsozialarbeiterin eingeschaltet oder die Eltern kommen zu dem Schluss, dass Psychotherapie (hier Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie) notwendig sei. Bei diesem konstruierten Fall könnten sogar noch weitere Funktionssysteme ins Gespräch kommen. Wir nehmen an: Das Kind hat massive Ängste vor dem Lehrer entwickelt, da dieser häufiger das Kind geschlagen hat. Einbezogen wird in diesem Fall das schulische und möglicherweise das juristische Funktionssystem, denen gegenüber sich der Lehrer zu verantworten hat.

Dieses Beispiel zeigt, dass, je nachdem wie und von wem ein Phänomen interpretiert wird, zugleich festgelegt wird, welches oder welche Funktionssysteme für den Umgang mit diesem Phänomen zuständig sind. In der Praxis kooperieren die gewählten Funktionssysteme in einem unterschiedlichen Ausmaß mit anderen Funktionssystemen; oder systemisch formuliert: die Systeme sind strukturell gekoppelt. Das letzte Beispiel zeigt zudem auf, dass Phänomene intrapsychisch, interpsychisch oder beides verortet werden könnten. Die Angst des Kindes würde in diesem letzten Fall nicht mehr als ein intrapsychisches Problem, d.h. systemtheoretisch formuliert, als Kopplung zwischen dem kindlichen organischen, psychischen und sozialen System, sondern als Ausdruck eines interpsychischen Problems angesehen werden, hier dem Konflikt zwischen dem Kind und dem Lehrer. Dies Beispiel zeigt außerdem, dass einzelne Akteure Wahlmöglichkeiten haben wie sie operieren wollen. Z.B. kann sich der Arzt als Mitglied des medizinischen Gesundheitssystems die Frage stellen, welche diagnostischen Untersuchungen notwendig sind, auf welcher Bezugsebene das Problem erklärt werden kann und wer noch einbezogen werden soll.

Bereits dieses Beispiel zeigt, dass die Kopplung von verschiedenen Funktionssystemen davon abhängig ist, welche Fakten bekannt sind, ob sie wahrgenommen und benannt werden und welche Realitäten konstruiert werden, wie diese interpretiert werden und in der Folge, welches Funktionssystem als zunächst zuständig erklärt wird. Und noch eins wird an diesem Beispiel deutlich: Nicht nur wird von einzelnen Akteuren entschieden, welches Funktionssystem zuständig ist, sondern es wird deutlich, dass leibliche, psychische und soziale Ebenen miteinander verwoben sind. An der Entstehung eines Phänomens, hier dass der Bauchschmerzen, sind immer sowohl organisch/leibliche, soziale und auch psychische Systeme beteiligt. Allerdings kann eine dieser Ebenen eine Leitfunktion übernehmen, indem zum Beispiel die Bauchschmerzen

organisch erklärt und behandelt werden. Im Alltag ist es daher notwendig, dass die Akteure nützliche, viable Entscheidungen treffen, um das Problem zu lösen. Diese Entscheidungen hängen jeweils immer auch von Zufällen, von Wahrscheinlichkeiten und von den Interessen der Beteiligten ab.

Von der Entscheidung, welches Funktionssystem für zuständig erklärt wird, hängt in der Folge auch ab, als was diese Maßnahme bezeichnet wird. Handelt es sich im oberen Beispiel um eine medizinische Behandlung, eine psychische Behandlung, um eine pädagogische Maßnahme, eine psychotherapeutische Behandlung, eine Beratungsleistung durch eine Schulsozialarbeiterin oder eine erzieherische Handlung der Mutter? Die erfolgte Intervention führt zu unterschiedlichen Selbst- und Fremdbewertungen. Oftmals werden diese Handlungen auch unterschiedlich vergütet.

An weiteren drei Beispielen soll vertiefend verdeutlicht werden, dass sich die Schwierigkeit, zu unterscheiden, ob es sich bei den Interventionen eines Sozialarbeiters um Beratung, Betreuung, Sozialtherapie oder eine therapeutische Behandlung handelt, nicht nur in den fast legitimierten therapeutischen sozialarbeiterischen Arbeitsfeldern der Erziehungsberatung, Sexualberatung oder Suchtberatung zeigt, sondern einen großen Teil der täglichen Arbeit mit insbesondere dem hard to reach Klientel ausmacht.

Beispiel 2: In einer Behinderteneinrichtung wird ein ehemals Drogenabhängiger betreut, der an einer Psychose erkrankte und aktuell täglich mehrfach die Nahrung erbricht. In der Werkstatt kommt es immer wieder mit den Kolleginnen und Kollegen zu Konflikten. Zu einer Psychotherapie ist der Klient nicht bereit, er lehnt ebenfalls ein gemeinsames Gespräch mit den Eltern ab. In der Supervision wird besprochen, welche Intervention hilfreich sein könnte. Dem zuständigen Sozialarbeiter wird vorgeschlagen, mit dem Betreuten eine Fantasiereise in die Zukunft durchzuführen, damit der Klient erkennt, welche Wahlmöglichkeiten er noch in seinem Leben hat. Mithilfe dieser Intervention ist der Klient bereit, weitere Gespräche zu führen und einen Arzt aufzusuchen.

Beispiel 3: In der Supervision einer Jugendhilfeeinrichtung wird der Fall eines 14-jährigen Jungen eingebracht, der nach einem Konflikt mit dem Vater in ein Heim kam. Ziel der Betreuung soll die Rückführung in die Familie sein. In der Supervision wird deutlich, dass die Durchführung einer Familientherapie sinnvoll sein könnte. Die Kollegin ist interessiert, diesen Ansatz umzusetzen, da sie über eine entsprechende Zusatzausbildung verfügt. Sie wird in diesem Fall erfolgreich familientherapeutisch tätig. In der nachfolgenden Supervision spricht die Kollegin an, dass Sie sich über diese Entwicklung einerseits freut, sie jedoch andererseits eine Tätigkeit

übernommen hätte, die nicht zu ihrem Aufgabenbereich als Mitarbeiterin in einer Jugendhilfeeinrichtung gehört und der zudem noch untertariflich bezahlt wird.

Beispiel 4: In einer anderen Jugendhilfeeinrichtung betreut ein Sozialarbeiter eine neunzehnjährige Frau mit einer zweijährigen Tochter, die mit ihrem Freund in einer Haushaltsgemeinschaft lebt. In der Supervision wird biografisch über die drogenabhängige Frau berichtet, dass sie sich prostituiert hätte und bei dieser Tätigkeit einen jungen Mann kennenlernte, der aus ihrer Sicht nicht sehr intelligent war, aber ihr Unterstützung bot, das Prostituiertenmilieu zu verlassen. Aus Sicht des Mannes konnte er sich mit dieser attraktiven Frau, so wird interpretiert, aus seinem Elternhaus lösen. In der Supervision wird die These aufgestellt, dass die aktuellen Streitigkeiten und Überlegungen des Paares, sich zu trennen, dadurch erklärbar sein könnten, dass der damalige Auftrag, der der Loslösung aus dem Prostituiertenmilieu bzw. aus der Familie, erfüllt sei und daher für das Paar offen sei, aus welchem Grund sie noch zusammenbleiben wollen. In der Supervision wird dem Sozialarbeiter empfohlen, nicht wie bisher Einzelgespräche, sondern Paargespräche zu führen. Der Sozialarbeiter möchte diese Empfehlung jedoch nicht übernehmen, da er über keine therapeutische Ausbildung verfügt, um diese notwendige anspruchsvolle Tätigkeit durchzuführen.

Dieses Beispiel zeigt, dass Sozialarbeiter häufig gefordert sind, Tätigkeiten zu übernehmen, für die sie jedoch nicht die entsprechende Erfahrung und oftmals auch nicht die Qualifikation besitzen. In diesem Fall war die Klientin nicht bereit, zusätzlich eine Psychotherapie zu beginnen und es war bereits ein Erfolg, dass es dem Jugendamt und der Jugendhilfeeinrichtung gelang, mit der jungen Frau und ihrem Freund im Kontakt zu bleiben.

Weitere Beispiele aus Berufsfeldern der psychosozialen Betreuung, der Bewährungshilfe, der Arge, der ambulanten Betreuung von psychisch Kranken und Suchtkranken, dem Sozialdienst katholischer Frauen und Männer, in Justizvollzugsanstalten, in der Jugendgerichtshilfe, in stationären Wohngruppen für Jugendliche, in Tagesstätten, in Obdachloseneinrichtungen, in den sozialpsychiatrischen Diensten der Gesundheitsämter, den Jugendämtern, in Therapiezentren für Autisten, im allgemeinen Sozialdienst, in der Schulsozialarbeit, der Krankenhaussozialarbeit und weiteren Tätigkeitsfeldern könnten aufzeigen, dass sich in vielen psychosozialen Arbeitsfeldern die einzelnen Unterstützungsformen nicht gut unterscheiden lassen. Oftmals zeigt eine Analyse, dass sehr ähnliche praktische Interventionen durchgeführt werden, die jeweils jedoch anders bezeichnet werden, je nachdem ob sie von einem

Pädagogen, einem Arzt, einem Sozialarbeiter oder einem Psychologen umgesetzt werden. Die Beispiele verdeutlichen, dass es sich um Beschreibungen und Unterscheidungen von Beobachtern handelt, die jeweils individuell nach subjektiv sinnvollen Unterscheidungskriterien getroffen werden. Dabei resultieren diese Unterscheidungen aus einem sozialen Einigungsprozess, in dem eine bestimmte Erklärung als allgemein gültig betrachtet wird. Die beschriebenen Phänomene sind jedoch stets für alternative „Bewertungen“ (Konstruktionen) offen, denn alle Phänomene, mit denen ein Beobachter konfrontiert wird, werden von ihm nach unterschiedlichen Kriterien (ästhetische, politische, moralische Aspekte etc.) bewertet⁹ und könnten auch anders getroffen werden.

⁹ Die widersprüchliche und immer wieder anders getroffene Unterscheidung der Benennung der Interventionen, hier beispielsweise zwischen Beratung und Psychotherapie ließe sich auch mittels einer Literaturrecherche aufzeigen.

Ist Soziale Arbeit anspruchsvoller als Psychotherapie?

Im Folgenden möchte ich mich den Fragen zuwenden, inwieweit sich die Tätigkeiten der Sozialen Arbeit mit der Psychotherapie in Bezug darauf, wie anspruchsvoll diese jeweils sind, vergleichen lassen und welche besonderen Qualifikationen die Soziale Arbeit in die Betreuung von hard to reach Klientel einbringt. Meine Thesen zu diesem Fragenkomplex sind:

- Soziale Arbeit ist, wenn auch auf eine andere Weise, genauso anspruchsvoll wie Psychotherapie.
- Behandlung ist ein Arbeitsfeld der Sozialen Arbeit.

In diesem Zusammenhang möchte ich mich zunächst auf sieben Thesen von Johannes Herwig-Lempp und Ludger Kühlung (2011) beziehen, nach denen Soziale Arbeit anspruchsvoller als Therapie ist. Diese Thesen werden zunächst vorgestellt, anschließend werden weitere Thesen ergänzt und bewertet:

1. Auftragslagen sind komplexer

Die Auftragslage ist in der Sozialen Arbeit komplexer als in der Psychotherapie, denn es gibt meistens mehrere Auftraggeber, die oftmals widersprüchliche Erwartungen haben. Im Jugendamt können dies beispielsweise die Aufträge der Eltern, der Pflegeeltern, des Gerichts, des Hausarztes, der Schule und des Dienstgebers sein. Hierdurch ist es schwierig, gemeinsame Ziele zu formulieren. Sozialarbeiter haben sich in dieser komplexen Situation zu positionieren und zu vermitteln.

2. Austauschkonstellationen sind vielfältiger

Der Austausch mit den anderen beteiligten Personen und Institutionen ist komplexer als in der klassischen Einzeltherapie. Das obige Beispiel weist auf die vielfältigen Personen und Institutionen hin, die kontaktiert und einbezogen werden müssen. Die Sozialarbeiter haben allen Beteiligten die Möglichkeit zu geben, sich über die verschiedenen Denk- und Handlungsweisen auszutauschen und wertzuschätzen.

3. Allparteilichkeit ist schwieriger zu praktizieren

Hinter den unterschiedlichen Aufträgen und Interessen stehen verschiedene subjektive Beschreibungen und Interessen. Diese sind in der Sozialen Arbeit alle zu würdigen. Bei diesen diversen und oft widersprüchlichen Aufträgen und Interessen ist Allparteilichkeit, und dies oftmals sogar im Wechsel, mit einer zeitlich begrenzten Parteilichkeit, schwer zu erreichen.

4. Ambivalenzen bezüglich angestrebter Ziele und Problemlösungen

Aus den vielfältigen Auftragslagen ergeben sich in einer postmodernen Welt Ambivalenzen. Typischerweise ist dies die Ambivalenz der Hilfs- und Kontrollfunktion, dem doppelten Mandat, in der die Sozialarbeit zwischen den Interessen des Klienten und der gesellschaftlichen Erwartung der Kontrolle von Menschen steht. Weitere Ambivalenzen können sich darauf beziehen, dass Hilfe im Einzelfall den Menschen abhängiger und hilfloser machen kann oder dass Integration in soziale Gemeinschaften Desintegration verfestigen kann (siehe Kleve 2007).

5. Anerkennung von fremden Umgebungen ist anspruchsvoller

Anders als in der Psychotherapie ist es schwieriger die Situation der Klienten zu würdigen, denn sie ist bei dieser Klientel meist maroder und desolater. Soziale Arbeit findet oftmals an den Orten statt, an denen sich die Klienten aufhalten (Wohnungen, Marktplatz...) „Für den Sozialarbeiter sind diese Orte nicht seine Orte, sie müssen von ihm aufgesucht werden, sie sind ihm häufig fremd. Der Sozialarbeiter ist jeweils Gast in der Welt der Klienten. Sich als Gast in der Außenwelt richtig zu benehmen ist anspruchsvoller, als ein als guter Gastgeber zu sein“ (Herwig-Lempp u. Kühling 2011).

6. Ablenkungen sind vielfältiger

Soziale Arbeit ist hinsichtlich der zu bearbeitenden Probleme potentiell sehr offen. Alles, was die Klienten beschäftigt, kann zum Thema werden, während es in der Therapie meist um Probleme mit Krankheitswert geht, die entsprechend im ICD verschlüsselbar sind. In der Sozialen Arbeit ist es oftmals schwieriger, beim jeweiligen Thema zu bleiben, denn diese Klienten sind häufig wenig zielorientiert, da es immer wieder Aktuelles zu klären gibt. Sozialarbeiter sind in einem weit höheren Maße mit diesen Ablenkungen konfrontiert als Therapeuten.

7. Außenweltprobleme sind drängender

Nicht nur die Ablenkungen, sondern auch die Außenweltprobleme sind bei vielen Klienten oftmals existentieller, d.h. es geht z.B. darum, ob Wohnung, Geld oder Arbeit vorhanden sind. Diese existenziellen Probleme belasten den Sozialarbeiter möglicherweise mehr als einen Psychotherapeuten, dem andere Probleme vorgetragen werden.

Ergänzt werden sollen sechs weitere Thesen:

8. Aushalten der Situation

Die oben dargestellten Außenweltprobleme beinhalteten oftmals ein besonderes „Aushalten“, wenn z.B. in der Wohnung des Klienten der Dreck, die Verwahrlosung, die Gerüche ertragen werden müssen. Ein Kollege aus der Straßensozialarbeit berichtete beispielhaft von einem Einsatz im Ganzkörperschutzanzug, in dem die „Platte eines Obdachlosen“ aufgeräumt

wurde. Ausgehalten werden muss, dass sich Klienten oftmals in sehr schwierige Lagen bringen, in denen wir ihnen wenig schnelle Hilfe anbieten können. Hierzu ein weiteres Beispiel: Ein depressiv strukturierter Automatenspieler hatte das Arbeitslosengeld und das Geld für die Kindererstausrüstung verspielt und mochte aus Scham nicht mehr nach Hause gehen. Den Hinweis, einen Geldgutschein bei der Arge erhalten zu können und eine Behandlung wegen der Spielproblematik beantragen zu können, hinterließ in der konkreten Situation das Gefühl, wenig hilfreich zu sein. Sozialarbeiter sind der schwierigen desolaten Lage dieser Klienten direkter und massiver ausgesetzt als der Therapeut in seinem Behandlungszimmer.

9. Ambiguitätstoleranz (vgl. Kleve 2007)

Öfter als Therapeuten sind Sozialarbeiter in Situationen, in denen sie tolerieren müssen, dass Klienten mit ihrer Autonomie Entscheidungen treffen, die aus Sicht der Berater „schädlich“ sind. Beispiele sind die Entscheidung eines Nichtsesshaften, ein Wohnungsangebot nicht anzunehmen oder eines Betreuten, sich nicht ärztlich versorgen lassen zu wollen.

10. Verhältnisveränderungen

Therapie strebt eine Veränderung des Verhaltens der Klienten an. Soziale Arbeit hat ebenfalls diese Perspektive im Blick, strebt jedoch zudem eine Veränderung der Verhältnisse an. Sie interveniert nicht nur auf der Mikroebene, sondern auch auf der Makroebene, z.B. im Gemeinwesen.

11. Eingriff in die Autonomie

Therapeuten können sich in der Regel allparteilich verhalten und Empfehlungen aussprechen. Sozialarbeiter müssen oftmals auf dem Hintergrund des Kontrollmandats Entscheidungen treffen, die in das Leben anderer direkt eingreifen, wenn beispielhaft Jugendamtsmitarbeiter mitentscheiden, ein Kind aus einer Familie herauszunehmen oder ein Betreuer den Aufenthaltsort oder die Verwendung von Geld bestimmt. Diese Eingriffe sind oftmals für die Helfer belastend, weil sie verantwortet werden müssen und in die Autonomie eingreifen.

12. Vielfältigkeit

Wie anspruchsvoll Soziale Arbeit ist, drückt sich in ihrer Vielfältigkeit aus. Die wichtigsten Handlungsarten der Sozialen Arbeit sollen kurz benannt werden: Beraten, trainieren, verhandeln, eingreifen, behandeln, kontrollieren, beschaffen, begleiten, verwalten, einmischen, informieren, übersetzen (z.B. beim Arzt), koordinieren, kooperieren, motivieren, befähigen, fördern, begutachten, vertreten, vermitteln, betreuen, erziehen, beschützen, sanktionieren, unterrichten. Diese Vielfältigkeit zeigt, dass Sozialarbeiter sich

selbstbewusst als Zehnkämpfer betrachten können. In der Leichtathletik gilt der Zehnkampf als die Königsdisziplin (Herwig-Lempp 2011). (Auf die Problematik, die mit dem Begriff „Königsdisziplin“ verbunden ist, gehe ich in meiner abschließenden Stellungnahme ein.)

13. Behandlung ist ein Tätigkeitsfeld

Behandlung¹⁰ ist, auch wenn diese Handlung manchmal anders bezeichnet wird, eines der Tätigkeitsfelder der Sozialen Arbeit. Besonders deutlich wird dies in der Suchtkrankenhilfe, in der Sozialarbeiter mit einer Zusatzausbildung, wie die Angehörigen anderer Berufsgruppen, ambulante oder stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahmen durchführen. Diese Tätigkeit wird allerdings dann, wenn sie von der Rentenversicherung vergütet wird, als Rehabilitationsmaßnahme bezeichnet. Werden dieselben Interventionen in einem anderen Kontext durchgeführt, z.B. von einem Psychotherapeuten, wird diese Behandlung als Psychotherapie gekennzeichnet. Ein weiterer großer Bereich der Behandlung durch Sozialarbeiter bezieht sich auf die Erziehungs- und Lebensberatungsstellen, in denen seit Jahrzehnten Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit den vielfältigsten Symptomen (kindliche Verhaltensstörungen, Depressionen, Ängste, Selbstverletzungen, Essstörungen...) betreut werden. Auch bei diesen Tätigkeiten handelt es sich um Behandlungen, denn auch hier werden dieselben Interventionen, wenn sie von anderen Berufsgruppen (z.B. in der Psychotherapie) durchgeführt werden, als Behandlung bezeichnet. Pauls (2004) kennzeichnet dieses Handeln daher folgerichtig als „psycho-soziale Behandlung“, während Deloie (2011) von „Sozialer Psychotherapie als Klinische Sozialarbeit“ spricht. Die Soziale Psychotherapie hat (vgl. Deloie 2011) einen zusätzlichen Anspruch zu erfüllen, denn sie fokussiert zusätzlich zu den psychischen Faktoren ausführlich den situativen und sozioökonomischen Kontext des Klientels. Bei ihrem oftmals schwer zu erreichenden Klientel (hard to reach) haben soziale Faktoren bei der Problemgenese (z.B. langjährige Arbeitslosigkeit) eine besondere Bedeutung. Gerade für diese Klientel weisen Sozialarbeiter, wenn sie eine therapeutische Zusatzausbildung absolviert haben, mit ihrer Fokussierung auf soziale Probleme eine besondere Qualifikation auf.

¹⁰ Erforderlich sind verschiedene Zugänge einer „Behandlung“:

1. Ökologische/Kontextduelle Ursachen bedingen ökologische Maßnahmen
2. Somatische/biologische Ursachen bedingen somato- bzw. leibtherapeutische Maßnahmen
3. psychologische Ursachen benötigen psychotherapeutische und beraterische Maßnahmen
4. soziokulturelle Ursachen benötigen beratende und sozio- und netzwerktherapeutische Interventionen (Leitner 2010).

Für Herwig-Lempp und Kühling (2011), deren Thesen hier ergänzt wurden, ist die Soziale Arbeit anspruchsvoller als Therapie. Dies ist ein nützliches Konstrukt, da es die Situation zuspitzt um aufzurütteln und anzustoßen, wie dies in der Vergangenheit auch andere Bewegungen, z.B. die Frauenbewegung, getan haben. Auch die Klinischen Sozialarbeiter der USA treten selbstbewusster auf, wenn sie ihre Dienste als „Therapy plus“ (Geißler-Piltz u.a. 2005, 140) bezeichnen.

Für mich ist die Frage „wer ist anspruchsvoller“ im Kontext einer ernst genommenen Interdisziplinarität und eines bio-psycho-sozialen Konzeptes nicht eine Frage von „wer ist mehr oder weniger anspruchsvoll“. Wenn davon ausgegangen wird, dass es entscheidend ist, welche psychosozialen Interventionen vorgenommen werden und nicht so sehr maßgeblich ist, von welcher Berufsgruppe diese Interventionen durchgeführt werden, stellt sich als weitere Frage, die Frage nach den Wirkfaktoren.

Die Wirkfaktoren

Was sind eigentlich die Wirkfaktoren einer psychosozialen Tätigkeit? These:

- Allgemeine Hinweise auf die Wirkfaktoren psychosozialer Tätigkeit und insbesondere für die Psychotherapie liegen vor, für die Soziale Arbeit fehlen explizit diesbezügliche Untersuchungen.

Insbesondere Klaus Grawe (1994) untersuchte allgemeine Wirkfaktoren, die m. E. auch allgemein für psychosoziale Interventionen bedeutsam sind. Er benennt fünf therapeutische Wirkprinzipien:

1. Ressourcenaktivierung: Genutzt werden vorhandene motivationale Bereitschaften und Fähigkeiten, fokussiert werden Stärken, Potentiale, Eigenarten, Fähigkeiten und Motivationen. Wichtige Ressourcen sind die zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten, dies schließt die neuen, während der Beratung entstehenden Beziehungen ein. Eine wichtige Rolle spielt, in welchem Ausmaß der Therapeut als einer der bedeutsamen Bezugspersonen als unterstützend, aufbauend und selbstwertstärkend erlebt wird. In der psychotherapeutischen Praxis würde, so Grawe, die Ressourcenperspektive in den wenigsten Therapieprozessen eingenommen, da Therapeuten nur selten die Gelegenheit wahrnehmen würden den „Patienten oder Familien oder Paare sich in seinen oder ihren positiven Seiten erleben zu lassen.“ (1994, S. 2) Die Bedeutung der Ressourcen für die Problembewältigung bestätigen zahlreiche wissenschaftliche Erkenntnisse (siehe Schemmel und Schaller 2003, Petzold 1997).

2. Problemaktualisierung meint das Prinzip der realen unmittelbaren Erfahrung. „Was verändert werden soll, muss real erlebt werden. Oder: „Reden ist Silber, real erfahren ist Gold“. (Grawe 1994, S. 2) Dies geschieht im beraterisch/therapeutischen Prozess z.B. durch den Einbezug der Familienmitglieder, das Aufsuchen realer problematischer Situationen oder durch Rollenspiele und Imaginationenübungen, in der die Probleme im Hier und Jetzt erlebt und bearbeitet werden.

3. Aktive Hilfe zur Problembewältigung meint, dass der Behandler den Patienten aktiv unterstützt, mit einem Problem besser fertig zu werden. Grawe fordert, die Hilfe darauf auszurichten, dem Patienten aktiv zu helfen, die Zustände, Schwierigkeiten, Probleme, die den unmittelbaren Gegenstand des Leidens ausmachen, besser zu bewältigen. Beispiele sind: Selbstsicherheitstraining, Entspannungsverfahren, Hypnose bei Schmerzzuständen, Kommunikations- und Problemlösungstraining bei Paaren, familientherapeutische Interventionen u. a.. Hilfreich sei es, die

Problematik des Patienten unter der Perspektive des Könnens versus Nichtkönnen zu betrachten. Der Behandler betrachtet den Zustand des oder das Problem des Patienten als ein echtes Nicht-anders-können, ohne diesem Nichtkönnen irgendwelche anderen Bedeutungen zu unterstellen. Er bezeichnet dies als Bewältigungsperspektive.

4. Therapeutische Klärung. In der Klärungsperspektive geht es darum, dem Patienten zu helfen, sich über die Bedeutungen seines Erlebens und Verhaltens im Hinblick auf seine bewussten und unbewussten Ziele und Werte klarer zu werden. Im Mittelpunkt steht der motivationale Aspekt. (Warum empfindet und warum verhält sich der Patient so?)

5. Therapiebeziehung: Die Qualität der Beziehung zwischen Berater bzw. Therapeuten und Klient ist in allen Therapieverfahren bedeutsam.

Für Grawe stellen diese allgemeinen Wirkfaktoren die Annahmen verschiedenster Therapietheorien infrage. Grawe hebt insbesondere die Bedeutung der spezifischen Ausformungen einer Intervention, die der Klient erhalten muss, hervor. Dies führt für Grawe zu einer radikalen Abkehr vom Denken in Therapiemethoden.“ Der Therapeut ist kein Gesprächstherapeut, Verhaltenstherapeut oder Psychoanalytiker mehr, darauf eingestellt, seine Methode auf den jeweils nächsten Patienten, der sein Büro betritt, anzuwenden. Er ist vielmehr darauf eingestellt, sich erst einmal ein Bild von dem Patienten zu erarbeiten, um auszumachen, was bei diesem Patienten verändert werden müsste, damit es ihm besser geht, wo die am besten geeigneten Ansatzstellen für die gewünschte Veränderung sind und wie die Veränderung bei diesem Patienten mit diesen Merkmalen am besten herbeigeführt werden könnten.“ (Grawe, 2005, S. 8) Besonders berücksichtigt werden sollen jeweils die

- Störungsperspektive
- die interpersonale Perspektive
- die Motivationale Perspektive
- die lebensgeschichtliche Entwicklungsperspektive
- die Ressourcenperspektive.

In der Literatur werden weitere Wirkfaktoren genannt, einige, die häufiger aufgeführt werden, sollen benannt werden:

Liechi (2008, S. 158) benennt folgende Wirkfaktoren:

- Ein professionelles Handeln, das nach Schiepek (1999) Prozesshaftigkeit, Komplexität, Vernetztheit, Intransparenz, begrenzte Vorhersagbarkeit und Steuerbarkeit und widersprüchliche Zielzustände berücksichtigt,
- ein multilateral anschlussfähiger Kommunikationsstil,

- die Fähigkeit subjektive Krankheitstheorien- und Störungstheorien des Klienten mit wissenschaftlichen Faktoren sowie Erklärungsmodelle mit einem Veränderungsfokus zu verbinden,
- die Bereitschaft Verantwortung für die initiierten Prozesse zu übernehmen,
- die Fähigkeit unter Spannungen kooperative Beziehungen zu stiften und aufrechtzuerhalten und
- ein gelungener Umgang mit gemischter Motivation, einer Fremd- und Eigenmotivation, die Reaktanz berücksichtigt.

Pauls (2004) stellt Wirkungsfaktoren verschiedener Autoren vor, von denen die wichtigsten aufgeführt werden sollen: Bedeutsam sind

- das Angebot eines professionellen Settings, das kompetente Hilfe erwarten lässt,
- ein plausibles Erklärungsmodell des vorgebrachten Problems,
- eine dazu konsistente Behandlungsmethode,
- eine sichere Beziehung als zentraler Aspekt mit einer empathischen Resonanz, Authentizität, Echtheit und gegenseitiger Bestätigung,
- eine angemessene Balance von alten und gegenwärtigen Themen,
- eine ausgewogene Verteilung von aktiver und passiver therapeutischer Haltung, also Kompetenzen einer aktiv-direktiver und aufnehmend rezeptiver therapeutischer Haltung, ein flexibler Wechsel zwischen einem begegnungs-, einsichts- und zielorientierten Fokus.
- Wirksam ist die Fokussierung auf Bewältigungserfahrungen und auf Lösungen.

Nestmann (2004, S. 783 - 796) nimmt Bezug auf Frank, der bereits 1961 Eigenschaften von effektiven Hilfeprozessen zusammenfasste:

1. die Art der Beziehung, in der der Hilfesuchende der Kompetenz des Helfers vertraut und Anteilnahme und Akzeptanz erhält. Der Helfer glaubt daran, hilfreich zu sein und drückt Anteilnahme aus. Das Vertrauen des Klienten wird gesteigert durch eine gesellschaftlich sanktionierte Helferrolle, zum Beispiel durch die Beherrschung von Techniken.
2. Hilfreiche Orte werden als „Städten der Heilung“ gesellschaftlich ausgewiesen. Das Setting weckt Hilfeerwartungen, ermöglicht die Flucht vor Anforderungen und verhindert Ablenkungen durch den Alltag.

3. Eine Behandlungstheorie oder ein Mythos, der eine Erklärung von Gesundheit, Krankheit Abweichung und Normalität einschließt, bildet den Rahmen. Eine Theorie interpretiert Störungsursachen, formuliert Veränderungen und leitet hieraus Methoden der Zielerreichung ab. Sie erlaubt dem Hilfesuchenden und dem Helfer den Problemen einen Sinn zu geben.
4. Als weitere Dimension werden Aktivitäten oder Verfahren, die von der Behandlungstheorie nahe gelegt werden, genannt. Diese verlangen Einsicht von Fehlern und Korrektur, Motivation zur Veränderung und Opferbereitschaft. Die Verfahren erlauben, Symptome aufzugeben, „ohne das Gesicht zu verlieren“. Sie halten die therapeutische oder beraterische Beziehung aufrecht und transportieren den Beratereinfluss. Das Selbstbewusstsein der Klienten wird durch neues Lernen und den Erwerb neuer Fähigkeiten gehoben. (S. 790)

Die Beziehung zwischen Berater und Klient ist somit die wichtigste Dimension im Beratungsprozess. Zu den wichtigen Merkmalen gehören die von Karl Rogers im Rahmen der klientenzentrierte Beratung und Psychotherapie entwickelten Merkmale der:

- Empathie, die Fähigkeit sich in die Gefühle und Gedanken einer Person hineinversetzen zu können
- Wärme und Akzeptanz, eine Wertschätzung, die nicht an bestimmte Bedingungen geknüpft ist. Der Klient wird so wie er ist respektiert
- Echtheit oder Authentizität, als eine Haltung die unverfälschte Kommunikation möglich macht und auf Seiten des Beraters keine Maskierung oder Herstellung nötig werden lässt. Der Berater soll seine „echten“ Gefühle und Gedanken zum Ausdruck bringen.

Die Wirksamkeit der Interventionen sei insgesamt, so Schweizer und von Schlippe (2012) zu 40 - 50 % durch die Klienten, seine Motivation und Offenheit und äußere Einflüsse bestimmt. Erwartungs- und Placeboeffekte würden sich mit 15 % auswirken. Die therapeutische Beziehung wird mit bis zu 30 % Einfluss benannt. Techniken werden nur dann als hilfreich erlebt, wenn der Klient diese als relevant und glaubwürdig ansieht.

Hubble et. al (2001 in Schweizer und von Schlippe, 2012, 213f) fassen die folgenden hilfreichen Faktoren für die Therapeuten zusammen:

1. Zentrierung der Wahrnehmung und der Diskussion auf die Veränderung statt auf die pathologische Stagnation. („Haben Sie

bemerkt, dass sich schon zwischen der Anmeldung und dem heutigen Gespräch etwas Positives verändert hat? Falls ja, wie haben Sie das erreicht?“)

2. Interesse für die hilfreichen Ressourcen im sozialen Netzwerk äußern und zu deren Nutzung ermuntern (“Wer steht Ihnen im Leben hilfreich zur Seite?“).
3. Berater sind in der Lage, sich auf die unterschiedlichen Motivationsphasen der Klienten einzustellen.
4. Erfolgreiche Berater können ihre Vorgehensweise möglichst genau und flexibel auf die Vorstellungen ihrer Klienten von einem guten Bündnis einstellen. („Was und wie sollen unsere Gespräche dazu beitragen, dass es ihnen besser geht. Woran werden Sie selbst Fortschritte erkennen? Wie direktiv oder zurückhaltend wünschen Sie mein Beitrag dazu?“)
5. Hoffnungen und positive Erfolgserwartungen fördern, dies geschieht zum einen durch die methodische und organisierte Strukturierung der Situation, von deren Erfolg die Beraterin selbst überzeugt ist und dies entsprechend vermitteln kann. Zum anderen wird eine bessere Zukunft konkret fokussiert. (Was wird anders sein, nachdem Sie sich entschieden haben...? Wer wird die erste Person sein, die bemerkt, dass Sie Ihr Verhalten verändert haben?)
6. Spezielle Techniken helfen hauptsächlich; einen möglichst klaren Fokus zu finden und konzentriert zu arbeiten (z.B. Desensibilisierung, zirkuläre Fragen...) und sie können Klienten mit der neuen andersartigen Technik Mut machen noch einen neuen Versuch zu wagen.

Neurobiologische Forschungsergebnisse weisen ergänzend darauf hin, dass neue und wiederholte Erfahrungen in respektvollen, wertschätzenden und empathischen Beziehungen, die emotional berühren, körperlich verankert werden, reflektiert und wiederholt werden wirksam sind.¹¹

Petzold (2002) hat aus den Ergebnissen der Wirksamkeitsforschung vierzehn Heilfaktoren extrahiert, die ebenfalls genannt werden sollen, da hier das weite Spektrum notwendiger hilfreicher Interventionen deutlich wird:

Die "Vierzehn Heilfaktoren" der Integrativen Therapie:

1. Einführendes Verstehen [protektiv], Empathie [supportiv]
2. Emotionale Annahme [protektiv] und Stütze [supportiv]

¹¹ Jürg Liechti (2009, S. 153f) zitiert eine Untersuchung nach der im Vergleich Professoren, Psychotherapeuten und andere verständnisvolle Therapeuten gleich erfolgreich sind.

3. Hilfen bei der realitätsgerechten, praktischen Lebensbewältigung
4. Förderung emotionalen Ausdrucks und volitiver Entscheidungskraft
5. Förderung von Einsicht [supportiv, konfrontativ], Sinnerleben, Evidenzerfahrung
6. Förderung kommunikativer Kompetenz und Beziehungsfähigkeit
7. Förderung leiblicher Bewusstheit, Selbstregulation und psychophysischer Entspannung
8. Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen und Interessen
9. Förderung kreativer Erlebnismöglichkeiten und Gestaltungskräfte
10. Erarbeitung positiver Zukunftsperspektiven und Erwartungshorizonte
11. Förderung positiver persönlicher Wertebezüge, Konsolidierung der existentiellen Dimension
12. Förderung eines prägnanten Selbst- und Identitätserlebens und positiver selbstreferentieller Gefühle und Kognitionen, d.h. Förderung von "persönlicher Souveränität"
13. Förderung tragfähiger, sozialer Netzwerke
14. Ermöglichung von Empowerment- und Solidaritätserfahrungen.

Bei einigen Heilfaktoren (Nr. 3, 6, 7, 8, 9, 10, 13, 14) werden vor allem Kompetenzen im sozialen und pädagogischen Bereich, d.h. im originären Handlungsfeld der Sozialarbeit und Sozialpädagogik, benötigt. Die aufgeführten Wirkfaktoren und Heilfaktoren zeigen zudem auf, dass klassische psychologisch-psychotherapeutische Handlungskonzepte den häufig anzutreffenden schweren psychosozialen mehrdimensionalen Störungen allein nicht gerecht werden und Interventionen multiperspektivisch, d.h. insbesondere auch auf soziale Faktoren auszurichten sind. Wirksamkeit kann nur unter Angabe bestimmter Kontext- und Prozessbedingungen beantwortet werden und sie ist wenig davon bestimmt, welcher Berufsgruppe ein Helfer angehört. Dies zeigen nach Petzold (2011) eindeutig amerikanische Studien, nach denen Klinische Sozialarbeiter (Master of Social Work) oder Erziehungswissenschaftler genauso erfolgreich sind, wie andere Berufsgruppen. Für die Berufsfelder der Sozialen Arbeit liegen allerdings noch keine abgesicherten empirischen Wirksamkeitsstudien vor.

Somit lässt sich zusammenfassen: Die Wirkfaktoren und die von Petzold vorgestellten Heilfaktoren zeigen auf, dass die Wirksamkeit einer Intervention von vielfältigen, komplexen Bedingungen abhängig ist und dass viele Dimensionen zu berücksichtigen sind. Die von Grawe u. a. vorgestellten Wirkfaktoren sind nicht nur für die Psychotherapie, sondern allgemein für psychosoziale Interventionen bedeutsam. Für die Soziale Arbeit fehlen jedoch solche Untersuchungen. Wirksamkeit kann nur unter

Angabe bestimmter Kontext- und Prozessbedingungen beantwortet werden und sie ist wenig davon bestimmt, welcher Berufsgruppe ein Helfer angehört. Zudem zeigen nach Petzold (2011) amerikanischen Studien eindeutig, dass klinische Sozialarbeiter (Master of Social Work) oder Erziehungswissenschaftler genauso erfolgreich sind wie andere Berufsgruppen.

Diese von Grawe empirisch ermittelten Wirkfaktoren überschneiden sich wesentlich mit den Grundkonzepten der Sozialarbeit, die im Bereich der interpersonalen und sozialen Problembewältigung und der Ressourcenaktivierung liegen (vgl. Pauls 2004, 148, Deloie 2011). Ressourcenorientierung bezeichnet Staub-Bernasconi (2007, 298) als älteste Arbeitsweise der Sozialarbeit.

Konzepte der Sozialen Arbeit

Auch wenn noch keine Wirksamkeitsstudien vorliegen, so kann die Soziale Arbeit auf eine Reihe von Konzepten zurückgreifen. In der Auseinandersetzung mit den anderen Professionen muss sich die Soziale Arbeit auf Ihre Stärken besinnen, um deutlich zu machen, dass sie insbesondere für hard to reach Klienten umfangreiche Kompetenzen besitzt. Meine These lautet daher:

Soziale Arbeit weist umfangreiche Konzepte, Methoden und Kompetenzen für die Arbeit mit hard to reach Klientel auf.

Wesentliche Aspekte sollen summarisch aufgelistet werden (siehe Beushausen 2012):

- Sozialepidemiologische Befunde (vgl. Beushausen 2013) weisen eindeutig auf die Zusammenhänge zwischen sozialen Faktoren und der Entstehung von Krankheiten hin, z.B. auf die Korrespondenzen zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit oder zwischen sozialer Benachteiligung und Gesundheit. Belegbar ist damit die Notwendigkeit der stärkeren Einbeziehung sozialer Faktoren bei der Benennung von Hintergründen bio-psycho-sozialer Phänomene und bei dem Einsatz notwendiger Interventionen
- Psychosoziale Interventionen können inzwischen auf fundierte Konzepte zurückgreifen. Hierzu gehören:
 - Soziale Arbeit fokussiert insbesondere auf das soziale Leiden, sieht dies jedoch immer eingebunden in ein biopsychosoziales Modell¹² (von Uexküll u.a.), das Problemlagen physiologischen, psychischen und sozialen Problemlagen zuordnet, die miteinander kommunizieren und untrennbar biopsychosozial verwoben sind. Im Bezug auf die WHO-Gesundheitsdefinition erkennt sie, dass nicht „ein Organ krank“ ist, sondern ein „Mensch in seiner Lebenswelt“
 - Das Lebenslagenkonzept und das Konzept der Lebensweltorientierung nach Thiersch u. a., mit dem Soziale Arbeit Lebenswelt ergänzend, Lebenswelt unterstützend und Lebenswelt ersetzend (Thole 2002 in Kleve 2003) tätig wird.

¹² Somit ist der Begriff der Psychosomatik verkürzt, es gibt demnach nur Soziopsychosomatik, der jeweils biologische, psychische und physische Prozesse beteiligt sind.

Grundkonzeption ist, sich auf die Lebenswelt der Klienten einzulassen und von dessen Erfahrungen auszugehen.

- Die Lebenslauf- und -zyklusperspektive erweitert die klassische analytische Phasenlehre, sie orientiert sich an der empirischen Entwicklungspsychologie und betrachtet im Lebenslauf Risikofaktoren und protektive Faktoren (lifespan devolpment, vgl. Petzold 2002).
- Soziale Arbeit nutzt das Konzept der Sozialen Unterstützung, das gewährte oder verweigerte Unterstützung und ihre Wirkung auf die Befindlichkeit des Menschen fokussiert (Netzwerkarbeit). Für die Soziale Arbeit ist die soziale Umwelt bei einer Störung, Krankheit oder Krise immer mitbetroffen.
- Sozialarbeit integriert Konzepte der Gesundheitsförderung, die salutogenetisch ansetzen und Lebensweisen in ihrer Verflechtung zwischen individuellen, sozialen, kulturellen, ökonomischen und ökologischen Faktoren betrachten¹³.
- Sozialarbeit nützt das Empowermentkonzept mit dem Konzept der Selbstermächtigung und betrachtet die Ressourcen der Klienten und ihrer Netzwerke.
- Systemische Konzepte sind inzwischen auch für die sozialarbeiterische Praxis entwickelt worden, wie z.B. das Systemische Casemanagement. Grundlage systemischer Konzepte ist das Modell der Autopoieses, nachdem wir nie berechenbar beeinflussen können und trotzdem nach ethisch nützlichen Kriterien handeln müssen. Dieses Modell setzt voraus, dass wir die autopoietische Autonomie des Klienten

¹³ Blended help bietet sich als ein weiterer unterstützender methodischer Ansatz an, um schwer erreichbare Klienten zu unterstützen, um auch jene zu erreichen, die gemeinhin als nicht selbshilfgruppenfähig eingestuft werden oder von den tradierten Angeboten der Selbsthilfeunterstützung nicht erreicht werden (siehe Stummbaum, 2013). Bei diesem Hilfefkonzept wird davon ausgegangen, dass die wesentlichen Problemlagen der Menschen nicht in einer räumlichen Explosion, sondern in sozialen und ökonomischen Deprivationen, also in Armut und Arbeitslosigkeit bestehen. Blended help ist an andere Hilfeformen anschlussfähig und kombinierbar und dient der grundlegenden Strategie der Demokratisierung des Wohlfahrtsstaates von unten. Bei dieser hybriden Hilfeform begleiten Fachkräfte Selbsthilfegruppen, da davon ausgegangen wird, dass die klassischen Selbsthilfegruppen mit ihren tradierten Arbeitsansätzen dieses Klientel nur wenig erreichen. Bei Menschen, die Kontakt zu Selbsthilfegruppen aufnehmen, wird bereits fast immer ein besonderer Nachweis der Selbsthilfefähigkeit vorausgesetzt. Die professionellen Fachkräfte verstehen sich hier als „In-Gang-setzer/innen“, um eine Bewältigungsperspektive zu eröffnen, die nicht auf individuelle Kontexte reduziert bleiben muss, sondern auch gesellschaftliche Entwicklung Zusammenhänge reflektiert und möglicherweise bearbeitet (vgl. Stummbaum 2013).

respektieren. Menschen als lebende Systeme können wir nur „stören“, wir wissen nie, was unsere Intervention bewirken.

- Soziale Arbeit hat einerseits aus klinischen Verstehensmodellen und Handlungskonzepten der humanistischen Therapien, der Familientherapie, der Verhaltenstherapie u.a. lernen können und hat diese andererseits durch die Einbeziehung sozialer Gegebenheiten erweitern können. Auf dem Hintergrund humanistischer Konzepte gehen wir davon aus, dass eine empathische, respektvolle Haltung mit einem hohen Grad an Kongruenz, Authentizität und liebevoller Zuneigung eine hilfreiche Beziehung ist. Auf dem Hintergrund dieser und anderer Erkenntnisse wurden Konzepte einer Sozialtherapie, einer Psycho-sozialen Behandlung und eine sozialtherapeutische Beratung (2013) im Kontext der Klinischen Sozialarbeit (Pauls 2004), einer Sozialtherapie (Röh 2010¹⁴) einer Sozialen Psychotherapie als Klinische Sozialarbeit (Deloie 2011) oder die Integrative Soziatherapie (Gahleitner et.al. 2013) entwickelt. Klinische Sozialarbeit versteht sich als eine praxeologische Wissenschaft der psychosozialen Beratung, Behandlung und Unterstützung.

¹⁴ Nach Röh (2010) basiert die Sozialtherapie auf einem sozial—ökologischen Gegenstandsverständnis und setzt ein sozio-, psycho-somatisches Krankheits- und Gesundheitsverständnis voraus, wobei die eigentliche Behandlungskompetenz und die Indikationsreichweite die Störungen des Passungsverhältnisses zwischen Subjekt und Umwelt betreffen. Er benennt in Bezug auf Steingass (1991) die folgenden Kennzeichen: Sozialtherapie habe es mit sozial desintegrierten Klienten zu tun, die multiproblematisch belastet sind, besetzt eine niedrige Zugangsschwelle, zielt auf die Sicherung des Überlebens, die Verhinderung von Folgeschäden, die Verhinderung sozialer Desintegration und eine autonome Lebensgestaltung ab. Hierbei setzt Sozialtherapie auf alltagsnahe, pädagogische, psychoedukative, direkte und alltagsorientierte Methoden ein, sie setzt auf Alltagsgestaltung und Tagesstrukturierung.

Schlussfolgerungen für die Soziale Arbeit

Welche Schlussfolgerungen lassen sich somit für die Identität der Sozialen Arbeit ziehen? Meine Thesen lauten:

- Die Soziale Arbeit benötigt eine neue Identität
- Sozialarbeiter sind spezialisierte Generalisten (Kleve 2007), in diesem Kontext sind psychosoziale therapeutische Interventionen Bestandteil der Sozialen Arbeit
- Gefordert ist ein Qualitätssprung in der interdisziplinären Zusammenarbeit.
- Soziale Arbeit muss selbstbewusster auftreten, sie muss deutlich machen, dass sie Kompetenzen besitzt, hard to reach Klientel ganzheitlich umfassend zu beraten und zu behandeln.
- Eine angemessene Begrifflichkeit, die die ambivalenten Tätigkeitsfelder beschreibt, fehlt.

Um die heutige Situation der Sozialen Arbeit zu kennzeichnen, soll zunächst auf Ortmann und Schaub verwiesen werden, die bereits 1988 die Frage stellten, ob sich die Sozialarbeit von den langen ›Magddiensten‹ für die Medizin und einigen heftigen, jedoch nicht glücklich verlaufenden Affären mit unterschiedlichen Psychotherapieinhalten und -methoden, in denen sie bis zur Selbstaufgabe um Anerkennung rang, nicht endlich verabschieden möchte. Auch Geißler-Piltz kritisierte bereits 2005 S.10), dass sich die verpassten Chancen der Klinischen Sozialarbeit¹⁵ als beratende und behandelnde Expertenschaft der Vergangenheit bis heute fortsetzen:

„Während die Soziale Arbeit die psycho-soziale Beratung als ihre Kernkompetenz begreift, steht sie psycho-sozialer Diagnostik und Behandlung beeinträchtigter Menschen skeptisch gegenüber. Behandlung wird ausgegliedert und der medizinisch-klinischen Behandlung und den ihr nahe stehenden Professionen – insbesondere Klinischer Psychologie und Psychotherapie – zugeordnet. Der Begriff wird assoziiert mit Expertenmacht und Eingriffen in die Eigenständigkeit der zu behandelnden Personen. Eine die eigenen Interventions- und psycho-sozialen Behandlungsmöglichkeiten nicht ausschöpfende defensive Haltung ist für die Schwierigkeiten der sozialen Profession im Gesundheitswesen zumindest mitverantwortlich.“

¹⁵ Klinische Sozialarbeit trägt umfassend dazu bei, die Profession der Sozialen Arbeit zu stärken, der es in den vergangenen Jahrzehnten nicht besonders wirkungsvoll gelang, sich in klinischen Feldern zu etablieren.

Während einerseits bereits seit langem, zumindest verbal, ein bio-psycho-soziales Konzept (siehe z.B. den ICF) zur Erklärung von Krankheiten und Störungen Bestandteil des Grundkonzeptes der Sozialen Arbeit ist, führt andererseits das Soziale als mitbehandelnde Ebene, ebenso wie die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen, so Pauls (2010), nur ein Nischendasein. Die Sozialarbeit ist mit ihrem Anspruch gleichberechtigt mit ihrem Paradigma neben dem medizinischen zu stehen, noch weit entfernt (vgl. Geißler-Piltz u.a. 2005). Sozialarbeiter sind oft zu unpolitisch und es fehlt oftmals Konfliktfähigkeit und –bereitschaft. Gegenüber den anderen Professionen besitzen viele Sozialarbeiter ein unzureichendes Selbstbewusstsein, häufig in Verbindung mit einer Selbstabwertung und einer Anpassung an vorgegebene oder nur vermutete Rollen (vgl. Beushausen 2012¹⁶, Geißler-Piltz u.a. 2005). Mit Staub-Bernasconi (2007, 14) ist zu fordern, dass die Sozialarbeit auch im Wissen um die unübersehbaren Schwächen der Profession, mit „erhobenem Kopf statt mit einem Bückling“ den Herausforderungen der heutigen Zeit standzuhalten habe.

Die Soziale Arbeit ist gefordert, ihre Konzeptionen, Methoden und Zuständigkeiten klarer zu definieren. Sie hat besonders in Zeiten zunehmender Verarmung und Verelendung und dem schleichenden Rückzug des Staates aus der sozialen und gesundheitlichen Versorgung der Bürger aktiv ihre Positionen zu benennen. Pauls (2004) verweist darauf, dass es die originäre Aufgabe der Sozialen Arbeit sei, mittels empirisch fundierter professioneller Methoden notwendige Veränderungen der psycho-sozialen Lebensweise und Lebenslage für das von uns betreute Klientel zu erarbeiten: „Schwere soziale, psychische, sozio- und psychosomatische Belastungen und Krisen erfordern eine psycho-soziale Prävention, Diagnostik und Intervention, die den Fokus nicht einseitig auf somatische oder psychische Probleme verengt. Die soziale Perspektive, die Erhöhung des Unterstützungspotentials innerhalb der privaten und der professionellen sozialen Netzwerke der Klienten, durch Vernetzung und Kooperation, durch direkte Alltagsunterstützung, durch Kompensation defizitärer sozialstruktureller Situationsfaktoren spielt dabei eine wesentliche Rolle, steht aber in der Prävention, Diagnostik, Intervention stets im Dialog mit dem subjektiven Erleben und den innerpsychischen Prozessen der KlientInnen. Die psychosoziale Fallarbeit muss daher beide Faktoren verknüpfen, die

¹⁶ Konfliktbereitschaft ist zudem notwendig, um die materielle Anerkennung zu erreichen, die sich in einer Einstufung nach TVÖD 11, bzw. 12 und für Master in die Gruppe 13 manifestieren würde. Um dies zu erreichen dürfen Sozialarbeiter nicht in verschiedenen Sozialarbeiter-Standesvertretungen und Berufsverbänden engagiert sein, die in der öffentlichen Wahrnehmung schwach sind. Diese sollten sich zusammenschließen, damit sie mehr Einfluss nehmen können.

soziale wie die psychische Dimension einbeziehen. Kaum ein Beruf im psychosozialen Bereich begegnet daher einer breiter gestreuten Aufgabenstellung und vielfältigeren Funktionen in der Beratung, Betreuung, Therapie und Intervention hilfebedürftiger Menschen als der im klinischen Feld tätige Diplom-Sozialarbeiter und -Sozialpädagoge“ (vgl. Pauls 2004, S: 18).

Somit ist es an der Zeit ein bio-psycho-sozio-kulturelles Leitmodell offensiver zu vertreten¹⁷. Genutzt werden können hier Erkenntnisse der Integrativen Therapie, die sich als Humantherapie versteht, in der es z.B. im engeren Sinne keine psychosomatischen Erkrankungen gibt, sondern bei allen Erkrankungen körperliche, seelische, geistige sowie ökologische und ökonomische Einflüsse in den Zeitachsen der Vergangenheit, Gegenwart sowie der Zukunftserwartungen für eine Person immer mehr oder weniger Bedeutung haben (Leitner 2010, 110). Auch aus einer systemischen Perspektive sind alle diese Ebenen strukturell miteinander gekoppelt, das heißt, sie beeinflussen sich jeweils gegenseitig. Der Reduktionismus, die Zergliederung medizinisch biologischer, psychosomatischer, sozialer oder psychologischer Ebenen, muss überwunden werden. Wir wissen inzwischen: Auch soziale Erfahrungen wirken durch psychobiologische Prozesse auf unseren Leib. Damit wird ein primär biologisch geprägtes Verständnis von Krankheiten und Störungen in einem biopsychosozialen Kontext transformiert, das an Gesundheit und nicht zunächst an Krankheit orientiert ist (vgl. Pauls 2013). Im Gesundheitsbereich, der immer noch stark vom biomedizinischen Modell dominiert wird, ist immer wieder auf die Notwendigkeit der Einbeziehung und der Umsetzung bio-psycho-sozialer Ebenen im kulturell ökologischen Kontext hinzuweisen.

Leider sind in Deutschland bei der Frage, welche Berufsgruppe welche Interventionen durchführt, aktuell noch Unterscheidungen leitend, die den jeweiligen berufsständischen Interessen folgen. Diese Unterscheidungen lassen sich zum Beispiel daran ablesen, wer was bezahlt. Wird eine Leistung von der Krankenkasse bezahlt, ist es Behandlung und Therapie, zahlt ein anderer Träger, zum Beispiel im Rahmen einer Wiedereingliederungsmaßnahme, ist dies Betreuung oder Rehabilitation. Vorgeschlagen wird stattdessen, Unterscheidungen auf der inhaltlichen Ebene vorzunehmen und generell von psychosozialen Interventionen zu

¹⁷ Insoweit müssen beispielhaft auch scheinbar körperliche Erkrankungen oder Verletzungen mehrperspektivisch betrachtet werden. Eine Verletzung während der Arbeit könnte in Verbindung stehen mit einer mangelnden Motivation, einer depressiven Erkrankung, sozialem Stress oder gefährlichen Arbeitsbedingungen.

sprechen. Bei der Beschreibung der Tätigkeiten sollte keine entweder – oder - Haltung eingenommen werden, denn viele Handlungen sind ambivalent (sowohl – als - auch Haltung), sie sind oftmals zugleich Beratung, Betreuung, Begleitung oder Therapie. Meistens lassen sich konkrete Handlungen immer zugleich mehreren Kategorien zuordnen. Kleve (2003, 93) spricht daher in seinem Konzept der postmodernen Sozialen Arbeit von Polyvalenz, da professionelle Handlungen schwer zu operationalisieren sind. Er führt aus: „Das, was wir als SozialarbeiterInnen tun, scheint so ambivalent zu sein, dass uns eindeutige Klassifizierungen und homogene theoretische Konzepte zu fehlen scheinen, um unsere Praxis zu beschreiben, zu erklären und zu bewerten“ (2003, 94).

Die Soziale Arbeit hat noch keine einzigartige, eindeutige Identität als Profession, sondern eine postmoderne, d.h. widersprüchliche, ambivalente, dynamische Identität. Dies macht die besondere Identität der Sozialarbeit aus. Metaphorisch wird es in dem angesprochenen Bild des Zehnkämpfers (nach Herwig-Lempp) deutlich. Kleve (2007) fasst diese Dialektik treffend mit dem Begriff des „spezialisierten Generalisten“ zusammen. Weil es in der Sozialen Arbeit nicht eine einzige eindeutige Identität gibt, bildet sich diese in konkreten Handlungsbereichen, z.B. für das Jugendamt oder die Schulsozialarbeit, aus. Diese Identitäten sind in ihrer Verschiedenheit zu akzeptieren und zu würdigen.

Sozialarbeit ist die Disziplin, die Profession, die ganzheitlich orientiert ist und transversal, also quer, zu den klassischen Professionen tätig wird. Sie integriert jeweils Perspektiven der verschiedenen anderen Wissenschaften. Diese umfassende Perspektive ist immer dann nötig, wenn etwas sehr komplex wird und die Perspektiven anderer Wissenschaften z.B. der Medizin, der Psychologie oder des Rechts nicht ausreichen. Diese transversale Perspektive¹⁸ ist noch näher zu begründen und auszuarbeiten. Petzold (2011) hat zu dieser Thematik wichtige Arbeiten geleistet und Grundlagen einer transdisziplinären Wissenschaft entwickelt, die in Korrespondenz (Petzold) zu anderen Wissenschaften steht, durch Korrespondieren in Begegnung, Respekt und Auseinandersetzung Kooperation ermöglicht und den Boden für eine evidenzbasierte psychosoziale Arbeit bildet.

Ich habe bereits darauf hingewiesen, dass es im Kontext einer Interdisziplinarität¹⁹ und eines bio-psycho-sozialen Konzeptes nicht um die

¹⁸ Konsequenz wäre es, den Begriff der Humantherapie im Kontext der integrativen Therapie aufzunehmen (siehe hierzu Leitner, 2010).

¹⁹ Selbstverständlich ist es wichtig, dass Fachkräfte spezialisierte Techniken, für sie besonders ausgebildet sind, verantwortlich nutzen. Ein Vergleich aus der Medizin soll dies verdeutlichen: Der

Frage gehen kann ob Beratung oder Psychotherapie anspruchsvoller ist. Die Frage „wer ist mehr oder weniger anspruchsvoll“ wäre nach Bateson eine Antwort auf der Ebene der Veränderung erster Ordnung, in der es in diesem Fall um eine Änderung von Rangfolgen oder Hierarchien geht. Auf der Ebene der Veränderung zweiter Ordnung geht es um einen „Sprung“, einen Qualitätssprung, um eine neue Kultur in der Zusammenarbeit. Es geht dann nicht um „ein Mehr“, sondern um „ein Miteinander in einer anderen Qualität“, in der einzelne Berufsgruppen durchaus ihre Schwerpunkte haben. Integrative Konzepte, wie zum Beispiel die Sozialtherapie (Gahleitner et.al. 2013) bieten umfassende Verfahren für die Unterstützung von hard to reach Klientel an. Nochmals soll betont werden: Für die Betreuung dieses Klientels besteht eine erhebliche Unterversorgung. Der Einschätzung von Schwendter (2000, 256 in Röh 2010), die Soziale Therapie könne gefahrlos von Personen ohne explizite psychotherapeutische Ausbildung praktiziert werden, kann nicht zugestimmt werden, da auch „Soziale Therapien“, wie alle anderen Interventionen, Menschen schaden können. Die verantwortliche Übernahme psychosozialer Behandlungen durch Sozialarbeiter hat so nicht nur Konsequenzen für Ihre Identität (und vielleicht irgendwann einmal für die Bezahlung), sondern auch für die entsprechende qualifizierte Ausbildung z.B. in Masterstudiengängen²⁰.

Zurzeit ist noch damit zu rechnen, dass Auseinandersetzungen um die Bedeutung der Sozialen Arbeit nicht durch Kooperation entschieden werden. Bis solche Konflikte anders geklärt werden können, müssen Sozialarbeiter sich eindeutiger positionieren und über eine bessere Interessenvertretung verfügen. Um die Bedeutung der Sozialen Arbeit hervorzuheben ist es einerseits für die zukünftigen Auseinandersetzungen nützlich, diese Vielfältigkeit als „Zehnkampf“ und als „Königsdisziplin“ (Herwig-Lempp 2011) zu bezeichnen. Diese Bezeichnungen können provokant Auseinandersetzungen anstoßen, Sozialarbeiter in ihrem Selbstwertgefühl bestärken und zum Aushalten von Konflikten ermutigen. Andererseits wird mit der Metapher der Königsdisziplin eine Höherstellung impliziert, die meinem Anliegen eines partnerschaftlichen, gleichberechtigten Umgangs der Berufsgruppen untereinander widerspricht. Keine neuen Rangreihen der

Hausarzt muss unterscheiden können, wann er die Hilfe eines Spezialisten benötigt und wann er selbstständig tätig werden kann.

²⁰ Die Sozialarbeitswissenschaft hat mit den Masterstudiengängen eine Antwort auf Fragen nach der Wissenschaftlichkeit der Profession, z.B. mit Studiengängen der Klinischen Sozialen Arbeit und der Systemischen Sozialarbeit, gefunden. Dies ist ein weiterer Schritt zur Fachwissenschaft. Hierbei bilden Praxis, Wissenschaft, Forschung, Lehre und Ausbildung aufeinander bezogen die Profession Soziale Arbeit.

Bedeutung zu konstruieren, geht von der Hoffnung aus, dass ohne diese Zuspitzung Veränderung zu erzielen ist. Sozialarbeiter sollten sich meines Erachtens als spezialisierte Generalisten (Kleve 2007) betrachten, die in ihrem speziellen Berufsgebiet verschiedene Tätigkeitsschwerpunkte haben. Dies schließt auch die Tätigkeit einer Behandlung ein.

Die Soziale Arbeit steht in der Ambivalenz, dass ihr einerseits das schwierigste, oftmals schwer erreichbare Klientel anvertraut wird (vgl. Geißler-Piltz u.a. 2005), mit der keine andere Disziplin zurechtkommt, „ihr aber andererseits die Mittel und Methoden vorenthalten werden, um auf bestmögliche Weise mit diesen Menschen zu arbeiten“ (a.a.O., 151). Benötigt werden neue Formen der Zusammenarbeit zwischen den Professionen, die sich auch in neuen Begrifflichkeit abbilden müssen. Offen ist, ob wir von Humantherapie (Petzold) bzw. Integrativer fokaler Kurzzeittherapie (IFK, Petzold 2012), Soziotherapie/Sozialtherapie (Sieper, u. Petzold 2011), Sozialtherapie (z.B. Ortmann und Röh (2013), Sozialtherapeutische Beratung (Pauls, Stockmann, Reichert 2013) Integrativer Therapie, Sozialer Psychotherapie (Deloie 2011), therapy plus wie in den USA, Klinischer Sozialarbeit, psychosozialer Behandlung (Pauls) oder psycho-bio-sozialer Tätigkeit sprechen sollten.

Gefordert wird daher eine Veränderung zweiter Ordnung, ein Qualitätssprung in der Kultur der interdisziplinären Zusammenarbeit. Solch ein Sprung benötigt jedoch gegenseitige Wertschätzung. Anzustreben sind Transdisziplinarität und respektvolle Zusammenarbeit und kein Schulen- und Berufsgruppenstreit, jedoch flexible klinische Orientierungen und differentielle Vorgehensweisen. Fokussiert werden sollte auf das, was wirkt und im speziellen Fall „passt“. Dies wird im Regelfall ein Bündel von psychischen, leiblichen und sozialen Interventionen sein.

Literatur

Belardi, N. (2004): Soziale Arbeit und Beratung. In: Chasse, K./ Wensierski, H.-J. (Hrsg.): Praxisfelder der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. Weinheim und München: Juventa.

Bembenneck, C. (2006): Welche Merkmale kennzeichnen die Inanspruchnahmepatienten ambulanter Psychotherapie? Dissertation, Hannover.

Beushausen, J., Caby, A. (2012): Soziale Arbeit in der ärztlichen Praxis. Optimierung ärztlicher Versorgung. In: TuP, 63. Jg., Heft 2, April 2012.

Beushausen, J. (2012): Ist es nützlich, Soziale Arbeit als anspruchsvoller als Psychotherapie zu bezeichnen? Reflexionen zur professionellen Identität der Sozialen Arbeit. Zeitschrift für systemische Therapie und Beratung, 3/2012, 121 – 129. eingestellt unter: [dgsf.org/service/wissensportal/Ist es nuetzlich- Soziale Arbeit als anspruchsvoller als Psychotherapie zu bezeichnen -2012.pdf](http://dgsf.org/service/wissensportal/Ist_es_nuetzlich-Soziale_Arbeit_als_anspruchsvoller_als_Psychotherapie_zu_bezeichnen_-2012.pdf) und eingestellt am 29.8.2012: www.systemmagazin.de

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

Binner, U., Ortmann, K-H (2009): Sozialarbeit als Therapie – ein Entwurf. www.khsb-berlin.de/fileadmin/user/_upload/Weiterbildung/Biner_Ortmann_Sozialtherapie.pdf. Zugriff am 26.09.2011.

Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) (2013): Tatsachenpapier. Tatsache 6. Zyklisch kranke Menschen erhalten zu spät eine Behandlung oder gar keine. BPtK_Tatsachenpapier.pdf, erhalten 5/2013.

Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) (2013): Mitteilungen zum 22. Deutschen Psychotherapeutentag – Politik für psychisch kranke Menschen. In: Psychotherapeutenjournal 2/2013, 19.06.2013, S. 168 – 171, [http://www.psychotherapeutenjournal.de/ptk/web.nsf/gfx/D6995479724DE46241257B8F005176E0/\\$file/ptj_2013-2.pdf](http://www.psychotherapeutenjournal.de/ptk/web.nsf/gfx/D6995479724DE46241257B8F005176E0/$file/ptj_2013-2.pdf), Zugriff am 24.06.2013.

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

Epstein, E. / Wiesner, M. / Duda, L (2013): Abschied vom psychiatrischen und psychotherapeutischen Größenwahn: Konstruktionen einer 'Posttherapeutischen Welt'. www.systemmagazin.de/bibliothek/e_bibliothek.php.epstein_posttherapeutische_welt.pdf. Zugriff: 15.05.2013.

Eugster, R. (2000): Die Genese des Klienten. Soziale Arbeit als System. Bern: Haupt.

Gahleitner, S., Deloie, D. und Stiz, A. (2013): Integrative Sozialtherapie. Kurzinput für die Sektionssitzung Klinische Sozialarbeit am 27.03 2013 in Frankfurt.

Gahleitner, S. B., Borg-Laufs, M. (2007): Wer wird Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin? Perspektiven der Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Heilpädagogik. Psychotherapeutenjournal, 2/2007, 108—117.

Geißler-Piltz, B. (2004a): Die Entwicklung der Klinischen Sozialarbeit - eine Historie mit vielen Brüchen. http://www.hs-coburg.de/uploads/media/Entwicklung_Klinische_SA_GPiltz_04.pdf.

Geißler-Piltz, B. (2004b): Im Brennpunkt lief der Alltag der erkrankten Menschen. In: Sozial Extra 1/2004, www.hs-coburg.de/uploads/media/Klinische_Sozialarbeit_Geissler-Piltz_01pdf.

Geißler-Piltz, B., Mühlum, A. Pauls, H. (2005a): Klinische Sozialarbeit. München und Basel: Reinhard UTB.

Geißler-Piltz, B. (2005): Die Entwicklung der Klinischen Sozialarbeit – eine Historie mit vielen Brüchen. http://www.hs-coburg.de/uploads/media/Entwicklung_Klinische_SA_GPiltz_04.pdf. Dieser Beitrag erschien zugleich als: Geißler-Piltz, B. (2005): Geschichte der Clinical Social Work und Klinischen Sozialarbeit. In: Geißler-Piltz, B., Mühlum, A. & Pauls, H. (Hg.): Einführung in die Klinische Sozialarbeit. München/Basel, Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. 9. Zugriff am 11.07.2013.

Haarhoff, H. (2013): Die Scheu vor den schweren Psycho-Fällen. Taz vom 8./9. 05. 2013, S. 7.

Grawe, Klaus: (Wie) kann Psychotherapie durch empirische Validierung wirksamer werden? Psychotherapeutenjournal 1/2005, S. 4 – 11.

Grawe, K. (o.J.): Was sind die wirklich wirksamen Ingredienzien der Psychotherapie? www.psychotherapie.org/klaus/ref-grawe-2html. Zugriff am 08.06.2009.

Grawe, Klaus / Donati, Ruth / Bernauer, Friederike: (1995): Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Vierte Auflage, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.

Grawe, Klaus: (Wie) kann Phytotherapie durch empirische Validierung wirksamer werden? Psychotherapeutenjournal 1/2005, S. 4 – 11.

Grawe, K. (o.J.): Was sind die wirklich wirksamen Ingredienzien der Psychotherapie? www.psychotherapie.org/klaus/ref-grawe-2html. Zugriff am 08.06.2009.

Herwig-Lempp, J. / Kühling, L. (2011): Sozialarbeit ist anspruchsvoller als Therapie. Vortrag auf der 3. Merseburger Tagung 2011. www.zwei-mal-zwei-gruen.de/wp-content/uploads/2011/07/110709-Herwig-Lempp_K%C3%BChlinh_Sozialarbeit1.pdf.

Herwig-Lempp, J. & Kühling, L. (2012): Sozialarbeit ist anspruchsvoller als Therapie, in: Zeitschrift für Systemische Therapie und Beratung, Heft 2/2012.

Kleve, H. (2003): Sozialarbeitswissenschaft, Systemtheorie und Postmoderne. Grundlegungen und Anwendungen eines Theorie- und Methodenprogramms: Freiburg Lambertus.

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

Kriz, J. (2013): „Biopsychosozial und integrativ, was ist dran und was nicht?“ – ein Interview von Silke Birgitta Gahleitner mit Jürgen Kriz. Resonanzen. E-Journal für Biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung, 1(1), 65-78. Zugriff am 15.06.2013. Verfügbar unter <http://www.resonanzenjournal.org>.

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

Leitner, A. (2010): Handbuch der Integrativen Therapie. Wien, New York: Springer.

Luhmann, Niklas (1997): Die Gesellschaft der Gesellschaft. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Melchinger, H. (2010): Schlechte Karten für schwer Kranke. In: Neuro Transmitter. Heft 6, S. 27-29

Nestmann, F. (2004): Beratungsmethoden und Beratungsbeziehung. In Nestmann, F. / Engel, F. / Sickendiek, U. (Hrsg.): Das Handbuch der Beratung, Band 2, Ansätze, Methoden und Felder, Tübingen: dgvt Verlag.

Orthey, F.M. (2004): Veränderungsmanagement in Organisationen. In: Laske, St. / Orthey, A. / Schmidt, M. (HG) PersonalEntwickln. 123. Erg. Lfg., Köln 2008. http://www.ortheys.de/woran_wir_arbeiten/textezumlesen/22/3_3_22.pdf Pauls, H.: Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung. Weinheim und München.

Pauls, H. (2010): Hard-to-reach - Gedanken zur Aporie des Alleinganges. In: Labonte-Roset, C., Hoefert, H.-w., Cornel, H. (Hrsg.) Hard to Reach. Schwer erreichbare Klienten in der Sozialen Arbeit. Berlin, Milow, Strassburg, S. 94 – 106.

Pauls, H. (2011): Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung. Weinheim & München: Juventa.

Pauls, H. (2013): Das biopsychosoziale Modell – Herkunft und Aktualität Resonanzen. E-Journal für Biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung, 1(1), 15-31. Zugriff am 15.06.2013. Verfügbar unter <http://www.resonanzen-journal.org>.

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

Ortmann, K.-H. & Röh, D. (2013): Sozialtherapie eine Positionierung im Rahmen der Wissenschaft Sozialer Arbeit. Vortrag am 27.4.2013 der Sektion Klinische Sozialarbeit, Tagung der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit in Frankfurt.

Ortmann, K. & Schaub, H.- A. (1988): Sozialarbeit und Gesundheit. Jahrbuch für Kritische Medizin 13, 127–145.

Petzold, H. G. (2002): Zentrale Modelle und Kernkonzepte der „Integrativen Therapie“. In: POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit. Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“. Ausgabe 02/2002.

Petzold, H. (2011): Psychotherapie der Zukunft – Reflexionen zur Zukunft und Kultur einer korrespondierenden und evidenzbasierten Humantherapie, 2011, Polyloge, 1999, Neueinstellung 2011, www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/19-2011-petzold-h-g-upd-2011-psychotherapie-der-zukunft-reflexionen-zur-zukunft-und-kultur.html.

Petzold, H. (2012): Integrative fokale Kurzzeittherapie (IFK) und Fokaldiagnostik – Prinzipien, Methoden, Techniken [fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/25-2012-petzold-h-g-1993p-integrative-fokale-kurzzeittherapie-ifk-und-fokaldiagnostik.html](http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/25-2012-petzold-h-g-1993p-integrative-fokale-kurzzeittherapie-ifk-und-fokaldiagnostik.html), Zugriff am 12.06.2013.

Röh, D. (2010): Sozialtherapie. Einordnungsversuch im Rahmen der Profession und der Disziplin Sozialer Arbeit. Vortrag auf der ECCSW- Tagung: soziale Gesundheit stärken: 24./25. September 2010, eingestellt: www.khsb-berlin.de/fileadmin/user_upload/ISG/Dieter_Roeh.pdf.

Schlippe von A. & Schweitzer, J. (2011): Lehrbuch der systemischen Beratung II, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Sieper, J. & Petzold, H. (2011): Soziotherapie/Sozialtherapie – ein unverzichtbares Instrument gegen soziale Exklusion und für die psychosoziale Hilfeleistung in „prekären Lebenslagen“. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/03-2011-sieper-j-petzold-h-g-soziotherapie-sozialtherapie-gegen-soziale-exklusion.html>, Zugriff am 19.06.2013.

Staub-Bernasconi, S. (2007): Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft. Bern, Stuttgart, Wien: Haupt Verlag.

Stummbaum, M. (2013): Blended Help. URL: <http://www.sozialraum.de/blended-help-ein-innovativer-ansatz-sozialraumorientierter-sozialer-arbeit.php>, Datum des Zugriffs: 16.05.2013.

Wittchen, H.-U. (2013): Vortrag auf dem 22. Psychotherapeutentag. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS), speziell zum Modul „Psychische Störungen/Gesundheit“.

Wright, M.T. (2010): Wer ist für wen schwer erreichbar? In: In: Labonte-Roset, C., Hoefert, H.-W., Cornel, H. (Hrsg.) Hard to Reach. Schwer erreichbare Klienten in der Sozialen Arbeit. Berlin, Milow, Strassburg, S. 229 – 236.

Verfasser:

Dr. rer. pol. Jürgen Beushausen, geb. 1955, Studium der Sozialarbeit und der Erziehungswissenschaft, Lehrkraft für besondere Aufgaben an der Hochschule Emden, Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit. Zusatzausbildungen in Familientherapie, Psychodrama, Integrativer Gestalttherapie und Traumatherapie. Langjährige Tätigkeit als Supervisor, als Lehrtherapeut und in der Suchtkrankenhilfe, juergen.beushausen@hs-emden-leer.de

Homepage: www.ewetel.net/~juergen.beushausen/