

# Didaktische Bausteine und Übungen zur Klinischen Sozialarbeit in der Lehre

Hrsg. Helmut Pauls, Johannes Lohner, Ralph Viehhauser



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

Sie sind SozialpädagogIn/SozialarbeiterIn  
und arbeiten in einem klinisch-sozialen Berufsfeld?

Die Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (ZKS)  
zertifiziert Ihre professionelle Arbeit!

Weitere Informationen unter:  
[www.klinische-sozialarbeit.de](http://www.klinische-sozialarbeit.de)

Schriften zur psycho-sozialen Gesundheit

Helmut Pauls,  
Johannes Lohner,  
Ralph Viehhauser (Hrsg.)

Didaktische Bausteine und Übungen  
zur Klinischen Sozialarbeit in der Lehre



## **Impressum**

CIP-Titelaufnahme der Deutschen Bibliothek  
Helmut Pauls, Johannes Lohner, Ralph Viehhauser (Hrsg.):  
Didaktische Bausteine und Übungen zur Klinischen Sozialarbeit in der Lehre

Diese Arbeit erscheint im Rahmen der Reihe  
„Schriften zur psycho-sozialen Gesundheit“  
Herausgeber:

Prof. Dr. Frank Como-Zipfel  
Dr. Gernot Hahn  
Prof. Dr. Helmut Pauls

Coburg: ZKS-Verlag  
Alle Rechte vorbehalten

© 2016 ZKS-Verlag

Cover-Design: Leon Reicherts  
Technische Redaktion: Tony Hofmann

ISBN 978-3-934247-20-8

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:**

- IPSG-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

## Didaktische Bausteine und Übungen zur Klinischen Sozialarbeit in der Lehre



## Inhalt

Helmut Pauls

Baustein 1 – Person-in-Environment – Übung zum Zusammenhang von Selbst-Regulation und sozialer Chancenstruktur (2014) .....	9
1. Grundlagen, Absichten und Ziele.....	10
2. Durchführung / Instruktion.....	11
3. Erfahrungen und weiterführende Hinweise.....	13
Literatur .....	13
Autorenangabe .....	14

Ralph Viehhauser

Baustein 2 – Die helfende Beziehung – Anstöße für eine praxisgerechte, selbstreflexive Gestaltung der Basisvariable „Positive Wertschätzung“ (2014).....	15
1. Absichten und Ziele .....	16
2. Durchführung / Instruktion.....	16
3. Erfahrungen und weiterführende Hinweise.....	23
Literatur .....	24
Autorenangabe .....	24

Gernot Hahn

Baustein 3 – Ressourcen und protektive Faktoren – Übung zur Bedeutung und zum Gewicht von Schutzfaktoren in der psychosozialen Fallarbeit (2014).....	26
1. Grundlagen, Absichten und Ziele.....	27
2. Durchführung / Instruktion.....	28
3. Erfahrungen und weiterführende Hinweise.....	29
Literatur .....	32
Autorenangabe .....	32

Jürgen Beushausen

Baustein 4 – Beratungskompetenzen erwerben – Übernahme von Rollen durch studentische Rollenspieler (2014).....	33
1. Absichten und Ziele .....	34
2. Durchführung / Instruktion.....	35
3. Erfahrungen und weiterführende Hinweise.....	37
Literatur .....	38

Autorenangabe .....	38
Johannes Lohner	
Baustein 5 – Fallreflexion – vom „Bauchgefühl“ zur Gegenübertragung (2014).....	45
1. Absichten und Ziele .....	46
2. Durchführung / Instruktion.....	48
3. Erfahrungen und weiterführende Hinweise.....	54
Literatur.....	55
Autorenangabe .....	57
Clemens Dannenbeck und Carmen Böhm	
Baustein 6 – Reflexiv-kritische Klinische Sozialarbeit im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention – Ein exemplarisches Seminarkonzept (2015).....	58
1. Grundlagen, Absichten und Ziele.....	59
2. Durchführung / Instruktion.....	60
3. Erfahrungen und weiterführende Hinweise.....	68
Autorenangabe .....	69
Eva Wunderer und Julia Dreseler	
Baustein 7 – Personbezogene Selbsterfahrung mittels Familienrekonstruktion (2015) .....	70
1. Grundlagen, Absichten und Ziele.....	71
2. Durchführung / Instruktion.....	71
3. Erfahrungen und weiterführende Hinweise.....	76
Literatur.....	78
Autorenangabe .....	78
Dieter Röh	
Baustein 8 – Analyse Sozialer Netzwerke im Rahmen Sozialer Diagnostik und Hilfeplanung (2015) .....	79
1. Grundlagen, Absichten und Ziele.....	80
2. Durchführung / Instruktion.....	81
3. Erfahrungen und weiterführende Hinweise.....	86
Literatur.....	88
Autorenangabe .....	90
Harald Ansen	
Baustein 9 – Systemische Gesprächsführung (2015).....	91



---

1. Grundlagen, Absichten und Ziele.....	92
2. Durchführung / Instruktion.....	94
3. Erfahrungen und weiterführende Hinweise.....	103
Literatur .....	104
Autorenangabe .....	104
Christine Kröger	
Baustein 10 – Das Konsistenzmodell von Klaus Grawe: Zu den Zusammenhängen zwischen Grundbedürfnissen, motivationalen Schemata und Gesundheit (2015).....	105
1. Grundlagen, Absichten und Ziele.....	106
2. Durchführung / Instruktion.....	108
3. Erfahrungen und weiterführende Hinweise.....	114
Literatur .....	115
Autorenangabe .....	116
Silke Gahleitner	
Baustein 11 – „Diagnostisches Fallverstehen“ erfahren und anwenden (2016) .....	117
1. Grundlagen, Absichten und Ziele.....	118
2. Durchführung / Instruktion.....	119
3. Erfahrungen und weiterführende Hinweise.....	125
Literatur .....	126
Autorenangabe .....	129



Helmut Pauls

Baustein 1

Person-in-Environment – Übung zum Zusammenhang von Selbst-  
Regulation und sozialer Chancenstruktur (2014)

## 1. Grundlagen, Absichten und Ziele

Nur als Interaktionspartner in sozialen (Austausch)Beziehungen können Menschen ihre Bedürfnisse, Interessen und Handlungskompetenzen und ihre sprachlich kommunizierten Bedeutungssysteme überhaupt entwickeln (Bunge & Mahner 2004, S. 152 f.). Das Konzept der „person-in-environment“ bettet das Individuum in ein umfassenderes, soziales System ein. Die Qualität des sozialen Miteinanders ist abhängig von institutionellen Orten, in denen Menschen in hinreichendem Ausmaß Akzeptanz, soziale Unterstützung, Wärme, Solidarität (Bindung) und Schutz erleben. Im Anschluss an Obrecht (der sich wiederum auf die Bunge'sche Systemtheorie stützt; Obrecht 2000, 2005) kann man aus bedürfnistheoretischer Perspektive definieren: Ein „soziales Problem“ bedeutet, dass ein sozialer Akteur in seinen sozialen Beziehungen und Kontaktgestaltungen, im Rahmen seiner sozialen Integration oder in seiner Position in einem für ihn relevanten sozialen System „ein mittel- oder unmittelbar bedürfnisrelevantes Ziel nicht“ erreichen kann. So kann die Bedürfnisspannung nicht abgebaut werden (Klassen 2009, S. 47), was dann häufig erhebliche psychische Konsequenzen (Inkongruenz-Erfahrungen, niedrige Selbstbewertung, niedrige Selbstwirksamkeitserwartungen und unzureichende Selbst-Einbindung) und somatische Folgen (z. B. chronischer Stress und dadurch bedingte Erkrankungen) zeitigt.

Bei gesundheitsrelevanten sozialen Problemstellungen stellt sich also die Aufgabe, den betroffenen Individuen, ihren Angehörigen und ggf. weiteren Personen des sozialen Umfeldes im Rahmen kommunikativer Prozesse zu helfen, das Verhältnis (die „Passung“) zwischen subjektivem Erleben und individuellem Verhalten (psychologische Merkmale) mit den interpersonalen Beziehungen (soziale Unterstützung) und den Bedingungen und Anforderungen der „objektiven“ Außenwelt (sozialstrukturelle, sozioökonomische, sozialrechtliche Bedingungen) zu verbessern. Und zwar in der Weise, dass die biopsychosozialen Bedürfnisse in hinreichendem Ausmaß befriedigt werden können.

Klinisch bzw. sozialtherapeutisch beratende und behandelnde Institutionen bzw. Maßnahmen sollten entsprechend Einbindungs- und Erfahrungsmöglichkeiten bieten (Pauls & Reicherts 2013). Dazu sind geeignete sozialstrukturelle Bedingungen und Bindungsverhältnisse (Applegate & Shapiro 2005) nötig (z. B. institutionelle Angebote, Projekte, Werkstätten, Gruppen ...) welche

- (a) die soziale emotionale Motivation der Betroffenen durch spezifische Handlungsmöglichkeiten fördert, die Anerkennung hervorrufen und Zugehörigkeit ermöglichen,
- (b) die ihnen Selbsteinbindungsmöglichkeiten und positive Selbstregulationsmöglichkeiten (Selbstwirksamkeitserfahrungen, positive Selbstbewertung) anbieten – auch unterstützt durch individuelle und/oder Gruppengespräche, Beratung.

Das folgende im Anschluss an Siegrist (1998) erstellte Schema (Pauls 2013) verknüpft nun die angesprochenen Ebenen und symbolisiert die wechselseitigen *direkten* und *indirekten* Einflusspfade.

<b>Selbstregulation</b>	Selbst-Wirksamkeit		Selbst-Bewertung		Selbst-Einbindung
	⇕		⇕		⇕
<b>sozio-emotionale Motivation</b>	zielgerichtetes Handeln	↔	Belohnung, Anerkennung	↔	Zugehörigkeit
	⇕		⇕		⇕
<b>soziale Chancenstruktur</b>	Zuweisung sozialer Rollen (vor allem Erwerbsrolle)		Zuerkennung von Gratifikationen		Verfügbarkeit sozialer Netzwerke u. Primärgruppen

**Schema zum Zusammenhang von Bedürfnissen der Selbst-Regulation mit der sozialstrukturellen Chancenstruktur (aus Pauls 2013, S. 92; im Anschluss an Siegrist, 1998)**

Die folgende Übung gibt Studierenden bzw. Berufspraktikerinnen und -praktikern eine Anleitung an die Hand, Maßnahmen und Strukturen ihrer Einrichtung im Hinblick auf mehrere relevante Aspekte des oben dargestellten „9-Felder-Schemas“ hin zu analysieren.

Neben der Reflexion, Konkretisierung und Verknüpfung eines theoretischen Modells mit der Berufspraxis bietet diese Übung auch die Möglichkeit, dass die Teilnehmenden den jeweiligen beruflichen Hintergrund kennenlernen und austauschen, so dass diese Übung auch für neu gebildete Studiengruppen geeignet ist.

## 2. Durchführung / Instruktion

### Schritt 1:

In der Gesamtgruppe (ca. 20-30 Minuten):

- Vorstellen und Besprechung des Schemas,
- Aufforderung, die Ebenen und Zellen zu erläutern und mit eigenen theoretischen Kenntnissen zu verknüpfen (z. B. aus der Psychologie – Was ist Selbstwirksamkeit ...; aus der Soziologie – Rollenbegriff, Gratifikation, natürliche und professionell/ institutionelle soziale Netzwerke etc.),
- Beispiele aus Arbeitsbereichen der Sozialen Arbeit suchen.

## Schritt 2:

Einzelarbeit (ca. 15 Minuten):

Wie wird in meiner Einrichtung (bzw. im Rahmen dieser oder jener Maßnahme, die ich im z. B. Praktikum kennengelernt habe / bei berufsbegleitenden Studiengängen / Fortbildungen: an meiner gegenwärtigen Arbeitsstelle) der Zusammenhang zwischen sozialer Chancenstruktur, sozialemotionaler Motivation und der Selbstregulation unserer Klienten beachtet? Dies wird zunächst individuell von jeder Person ca. 15 Minuten mit folgenden Fragen still reflektiert, anhand des 9-Felder-Schemas mit schriftlichen Notizen:

- auf welchen/welcher Ebene(n) wird mit welcher Klientel primär gearbeitet? Wie genau?
- Welche Strukturen und Konzepte haben wir für die drei Ebenen und die jeweiligen „Zellen“?
- Wie werden die Schnittstellen bzw. Übergänge beachtet, gefördert, reflektiert?
- Was ist für unsere spezielle Klientel auf den jeweiligen Ebenen notwendig? Wo sind Defizite? Wo sind Stärken in unserer/meiner Arbeit?
- Welche Möglichkeiten der Schließung von relevanten „Lücken“ in unserem/meinem Angebot gibt es prinzipiell/konkret in unserer/meiner Einrichtung?
- Was bedeutet das nun für meine eigene Perspektive und Tätigkeit?

## Schritt 3:

Untergruppen (ca. 45-60 Minuten):

In Untergruppen von 3-5 Personen werden dann die individuellen Situationen kurz dargestellt und diskutiert (ca. 5-7 Minuten pro Person), die Gruppe wählt dann ein Beispiel eines Mitgliedes aus, das sie für am geeignetsten hält, um es gemeinsam noch anzureichern (30 Minuten) und dann in der Großgruppe zu präsentieren (geeignete – knappe – visuelle Unterstützung wie Stichworte auf Plakat oder PowerPoint sollte erstellt werden).

## Schritt 4:

Präsentationen und Diskussion in der Großgruppe (ca. 60-90 Minuten):

In der Großgruppe präsentieren die Untergruppen gemeinsam ihr Beispiel anhand der Notizen und des 9-Felder-Schemas (je ca. 10 Minuten, anschließend 5-10 Minuten Diskussion). Bei einer Großgruppe z. B. von 20 Teilnehmenden wären das 4 Präsentationen aus exemplarischen Praxisbereichen. Bei besonders großen Gruppen lässt sich natürlich auch die Größe der Untergruppen variieren (z. B. 6 Personen und 5 Untergruppen bei insgesamt 30 Teilnehmenden).

### 3. Erfahrungen und weiterführende Hinweise

Die Übung verbindet Vortrag, individuelle Reflexion, Kleingruppenarbeit und Präsentation mit Diskussion in der Großgruppe. Vieljährige Anwendung dieser Übung durch den Autor im Rahmen von berufsbegleitenden und konsekutiven Masterstudiengängen hat gezeigt: Sie eignet sich sehr für die Verknüpfung von Theorie und konkreter Praxis. Spezifische Begrifflichkeiten aus verschiedenen Disziplinen werden in dem 9-Felder-Schema zusammengeführt, müssen theoretisch verstanden, operationalisiert und mit Praxisbeispielen konkretisiert werden. Die Übung regt auch zur theoriegeleiteten evaluativen Reflexion der konzeptionellen Grundlagen, Regeln und angewandten Methoden in der Tätigkeit von Praxiseinrichtungen / eigener Praxis der Teilnehmenden an. Das Kennenlernen von unterschiedlichen Arbeitsbereichen, (klinischen) Klientelen mit ihren besonderen Merkmalen und Bedürfnissen und damit verbundenen Interventionskonzepten und institutionellen Umsetzungen im Rahmen der eigenen Tätigkeit wird gefördert. Man gewinnt Einblicke in die verschiedenen Aufgabenbereiche und Erfahrungen der Gruppenmitglieder.

Ggf. kann spezifische Literatur zu weiterführenden Vertiefung für bestimmte Arbeitsbereiche empfohlen werden (z. B. Sucht, Psychiatrie, Jugendhilfe, Behindertenarbeit).

#### Literatur

Applegate, J.S. & Shapiro, J.R. (2005). *Neurobiology for Clinical Social Work. Theory and Practice*. New York: Norton & Co.

Bunge, M. & Mahner, M. (2004). *Über die Natur der Dinge*. Stuttgart, Leipzig: Hirzel.

Klassen, M. (2009). Sozialarbeitswissenschaft aus der bedürfnistheoretischen Perspektive. In A. Mühlum, & M. Rieger, (Ed.), *Soziale Arbeit in Wissenschaft und Praxis*. Festschrift für Wolf Rainer Wendt (S. 47-58). Lage: Jacobs Verlag.

Obrecht, W. (2005). Ontologischer, Sozialwissenschaftlicher und Sozialarbeitswissenschaftlicher Systemismus. Ein integratives Paradigma der Sozialen Arbeit.. In H. Hollstein-Brinkmann & S. Staub-Bernasconi (Hrsg.), *Systemtheorien im Vergleich. Was leisten Systemtheorien für die Soziale Arbeit? Versuch eines Dialogs* (S. 93-172). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Obrecht, W. (2000). Soziale Systeme, Individuen, soziale Probleme und Soziale Arbeit. Zu den metatheoretischen, sozialwissenschaftlichen und handlungstheoretischen Grundlagen des "systemischen Paradigmas" der Sozialen Arbeit. In M. Roland (Hrsg.), *Systemtheorie sozialer Arbeit. Neue Ansätze und veränderte Perspektiven* (S. 207-223). Opladen: Leske + Budrich.

Pauls, H. (2013). *Klinische Sozialarbeit – Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung* (3. Aufl.). Weinheim und München: Juventa.

Pauls, H. & Reicherts, M. (2013). Allgemeine Basiskompetenzen für sozialtherapeutische Beratung – ein Konzept zur Systematisierung. In H. Pauls, P. Stockmann & M. Reicherts (Hrsg.), *Beratungskompetenzen in der psychosozialen Fallarbeit – ein sozialtherapeutisches Profil* (S. 57-78). Freiburg i. Br.: Lambertus.

Siegrist, J. (1998). Ätiologie/Bedingungsanalyse: Allgemeine Grundlagen – Soziologische Aspekte. In U. Baumann & M. Perrez (Hrsg.), *Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie* (2. vollst. überarb. Aufl.) (S. 264-276). Bern: Huber.

### Autorenangabe

Prof. Dr. phil. Helmut Pauls, Diplom-Psychologe u. Psychologischer Psychotherapeut, Professor für Handlungslehre der Sozialen Arbeit, Klinische Sozialarbeit und Psychologie an der Hochschule Coburg, Lehrbeauftragter an der FH Nordwestschweiz und an der Universität Fribourg/Schweiz; Geschäftsführer der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (ZKS).  
E-Mail: [helmut.pauls@hs-coburg.de](mailto:helmut.pauls@hs-coburg.de)



Ralph Viehhauser

Baustein 2

Die helfende Beziehung – Anstöße für eine praxisgerechte, selbstreflexive Gestaltung der Basisvariable „Positive Wertschätzung“ (2014)

## 1. Absichten und Ziele

Die didaktische Lehreinheit greift den Aspekt der positiven Wertschätzung als wichtige Basisvariable professioneller Beziehungsgestaltung (vgl. Rogers, 1973) auf und möchte dazu einige Anstöße zur Selbstreflexion und praxisgerechten Umsetzung geben. Sie richtet sich v. a. an Studierende, die bereits über erste einschlägige Praxiserfahrungen in der Gestaltung von professionellen Arbeitsbeziehungen verfügen und diesbezüglich weiterer supervisorischer Begleitung bedürfen. Optimal platziert wäre die Lehreinheit in einem praxisbegleitenden Seminar. Die Gruppengröße sollte zwischen 10 bis 12 Teilnehmern liegen.

Im Mittelpunkt stehen folgende Lernziele: Studierende sollen:

- ein Verständnis für die Bedeutung, Funktion und notwendigen Relativierungen des Konzeptes „positiver Wertschätzung“ entwickeln,
- sich auf die Erfahrung einlassen, dass Klienten auch negative Gefühle auslösen können und sich die Forderung nach einer unbedingten positiven Wertschätzung nicht immer verwirklichen lässt,
- ein Gespür für den „eigenen Anteil“ entwickeln, dafür, welche Eigenschaften und Verhaltensweisen auf Seiten der Klienten zu einer mehr oder weniger großen persönlichen Wertschätzung führen oder gar die eigenen Grenzen überschreiten würden,
- lernen, mit dieser Diskrepanz zwischen der idealistischen Norm und den tatsächlichen Gefühlen Klienten gegenüber ehrlich umzugehen, die eigenen diesbezüglichen Gegenübertragungen und deren Auswirkungen auf die Beziehung zu reflektieren.

## 2. Durchführung / Instruktion

Zur Durchführung der didaktischen Lehreinheit sollten folgende didaktische Impulse und Übungen schrittweise aufgebaut werden:

### (1) Kurze Einführung zur Basisvariable „positive Wertschätzung“

Zu Beginn sollte eine kurze theoretische Einführung erfolgen (ca. 20 min), was unter einer unbedingten „positive Wertschätzung“ zu verstehen ist und welche Funktion sie im Rahmen der Beziehungsarbeit hat (Hinweise dazu finden sich z. B. bei Rogers, 1973, Kriz, 2001, Weinberger, 2006). Falls schon gewisse Vorerfahrungen auf Seiten der Studierenden vorhanden sind, sollte dies möglichst interaktiv erarbeitet werden – eventuell angeregt durch folgende Fragen:

- *Was heißt für Sie positive Wertschätzung?*
- *Mit welcher Einstellung gehen Sie diesbezüglich in das Gespräch mit dem Klienten?*
- *Was nehmen Sie sich vor? Wie möchten Sie gerne für Klienten sein?*
- *Was wäre hierbei Ihre Idealvorstellung?*

- *Welche Funktion hat die Variable „positive Wertschätzung“ für die Gestaltung der Beziehung zum Klienten?*

Inhaltlich könnten dabei folgende Aspekte herausgearbeitet werden: Im Hinblick auf die Basisvariable „Wertschätzung“ geht es:

- um eine nicht an Bedingungen geknüpfte Wertschätzung, ein Annehmen des Klienten ungeachtet, der verschiedenen Bewertungen, die man selbst ihren verschiedenen Verhaltensweisen gegenüber hat,
- darum, den Klienten in seinem Anders- und Fremdsein zu akzeptieren,
- sich auf die Person des Klienten einzulassen und ihm aufrichtiges Interesse entgegen zu bringen,
- den Klienten als ganze Person anzunehmen, mit allen Schwächen und Fehlern, ihm das Gefühl zu geben, um seiner selbst willen respektiert zu werden,
- um emotionale Wärme, das Bemühen einen freundlichen und herzlichen Kontakt zum Klienten zu pflegen,
- „um die Fähigkeit und die Bereitschaft, den Klienten als Mitmenschen zu erleben und sich auf eine existenzielle Begegnung mit ihm einzulassen, ohne ihn in Wert- und Nutzen-Kategorien aufgrund seiner Handlungen, Eigenschaften und Worte einzuordnen.“ (Kriz, 2001, S. 178)
- Der Klient, der positive Wertschätzung und Wärme erfährt, gewinnt Sicherheit, kann sich leichter öffnen, lernt, sich selbst besser zu akzeptieren.
- Positive Wertschätzung ist eine Grundvoraussetzung der professionellen Beziehungsarbeit. Gelingt es nicht, sie in ausreichendem Maße dem Klienten gegenüber zu realisieren, kann man für diesen nicht hilfreich sein.

## (2) Übung „Wertschätzung für verschiedene Verhaltensweisen (im Privaten)“

Nach dieser kurzen theoretischen Einführung werden die Studierenden zur Selbstreflexion angeregt. Die Übung „Wertschätzung für verschiedene Verhaltensweisen (im Privaten)“ (in Anlehnung an Weber, 2000, S. 117; siehe Anhang) soll eine erste persönliche Annäherung an das Thema „Wertschätzung“ ermöglichen.

**Instruktion:** *Bearbeiten Sie bitte zunächst, jeder für sich alleine, die Übung „Wertschätzung für verschiedenen Verhaltensweisen. Geben Sie für jede der angegeben Verhaltensweisen an, wie viel Akzeptanz Sie in Ihrem privaten Kontext gegenüber Gesprächspartnern haben, die eine solche Verhaltensweise zeigen (z. B. sich ein bequemes Leben machen). Dabei bedeutet „1 = sehr viel Akzeptanz und Wertschätzung“ und „6 = geringste Wertschätzung“.*

Jeder arbeitet zunächst im Stillen und kreuzt für sich seine Bewertungen an (10 min). Danach sollen die Studierenden in Zweier-Gruppen ihre getroffenen Einschätzungen im Hinblick auf Ähnlichkeiten und Unterschiede vergleichen (5 min). Einzelne Erfahrungen werden anschließend in einer Auswertungsrunde im Plenum exemplarisch aufgegriffen (ca. 20 min). Mögliche Reflexionsfragen könnten dabei sein:

- *Welche Verhaltensweisen können Sie für sich im Privaten nur sehr schwer oder gar nicht akzeptieren?*
- *Bei welchen Verhaltensweisen, haben sich ihre Einschätzungen deutlich unterschieden?*
- *Wie erklären Sie sich diese Unterschiede?*

Das Herausarbeiten der Unterschiede und der möglichen Erklärungen für deren Zustandekommen soll den Studierenden v. a. ihren eigenen subjektiven Anteil verdeutlichen. An verschiedenen Beispielen sollte aufgezeigt werden, dass das Ausmaß von Wertschätzung und Akzeptanz anderen gegenüber sehr stark von den eigenen Wertmaßstäben und biographischen Erfahrungen abhängt. Ersteres lässt sich gut am Beispiel der politischen Präferenzen „links vs. rechts“ veranschaulichen.

Welchen Einfluss eigene biographische Vorerfahrungen haben, könnte eventuell am Beispiel „Gesprächspartner, die sehr depressiv reden und handeln“, verdeutlicht werden. Erfahrungsgemäß kommt es hier bei den Seminarteilnehmern durchaus zu recht unterschiedlichen Einschätzungen. Während bei einigen Studierenden eher ein gewisses (durchaus wertschätzendes) Mitgefühl im Vordergrund steht, gibt es andere, bei denen depressive Gesprächspartner eher negative Gefühle (wie z. B. Ungeduld, Genervtsein) hervorrufen. Oft lassen sich dann diese verschiedenen Reaktionsweisen auf persönliche Vorerfahrungen (wie z. B. eigene leidvolle Erfahrung mit einer depressiven Mutter oder Vater) zurückführen.

Durch Beispiele dieser Art sollen die Studierenden herangeführt werden an die Reflexion ihrer eigenen subjektiven Anteile in der Wahrnehmung und Bewertung andere Menschen.

### (3) Übung „Wertschätzung für verschiedene Verhaltensweisen (bei Klienten)“

Diese ersten Selbstreflexionen zum Thema Wertschätzung werden nun im nächsten Schritt auf die Arbeit mit Klienten übertragen. Dazu sollen die Studierenden die Übung „Wertschätzung für verschiedene Verhaltensweisen“ erneut durchführen (am besten auf dem bereits verteilten Bogen mit einer anderen Farbe), sich dieses Mal aber vorstellen, es handele sich bei den Gesprächspartnern um Klienten, die ihnen im Rahmen eines psychosozialen Hilfesettings anvertraut wurden, mit dem Ziel eine tragfähige Arbeitsbeziehung aufzubauen.

Zunächst bearbeitet wieder jeder Studierende für sich den Bogen (10 min), gefolgt von einem kurzen Vergleich der Bewertungen in der Zweier-Gruppe (5 min) und einer vertiefenden

Reflexion im Plenum (ca. 20 min). Letztere legt den Fokus v. a. auf etwaige Unterschiede zwischen den Einschätzungen gegenüber Personen im Privaten vs. Klienten. Zur Anregung des Gruppenprozesses können dabei folgende Reflexionsfragen gestellt werden:

- *Inwiefern unterscheiden sich Ihre Bewertungen? Verändert sich die Wertschätzung gegenüber Ihren Gesprächspartnern, wenn Sie sich vorstellen, Sie hätten es mit einem Klienten statt einer Person aus dem privaten Umfeld zu tun?*
- *Falls ja, wie kommt es zu dieser Diskrepanz? Wie gelingt Ihnen das, Klienten positiver zu sehen? Was machen Sie mit Ihrem Eigenanteil, den Bewertungen und Gefühlen, die Sie als Mensch ausmachen? Die in der ersten Übung getroffenen Präferenzen sind schließlich Ausdruck ihrer biographisch gewordenen Persönlichkeit! Können Sie sich die positive Wertschätzung ihrer Klienten einfach so als „Über-Ich“-Norm aufzwingen?*

Erfahrungsgemäß neigen Studierende unter der Prämisse, es handele sich um von ihnen zu betreuende Klienten, in der Tat zu einer positiveren Bewertung. Viele der Verhaltensweisen, die sie in der ersten Übung noch als negativ empfunden haben, werden nun eher toleriert. Nach den Gründen für diesen Unterschied gefragt, werden v. a. idealistische Vorstellungen deutlich: Es ginge ja schließlich darum, wie in der theoretischen Einführung beschrieben, als professionelle Fachkraft Klienten gegenüber stets eine unbedingte positive Wertschätzung zu realisieren. Klienten gegenüber negative Gefühle zu empfinden, erscheint vielen Studierenden als eher unprofessionell.

Aufgabe des/der Seminarleiter(s)in ist es, an dieser Stelle der Diskussion herauszuarbeiten, dass es nicht ratsam ist, sich ausschließlich von einer idealistischen Norm leiten zu lassen. Das Aufkommen negativer Gefühle und Bewertungen ist unvermeidbar, weil der/die Sozialarbeiter(in) ja immer auch als Mensch auf den Klienten reagiert.

Professionelle Beziehungsarbeit bedeutet demnach, offen und ehrlich in sich hinein zu spüren, was Klienten in einem auslösen. Selbstaufgelegte Helfer-Ideale (i. S. einer Art Über-Ich-Forderung) können leicht dazu führen, sich im Hinblick auf die wahren Gefühle dem Klienten gegenüber etwas vorzumachen. Negative Gefühle lassen sich aber nicht einfach wegschieben, unbewusst können sie sich dennoch auf die Beziehung zum Klienten auswirken. Dazu sollte im nächsten Schritt ein Praxisbeispiel gegeben werden.

#### (4) Praxisbeispiel zu möglichen negativen Auswirkungen fehlender Selbstreflexion mangelnder Wertschätzung

**Praxisbeispiel Bezugstherapeutin Fr. S.:** Fr. S. arbeitet als Klinische Sozialarbeiterin in einer vollstationären soziotherapeutischen Einrichtung, die schwierige Klienten mit diversen psychiatrischen Krankheitsbildern betreut. In ihrer Funktion als Bezugstherapeutin ist es ihre

Aufgabe, zu den ihr anvertrauten BewohnerInnen eine gute tragfähige Arbeitsbeziehung aufzubauen und diese über einen längeren Zeitraum von etwa 1 bis 2 Jahren sozialtherapeutisch zu begleiten.

Fr. S. bemüht sich allen ihren Klienten gegenüber stets um eine positive Wertschätzung und einen freundlichen, warmherzigen Kontakt – so auch bei Herrn M., der wegen seiner vielen Probleme besonderer Aufmerksamkeit bedarf.

Herr M. hat neben den Diagnosen „emotional-instabile Persönlichkeitsstörung/Borderline-Typus“ und „Alkoholabhängigkeit“, u. a. noch eine Reihe von sexuellen Problemen. Er wünsche sich nichts sehnlicher als eine Frau zu sein und von seiner Bezugstherapeutin u. a. bei der Bewilligung einer Geschlechtsumwandlung nachhaltig unterstützt zu werden. Ermutigt durch Fr. S. freundlich-zugewandte Art trägt er in der Einrichtung Frauenkleider und spricht auch in den wöchentlichen Einzelgesprächen offen über all seine sexuellen Phantasien.

Fr. S. zeigt sich stets sehr bemüht und unternimmt u. a. zahlreiche Versuche, den Klienten in eine noch bessere und für seine Problematik geeignetere Hilfeform zu vermitteln. Aufgrund der komplizierten Mehrfachdiagnosen und der auch immer wieder aufkommenden impulsartigen Suizidalität des Klienten, fühlt sich jedoch keine der kontaktierten Einrichtungen dazu in der Lage, den Klienten adäquat zu betreuen. Nach etwa einem Jahr Aufenthalt macht der Klient für sich nach wie vor nur wenig Fortschritte, und nachdem nunmehr auch der vierte Versuch, eine noch geeignetere Einrichtung zu finden, gescheitert ist, meldet sich Fr. S. krank.

Nach einer einwöchigen Krankheitsphase wendet sich Fr. S. an den Leiter der Einrichtung und bittet, ihren Klienten Hr. M. an eine Kollegin abgegeben zu dürfen. Ihr sei, leider jetzt erst, klar geworden, dass sie mit Herrn M. nicht mehr arbeiten könne. Sie komme einfach nicht mehr klar mit dessen Erscheinungsbild in Frauenkleidung, könne v. a. die ständigen Berichte über seine sexuellen Phantasien nicht mehr ertragen und habe einen mittlerweile unüberwindbaren Ekel dem Klienten gegenüber entwickelt.

Lange habe sie diese negativen Gefühle ihrem Klienten gegenüber nicht wahrhaben wollen, habe diese verdrängt, weil sie so gar nicht zu ihren Helfer-Idealen passen. In der letzten Woche sei ihr aber klar geworden, dass sie so nicht mehr weitermachen könne. Im Nachhinein betrachtet, müsse sie sich jetzt eingestehen, dass die vielen Bemühungen, den Klienten in eine scheinbar geeignetere Einrichtung zu vermitteln, letztendlich nur ihre unbewussten Versuche wahren, den Klienten loszuwerden und sie mit diesen ganzen Aktionen den Klienten eher geschadet als genützt habe. Nachdem auch der letzte Versuch gescheitert ist, sei sie jetzt am Ende ihrer Kräfte.

Dieses Praxisbeispiel (ca. 10 min) zeigt sehr eindrücklich, wie sich auf dem Hintergrund falsch verstandener Helfer-Ideale und mangelnder Selbstreflexion nicht wahrgenommene Gefühle gegenüber dem Klienten zunehmend negativ auswirken können.

### (5) Kleingruppenarbeit zur Realisierung von unbedingter Wertschätzung in der Berufspraxis

Nachdem nun deutlich geworden ist, warum es sehr sinnvoll ist, sich der tatsächlich für Klienten empfundenen Wertschätzungen, einschließlich der damit verbundenen Gefühle bewusst zu werden und warum dies professioneller ist, als sich einfach ein Ideal aufzuzwängen zu wollen, sollen die Studierenden im nächsten Schritt in der Kleingruppe (3 TeilnehmerInnen, Zeit: 10 min) über ihre bisherigen Erfahrungen in der Berufspraxis reflektieren. Dazu können folgende Reflexionsfragen gestellt werden:

- *Welche Erfahrungen haben Sie mit der positiven Wertschätzung bislang gemacht – im Hinblick auf Ihre eigenen Bemühungen als auch im Hinblick auf diesbezügliche Beobachtungen an Ihren KollegInnen? Welche Modelle haben Ihnen gefallen, welche nicht?*
- *Wann, in welchen Situationen fällt es Ihnen schwer, wertschätzend und emotional engagiert zu sein, in welchen nicht so sehr?*
- *Gab es Klienten, die Sie nicht leiden, deren Verhaltensweisen Sie nicht akzeptieren konnten, die deutlich negative Gefühle und Impulse bei Ihnen ausgelöst haben? Was haben Sie in diesen Fällen gemacht?*
- *Wo liegen Ihre persönlichen Grenzen? Gibt es Klienten, mit denen Sie nicht arbeiten könnten?*

Nach dem Erfahrungsaustausch in der Kleingruppe werden die Ergebnisse nochmals im Plenum ausgewertet und zusammengefasst (Zeit: ca. 20-30 min). Fokussiert werden sollte dabei insbesondere auf Schwierigkeiten in der Realisierung einer bedingungslosen Anerkennung und wie diese Probleme bislang gelöst wurden.

An verschiedenen Beispielen sollen die Studierenden für sich herausfinden, welche Eigenschaften und Verhaltensweisen auf Seiten der Klienten zu einer mehr oder weniger großen persönlichen Wertschätzung führen oder gar die eigenen Grenzen überschreiten würden. „Könnte ich auch mit einem Sexualstraftäter (Vergewaltiger, Kindesmissbraucher) arbeiten“, „wie geht es mir im Umgang mit Eltern, die das Wohl Ihrer Kinder gefährden, etc.“ sind Fragen, die erfahrungsgemäß eine rege, z. T. sehr emotional geführte Diskussion auslösen. Dabei sollte deutlich werden, dass „Professionell sein“ heißt, auch zu seinen eigenen Grenzen stehen zu können! Dies schließt natürlich nicht aus, dass es durchaus sinnvoll ist, sich um die Ausweitung seiner eigenen Grenzen zu bemühen und einen „weiteren Horizont“ für positive Wertschätzung zu entwickeln.

Zur Aufrechterhaltung der Dialektik des Themas „Wertschätzung“ sollte im Zuge der Analyse der persönlichen Schwierigkeiten nochmals auf die wichtige Funktion positiver Wertschätzung für die Beziehungsarbeit fokussiert werden. Nehmen die negativen Gefühle dem Klienten gegenüber überhand (und findet man dafür keine adäquate Lösung), kann man für diesen Klienten wahrscheinlich nicht hilfreich sein. Andererseits nützt es nichts, sich selbst und dem Klienten etwas vormachen zu wollen.

Wie kann dieses Dilemma gelöst werden? Dazu werden nun im letzten Schritt der didaktischen Einheit weitere Reflexionen angestoßen.

### (6) Selbstreflexion zu notwendigen Relativierungen des Konzeptes unbedingte positive Wertschätzung

Notwendig sind einige Relativierungen des Konzeptes unbedingte positive Wertschätzung. Diese sollen abschließend mit den Studierenden zusammen erarbeitet werden. Denkbare Reflexionsfragen wären dabei:

- *Ist die Forderung nach einer unbedingten Wertschätzung nicht doch etwas übertrieben? Wie ist das genau zu verstehen?*
- *Wann ist sie notwendig, wann nicht? Haben Sie einen Vorschlag, wie man hier sinnvoll differenzieren könnte?*
- *Die Variable „Echtheit/Kongruenz“ auf der einen Seite und bedingungsloses Annehmen auf der anderen Seite müssen nicht notwendigerweise übereinstimmen. Wem würden Sie in diesem Fall den Vorzug geben: Ihrer Echtheit oder Ihrer Wertschätzung?*

Nach einer Bearbeitung der Fragestellungen in der Kleingruppe (3 TeilnehmerInnen, Zeit: 10 min) sollten die Ergebnisse wieder im Plenum ausgewertet (ca. 20-30 min) und ggfs. durch einen weitergehenden Input der Seminarleitung ergänzt werden. Dabei sollten folgende Punkte im Hinterkopf behalten werden (vgl. Kriz, 2001, Weinberger, 2006):

In der Tat unverzichtbar erscheint die unbedingte Wertschätzung bei vom Klienten persönlich eingebrachten emotionalen, insbesondere selbstkonzeptrelevanten Erlebnisinhalten. Davon abgesehen sind aber einige Relativierungen notwendig:

- Positive Wertschätzung zu zeigen, heißt, den Klienten als einmalige und wertvolle Person zu respektieren. Man muss nicht notwendigerweise mit allen Einstellungen, Werten und Verhaltensweisen der Person übereinstimmen.
- Negative Gefühle dem Klienten gegenüber zu haben, stellt per se noch kein Problem dar. Entscheiden ist, dass ein genügend großes Ausmaß an positiven Gefühlen vorhanden ist und nicht die negativen Gefühle überhand gewinnen.



- Auch ist es manchmal durchaus möglich, einzelne Verhaltensweisen zu kritisieren, wenn man dem Klienten insgesamt das Gefühl vermitteln kann, dass man ihn als Person wertschätzt.

### 3. Erfahrungen und weiterführende Hinweise

Abschließend sollen noch einige Hinweise zu den Grundgedanken und weiterführenden Implikationen der didaktischen Einheit gegeben werden.

Die Erfahrung zeigt, dass Studierende, selbst wenn sie im Rahmen ihres bisherigen Studiums bereits wiederholt etwas zum Thema „positive Wertschätzung“ gelernt haben, ein wenig reflektiertes, eher normorientiertes Verständnis dazu haben und insbesondere die besonderen Fallstricke, die sich in der praktischen Arbeit mit dem Klienten ergeben können, nicht richtig einschätzen können. Nach einer ersten theoretischen Einführung haben Studierende oft sehr idealistische Vorstellungen im Kopf. Konfrontiert mit der Praxis stoßen sie damit aber schnell an ihre Grenzen, laufen Gefahr, sich zu sehr an ihren Helfer-Idealen zu orientieren und ihre eigenen Gefühle und Wahrnehmungen zu wenig Beachtung zu schenken.

Hier setzt die vorliegende didaktische Einheit an und versucht dem entgegen zu wirken. Normen, wie man sich als professionelle(r) Helfer(in) verhalten soll, können zwar durchaus hilfreich sein, die konkrete Umsetzung bedarf aber immer sorgfältiger Überlegungen. So sollen Studierende v. a. lernen, sich in dem Spannungsfeld zwischen Streben nach ideellen Normen vs. reale, tatsächliche Gefühle des helfenden Menschen geschickt zu verhalten und sich dabei in einem kontinuierlichen Prozess der Selbstreflexion jeweils adäquat einzuordnen.

Wenn als übergeordnetes Lernziel angestrebt wird, sich in einem Spannungsfeld geschickt verhalten zu können, besteht die Herausforderung an die Didaktik darin, Studierende an unterschiedliche Pole bzw. Erfahrung in diesem Spannungsfeld heranzuführen oder mit anderen Worten sie möglichst häufig in den „Modus des Zweifelns, Hinterfragens und ‚Verblüfft-Seins‘ zu bringen“. Dieser Grundidee folgend, wurde die hier konzipierte didaktische Einheit möglichst dialektisch aufgebaut.

Nach einer theoretischen Heranführung an recht idealistische Vorstellungen werden die Studierenden ermutigt, sich in einem ersten Schritt der Selbsterfahrung – jenseits aller professionellen Überlegungen – mit ihren persönlichen Wertschätzungen im privaten Kontext auseinander zu setzen. Im nächsten Schritt werden diese Erfahrungen auf die Arbeit mit Klienten übertragen, mit dem Ziel, Studierende auch im professionellen Kontext zum Ernstnehmen ihrer eigenen Gefühle und Wahrnehmung anzuhalten, um dann in einem weiteren Schritt wieder auf die für die professionelle Beziehungsarbeit unverzichtbare Funktion der positiven Wertschätzung hinzuweisen.

Nach wiederholter These und Antithese folgt dann abschließend – sozusagen als eine Art Synthese – die Selbstreflexion zu notwendigen Relativierungen des Konzeptes „unbedingte positive Wertschätzung“. Dieses dialektische Prinzip sollte bei der Durchführung der didaktischen Einheit beachtet werden! Erfahrungsgemäß können damit bei den Studierenden eher die notwendigen Selbstreflexionen angestoßen werden.

Um diesen Prozess des zunehmenden Hinterfragens nicht zu gefährden, empfiehlt sich für die Durchführung genügend Zeit einzuplanen. Die Gesamtdauer kann – je nach Gruppenprozess zwischen 160 und 180 min liegen.

Dabei ließe sich die Thematik der Positiven Wertschätzung durchaus noch weiter vertiefen. Unmittelbar anschließen könnten beispielsweise Überlegungen, wie man in gesprächs-therapeutischem Sinne Abweichungen von der bedingungs-freien Anerkennung (die reaktive Inkongruenz) gezielt als Schlüssel für ein besseres Verständnis des Klienten nutzen kann (vgl. Eckert & Kriz, S. 338-340) sowie das Erarbeiten von Möglichkeiten, die eigene Fähigkeit zur positiven Wertschätzung weiter zu entwickeln.

Zudem bietet es sich an, im Anschluss an das Thema „Wertschätzung“ auch die anderen beiden Basisvariablen „Empathie“ und „Echtheit/Kongruenz“ zu bearbeiten und hierbei auf ähnliche, die Selbstreflexion förderliche, didaktische Impulse zurückzugreifen.

## Literatur

Eckert, J. & Kriz, J. (2005). Humanistische Psychotherapieverfahren. In W. Senf & M. Broda (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch* (S. 328-348). Stuttgart: Thieme-Verlag.

Kriz, J. (2001). *Grundkonzepte der Psychotherapie*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Rogers, C. (1973). *Die klientenbezogene Gesprächstherapie*. München: Kindler-Verlag.

Weber, W. (2000). *Wege zum helfenden Gespräch: Gesprächspsychotherapie in der Praxis*. München: E.-Reinhardt-Verlag.

Weinberger, S. (2006). *Klientenzentrierte Gesprächsführung. Lern- und Praxisanleitung für psychosoziale Berufe*. Weinheim: Juventa-Verlag.

## Autorenangabe

Prof. Dr. phil. Ralph Viehhauser, Diplom-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut, Professur für Klinische Psychologie an der Hochschule Landshut, Studiengangsleiter Master Klinische Sozialarbeit (zusammen mit Prof. Dr. Johannes Lohner).

E-Mail: ralph.viehhauser@haw-landshut.de

## Übung: Wertschätzung für verschiedene Verhaltensweisen

<b>Wie viel Akzeptanz und Wertschätzung haben Sie gegenüber Gesprächspartnern:</b>	
1a: die sich ein bequemes Leben machen	1 2 3 4 5 6
1b: die sich ständig anstrengen und immerzu arbeiten	1 2 3 4 5 6
2a: die egozentrisch und egoistisch sind	1 2 3 4 5 6
2b: die weitgehend selbstlos und altruistisch leben	1 2 3 4 5 6
3a: die schön aussehen (oder eine angenehme Stimme haben)	1 2 3 4 5 6
3b: die wenig schön sind (oder wenig angenehm sprechen)	1 2 3 4 5 6
4a: die vorwiegend „zwanghaft“ leben	1 2 3 4 5 6
4b: die oft „hysterisch“ sind	1 2 3 4 5 6
5a: die sehr depressiv reden und handeln	1 2 3 4 5 6
5b: die immerzu heiter und lustig sind	1 2 3 4 5 6
6a: die Ärger und Wut (Aggression) laut äußern	1 2 3 4 5 6
6b: die fast immer friedlich und leise sind (trotz Aggression)	1 2 3 4 5 6
7a: die fest an eine Religion glauben	1 2 3 4 5 6
7b: die den Glauben an eine bestimmte Religion ablehnen	1 2 3 4 5 6
8a: die politisch „rechts“ stehen	1 2 3 4 5 6
8b: die im „linken“ politischen Lager stehen	1 2 3 4 5 6
9a: die sich sexuelle Freiheiten erlauben	1 2 3 4 5 6
9b: die das entschieden ablehnen	1 2 3 4 5 6
10a: die viel reden („Redeschwall“!)	1 2 3 4 5 6
10b: die zu den großen Schweigern gehören	1 2 3 4 5 6
11a: die dominieren wollen	1 2 3 4 5 6
11b: die sich gern anpassen und fügen	1 2 3 4 5 6
12a: die viel kritisieren und ablehnen	1 2 3 4 5 6
12b: die (fast) alles akzeptieren und annehmen	1 2 3 4 5 6
13a: die vorwiegend rational und „cool“ sind	1 2 3 4 5 6
13b: die Gefühle (Angst, Trauer usw.) zeigen und leben	1 2 3 4 5 6
14a: die ständig eine schöne Fassade zeigen	1 2 3 4 5 6
14b: die sich echt und selbstkongruent zeigen	1 2 3 4 5 6

Gernot Hahn

Baustein 3

Ressourcen und protektive Faktoren – Übung zur Bedeutung und zum Gewicht von Schutzfaktoren in der psychosozialen Fallarbeit (2014)

## 1. Grundlagen, Absichten und Ziele

Ressourcenorientierung und der Salutogeneseansatz (Antonovsky 1997) haben sich zu Grundparadigmen in der psychosozialen Fallarbeit entwickelt. Besonders in der Arbeit mit schwer belasteten Zielgruppen kommt es darauf an, nicht nur in der Abwehr belastender Risikoaspekte zu verharren, sondern zu versuchen vorhandene Fähigkeiten und Ressourcen der Klienten zu benennen, zu fördern und für die Lösung von Problemen zu nutzen. Des Weiteren sollen externe Schutzfaktoren zur Bewältigung von Problemlagen aktiviert werden (Welter-Enderlin & Hildenbrand 2006). Ressourcenbewusstsein und -aktivierung nehmen eine zentrale Rolle bei der Gestaltung nachhaltiger Präventionsansätze ein. Der Zusammenhang zwischen subjektiv wahrgenommener Belastung und dem Bewusstsein vorhandener Bewältigungsmöglichkeiten wird seit langem diskutiert, die Auswirkungen auf Stressbewältigung und psychosoziale Gesundheit gelten als belegt (Antonovsky 1997, 140). Dagegen werden Ressourcenverlust -schwäche oder der unangemessene Einsatz von Ressourcen als Negativaspekte bei der Problembewältigung beschrieben (Hobfoll & Buchwald 2004). Mit dem Ressourcenbegriff wird der Hauptfokus der Sozialen Arbeit auf ihre Klientel benannt, aus dem sich eine Vielzahl methodischer Ansätze in der direkten Praxis, darüber hinaus aber auch in der Sozialpolitik entwickeln lassen (Knecht & Schubert 2012).

Grundlage für eine Ressourcen orientierte Haltung und Arbeitsweise ist die Fähigkeit, die Bedeutung und das Gewicht von Ressourcen und Schutzfaktoren erkennen zu können, sie diagnostisch zu erfassen, ihre Struktur und Positionierung wahrzunehmen und geeignete Methoden und Techniken zu deren Förderung und Weiterentwicklung zu beherrschen. Neben der Vermittlung der theoretischen Konzepte und zentraler Befunde der Resilienzforschung kommt es auch darauf an, einen erfahrungsbasierten Zugang zu dieser Thematik anzubieten. Die TeilnehmerInnen der Übung sollen dazu befähigt werden Ressourcen und Schutzfaktoren vor dem Hintergrund der eigenen Lebensgeschichte wahrzunehmen, zu beurteilen und zu kommunizieren. Durch den Selbsterfahrungsaspekt der Übung soll ein Zugang zur bio-psycho-sozialen Verschränkung von inneren und äußeren Schutzfaktoren, internalen und externalen Ressourcen, deren wechselseitige Beeinflussung und deren Auswirkungen auf die (eigene) Problembewältigung ermöglicht werden. Die Teilnehmer sollen dadurch eine vertiefte und reflektierte Haltung in Bezug auf diese Thematik entwickeln und sensibilisiert werden. Die Übung dient als Vorbereitung und Einführung zur Vermittlung der theoretischen Grundlagen des Themenbereichs „Ressourcen, Schutzfaktoren, Salutogenese, Resilienz“.

## 2. Durchführung / Instruktion

### Schritt 1 (20 Min.)

Nach einer kurzen Einführung (Ressourcenorientierung und -förderung, Selbsthilfeaspekte, Empowerment, Belastung und Belastungsbewältigung) werden die Teilnehmer zu einer Übung eingeladen, in der sie sich mit eigenen Belastungserfahrungen und deren Bewältigung beschäftigen sollen. Die Übung erfolgt zunächst in Einzelarbeit (30 Min.). Dazu wird folgende Instruktion gegeben:

1. Erinnern Sie eine persönliche Belastungssituation, eine besondere Herausforderung oder Krise in ihrem Leben. Notieren Sie für sich die genauen Umstände dieser Situation und was Sie dabei als Belastung oder Herausforderung erlebt haben und in welcher Situation Sie dieser Belastung begegnet sind.
2. Benennen Sie welche Fähigkeiten, Umstände oder Personen Ihnen (aus heutiger Sicht) bei der Bewältigung dieser Belastung oder Krise geholfen haben. Wie ist es Ihnen gelungen die Krise zu überwinden? Notieren Sie diese Aspekte ebenfalls.
3. Wenn Sie möchten berichten Sie im Plenum über Ihre Belastungserfahrung (entscheiden Sie selbst in welchem Umfang Sie die Darstellung gestalten möchten) und über das, was Ihnen bei der Bewältigung geholfen hat.

### Schritt 2 (60-80 Minuten)

Die TeilnehmerInnen berichten in der Gruppe über ihre individuellen Belastungs- und Bewältigungserfahrungen. Parallel dazu werden die genannten Aspekte (Belastungserfahrung, Bewältigungsmerkmale) von der Gruppenleitung in einer zweiseitigen Tabelle (Overheadfolie oder PowerPoint) protokolliert. Es entsteht eine für alle sichtbare Liste von Belastungserfahrungen und deren Bewältigungsmerkmale.

Belastungserfahrung	Bewältigungsaspekte
z. B. schwere Erkrankung und längerer Klinikaufenthalt	z. B. tägliche Besuche von Freunden oder Familienangehörigen
z. B. Tod eines Angehörigen	z. B. Zusammenhalt der Familie, Verständnis der Arbeitskollegen
...	...

Verwenden Sie ausreichend Zeit (je Teilnehmer 5-10 Minuten) um die persönlichen Erfahrungsberichte angemessen zu berücksichtigen und zu würdigen. Besprechen Sie ausführlich, welche Bedeutung die Belastungserfahrung für den Erzähler hatte/hat. Fokussieren Sie

besonders auf die erkennbaren Ressourcen, Schutzfaktoren und Bewältigungsaspekte. Welche Qualität und Intensität hatten/haben die einzelnen Merkmale, was wurde als besonders hilfreich erlebt? Warum? Berücksichtigen Sie nach Möglichkeit alle Einzelberichte um alle TeilnehmerInnen zu integrieren. Legen Sie den Fokus dabei auf sich wiederholende Erfahrungen, Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den Erfahrungen in der Gesamtgruppe. Die Fragestellung kann noch um den Punkt „weitere Entwicklung nach der Belastungsbewältigung, Überwindung der Krise“ ergänzt werden, um auf die Entwicklungschancen nach Bewältigungserfahrungen (Selbstwirksamkeit, Resilienzstärkung, Belastungswahrnehmung etc.) zu fokussieren. Dafür sind weitere 30 Minuten Gruppenarbeit einzuplanen.

### Schritt 3 (45 Minuten)

Am Ende der Einzelberichte haben Sie eine Liste der Belastungssituationen und Bewältigungsaspekte erstellt. Nutzen Sie diese Auflistung um sie weiter zu bearbeiten und zu differenzieren. Z. B. können die genannten Ressourcen und Widerstandsfaktoren in einem mehrdimensionalen Raster zur Erfassung internaler und externaler Belastungs- und Bewältigungsmerkmale (Pauls 2013, 205f) erfasst werden. Anhand dieser grafischen Darstellung kann dann weiter differenziert werden: stark und schwach wirksame Faktoren, Synergieeffekte zwischen inneren und äußeren Bewältigungsmerkmalen, Einzelressourcen. Dieser Schritt kann in der Gesamtgruppe, oder in Arbeitsgruppen durchgeführt werden (20 Minuten). Als weitere Differenzierung kann die Wirksamkeit von Schutzfaktoren im Kontext individueller Rahmenbedingungen und Merkmale erfolgen. Ressourcen und Schutzfaktoren sind nicht global zu benennen, hängen von den individuellen Merkmalen einer Person ab. Erweist sich z. B. der Aspekt „intellektuelle Fähigkeiten“ in einem Fall als Ressource (Verstehen und Zuordnen können), kann er bei einer anderen Person (als Abwehrmechanismus) eher einen Risikoaspekt darstellen. Mit Bezug auf das Konstrukt des Kohärenzgefühls bei Antonovsky kann in den Zusammenhang „Quellen generalisierter Widerstandsressourcen“ und „Generalisierte Widerstandsressourcen“ (Antonovsky 1997, 43f) eingeführt werden.

### Schritt 4 (15 Minuten)

Schließen Sie die Übung ab. Fragen Sie nach noch offenen Gefühlsanteilen, die aufgrund der Schilderung eigener Erfahrungen noch bestehen können. Leiten Sie abschließend zum nächsten Themenblock über, z. B. eine sich anschließende Einheit zur Einführung in das Salutogenesekonzept, wesentliche Befunde der Resilienz- und Stressbewältigungsforschung etc.

## 3. Erfahrungen und weiterführende Hinweise

Der hier skizzierte Übungsablauf wurde bislang ca. 25-mal durchgeführt. Dabei zeigte sich, dass die Bereitschaft persönliche Belastungserfahrungen und deren Bewältigung in die Gruppenarbeit einzubringen vom Bekanntheits-/Nähegrad in der Gruppe und vom Aus-

bildungsrahmen der konkreten Fortbildungsgruppen anhängt. Die Übung erwies sich insgesamt als gut durchführbar und wurde von den TeilnehmerInnen gut angenommen. Eine Einschränkung ergab sich im Ausbildungsrahmen von Bachelorstudiengängen, wo häufig eine größere Scheu vor Übungen mit Selbsterfahrungscharakter zu beobachten war. Diese bezog sich weniger auf die Auseinandersetzung mit dem eigenen Erfahrungshintergrund (Einzelarbeit), sondern eher auf die Darstellung der Ergebnisse im Gruppenkontext, was jedoch durch intensivere Motivationshilfe und Unterstützung, teilweise auch durch beispielhafte Schilderungen durch die Seminarleitung kompensiert werden konnte.

Die bislang entstandenen Gruppenprotokolle verweisen u. a. auf folgende Belastungserfahrungen: Tod eines nahen Angehörigen, Trauer, berufliche Veränderung, gesellschaftliche Angriffe und Abwertung, intellektuelle Belastung/Überforderung, emotionale Überforderung, Verlust sozialer Bezüge (Umzug, Trennung), Einsamkeit, Gewalterfahrung, Militärdienst, Unfallgeschehen, gesellschaftlicher Wandel, Krankheit/gesundheitliche Probleme/Unfall, Trennung/Verlust und berufliche Krisen...

Die Schilderungen der jeweiligen Belastungserfahrungen erfolgten teils sehr detailliert unter hoher emotionaler Beteiligung, teilweise eher allgemein-abstrakt und distanziert. In der Moderation dieser Schilderungen kommt es darauf an, den Erfahrungsgehalt der persönlichen Erfahrungen in dem Umfang benennbar (und in der Gruppenarbeit erfahrbar) zu machen, dass die individuelle Bedeutung dieser Erfahrungen nachvollziehbar und für die anschließende Beschäftigung mit Theorieinhalten anschlussfähig wird. Die Moderation hat, je nach Darstellungsintensität, begrenzende und fördernd-ermutigende Anteile.

An Bewältigungsaspekten/Ressourcen wurden u. a. folgende Erfahrungen berichtet: Partnerschaft, Beziehung, Verlust als Chance (kognitive Neubewertung), Freunde, ökonomische Mittel/Unterstützung, instrumentelle Hilfen, Beratung, Sinnsuche, Beten, Entscheidungssicherheit, Familie, Kognitionen, Selbstsorge, Beruf, sinnvolle Inhalte, Therapie, Widerstandsfähigkeit, Ersatz-Bezugspersonen, Lebenserfahrung, Pläne machen, Spaß, Kreativität, Gefühlsausdruck, Reflektion durch praktisches Tun, „das Leben geht weiter“, Widerstand leisten, Austausch, Kampfgeist, innere Haltung, Bewegung, Offenheit, „es wird wieder gut“...

Die Benennung der als förderlich und hilfreich erlebten Bewältigungsaspekte erfolgte auf, im Vergleich, unterschiedlichem Niveau. Einige TeilnehmerInnen dieser Übung verfügten bereits über entsprechende Grundkenntnisse und konnten ihre persönlichen Erlebnisse und Erfahrungen entsprechenden (passenden) Fachbegriffen zuordnen. Andere Berichte zeichneten sich eher durch eine individuelle, am Erleben und Erinnern orientierte, stark emotional geprägte Sprache und eine sehr ausführliche Darstellung aus. Beide Schilderungsformen bedürfen einer moderierenden Verbindung i. S. Abstraktion und Zusammenfassung oder Benennung der persönlichen Beteiligung/Anteile, je nach Schwerpunkt und Ausrichtung der Schilderungen.



Als ideale Gruppengröße hat sich eine Stärke von 10-12 TeilnehmerInnen erwiesen. Diese Teilnehmerzahl produziert erfahrungsgemäß eine ausreichend große kritische Masse an Input, um einen umfangreichen Querschnitt an Belastungserfahrungen und -bewältigungsaspekten zu erreichen. Bei größeren Gruppen ergibt sich ein erheblicher Zeitaufwand, um die Berichte aller Teilnehmenden zu integrieren.

In Einzelfällen haben sich TeilnehmerInnen mit stark belastenden persönlichen Erfahrungen beschäftigt (Gewalterfahrung, Missbrauchserfahrung), wodurch sich eine intensive individuelle Dynamik und entsprechende Auswirkungen auf das Gruppengeschehen ergeben haben. Solche Phänomene bedürfen einer intensiven Berücksichtigung und Bearbeitung, ggf. unter Unterbrechung der Gruppenübung (Auszeit), wodurch der Fortschritt des Gesamt Ablaufs gebremst werden kann. Je nach Gruppenzusammensetzung und Belastungsgrad kann einführend darauf hingewiesen werden, dass die hier skizzierte Übung Selbsterfahrungsanteile enthält und mit der persönlichen (Wieder)begegnung mit diesen Themen verbunden ist, eine entsprechende Auswahl der Inhalte (im begrenzten Rahmen dieser Gruppenübung) sinnvoll ist. Ein abschließendes Gesprächsangebot für spezielle Fragestellungen oder Belastungssituationen die im Rahmen der Gruppenarbeit entstehen sollte ermöglicht werden.

Fortführung der Gruppenergebnisse: Die im Rahmen dieser Gruppenübung erarbeiteten Ergebnisse können und sollen in der anschließenden Vermittlung von Theorieinhalten aufgegriffen und als illustrierende Beispiele verwendet werden, wodurch eine Verknüpfung intellektueller Lernprozesse mit erfahrungsbasiertem Wissen (vgl. Bolder & Dobischat 2009) erreicht werden soll.

## Literatur

- Antonovsky, A. (1997): *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: dgvt.
- Bolder, A. & Dobischat, R. (Hrsg.) (2009): *Eigen-Sinn und Widerstand. Kritische Beiträge zum Kompetenzentwicklungsdiskurs*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hobfoll, S. & Buchwald P. (2004). Die Theorie der Ressourcenerhaltung und das multiaxiale Copingmodell – eine innovative Stresstheorie. In Buchwald, P., Schwarzer, Ch. & Hobfoll, S (Hrsg.): *Stress gemeinsam bewältigen – Ressourcenmanagement und multiaxiales Coping* (S. 11-26). Göttingen: Hogrefe.
- Knecht, A. & Schubert, F.-Ch. (Hrsg.) (2012): *Ressourcen im Sozialstaat und in der Sozialen Arbeit. Zuteilung, Förderung, Aktivierung*. Stuttgart: Kohlhammer
- Pauls, H. (2013): *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung* (3. Aufl.). Weinheim & München: Juventa

## Autorenangabe

Dr. Gernot Hahn, Jahrgang 1963, Diplom Sozialpädagoge (FH) Diplom Sozialpädagoge / Soziale Therapie (Univ.) Praxis, Forschung und Lehre Klinischer Sozialarbeit und Sozialtherapie, mit Schwerpunkt forensische Psychiatrie; Geschäftsführer der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (ZKS).  
[www.gernot-hahn.de](http://www.gernot-hahn.de)

Jürgen Beushausen

Baustein 4

Beratungskompetenzen erwerben –  
Übernahme von Rollen durch studentische Rollenspieler (2014)

## 1. Absichten und Ziele

Im Kontext Klinischer Sozialarbeit benötigen Studierende ein profundes Hintergrundwissen zur Dynamik von Beratungsgesprächen mit Einzelnen, Paaren und Familien. Die „Inszenierungen“ des Berufsalltags können mit Hilfe des Rollenspiels (Theaterspiel) erfahrbar und praxisnah reflektierbar gemacht werden. Die SpielerInnen erarbeiten verschiedene Perspektiven und eignen sich einführend Wissen an. Sie können beispielsweise lernen, Aufträge zu klären und mit den Klienten Ziele zu vereinbaren. Verschiedene Interventionen können erprobt werden.

Diese didaktische Lehreinheit richtet sich an Studierende, die bereits über grundlegende Beratungskompetenzen und erste einschlägige Praxiserfahrungen in der Gestaltung von professionellen Arbeitsbeziehungen verfügen. Die Gruppengröße sollte zwischen 10 bis 20 TeilnehmerInnen liegen.

Im Mittelpunkt stehen folgende **Lernziele**: Studierende sollen:

- Kompetenzen zur Durchführung von Beratungsgesprächen mit Einzelnen, Paaren und Familien erwerben,
- ein Verständnis für die Situation von Klienten entwickeln,
- sich auf die Erfahrung einlassen, dass in den Beratungssituationen Komplexität zugelassen und reduziert werden muss,
- lernen, mit der Diskrepanz zwischen der idealistischen Norm und den tatsächlichen Gefühlen Klienten gegenüber ehrlich umzugehen, die eigenen diesbezüglichen Gegenübertragungen und deren Auswirkungen auf die Beziehung zu reflektieren,
- die Gestaltung von Settings, Kontaktaufnahme, Ziel- und Auftragsklärung sowie erste Interventionen üben.

In der Regel sind die Rollenspieler interessiert, miteinander kleine Szenen zu improvisieren und diese realitätsnah szenisch zu gestalten. Kleine Vorgaben genügen: Vater trinkt, Störungsbilder bei Kindern – Schulängste, Essstörungen, Verhaltensauffälligkeiten etc., Migrantenfamilien u. a. typische Familienkonstellationen.

Besonders günstig ist es, wenn andere Personen, wie z. B. Schüler oder außerschulische Theatergruppen (Jugendliche, Erwachsene), unter professioneller Anleitung als Rollenspieler in den Seminaren auftreten (siehe unten).

## 2. Durchführung / Instruktion

Die Rollenspieler erhalten vor dem Rollenspiel Zeit, um sich auf die Rollen einzustimmen. Sie benötigen Bezugs- und Orientierungsperspektiven, um die Rollen kennen zu lernen und sie letztlich adäquat (*physisch in den Gesten, der Mimik, der Körperhaltung und dem Bewegungsmuster*) und realitätsnah (*sozial*) spielen zu können. Unterstützend können kleine Theaterrequisiten wirken. Kostüme (*Alltagskleidung – z. B. Kopftuch, Jackett, Hut etc.*) und Gegenstände, die als Requisite wichtige physische (*taktiler Gedächtnis*) Impulsgeber (*Handtasche, Handy, Flasche, Gehstock etc.*) sind, können zum Einsatz kommen. Theaterspieler (als Klienten) sowie die Akteure der Beraterrollen und Zuschauer, also Protagonisten (*Hauptdarsteller*), Antagonisten (*Nebendarsteller*) sowie Zuschauer (*Beobachter*), werden animiert und „angespield“. Verkleidungen bzw. schon dezente (*symbolische*) Kostümierungen wirken auch als „Maske“ (*Lat.: Persona*), zum Schutz und zur Sicherheit für den Spielenden.

Vor der Durchführung des Rollenspiels sollte die zeitliche Dauer der einzelnen zu übenden Beratungssequenzen vereinbart und abgesprochen werden, wann eine Beratung von wem unterbrochen werden darf. Empfohlen wird, dass die Studierenden, die als Berater fungieren, die Sequenz unterbrechen können, um sich Unterstützung durch eine Ko-Beraterin oder die Gruppe (eine Klein- oder die Gesamtgruppe) zu sichern. Manchmal kann es sinnvoll sein, dass der Dozent/Rollenspielleiter unterbricht oder die Rollenspieler ermuntert, eigene Impulse und Ideen wahrzunehmen und verschiedene Möglichkeiten auszuprobieren.

Vor der Durchführung wird der Schwerpunkt der einzelnen Übungseinheit festgelegt bzw. vereinbart. Möglich ist das Üben einzelner oder mehrerer Komponenten. Hierzu gehören:

- Einstiegsszenen/Gesprächseröffnungen
- Anamneseerhebung
- Erhebung der Lebenslagen
- Diagnostische Fragen
- Auftragsklärung
- Zielabklärung
- Ressourcen erfragen
- Kommentierungen
- Reframing
- Interventionen üben
- Vereinbarungen treffen
- Schlusskommentare

## Variante

Durchgeführt werden können auch Planspiele mit dem Ziel, die Zusammenarbeit verschiedenster Institutionen zu erfahren und zu simulieren. Bei dieser Variation können in einem großen Raum oder in mehreren Räumen parallel erste Gespräche stattfinden. Beispielsweise könnte dies eine Situation sein, in der sich ein Kind an eine SchulsozialarbeiterIn wendet und die Mutter mit der Erziehungsberatungsstelle Kontakt aufnimmt. Anschließend könnte die Schulsozialarbeiterin Kontakt mit dem Jugendamt aufnehmen, um abzuklären, ob z. B. eine Kindeswohlgefährdung besteht. Die gespielten Mitarbeiter des Jugendamtes entscheiden dann, wie weiter verfahren werden kann, ob sie zum Beispiel zunächst mit einer einzelnen Person oder allen Familienmitgliedern ein Treffen vereinbaren und ob sie zu einer Fallbesprechung der Professionellen einladen.

## Die Übernahme von Rollen durch kursfremde (externe) Personen

Studierende der Sozialen Arbeit begeben sich in solchen Lernkursen oftmals ungern in die sozialen Rollen von Klienten mit der Argumentation, dass diese simulierten Rollenspiele unecht wirken würden. Auch wenn es sich hierbei oftmals um persönliche „Widerstände“ oder Schamängste handelt, sich vor anderen darzustellen, bietet die Übernahme von Rollen durch Studenten und besonders durch „externe“ Rollenspieler bedeutsame Vorteile.

Besonders günstig ist es, wenn auch alternativ andere Zielgruppen, wie z. B. Schüler oder außerschulische Theatergruppen (Jugendliche, Erwachsene) unter professioneller Anleitung, als Rollenspieler in den Seminaren auftreten. Der Vorteil dieser Variation im Kontext der Theaterpädagogik liegt für die Studierenden darin, dass Personen verschiedener Herkunft, Kultur und Alters die Szenen möglicherweise lebensnaher darstellen können. Den Rollenspielern bietet sich in den Seminaren außerdem die Möglichkeit, kleine Auftritte zu trainieren.

Vorteile der Übernahme von Klientenrollen durch kursfremde Personen:

- Die gespielten Rollenfiguren wirken realistischer. Die simulierten Situationen wirken durch das Theaterspiel lebensechter.
- Die Teilnehmer sind in der Lage, ein konkreteres Rollenfeedback zu geben. Die Rollenspieler können sicherer in ihre Rollen hinein- und wieder herausfinden.
- Anleitende DozentInnen können sich besser auf die Situation der Studierenden konzentrieren und brauchen die psychische Situation der Klienten-Schauspieler weniger zu berücksichtigen. Diese sind hierfür von anderen Kursen erprobt und entsprechend vorbereitet worden.
- Studierende der Sozialen Arbeit sind, wenn sie öfter an diesem Verfahren einer simulierten Beratungssituation mit externen Rollenspielern teilgenommen haben, eher bereit, im Anschluss selber Rollen zu übernehmen.

Ein weiterer wesentlicher Anteil der simulierten Realsituationen kann durch die Proben zustande kommen. Das mehrmalige Improvisieren mit Requisite und Kostüm der vorher festgelegten Alltagsfiguren, lässt realere Dynamiken entstehen. Das betrifft einerseits das szenische Entwickeln z. B. von Familien als vielschichtige soziale Konstruktion in ihrem privaten Umfeld (z. B. *beim Essen*) und andererseits das simulierte Spiel in einer sozialen Institution (z. B. Beratungsstelle) als "Probe für die Wirklichkeit". Letzteres ist wichtig, zusätzlich zu erproben, da sich die gespielte Familie in der Öffentlichkeit, im Gegensatz zur heimischen Dynamik eher kontrolliert verhalten würde. Die Proben finden also auf den zwei simulierten Ebenen des Alltags statt und dynamisieren sich einerseits im geschützten Rahmen zuhause und andererseits in der Öffentlichkeit (Beratungsstelle) unterschiedlich.

### 3. Erfahrungen und weiterführende Hinweise

Abschließend sollen noch einige Hinweise zu den Grundgedanken und weiterführenden Implikationen der didaktischen Einheit gegeben werden. Die Erfahrung zeigt, dass Studierenden empfohlen wird, die Komplexität zunächst zu reduzieren und Situationen mit Einzelkunden durchzuspielen. Als weiterer Schritt können Situationen mit Paaren und Familien durchgespielt werden. Bei der anschließenden Reflexion sollte unbedingt darauf hingewiesen werden, dass auch positive Rückmeldungen gegeben werden und nicht die Defizite der Berater im Mittelpunkt stehen.

Mögliche alternative Interventionsschritte können ausprobiert werden, indem sich ein Beobachter hinter den Stuhl der Beraterin stellt und in deren Rolle eine Intervention (einen Kommentar, eine Zusammenfassung, eine Frage) formuliert. Durch das direkte Äußern eines alternativen Satzes wird den Beobachtern deutlich, dass die wörtliche Formulierung eines Satzes schwerer ist als eine allgemeine Rückmeldung aus der Beobachterrolle heraus zu formulieren.

Wichtig ist es zudem, bei der Reflexion sorgsam die Ebenen der Fallbesprechung und die der Rückmeldung an die Berater zu trennen.

Insbesondere in der psychosozialen Beratung von Paaren und Familien kann die Zusammenarbeit von zwei Beratern geübt werden. Anschließend sollte überlegt werden, nach welchen Kriterien die Form der Zusammenarbeit unterschieden werden könnte (z. B. Zuordnung nach Geschlecht, Unterstützung für familiäre Subsysteme, Neutralität und Parteilichkeit...)

## Kriterien zur Dokumentation / Beobachtung bzw. Protokollierung

Vorgestellt werden Beobachtungsbögen, die einerseits die Fallebene und andererseits das Verhalten der Berater fokussieren. Ein dritter Bogen dokumentiert die Beobachtung des Rollenspielers und stellt Fragen zur Reflexion, zur Rolle selbst und zum eigenen Erleben in der Rolle, in Bezug zur Rollendistanz sowie zu den sicherheitsgebenden Vorgaben: Probe, Maske (Kostümierung), Ort usw.

## Literatur

Knitsch, N. (2007). *Theater der Stille – Theaterpädagogik in der Kinder und Jugendpsychiatrie* (2. Aufl.). Leer: Verlag Grundlagen u. Praxis.

Widulle, W. (2012). *Gesprächsführung in der Sozialen Arbeit. Grundlagen und Gestaltungshilfen* (2. durchges. Aufl.). Heidelberg: Springer.

## Autorenangabe

Dr. rer. pol. Jürgen Beushausen, Sozialarbeiter grad., Diplompädagoge, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Therapieausbildungen: Familientherapie, Integrative Gestalttherapie, Psychodrama, Psychotraumatologie und Traumatherapie für PsychotherapeutInnen.



## Beobachtungsbogen I: Fallebene

### **Kurzprotokoll**

Fall:

Datum:

Gespräch mit:

Erstgespräch,  
Zielklärung,  
Interview,  
Beratung,  
Evaluation,  
Anderes Gespräch:

### **Fallebene:**

Vorgeschichte des Gesprächs / Ort der Handlung:

Gesprächsanlass / Gesprächsbedarf:

Weitere Informationen:

Risikofaktoren – Ressourcen:

Hypothesen:

Zielklärung:

Verlauf:

---

Interventionen – Maßnahmen:

Vereinbarungen:

## Beobachtungsbogen II: Beraterebene

<b>Gesprächsevaluation / Beobachtung der Berater</b>	
<p><b>Hilfreich / positiv:</b> Kontakt</p> <p>Ziel und Auftragsklärung</p> <p>Interventionen</p>	<p><b>Empfehlungen:</b></p>
<p>Sonstiges z. B. Kooperation der Berater</p>	<p>Empfohlenes weiteres Vorgehen:</p>

Beobachtungsbogen III: Rollenspieler / Reflexionsbogen

<p><b>Kurzprotokoll</b></p>	<p>Fall: Datum:</p>	
<p>Rollenspiel: Familienkonstruktion oder Einzelfall</p> <p><b>Perspektive Rollenspieler</b> Kurze Beschreibung: Fallanalyse (Familienkonstruktion/ Dynamik, Ort der Handlung sowie Anlass).</p> <p><b>1. Rollenbeschreibung</b> (Vater, Mutter, Kind, Freund, Nachbar, Lehrerin o. a.): <i>Charakterzüge, Angewohnheiten, Habitus, Sprache , biografische Merkmale sowie Krankheit, Störungsbild etc.</i></p> <p><b>2. Beschreibung der Einbindung in die Familiendynamik</b></p>		

<p><b>3.</b> Konnte die Rolle übernommen werden? Welche Hilfen sind für die Rollenübernahme notwendig bzw. förderlich? <i>Z. B. Requisite (Hut, Stock, Jackett, Schuhe, Kopftuch etc.), Bewegungsmuster (Ticks), Mitspieler, Vorproben, Vorgaben biografischer Eckdaten</i></p> <p><b>4.</b> Konnte die Rolle im Laufe des Rollenspiels aufrecht gehalten werden und welche Sicherheiten waren dafür notwendig? <i>(z. B. Requisite, Mitspieler Blickkontakt etc.)</i></p> <p><b>5.</b> War der Rollenausstieg nach dem Rollenspiel problematisch? Wenn ja, warum?</p>		
--	--	--

<p><b>6.</b> Konnte eine adäquate Distanz zur persönlichen Biografie eingehalten werden? (<i>privat und Spiel</i>)</p> <p>a) Gab es Verbindungen, Ähnlichkeiten, Berührungspunkte, Erinnerungen?</p> <p>b) Was war wichtig, um Berührungspunkte zur eigenen Persönlichkeit zu vermeiden oder diese zulassen zu können?</p> <p><b>6.</b> Fazit / Resümee</p>		
---	--	--

Johannes Lohner

Baustein 5

Fallreflexion – vom „Bauchgefühl“ zur Gegenübertragung (2014)

## 1. Absichten und Ziele

Wenn wir uns vor Augen halten, dass die künftigen BehandlerInnen einerseits und ihre Arbeits-Beziehung zu den KlientInnen andererseits als wichtigstes Agens (Pauls, 2013) und als Basisvariable den Erfolg jeder psychosozialen Behandlung und sozialtherapeutischer Beratung<sup>1</sup> mitbestimmen, so wird die Relevanz der Reflexion des Falles und des eigenen Tuns unmittelbar deutlich. Ob durch Selbsterfahrung im Rahmen von Aus- und Weiterbildungen oder durch Team- und Fallsupervisionen: jedes Mal können wir wichtige und entscheidende Einblicke in uns, die anderen BehandlerInnen, das Behandlungssystem und die KlientInnen und ihr System gewinnen. Im Folgenden soll der Aufbau einer Fallreflexion im Rahmen des Studiums Klinischer Sozialarbeit vorgestellt werden, unter besonderer Berücksichtigung des Aspektes der Reflexion der Gegenübertragung im Rahmen des Gruppenprozesses.

Es ist eine Sache, ein Gefühl, einen Gedanken oder einen Impuls „zu haben“ und eine andere, seine Gegenübertragung zu reflektieren und sich nicht „einfach blind“ von ihm leiten zu lassen. Vielfach wird (ebenfalls völlig unreflektiert) in Kreisen psychosozialer BehandlerInnen das Postulat oder Dogma erhoben, das „Bauchgefühl“ sei ungemein wichtig und man solle sich ergo von ihm leiten lassen (siehe dazu auch Bourmer, 2012). Tatsächlich stellt die Reflexion der Gegenübertragung eines der wichtigsten diagnostischen Instrumente (Schreyögg, 2010) psychosozialer Arbeit bzw. Klinischer Sozialarbeit dar. Die geübte Innenschau in unseren intrapsychischen Resonanzraum (vgl. Bettighofer, 2010) ermöglicht die Bildung vielfältiger und oftmals treffender Hypothesen über das Innenleben, die Beziehungsgestaltung und die Bindungserfahrungen unserer KlientInnen.

Nur wenn allerdings im Rahmen der Reflexion auch eine intellektuelle Distanzierung von diesen Emotionen, Impulsen, Handlungsbereitschaften, Phantasien etc. erfolgt, so ist ein wichtiger Beitrag dazu geleistet, dass es nicht zum blinden Mitagieren<sup>2</sup> der Gegenübertragung (Oberhoff, 2009) kommt, das sich vielfach quasi zwangsläufig im Rahmen von problematischen Beziehungsschemata (Gahleitner, 2005; Oberhoff, 2009) aufzudrängen scheint. Wenn wir die Beratungs- und Behandlungsverläufe oder, allgemeiner, die Beziehungsverläufe unserer hard-to-reach KlientInnen retrospektiv rekonstruieren und typische Muster analysieren, so scheinen immer wieder ähnliche Mechanismen der Psychodynamik der KlientInnen wirksam zu werden und lassen die o. g. Beziehungen vielfach ein (vorherbestimmtes?) Ende nehmen. Nur durch Reflexion dieser Beziehungsdynamik(en) kann diese „Zwangsläufigkeit“ unterbrochen und eine korrigierende emotionale [Beziehungs]-Erfahrung (Alexander & French, 1946) im Rahmen psychosozialer Behandlung möglich gemacht werden (Kohut, 1987). Somit

---

<sup>1</sup> Generell ist in diesem Text im Zusammenhang von Behandlung auch immer (sozialtherapeutische) Beratung mit gemeint.

<sup>2</sup> Zur Notwendigkeit eines zeitweisen Mitagierens siehe Klüwer (1983)



ist die Reflexion der Gegenübertragung also nicht nur für die Diagnostik, sondern auch für die Beratungs- und Behandlungstechnik von herausragender Bedeutung.

Die o. g. Innenschau muss geübt werden. Wer immer wieder sich und sein Handeln am anderen reflektiert, lernt sich, sein Gewordensein, seine Gegenübertragungsbereitschaften (Bettighofer, 2010; Oberhoff, 2009) kennen. Insofern beinhaltet Fallreflexion auch automatisch Aspekte von Selbsterfahrung (Rappe-Giesecke, 1994).

Im Mittelpunkt des Seminars stehen folgende Lernziele: Hinsichtlich des Falles sollen Studierende dessen psychodynamische Wirkmechanismen (bez. KlientInnen und KlientInnen-system) u. a. durch Reflexion ihrer Gegenübertragung(en) nachempfinden und somit:

- Anhaltspunkte für die soziale Diagnose erhalten (intrapsychische unbewusste Konflikte, Motive der Handelnden, Bindungserfahrungen der KlientInnen, Beziehungsgestaltung der Handelnden etc.),
- sich Hinweise für die Behandlung und Beratung erarbeiten (mögliche Fallstricke, eigene Handlungsbereitschaften, unbewusste Aufträge der Handelnden),
- ein Einfühlen in die handelnden Personen ermöglichen, um somit deren (Er-)Lebensrealität besser nachvollziehen und die spezifische biographische Anpassungsleistung (i. S. e. psychischen Überlebens) der KlientInnen besser würdigen zu können,
- Elemente der Psychodynamik des Falles vor dem Hintergrund der jeweiligen Institution und ihrer Psychodynamik reflektieren.

Auf Ebene der Studierenden sollen folgende Lernziele realisiert werden:

- die eigene Person als BehandlerIn reflektieren und dadurch einen Beitrag zur Selbsterfahrung leisten (Gegenübertragungsbereitschaften, eigene Motive, eigene unbewusste Konflikte etc.) (König, 2010),
- die Fähigkeiten zur Introspektion (sensibilisieren für eigene Empfindungen, Gefühle, Gedanken etc.) und zur Verbalisation derselben verbessern,
- die Perspektivübernahme und Empathie fördern.

Bei den TeilnehmerInnen der Fallreflexion kann darüber hinaus sukzessive ein Gefühl dafür entwickelt werden, Aspekte der Beratungs- und Behandlungssituation im Sinne eines szenischen Verstehens (Trescher, 1990) bzw. einer interaktiven Inszenierung (vgl. Oberhoff, 2009) zu begreifen und somit unbewusste Anteile der Akteure beleuchten zu können. Die genannten Prinzipien sind nicht nur bei der Reflexion der unmittelbaren Beratung und Behandlung enorm hilfreich, sondern ermöglichen bspw. auch ein vertieftes Verständnis von institutionellen Prozessen. Ggfs. sollten die Studierenden darauf hingewiesen werden.

## 2. Durchführung / Instruktion

Es ist sinnvoll, im Rahmen einer Vorbesprechung vor einem ersten Arbeitstermin die grundsätzlichen Abläufe und Verfahrensweisen zu kommunizieren und sich darüber zu verständigen, um dann einen reibungslosen Einstieg in die Arbeit zu ermöglichen. Die maximale TeilnehmerInnenzahl liegt bei ca. 15, optimaler Weise nehmen 10-12 Studierende in einer festen Gruppe über mehrere Termine teil.

In jeder Arbeitseinheit von min. 180<sup>3</sup> Minuten soll ein Fall vorgestellt und bearbeitet werden. Ob es sich dabei um eine ganze Beratung bzw. Behandlung, einen längeren Verlauf oder auch „nur“ einen ersten Kontakt oder eine Frage zu einer speziellen und wichtigen Situation handelt: alles kann vor dem Hintergrund wirkender Psychodynamik reflektiert werden. Viel wichtiger als eine Dauer und Frequenz wäre die Tiefe des Kontaktes zwischen Studierenden und dem jeweiligen Fall. Ein Fall der nur mittelbar (bspw. im Sinne eines Zuschauens als passive/r PraktikantIn) erfahren wurde, kann hier also nicht Gegenstand sein. Eine direct practice ist auch im Sinne einer unmittelbaren und eigenen Behandlung von Nöten.

Den Studierenden sollte bei der Auswahl ihrer Kasuistik mitgegeben werden, dass es sich um einen Fall handeln sollte, der sie in irgendeiner Weise beschäftigt. Es ist dabei nicht wichtig, dass die Studierenden das Gefühl haben müssten, diesen Fall schon ganz verstanden zu haben – vielleicht ist es im Gegenteil interessanter, wenn ein Fall gewählt wird, bei dem das gerade nicht so ist.

Die eigentliche Fallbearbeitung gliedert sich in folgende Sequenzen:

### (1) Vor- und Aufbereitung des Falles

Die TeilnehmerInnen sollen den Fall im Vorfeld der Sitzung vor- und aufbereitet haben. Es ist sinnvoll ein kurzes Handout zu erstellen und für die anderen TeilnehmerInnen mitzubringen. Dieses Handout sollte üblicher Weise folgende Inhalte abdecken:

- Wie kam es zur Beratung bzw. Behandlung?
- biographische Angaben zum Klienten(system) und deren Lebenssituation
- Schilderung der biopsychosozialen Problemlage, der „Symptome“ des Problems („wie stellt sich das Problem dar“, „wie wirkt es sich aus?“)
- explizite und ggfs. implizite Behandlungsaufträge des/der KlientIn, des KlientInnen-systems, weiterer Akteure (andere Behandler, Ämter, Gerichte, Betreuer etc.)
- explizite und ggfs. implizite Behandlungsziele von BehandlerIn und KlientIn
- erste Ergebnisse bio-psycho-sozialer Diagnostik (z. B. Pantucek, 2012)

---

<sup>3</sup> Idealerweise dauert die Bearbeitung eines Falles 180 Minuten oder auch länger. Faktisch wird die Bearbeitungsdauer von den dafür zur Verfügung stehenden Semesterwochenstunden abhängen.

- erste Hypothesen zu bio-psycho-sozialen Diagnosen
- Wie tritt der/die KlientIn auf? Wie wirkt er/sie (generell)?
- Gegenübertragung der/des BehandlerIn und evtl. des Teams

Schwerpunktsetzungen in dieser Aufzählung sollten sicherlich bei den beiden letztgenannten Punkten liegen. Diese umfassen die möglichst erlebnisnahe, plastische und anschauliche Schilderung der/des BehandlerIn (und evtl. anderer Teammitglieder). Folgende Leitfragen können bei der Formulierung helfen:

- Welche Eindrücke, Gedanken, Bewertungen<sup>4</sup>, inneren Bilder und Phantasien löst der/die KlientIn bei mir aus? („Manchmal habe ich den Eindruck...“, „Wenn wir in einem Märchen wären, dann...“)
- Welche Gefühle löst er/sie bei mir aus? (Angst, Schuld, Wut, Trauer, Hilflosigkeit, Gleichgültigkeit, Neid, erotische Gefühle, Sympathie etc. etc. etc.)
- Welche Körperempfindungen habe ich, wenn ich mit dem/der Klientin in Kontakt bin oder mit gedanklich mit ihm/ihr beschäftige? (eigene Körperhaltung und -spannung, Energie, Müdigkeit, Atmung, Nervosität, psychosomatische Reaktionen z. B. Kopfschmerzen, Übelkeit)
- Welches Bild (Image) von sich versucht er/sie zu vermitteln?
- Welche Verhaltensweisen und -tendenzen löst er/sie bei mir aus? (Was würde ich am liebsten tun? Was sollte „die gute Fee“ tun?)
- Welches Verhalten von mir, würde mir ihm/ihr gegenüber schwer fallen oder würde ich als unpassend erleben (worst case scenario: „was sollte auf keinen Fall passieren“)?

Die Falldarstellung sollte nicht länger als 20 Min dauern. Klar ist, dass es sich durch diese zeitliche Begrenzung um eine verkürzte Darstellung mit Auslassungen handeln muss. Der/die Vorstellende entscheidet was wichtig ist und was weggelassen wird – man kann annehmen, dass hier bereits auch das Unbewusste des/der BehandlerIn und des Falles wirksam ist.

Am Ende der Falldarstellung sollte der/die Vorstellende unbedingt noch eine Frage formulieren, die sie/er an den Fall hat. Diese wird auf einem eigenen Flipchart notiert. Am Ende der Einheit wird im Rahmen der Abschlussreflexion überprüft, in wie weit die Frage beantwortet werden konnte (siehe dazu Sequenz 5).

---

<sup>4</sup> Manchmal müssen Studierende regelrecht dazu gedrängt werden eine Bewertung abzugeben. Es scheint m. E. nach um die falsch verstandene Erfüllung der Norm einer „vorurteilsfreien“ Begegnung zu handeln. Wenn aus „vorurteilsfrei“ allerdings scheinbar „wertfrei“ wird, ist das m. E. nach nicht nur nicht möglich und deshalb nicht glaubhaft, sondern im Zusammenhang Klinischer Sozialarbeit auch gar nicht sinnvoll. Es gibt keine „wertfreie“ Behandlung – hoffentlich! Im Sinne der Professionalität sind wir gehalten, unsere Werthaltungen zu reflektieren, zu explizieren und sie hinsichtlich ethischer Standards zu prüfen.

## (2) Nachfragen und Verständnisfragen

Nachdem der Fall geschildert wurde, können die Seminarleitung und die anderen Studierenden Rückfragen zum Verständnis stellen. Es ist wichtig dabei darauf zu achten, dass noch keine Interpretationen gemacht werden, bspw. im Sinne diagnostischer Überlegungen, weder durch die Fragenden noch durch die/den Vorstellende/n. Entsprechend sind auch Diskussionen hier nicht angebracht („ich habe es so verstanden“ – „nein, ich habe es so verstanden“).

Die Seminarleitung kann bereits durch die Art der Fragen, das thematische Ziel der Fragen oder auch eventuelle Schwierigkeiten beim Verständnis („was war/ist verwirrend“) erste Hypothesen zur wirkenden Psychodynamik bilden. Die Frage, welche Frage gerade *nicht* gestellt wird, was gerade *nicht* beachtet oder hinterfragt wird, ist hier und im Übrigen auch in der Folge der gesamten Fallreflexion ebenfalls interessant und kann vor dem Hintergrund wirksamer Psychodynamik des Falles interpretiert und gedeutet werden.

Je nach Komplexität des Falles und der Informationen sollten die Rückfragen nicht länger als 5-10 Minuten in Anspruch nehmen. Am Ende dieser Sequenz sollte die Eingangsfrage noch einmal durch den/die Vortragenden wiederholt werden – vielfach kann sie bereits präziser gestellt werden oder wurde durch den Prozess des Nachfragens transformiert.

In den nun folgenden Sequenzen nimmt der/die Vorstellende nur noch passiv teil und soll sich nicht mehr zum Fall äußern. Er/sie beobachtet nur noch die Arbeit der Gruppe und kann sich Notizen machen. Verbale Äußerungen müssen ganz unterbleiben, nonverbale sollten durch den/die Vorstellende kontrolliert und unterdrückt werden. Nur durch die passive Teilnahme kann es gelingen, eine Metaposition zum Fall und dem Geschehen in der Gruppe einzunehmen.

## (3) Schilderung der Gegenübertragung durch die Gruppe

Die TeilnehmerInnen schildern der Seminarleitung auf Zuruf ihre Gegenübertragungen in Bezug auf den Fall (siehe dazu Sequenz 1), die sie bei sich oder in der Gruppe während der Falldarstellung hatten und jetzt haben. „Das Unbewusste der Gruppe“ (vgl. Sandner, 2013) wird also nutzbar gemacht. Die Seminarleitung notiert die Einwürfe schlagwortartig auf einem weiteren Flipchart, ggfs. mit Nennung der Initialen des Studierenden, ohne sie in irgendeiner Weise zu kommentieren. Auch Kommentare der anderen TeilnehmerInnen sind hier noch nicht angebracht.

Je nach Anzahl TeilnehmerInnen sollte diese Sequenz zwischen 10-15 Minuten dauern. Es empfiehlt sich ggfs. auch eine Zeit nach der (vermeintlich) letzten Rückmeldung schweigend zu warten, um hier auch latenteren Wahrnehmungen der Studierenden Raum zu geben.

#### (4) Erarbeitung eines Fallverständnisses

Eine umfassende Schilderung des Vorgehens bei der Erarbeitung eines Fallverständnisses würde den Rahmen dieses Artikels bei weitem sprengen, da sie andernorts ganze Lehrbücher füllt und ihr die gesamten Erkenntnisse (psychodynamischer) psychosozialer Diagnostik und Therapie zu Grunde liegen. Es empfiehlt sich also der Seminarleitung über gesichertes Wissen aus diesen Bereichen zu verfügen. Hier soll nur auf einige Aspekte eingegangen werden, die bei der Entwicklung eines Fallverständnisses und der Frage nach unbewussten Anteilen der Akteure hilfreich sein können. Im Rahmen der begrenzten Zeit, die zur Verfügung steht, kann sicher nicht auf alle unten genannten Aspekte eingegangen werden. Es ist dabei abhängig von der Art des Falles und seiner Vorstellung, sowie von den Fragen, die der/die Vorstellende an ihn hat, welche Aspekte durch die Gruppe und die Seminarleitung bearbeitet werden und welche keine Beachtung finden. Es ist dabei eine Auswahl aus der unten genannten Aufzählung zu treffen.

Im Zentrum der folgenden Arbeit steht die Entwicklung und Formulierung psychodynamischer Hypothesen zum Fall. Vor dem Hintergrund der bereits gesammelten Gegenübertragung(en) (siehe Sequenz 3) werden hierzu Überlegungen angestellt. Je mehr Vorwissen die TeilnehmerInnen über psychodynamische Diagnostik und Therapie haben, desto weniger Führung muss die Seminarleitung bei dieser Arbeit übernehmen und desto expliziter kann auf die einzelnen Dimensionen eingegangen werden.

In jedem Fall kann sich die Seminarleitung bei dieser Arbeit von folgenden Fragen leiten lassen:

- Welche aktuellen Faktoren haben das Problem ausgelöst? Wie wirken diese aktuellen Faktoren sich auf genau diese/n KlientIn aus?
- Welchen „Sinn“ hat das Problem, welche Bedeutung wird ihm gegeben? Was/wer hält das Problem aufrecht?
- Welche Abwehrmechanismen (oder generell Überlebensmechanismen) herrschen bei der/dem KlientIn vor und wozu dienen sie? Wozu haben die Abwehrmechanismen einmal gedient? Was musste abgewehrt werden?
- Welches psychische Strukturniveau (ggfs. nach OPD-2) liegt bei der Klientin vor und wie beeinflusst es die Gestaltung der Beziehungen heute (funktional und dysfunktional)
- Was motiviert den/die KlientIn, was hemmt? Was „darf“ er/sie, was nicht?
- Im Sinne der Triebpsychologie (Freud, 1915):
  - Welcher Wunsch wird gerade ausgedrückt?
  - Welche Beziehung hat dieser Wunsch zum Bewusstsein?
  - Welche Phantasie besteht und wie spiegelt sie einen Kompromiss zwischen Wunsch, Abwehr und Realität wider?
  - Wie wird der Wunsch gerade abgewehrt?

- Wie erfolgreich/angepasst ist die Abwehr?
- Kann eine bestimmte Schuld als Reaktion des Gewissens auf einen Wunsch verstanden werden?
- Im Sinne der Ich-Psychologie (Hartmann, 1939):
  - Welche Abwehrmechanismen stehen zur Verfügung und wie effektiv sind sie (rigide, flexibel)?
  - Wie werden Affekte abgewehrt?
  - Welche Anpassungsmöglichkeiten sind nicht entwickelt worden oder haben sich fehlentwickelt – z. B. Spannungstoleranz, Fähigkeit zum Aufschub, Objektkonstanz, Sorge für andere?
- Im Sinne der Objektbeziehungstheorie (Fairbairn, 1952):
  - Wie hat das Selbst in seinem affektiven Erleben die Begegnung mit einem anderen wahrgenommen und verinnerlicht?
  - Welche alte Objektbeziehung wird wiederholt?
  - Welche Rolle im Rahmen der Objektbeziehung wird von der/dem KlientIn gerade in Szene gesetzt – seine eigene, die des anderen oder beide?
  - Verhält sich der/die KlientIn wie die Person, die er war? Wie er in den Augen der Eltern zu sein wünschte? Wie sie wünschten, dass er sein sollte? Wie sie waren? Wie er wünschte, dass sie gewesen sein sollten? Und welche früheren passiven Erfahrungen werden aktiv wiederholt?
- Im Sinne der Selbst-Psychologie (Kohut, 1977):
  - Wie reagiert der/die einzelne auf Schwankungen des Selbstwertgefühls?
  - Hat er/sie Möglichkeiten Kränkungen zu überstehen und zu verarbeiten?
  - Sind auch scheinbar leichte Kränkungen unerträglich?

Im Sinne des o. g. szenischen Verstehens bzw. interaktiver Inszenierung können Fragen nach der Bedeutung auch übergeordneter, latenter und nonverbaler Aspekte der Begegnung gestellt und interpretiert werden. Um „Szenen“ interpretieren zu können, bieten sich als Instruktion für die Studierenden folgende Fragen an:

- „Stellen Sie sich vor, Sie sind Zuschauer einer (dieser) Seifenoper. Wie kommt Ihnen diese Szene vor?“
- „Stellen Sie sich vor, es ist ein Drehbuchautor und ein Regisseur am Werk gewesen. Welche Anweisungen hat er wohl den SchauspielerInnen gegeben und welchen Effekt wollten sie damit beim Zuschauer bezwecken“.

Beim Verständnis und der Interpretation der Gegenübertragung kann als Ordnungsschema auch die Systematik von Racker (1968) hilfreich sein, der konkordante Identifikation (der/die

BehandlerIn erlebt ganz ähnliche Gefühle wie der/die KlientIn) von komplementärer Identifikation (der/die BehandlerIn identifiziert sich mit einem (Teil-)Objekt der/des KlientIn) unterscheidet.

Interessanterweise kommt es im Rahmen der Reflexion eines Falles in einer Gruppe nicht selten (oder vielleicht sogar zwangsläufig?) dazu, dass sich einzelne Gruppenmitglieder oder Subgruppen mit Akteuren aus dem Klientensystem identifizieren, dem sog. Spiegelungsphänomen (Rappe-Giesecke, 1994). Eine Sammlung und Reflexion dieser „Stimmen“, ermöglicht Einblicke in die Soziale Struktur, die Motive und Beziehungsdynamiken der Handelnden. Ebenso häufig spüren die TeilnehmerInnen der Gruppe (teilweise sich widersprechende) Phänomene, die den KlientInnen selbst zuzuordnen sind und als intrapsychische Konflikte gewertet werden können.

Neben der Frage, welche der/die Vortragende eingebracht hat, gilt es zumeist folgende Aspekte im Rahmen einer Fallreflexion anzusprechen und nach Lösungen und (Re-)Aktionsmöglichkeiten für die Beratung bzw. Behandlung zu suchen:

- Wo liegen die Fallstricke und behandlerischen Herausforderungen im konkreten Fall?
- Welche Ziele können in der Beratung bzw. Behandlung realistischer Weise erreicht werden und wie? Worauf ist der Fokus in der Beratung bzw. Behandlung zu legen?
- Wie wird der/die KlientIn die Arbeitsbeziehung (un-)bewusst gestalten?
- Wie wird/könnte der/die KlientIn in verschiedenen Phasen der Beratung bzw. Behandlung reagieren?
- Wie wird/könnte das KlientInnensystem in verschiedenen Phasen der Beratung bzw. Behandlung reagieren?
- Wie können Beteiligte motiviert werden?
- Allgemein: Welche praktischen Auswirkungen auf die klinische Arbeit wird die erarbeitete Psychodynamik haben, worauf muss geachtet werden?

Für diese Arbeit sollte der Gruppe 45-60 Minuten Zeit gegeben werden. Die Ergebnisse sollten auf Flipchart festgehalten werden, wobei sich hier besonders der Einsatz von Farben anbietet, um so die Ergebnisse der Sequenzen 3 und 4 jeweils auch graphisch miteinander verbinden zu können.

### (5) „Reflexion der Reflexion“

Im Anschluss an die Fallarbeit durch die Gruppe wird die Runde wieder geöffnet und die/der Vortragende kann wieder aktiv teilnehmen. Zunächst soll von ihr/ihm Rückmeldung erfolgen, wie die Eingangsfrage an den Fall beantwortet werden konnte. Nicht selten tritt im Prozess der Bearbeitung des Falles durch die Gruppe die Bedeutung dieser Frage aber etwas in den Hintergrund und ein anderer, bisher weniger beachteter Aspekt wird wichtiger. Ebenso häufig wird die Erfahrung gemacht, dass sich die Bedeutung der Frage verändert oder erhellt.

Neben der inhaltlichen Beantwortung von Fragen kann auch die Stimmigkeit des Bearbeitungsprozesses von der/dem Vortragenden beurteilt werden und ist gelegentlich von hohem Erkenntniswert für alle Beteiligten („Was habe ich beim Beobachten der Arbeit der anderen festgestellt?“).

In einer Abschlussrunde sind alle TeilnehmerInnen eingeladen den gesamten Reflexionsprozess Revue passieren zu lassen, um kurz seine Entwicklung zu erfassen. Dadurch können auf einer Metaebene noch einmal wichtige Lerneffekte erzielt werden („Wo war der/die Vorstellende am Anfang?“, „Was haben wir nicht gesehen?“, „Was fühlte ich zu Beginn und wie hat sich mein Blick auf den Fall erweitert?“)

Für diesen letzten Schritt sollten ca. 20 Minuten reserviert sein.

### 3. Erfahrungen und weiterführende Hinweise

Abschließend noch einige Anmerkungen und Hinweise zu dem vorgeschlagenen Prozedere:

- Es ist sehr wichtig, die TeilnehmerInnen quasi i. S. der psychoanalytischen Grundregel (Freud, 1912) immer wieder zu ermutigen, auch unangenehme, Ich-fremde oder vermeintlich störende Wahrnehmungen, Gedanken, Gefühle, Phantasien etc. zu berichten und ein entsprechendes Klima der Akzeptanz, Toleranz und professionellen Neugier in der Gruppe zu schaffen. Nur so können auch unbewusste und evtl. ungeliebte Anteile der BehandlerInnen und der KlientInnen zu Tage treten.
- Obwohl es sehr anstrengend für die TeilnehmerInnen sein kann und auch üblichen didaktischen Vorgaben widerspricht, empfiehlt es sich nicht während der 180 Minuten eine Pause einzulegen. Zum einen ginge dadurch die wirksame „Dichte“ ggfs. verloren und zum anderen könnten Gespräche zwischen den TeilnehmerInnen in der Pause den Prozess verzerren, weil nicht mehr die Gruppe als Ganzes daran arbeitet.
- Wie in Sequenz 4 erwähnt, ist ein profundes Wissen bez. Diagnostik und Beratung bzw. Behandlung wichtig, um gewinnbringend Fälle supervidieren oder, allgemeiner, reflektieren zu können. Das vorgeschlagene Verfahren fußt auf einem psycho-dynamischen Verständnis von Störung und Beratung bzw. Behandlung. Insofern geht es auch über den unmittelbaren Sinn sog. Balintgruppen<sup>5</sup>, nämlich der Verbesserung der Arbeitsbeziehung und Psychohygiene für den/die BehandlerIn hinaus. Unabhängig von der Festlegung auf diese Therapieschule ist es jedoch sehr gut vorstellbar, dass durch mehr oder weniger große Modifikationen auch auf Grundlage anderer Therapieschulen (bspw. Verhaltenstherapie, Systemische Therapie) dieses Verfahren angewendet werden kann.

---

<sup>5</sup> Zur Unterscheidung, Balintgruppe, Fallsupervision, Teamsupervision etc. siehe Rappe-Giesecke (1994)



Dem Autor dieses Beitrags sind noch drei Hinweise wichtig, die zwar Einzelfallbeobachtungen darstellen, sich jedoch so oder so ähnlich wieder zutragen könnten und zu vermeiden sind:

1. Es kann zu Problemen kommen, wenn es zu „Überschneidungen“ bei Arbeits- und Kontaktfeldern der TeilnehmerInnen kommt. Was ist damit gemeint? Man stelle sich vor, einige TeilnehmerInnen haben im Rahmen eines Selbsterfahrungsseminars (also einer anderen Lehrveranstaltung) oder in ihrer Praxiseinrichtung einen Konflikt. Es können und werden sich hier wahrscheinlich Gegenübertragungsphänomene aufbauen, die ebenfalls sehr gewinnbringend beleuchtet werden können. Dazu wäre es jedoch jedenfalls wichtig, dass die Seminarleitung von diesen Zusammenhängen erfahre.
2. Nicht tolerierbar ist es jedoch, wenn beispielsweise Details aus der Beratung bzw. Behandlung berichtet werden und dabei eine Anonymisierung der KlientInnen nicht mehr gewährleistet ist. Man stelle sich vor ein/e TeilnehmerIn behandelt eine/n KlientIn, ein/e weitere/r dessen/deren PartnerIn. Würden Sie wollen, dass Ihr/e TherapeutIn mit der/dem TherapeutIn Ihres/r PartnerIn sich austauscht, ohne dass Sie vorher dem explizit und i. S. e. informed consent aufgeklärt zugestimmt hätten? Die Zusammensetzung der Gruppe sollte den Maßgaben der *stranger group* (Rappe-Giesecke, 1994) entsprechen.
3. Es können nur Fälle aus dem professionellen Kontakt eingebracht werden – „Fälle“ oder Beobachtungen aus privaten Zusammenhängen im Rahmen einer solchen Reflexion ausführlich zu erörtern, wäre eine grobe Verletzung professioneller Standards. Genau hier verläuft spätestens eine Trennlinie zur Selbsterfahrung. Es ist sicherlich in Ordnung, wenn kurze und anekdotenhafte private Beobachtung mit Bezug zum Arbeitsfall geschildert werden. TeilnehmerInnen an Lehrveranstaltungen ist m. E. nach gelegentlich nicht ganz klar in wie weit „Privates“ eingebracht werden kann und soll und wo dafür der richtige Platz ist. Die Grenzen einer Lehrveranstaltung mit ihrem seminaristischen Rahmen als Setting und die möglichen Konsequenzen einer Verletzung dieses Rahmens ist den TeilnehmerInnen zu verdeutlichen.

## Literatur

Alexander, F. & French, T. M. (1946). *Psychoanalytic therapy: principles and application*. New York: Ronald Press.

Bettighofer, S. (2010). *Übertragung und Gegenübertragung im therapeutischen Prozess*. Stuttgart: Kohlhammer.

Bourmer, M. (2012). *Berufliche Identität in der Sozialen Arbeit – bildungstheoretische Interpretationen autobiographischer Quellen*. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.

- Fairbairn, W. R. D. (1952). *Psychoanalytic Studies of the Personality*. London : Tavistock Publications in association with Routledge & Kegan Paul.
- Freud, S. (1912). Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung. *GW 8*, 376-387, Frankfurt a. M.: Fischer.
- Freud, S. (1915). Triebe und Tribschicksale. *GW 10*, 210-232, Frankfurt a. M.: Fischer.
- Gahleitner, S. B. (2005). *Neue Bindungen wagen – Beziehungsorientierte Therapie bei sexueller Traumatisierung*. München: Reinhardt.
- Hartmann, H. (1939). *Ich-Psychologie und Anpassungsproblem*. Stuttgart: Klett.
- Klüwer, R. (1983). Agieren und Mitagieren. *Psyche*, 37(9), 828-840.
- Kohut, H. (1977). *The Restoration of the Self*. Madison CO: International Universities Press.
- Kohut, H. (1987). *Wie heilt die Psychoanalyse?* Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- König, K. (2010). *Gegenübertragung und die Persönlichkeit des Psychotherapeuten*. Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel.
- Oberhoff, B. (2009). *Übertragung und Gegenübertragung in der Supervision: Theorie und Praxis*. Münster: Daedalus.
- Pantucek, P. (2012). *Soziale Diagnostik. Verfahren für die Praxis Sozialer Arbeit*. Wien-Köln-Weimar: Böhlau Studienbuch.
- Pauls, H. (2013). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung* (3. Auflage). Weinheim: Juventa Verlag.
- Racker, H. (1968). *Transference and counter-transference*. New York: International Universities Press.
- Rappe-Giesecke, K. (1994). Gruppensupervision und Balintgruppenarbeit. In H. Pühl. *Handbuch der Supervision* (S. 72-84). Berlin: Spiess Verlag.
- Sandner, D. (2013). *Die Gruppe und das Unbewusste*. Berlin: Springer.
- Schreyögg, A. (2010). *Supervision: Ein integratives Modell*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Trescher, H.-G. (1990). *Theorie und Praxis der Psychoanalytischen Pädagogik*. Mainz: Matthias-Grunewald-Verlag.

## Autorenangabe

Prof. Dr. phil. Johannes Lohner, Diplom-Psychologe, Professor für Klinische Sozialarbeit an der Hochschule für angewandte Wissenschaften Landshut.

E-Mail: [johannes.lohner@haw-landshut.de](mailto:johannes.lohner@haw-landshut.de)

Clemens Dannenbeck und Carmen Böhm

Baustein 6

Reflexiv-kritische Klinische Sozialarbeit im Sinne der  
UN-Behindertenrechtskonvention –  
Ein exemplarisches Seminarkonzept (2015)

## 1. Grundlagen, Absichten und Ziele

Der folgende Beitrag stellt sich der Aufgabe, Ideen für einen praktischen Zugang zur Aneignung fachlich begründeter und professionell wirksamer Reflexionskompetenz im Rahmen von Seminaren für (Master)Studierende der Klinischen Sozialarbeit zu entwickeln. Praktischer Zugang meint hier, Wege zur Entwicklung eines reflexiven Verständnisses von Behinderung als kultureller und gesellschaftlich wirksamer Differenzkategorie aufzuzeigen – eine Kompetenz, die nach Ansicht der AutorInnen grundlegend für professionelles Handeln im Bereich Klinischer Sozialarbeit im Sinne der Umsetzung der UN-Konvention für die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK) ist.

Damit ist zum einen bereits eine spezifische Aussage zum Verhältnis von Theorie und Praxis in der Klinischen Sozialarbeit getroffen (Praxis hier verstanden als handlungsrelevante Aneignung von Reflexionskompetenz durch die kritische Auseinandersetzung mit einer transdisziplinär angelegten und situativ partizipativ zu treffenden Auswahl an Fachliteratur) und zum anderen auch eine normative Vorentscheidung gefallen, die die Orientierung an der UN-BRK spätestens seit deren Ratifizierung als Grundlage und Rahmenbedingung für die Praxis Klinischer Sozialarbeit behauptet. Und dies nicht begrenzt auf ein Handlungsfeld, das sich als „Klinische Sozialarbeit mit Menschen mit Behinderungen und/oder chronischen Erkrankungen“ beschreiben ließe. Vielmehr wird hier die UN-BRK – ausgehend von ihrem immanenten „kulturellen“ Behinderungsverständnis – als Menschenrechtsdokument gelesen, das in umfassender Weise gesellschaftlich wirksame Teilhabebarrrieren in ihrer Geschichte und Entwicklung betrachtet, analysiert und in Frage stellt, um sich am ungeteilten Recht auf selbstbestimmte und gleichberechtigte Teilhabe für alle zu orientieren.

Behinderung und chronische Erkrankung (in ihren kontextuell unterschiedlichen fachbezogenen Verwendungsweisen) werden im Folgenden als Kategorien begriffen, die eine zumeist verkörperte Differenz zwischen Normalität und Abweichung soziokulturell markieren, reproduzieren und damit fachliches soziales Handeln in spezifischer Weise ermöglichen, veranlassen und legitimieren. Beide Differenzkategorien werden dabei als dynamisch sich verändernde politische Konstrukte gedacht, deren Genese zu analysieren ist. Eine Begründung für die Notwendigkeit dieser Analyse liegt im Gebot der Realisierung der Forderungen der UN-BRK unter Beachtung ihrer menschenrechtlichen Fundierung. Eine weitere Begründung kann in der Forderung nach einem kritisch-reflexiven Selbstverständnis Klinischer Sozialarbeit als elementarer Voraussetzung für eine qualifizierte berufsethische Grundhaltung gesehen werden, die sich den eigenen Anteilen an der kulturellen (aber auch politischen und praktischen) Reproduktion von Teilhabebarrrieren in den unterschiedlichen Handlungsfeldern Klinischer Sozialarbeit bewusst werden möchte.

Ausgangspunkt der skizzierten notwendigen Analyse ist die kritische Aneignung und diskursive Auseinandersetzung mit theoretischen Diskursen und transdisziplinären Bezügen. Diese Form der Auseinandersetzung – nicht nur mit einem empirischen „Stand der Forschung“, sondern mit der aktuellen Verfasstheit einschlägiger Theoriediskurse – ist spätestens in dem

Moment selbst Praxis, in dem die gewonnenen Einsichten auf die eigene (professionelle) Erfahrungsebene transferiert oder zumindest spezifische professionelle Herausforderungen antizipierbar werden. Konkret lässt sich dieses Ziel der Wahrnehmung und Reflexion einer Theorie-Praxis-Verschränkung beispielsweise auf die Bedeutung von adressatenbezogener Diagnostik in der Klinischen Sozialarbeit beziehen.

Zur Zielerreichung plädieren die AutorInnen hier in methodisch recht konservativ anmutender Weise für ein Bemühen um individuelle Fachtextaneignung, reflektierte Lektüre und diskursive Auseinandersetzung in seminaristischen Kontexten. Progressiv sich verstehenden Einsätzen moderner mediengestützter Kommunikationsformen soll dabei keine Grenze gesetzt sein – sie werden von uns jedoch als didaktische Möglichkeit und nicht als hinreichende oder gar notwendige Voraussetzung für gelingendes Lernen angesehen. Entscheidend für die Bereitschaft zur Führung eines entsprechend reflexiven Fachdiskurses ist nicht der mediale Rahmen in dem dieser stattfindet. Entscheidend ist das Anstreben eines professionellen Selbstverständnisses, das die fachliche Positionierung in dem hier verhandelten Zusammenhang als anhaltende, die Berufsbiografie fortlaufend prägende Herausforderung begreift.

## 2. Durchführung / Instruktion

Im Literaturseminar lernen die Studierenden selbständig an und mit Texten zu arbeiten und dabei zentrale Argumentationslinien der AutorInnen herauszuarbeiten sowie strukturell und logisch nachzuvollziehen. Grundsätzlich soll das Seminar dabei in studentischer Verantwortung gestaltet und inhaltlich gefüllt werden. Dies schließt ein, dass zu bearbeitende Texte zu Beginn des Seminars zwar vorgeschlagen, jedoch gleichzeitig als Vorschläge begriffen und damit deren Auswahl auch zur Disposition gestellt werden. Der Kanon der während des Semesters erarbeiteten Texte soll stets als revidierbar betrachtet werden. Eigene Schwerpunktsetzungen, neue Vorschläge und Kritikpunkte an der Auswahl von Texten sind ausdrücklich erwünscht. Es geht dabei auch nicht um die stringente Abarbeitung spezifischer Pflichttexte in Unterscheidung zu (als weniger bedeutsam wahrgenommenen, weil ggf. als nicht prüfungsrelevant empfundenen) ergänzenden Begleittexten, die der freiwilligen Lektüre überlassen wären. Vielmehr soll der gedankliche Zusammenhang der bearbeiteten Texte in Gestalt eines das Semester durchziehenden roten Fadens von den SeminarteilnehmerInnen selbst aktiv hergestellt und im Seminarverlauf stets aufs Neue überprüft werden. Damit ist die Bereitschaft zur Arbeit an einem nicht durch vorgefasste und von außen vorgegebene Pflichtlektüren als Seminarergebnis didaktisch zu erzeugen und aufrechtzuerhalten. Es ist zu berücksichtigen, dass Reflexionskompetenz nicht durch traditionelle Didaktiken der Inputorientierung wie Frontalunterricht und Abprüfung von Wissensinhalten auf der Basis von Anwesenheitspflicht angeleitet werden kann.

Anhand von Texten, welche sowohl wegen ihrer inhaltlichen Ausrichtung als auch der wissenschaftlich-politischen Verortung der VerfasserInnen einen vielschichtigen Zugang zu den Themenkomplexen „Behinderung“ und „chronische Erkrankung“ bieten, lernen Studierende

professionelle Standpunkte in Eigenarbeit zu entwickeln, argumentativ zu belegen sowie durch den Austausch in der Gruppe zu prüfen. Letzteres sollte dabei in unterschiedlichen Gruppenkonstellationen und -größen stattfinden.

Dabei stehen die Fähigkeiten im Fokus, praktisches Handeln als Klinische SozialarbeiterInnen theoretisch begründen und empirisch kontextualisieren zu können, als auch dessen Funktion für ArbeitgeberInnen und Klientel zu hinterfragen. In der Debatte über professionelle Grundhaltungen und persönliche Anschauungen zwischen Studierenden unter Beteiligung der Seminarleitung entwickeln die Teilnehmenden die Kompetenz, Argumente kritisch zu prüfen und angemessen zu artikulieren sowie die Anregungen anderer als Bereicherung der eigenen professionellen Vorstellungen anzunehmen. Auf diese Weise kann Kritik als integraler Bestandteil einer Profession, welche sich den Prinzipien der sozialen Gerechtigkeit und den Menschenrechten verschrieben hat, verstanden und als Katalysator einer theoretisch fundierten und praxisnahen Klinischen Sozialarbeit im Sinne der UN-BRK geachtet werden.

Durch die intensive Arbeit an und mit Texten lernen die Studierenden darüber hinaus – im Sinne einer konstruktivistisch-kritischen Analyse – den (wissenschafts-)theoretischen Grundlagen der Klinischen Sozialarbeit nachzuspüren und in Auseinandersetzung mit herrschenden Paradigmen der (Handlungs-)Felder und scheinbar eindeutigen Termini „Behinderung“ und „chronische Erkrankung“ eigene Standpunkte zu entwickeln. Dabei wird von den Studierenden erwartet, dass sie die Einbindung der Texte und AutorInnen in den politischen und historischen Kontext ihrer Entstehung in ihre Überlegungen einbeziehen und so diskursive Praktiken, wie beispielsweise die der Selbstbestimmt-Leben-Bewegung oder der Disability Studies, Disability History, Deaf Studies etc. und deren progressive Aspekte für eine Praxis Klinischer Sozialarbeit fruchtbar werden lassen.

Fernerhin bietet das Seminar den Studierenden die Möglichkeit, ihr eigenes professionelles Handeln theoretisch fundiert zu reflektieren und die Gruppensituation(en) zu nutzen, um persönliche Beweggründe und weltanschauliche Ansprüche, welche als berufsidentitätsstiftende Elemente fungieren, sich bewusst zu machen und kritisch zu hinterfragen. Dadurch sollen Kompetenzen wie Team-, Reflexions- und Kritikfähigkeit gefördert und als elementarer und unverzichtbarer Bestandteil einer Klinischen Sozialarbeit vermittelt werden.

## Hinweise für Studierende

Das Seminar ist als Lektüreseminar angelegt. Das bedeutet, Grundlage der Sitzungen ist die zwingende Kenntnis der jeweils angegebenen Pflichtlektüre. Dabei kommt es nicht auf ein volles Textverständnis an, sehr wohl aber auf eine persönliche Auseinandersetzung mit den Texten. Ergänzen Sie Ihre Lektüre am besten durch die Formulierung von Fragen, die Sie in der Sitzung für sich geklärt haben wollen und bringen Sie diese dort ein. Wir haben bei der Auswahl der Pflichtlektüre darauf geachtet, dass diese umfangmäßig zu bewältigen ist.

Im Zentrum der einzelnen Sitzungen steht die Diskussion dieser Textgrundlagen. Darüber hinaus finden Sie Tipps für Vertiefungsliteratur. Diese ist in vielen Fällen im gegebenen Zeitrahmen nicht ohne weiteres zu bewältigen. Sie soll daher als Anregung, Ergänzung und Recherchehilfe dienen.

Auf die Moodle-Plattform wurden neben der eigentlichen Pflichtlektüre Fragen gestellt, die die individuelle Lektüre begleiten sollen. An ihnen können sich die Studierenden orientieren, können und sollen sich aber auch eigene oder darüber hinaus gehende Gedanken machen.

Die Diskussion wird jeweils von Studierenden moderiert und von uns DozentInnen begleitet. Das Plenum wird dabei jeweils geteilt, so dass eine Diskussionsrunde aus jeweils der Hälfte der TeilnehmerInnen besteht. Ebenso werden sich die Moderationsgruppen, die sich gemeinsam vorbereiten, hälftig auf die zwei Gruppen aufteilen.

Die Moderationsgruppe hat folgende Aufgaben:

1. Ergänzung der Pflichtlektüre

Es kann hierbei um recherchierte Angaben zu den AutorInnen und ihren (zentralen) Werken, eigene ergänzende Gedanken zum Text, Formulierung offener zusätzlicher Fragen etc. gehen. Diese Überlegungen werden vorab auf die Moodle-Plattform – in Form eines Wiki-Eintrags – gestellt und mit der eigentlichen Sitzung für alle freigeschaltet.

2. Durchführung der Moderation:

Arbeitsteilig sind Sie in Ihrer Arbeitsgruppe für die Übernahme der Diskussionsleitung und das Anfertigen einer Mitschrift der wichtigen Diskussionspunkte, Diskussionsverläufe etc. verantwortlich. Als Orientierung und Hilfestellung finden die Moderationsgruppen auf der Moodle-Plattform einige Ideen zu textbezogenen Fragestellungen, auf die in der Diskussion eingegangen werden kann/soll. Sie können/sollen auch durchaus konkrete Textausschnitte und Passagen heranziehen und diese diskutieren.



3. Allgemeines Zurverfügungstellen der Ergebnisprotokolle auf der Moodle-Plattform:  
Diese Ergebnisse können im Bedarfsfall im Laufe des Semesters von allen TeilnehmerInnen ergänzt, kommentiert etc. werden. Sie dienen im Sinne einer Ergebnis-sicherung als Grundlage für die mündliche Prüfung.

## Beispielhafter Aufbau des Seminars

### *Erste Seminareinheit:*

Begrüßung.

Organisatorisches.

Didaktisches Konzept und Arbeitsweise.

Vorstellung der Zielsetzung des Seminars und inhaltlicher Überblick.

### *Vorbereitung der ersten inhaltlichen Sitzung:*

**Pflichtlektüre:** Köbsell, Swantje (2012): Wegweiser Behindertenbewegung. Neues (Selbst-) Verständnis von Behinderung. AG Spam

**Vertiefungslektüre:** Mürner, Christian / Sierk, Udo (2009): Krüppelzeitung. Brisanz der Behindertenbewegung. Neu-Ulm: AG SPAK Bücher, ISBN 978-3-930830-80-0

### *Aufgabe:*

Erarbeiten Sie aus der Lektüre die spezifischen Blicke, die auf Menschen geworfen werden, welche als behindert gelten. Wie haben sich diese Blicke im Verlauf der Geschichte verändert und wodurch wurden solche Veränderungen veranlasst?

### *2. Seminareinheit:*

#### *Diskussion*

Gesellschaftliche (kulturelle) Blicke auf Behinderung.

Individuell-medizinisches Modell – Soziales Modell – Kulturelles Modell.

Die Perspektive der Disability Studies – Wissenschaftlicher Diskurszusammenhang und politisches Projekt.

### *Vorbereitung der kommenden Sitzung:*

**Pflichtlektüre:** Deutsches Institut für Menschenrechte (Hrsg.). (2011): Positionen Nr. 4. Behinderung: Neues Verständnis nach der Behindertenrechtskonvention. Berlin

**Pflichtlektüre:** Information der Monitoring-Stelle zur UN-Behindertenrechtskonvention anlässlich der Veröffentlichung der Fragenliste des UN-Ausschusses für die Rechte von Menschen mit Behinderungen im Zusammenhang mit dem ersten Staatenbericht Deutschlands

**Vertiefungslektüre:** Bösl, Elsbeth, Klein Anne, Waldschmidt, Anne (Hrsg.). (2010): Disability History: Konstruktionen von Behinderung in der Geschichte. Eine Einführung. Transcript: Bielefeld

*Aufgabe:*

Erarbeiten Sie sich das spezifische Verständnis von Behinderung, das der UN-BRK zugrunde liegt. Beziehen Sie eine begründete Position zum Stand der Umsetzung der UN-BRK auf der Basis der Fragenliste des UN-Ausschusses zum Ersten Staatenbericht in Bezug auf einen ausgewählten Aspekt. Machen Sie sich vertraut mit Funktion und Aktivitäten der Monitoring-Stelle am Deutschen Institut für Menschenrechte.

*3.Seminareinheit:*

*Diskussion*

Bedeutung der UN-BRK und des darin verankerten kulturellen Modells von Behinderung.  
Stand der Umsetzung der UN-BRK in Deutschland.  
Bedeutung eines kulturellen Modells von Behinderung für die Klinische Sozialarbeit.

*Vorbereitung der kommenden Sitzung:*

**Pflichtlektüre:** Pfahl, Lisa (2011): Techniken der Behinderung. Der deutsche Lernbehinderungsdiskurs, die Sonderschule und ihre Auswirkungen auf Bildungsbiografien. Reihe: Disability Studies: Körper – Macht – Differenz. Bielefeld: Transcript (Pflichtlektüre: Einleitung, Kapitel 3.4 sowie 6.)

*Aufgabe:*

Verschaffen Sie sich Klarheit über die Zielsetzung der Studie. Versuchen Sie die These nachzuvollziehen, dass sonderpädagogisch vermittelte "Techniken der Behinderung" im gegliederten deutschen Bildungswesen als Mechanismen der Reproduktion sozialer Ungleichheit wirken.

*4. Seminareinheit:*

*Diskussion*

Untersuchungsdesign  
wissenschaftliche Fragestellung

*Vorbereitung der kommenden Sitzung:*

**Pflichtlektüre:** Raab, Heike: Doing Feminism: Zum Bedeutungshorizont von Geschlecht und Heteronormativität in den Disability Studies. In: Rathgeb, Kerstin s. u. (69-89)

**Vertiefungslektüre:** Rathgeb, Kerstin (Hrsg.) (2012): Disability Studies. Kritische Perspektiven für die Arbeit am Sozialen.

Reihe Perspektiven Kritischer Sozialer Arbeit. Springer VS: Wiesbaden

*Aufgabe:*

Setzen Sie sich mit den zentralen Anliegen feministischer Disability Studies auseinander und erarbeiten Sie hierzu die von Raab eingeführten wissenschaftlichen Ansätze und Perspektiven. Inwiefern unterscheidet sich dieser Ausgangspunkt vom Konzept der "Doppelten Benachteiligung" – wie von Köbsell (siehe 1. Sitzung) beschrieben?

*5. Seminareinheit:*

*Diskussion*

Kulturelles Modell von Behinderung, Cultural Studies, Genderperspektive

*Vorbereitung der kommenden Sitzung:*

**Pflichtlektüre:** Link, Jürgen (2009): Versuch über den Normalismus. Wie Normalität produziert wird. Vandenhoeck & Ruprecht: Göttingen (4. Auflage) (Pflichtlektüre: Kapitel IV, Teil 4 und 5)

**Hilfestellung zur Pflichtlektüre:** Waldschmidt, Anne (2003): Ist Behindertsein normal? Behinderung als flexibelnormalistisches Dispositiv. In: Cloerkes, Günther: Wie man behindert wird. Heidelberg: Winter. S. 83-101

*Aufgabe:*

Verschaffen Sie sich einen Überblick über die Normalitätstheorie Links (siehe Waldschmidt 2003). Bearbeiten Sie vor diesem Hintergrund die beiden Kapitel in Link 2009.

*6. Seminareinheit:*

*Diskussion*

Normalitätsdiskurse, Klinische Sozialarbeit im Normalitätsdiskurs  
Zwischenevaluation und Feedback

*Vorbereitung der kommenden Sitzung:*

**Pflichtlektüre:** Peter Singer im SPIEGEL-Gespräch. & Peter Singer im FAZ-Interview.

**Vertiefungslektüre:** Kuhse, Helga und Singer, Peter (1993): Muß dieses Kind am Leben bleiben? Das Problem schwerstgeschädigter Neugeborener. Harald Fischer Verlag

**Vertiefungslektüre:** Hey, Monika (2012): Mein gläserner Bauch. Wie die Pränataldiagnostik unser Verhältnis zum Leben verändert. DVA

*Aufgabe:*

Rekonstruieren Sie Peter Sinters präferenzutilitaristische Argumentation.

### *7. Seminareinheit:*

*Diskussion*

Präferenzutilitarismus, Tierethik, Euthanasie, Was ist eine Person?

*Vorbereitung der kommenden Sitzung:*

**Pflichtlektüre:** Allen Frances (2013): Normal. Gegen die Inflation psychiatrischer Diagnosen: Der Kampf um die Definition geistiger Gesundheit. Köln: Dumont. (Pflichtlektüre: Teil I, Kapitel 3: Diagnostische Inflation (125-173))

**Vertiefungslektüre:** Teil I, Normalität als Belagerungszustand (25-173)

*Aufgabe:*

Machen Sie sich ein Bild von Geschichte, Gegenwart und Zukunft psychiatrischer Diagnosen. Was für eine fachliche Position zu Funktion und Wirkung von psychiatrischen Diagnosen beziehen Sie als angehende Klinische SozialarbeiterInnen?

### *8. Seminareinheit:*

*Diskussion*

Funktion und Logik von Diagnostik

Vorbereitung der kommenden Sitzung:

**Pflichtlektüre:** Jaqueline & Toni Simon: Inklusive Diagnostik – Wesenszüge und Abgrenzung von traditionellen "Grundkonzepten" diagnostischer Praxis. Eine Diskussionsgrundlage (<http://www.inklusion-online.net/index.php/inklusion-online/article/view/194/200>)

*Aufgabe:*

Erarbeiten sie die zentralen Elemente inklusiver Diagnostik, wie bei Simon und Simon beschrieben. Welche Differenzen erkennen Sie im Vergleich zu den Ihnen bisher bekannten Diagnostikkonzepten (bspw. von Pantucek)?

## 9. Seminareinheit:

### *Diskussion*

Diagnostik und Inklusion – inklusive Diagnostik

### *Vorbereitung der kommenden Sitzung:*

**Pflichtlektüre:** Waldschmidt, Anne (2007): Macht – Wissen – Körper. Anschlüsse an Michel Foucault in den Disability Studies. In: Schneider, Werner / Waldschmidt, Anne: Disability Studies, Kultursoziologie und Soziologie der Behinderung. Reihe: Disability Studies: Körper – Macht – Differenz, Band 1. Transcript Verlag: Bielefeld. S. 55-77.

**Vertiefungslektüre:** Goffman, Erving (2010): Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. Suhrkamp Wissenschaft: Frankfurt a. M.

**Vertiefungslektüre:** Foucault, Michel (1993): Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses. Suhrkamp: Frankfurt a. M., 14. Auflage

### *Aufgabe:*

Erarbeiten Sie die bei Waldschmidt genannten zentralen Elemente Foucaultscher Theorie in ihrer Relevanz für das Projekt der Disability Studies.

## 10. Seminareinheit:

### *Diskussion*

Totale Institutionen, Stigmatisierungstheorie (Labelingansatz), Disziplinierung des Körpers, Machtdiskurse

### *Vorbereitung der kommenden Sitzung:*

**Pflichtlektüre:** Dannenbeck, Clemens (2012): Von der Kritik der Disziplin zu einer Disziplin der Kritik? Ansichten zum kritischen Potenzial der Disability Studies. In: Ahorn, Roland (Hrsg.): Kritik der Sozialen Arbeit – Kritische Soziale Arbeit. Springer VS Verlag: Wiesbaden. S.363-376.

### *Aufgabe:*

Erarbeiten Sie die 3 zentralen Perspektiven, die sich mit dem Verhältnis von Disability Studies und der sozialen Bewegung behinderter Menschen beschäftigen. Welche progressiven und hemmenden Elemente sind den jeweiligen Perspektiven immanent?

### *11. Seminareinheit:*

#### *Diskussion*

Repräsentation von Menschen mit Behinderung im politischen Projekt Disability Studies  
Inklusion als kritisches Analyseinstrument

Keine weitere Pflichtlektüre

### *12. Seminareinheit:*

Abschlussveranstaltung.  
Feedback und Resümee.  
Prüfungsvorbereitung.

## 3. Erfahrungen und weiterführende Hinweise

Die Seminarkonzeption kann von einigen Studierenden als Herausforderung empfunden werden, da die Erarbeitung und Vermittlung relevanter Inhalte nicht – wie üblich – in der Verantwortung von DozentInnen liegt, sondern in der Koordinations-, Moderations- und Kooperationsfähigkeit der Studierenden.

Dabei kann gerade die Arbeit an theoretisch wie sprachlich anspruchsvollen Texten auf studentischer Seite als schwierig erlebt werden, weswegen es sich empfiehlt, den Moderationsgruppen wie den TeilnehmerInnen Vorschläge für Leitfragen zur Gestaltung der Einheit zukommen zu lassen. An diesen konkret auf Inhalte bezogenen Fragen können die Studierenden prüfen, ob Sie ein für sich ausreichendes Verständnis der Texte erarbeitet haben. Ebenso lassen sich aus diesen Aufgaben weiterführende Fragen zur Seminargestaltung ableiten. Im Kontext des Seminars erwies es sich außerdem als hilfreich, auf die Uneindeutigkeit literarischer Interpretation zu verweisen und die Studierenden zu ermutigen, ihre Fragen in die Gruppe einzubringen.

Des Weiteren fordert die Teilnahme von den Studierenden ein hohes Maß an Reflexionskompetenz, da es in der Gruppensituation um die Schulung fachlicher Positionen geht. So kann es als eine der zentralen Aufgaben gesehen werden, am eigenen Diskussionsstil – insbesondere hinsichtlich des Aufbaus stringenter Argumentationen und deren angemessener Artikulation – zu feilen. Da diese Art der Auseinandersetzung jedoch ein hohes Maß an emotionaler Beteiligung verlangt, die nicht einfach „wegrationalisiert“ werden soll – zeigt sich diese Emotionalität doch häufig als fruchtbarer Boden für eine selbstkritische Reflexion – hat es sich bewährt, die ersten 10 Minuten einer Seminareinheit für studentisches Feedback zu nutzen. An dieser Stelle können ungeklärte Anliegen, Kritik oder Anmerkungen geäußert und so ein voraussetzungsfreier(er) Rahmen für die kommende Diskussion geschaffen werden.

Im Anschluss an jede Sitzung erwies sich ein kurzes Feedback an die Moderationsgruppe als sinnvoll. In diesem Rahmen kann angemessene Rückmeldung zu Vorgehen, didaktischer Gestaltung sowie zur Moderationskompetenz gegeben und diese mit den Selbsteinschätzungen der Studierenden abgeglichen werden. So können eigene Fortschritte und Bedarfe an fachlicher Weiterentwicklung eingeschätzt und angemessen wertgeschätzt werden.

### Autorenangabe

Prof. Dr. Clemens Dannenbeck, Diplom-Soziologe, seit 2002 Professor für Soziologie und Sozialwissenschaftliche Methoden und Arbeitsweisen in der Sozialen Arbeit an der Hochschule für angewandte Wissenschaften Landshut.

Beauftragter für die Belange von Studierenden mit Behinderungen und chronischer Krankheit, Beauftragter für Diversität. 1988-2001 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Deutschen Jugendinstitut in München (DJI). Mitglied des Herausgeberkreises von Gemeinsam Leben. Zeitschrift für Inklusion; Inklusion Online ([www.inklusion-online.net](http://www.inklusion-online.net)); Mitwirkung im Redaktionsbeirat der Fachzeitschrift Teilhabe der Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V.

Carmen Böhm: Sozialpädagogin B.A. (FH) und seit Sommer 2013 Studierende im Masterstudiengang Klinische Sozialarbeit an der Hochschule Landshut, Tutorin im Seminar Klinische Sozialarbeit bei Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung an der Hochschule Landshut.

Eva Wunderer und Julia Dreseler

Baustein 7

Personbezogene Selbsterfahrung mittels Familienrekonstruktion  
(2015)



## 1. Grundlagen, Absichten und Ziele

Helfende Berufe stellen hohe Anforderungen an die Person. Die Klientenarbeit löst vielfältige Gefühle, nicht selten auch Konflikte aus, und führt an eigene Themen, wunde Punkte und blinde Flecken. Selbsterfahrung ist daher ein wichtiger Bestandteil professioneller Berufsausbildung und -ausübung – insbesondere in der Klinischen Sozialarbeit, die zumeist mit einer stark und mehrfach durch Problemlagen beeinträchtigten Klientel befasst ist. Selbsterfahrung ermöglicht den Einfluss der eigenen Lebens- und Beziehungsgeschichte sowie Persönlichkeit auf das professionelle Wirken zu reflektieren und zu verstehen.

Im Rahmen der Selbsterfahrung gewinnt die SozialarbeiterIn<sup>6</sup> Erkenntnisse über sich selbst sowie Offenheit und Vertrauen. Sie kann ihre Reflexionsfähigkeit und das Verständnis für andere steigern, emotional eigene (frühere) Erlebensweisen nachvollziehen und sich in die Rolle der KlientIn versetzen. Zudem werden neue, andere Interaktionsmuster erprobt und so persönliche und professionelle Kompetenzen mobilisiert (Hippler & Görlitz, 2001; Ubben, 2013). Neben der Beziehungskompetenz wird auch die Methodenkompetenz gefördert, da die TeilnehmerIn mit möglicherweise neuen Methoden der Beziehungsarbeit konfrontiert wird. Wir arbeiten mit Skulpturarbeit im Rahmen einer Familienrekonstruktion und ermöglichen den TeilnehmerInnen auf diese Weise einen Einblick in systemisches Arbeiten.

## 2. Durchführung / Instruktion

Das beschriebene Verfahren ist Teil des Masters „Klinische Sozialarbeit“, der seit dem Sommersemester 2013 an der Hochschule Landshut angeboten wird. Im zweiten und dritten von drei Fachsemestern wird jeweils ein Seminar mit zwei Semesterwochenstunden zur „Personbezogenen Selbsterfahrung“ angeboten. Die Seminare bauen aufeinander auf, das heißt es handelt sich um eine fortlaufende Gruppe mit den gleichen LeiterInnen in beiden Semestern. Beide Seminare finden in Form von Blöcken an jeweils einem Wochenende in einem Seminarhaus außerhalb der Hochschule statt. Angeleitet werden sie durch zwei LeiterInnen im Teamteaching. Dabei handelt es sich in der Regel um Diplom-SozialpädagogInnen bzw. -SozialarbeiterInnen oder Diplom-PsychologInnen mit therapeutischer Zusatzqualifikation – in unserem Fall um zwei Diplom-Psychologinnen und Systemische Paar- und Familientherapeutinnen. Die SelbsterfahrungsleiterInnen sind nicht in anderer Weise als PrüferInnen im Studiengang involviert, da eine Vermischung beider Rollen für die Studierenden schwierig sein könnte.

Als Methode nutzen wir Familienskulpturen im Rahmen einer Familienrekonstruktion.

---

<sup>6</sup> Um die Lesbarkeit zu erleichtern, wird die Schreibweise „groß I“ kombiniert mit dem weiblichen Artikel gewählt. Beide Geschlechter sind damit gleichermaßen gemeint.

## Familienskulptur

Bei Familienskulpturen handelt es sich um einen ganzheitlichen, erlebnisorientierten Zugang, der die Darstellung familiärer Strukturen und Prozesse ermöglicht. Die ProtagonistIn – also diejenige Person, die ihre Familie mittels einer Skulptur rekonstruiert – nutzt die anderen TeilnehmerInnen als „Material“ bzw. „RollenspielerInnen“ und stellt eine bestimmte Phase oder Szene in ihrer Familiengeschichte nach. Beachtung finden dabei insbesondere die drei Grunddimensionen Nähe/Distanz, Macht/Hierarchie und Kommunikation. Nähe/Distanz lässt sich über den räumlichen Abstand der Personen darstellen und ist dann ein Symbol für emotionale Verbundenheit, Verstrickung bzw. Unabhängigkeit. Macht/Hierarchie kann über die Höhe ausgedrückt werden, indem als mächtiger erlebte Personen beispielsweise auf einen Hocker gestellt werden. Kommunikation zeigt sich durch Mimik, Gestik, Körperhaltung und Blickkontakt. Es können neben Personen auch Symbole einbezogen werden, wie z. B. Stühle, Stofftiere, Pflanzen, Steine, Kissen.

Die Skulptur stellt üblicherweise zunächst den (vermuteten) Ist-Zustand dar und kann dann weiterentwickelt werden in Richtung Wunschzustand. Auch ein Nachbilden zeitlicher Abläufe ist möglich, z. B. die „Nacherzählung“ der Familiengeschichte vom Zeitpunkt des Kennenlernens der Eltern über die Geburt der älteren Geschwister und der eigenen Person bis hin zur Gegenwart. Mehrgenerationale Arbeiten vertiefen das Verständnis für die Eltern-, Groß- und Urgroßelterngeneration. In diesem Fall nutzt der/die „SkulpteurIn“ das Wissen und die Geschichten, die von anderen Familienmitgliedern an sie weitergegeben wurden.

Einen niedrigschwelligeren Zugang bietet das Familienbrett (Ludewig, 1983), das von Gehring (1993) zum Familiensystemtest weiterentwickelt wurde. In beiden Verfahren werden die Familienkonstellationen auf einem Brett mit Holzfiguren nachgebildet und keine Personen einbezogen. Eine solche Darstellung ist erfahrungsgemäß weniger emotional eindrücklich, zudem können einige Methoden nicht verwendet werden, wie z. B. die Befragung der Mitglieder einer Skulptur nach ihrem Erleben oder die Verdichtung, indem den Mitgliedern von der ProtagonistIn Sätze in den Mund gelegt werden, die als prototypisch für die dargestellten Mitglieder empfunden werden.

## Familienrekonstruktion

Bei der Familienrekonstruktion handelt es sich um eine aus der systemischen Familientherapie hervorgegangene Methode der Selbsterfahrung und Selbstgestaltung, die die Familienskulptur als zentrales Element nutzt. Sie geht wesentlich zurück auf Virginia Satir, eine amerikanische Sozialarbeiterin und Vorreiterin der Familientherapie, die die Familienrekonstruktion als Methode der Selbsterfahrung von (angehenden) FamilientherapeutInnen nutzte. Dahinter steht die Annahme, dass Erfahrungen, die man im Laufe seiner Sozialisation in der Familie macht, fortwirken in Form von Erinnerungen, Zukunftsvorstellungen, Sinnkonstruktionen, Denk-

Fühl- und Verhaltensmustern, auch wenn man nicht mehr in der Herkunftsfamilie lebt (vgl. Schmidt, 2003, S. 12).

Ziel der Familienrekonstruktion ist es, das Selbstverständnis von Familien und ihren Mitgliedern zu reflektieren, um „passendere Wirklichkeits- und Möglichkeitskonstruktionen für gegenwärtig und zukünftig zu bewältigende Anforderungen zu entwickeln“ (Schmidt, 2003, S. 12) bzw. „alte, dominante und einengende Geschichten, nach denen man sein Leben gestaltet, in Frage [zu] stellen und neue, bekömmlichere [zu (er)finden“ (Schlippe & Schweitzer, 2003, S. 219).

Für die Familienrekonstruktion werden in der Regel Genogramm- und Skulpturarbeit kombiniert. Die TherapeutInnen verstehen sich als BegleiterInnen auf dem individuellen Weg zu mehr Erkenntnis, Verständnis und Autonomie in der Familie. Sie verstehen sich nicht als ExpertInnen, die wissen, was zu tun oder verändern wäre, damit die Person und Familie sich gut entwickeln, sondern beachten das systemische Prinzip der Autopoiese, der Selbstbestimmung und -entwicklung von Systemen. An dieser Stelle grenzen wir uns klar ab von dem Verfahren der Familienaufstellung nach Bert Hellinger.

Die Familienrekonstruktion wurde von der Gruppe um Martin Schmidt in München evaluiert (vgl. Schmidt, 2003; Schmidt et al., 2001; Sedlmayer, 2008). Es zeigte sich, dass sich Selbst- und Beziehungsschemata im Zeitraum nach der Rekonstruktion veränderten im Sinne einer Zunahme an persönlicher Autorität und Differenzierung, insbesondere einer Abnahme der Verstrickung in und mit der eigenen Herkunftsfamilie. Auch die interpersonellen Probleme der TeilnehmerInnen nahmen ab. Die professionelle Reflexions- und Beziehungsfähigkeit war nicht expliziter Gegenstand dieser Analyse.

## Konkretes Vorgehen im Seminar

### *Vorbereitung*

Das Seminar ist für zehn TeilnehmerInnen konzipiert. In einer Vorbesprechung werden diese über die Ziele und Inhalte des Seminars informiert und erhalten den Arbeitsauftrag, bis zum ersten Seminartermin ein Genogramm ihrer Herkunftsfamilie zu erstellen (vgl. McGoldrick & Gerson, 1990). Das Genogramm soll wenigstens drei Generationen (eigene Person, Eltern, Großeltern), idealerweise vier oder fünf Generationen umfassen und großformatig angelegt sein (mehrere Flipchartseiten), um im Seminar gut damit arbeiten zu können. Es enthält neben den Familiendaten (Geburtsdaten, Sterbedaten, Daten der Heirat, Scheidung u. ä.) auch Angaben zu Krankheiten, psychischen und sozialen Problemlagen, Wohnort und Eigenschaften, die einzelnen Familienmitgliedern zugeschrieben werden. Zudem kann es mit Fotos oder Zeichnungen ausgeschmückt werden.

Wichtig ist, dass möglichst viele Informationen im Vorfeld gesammelt und aufgenommen werden, beispielsweise zu Fehl- oder Totgeburten in früheren Generationen, die teilweise nicht allen bekannt sind. Wir ermutigen die TeilnehmerInnen der Selbsterfahrung daher, ihre Eltern, Großeltern und andere Verwandte zu deren Familiengeschichte zu befragen – oftmals werden diese Gespräche im Vorfeld bereits als wesentlicher Gewinn durch das Seminar empfunden, und dies auf informationeller, aber auch emotionaler Ebene. Zudem machen sich die TeilnehmerInnen Gedanken, welches Thema sie sich in Bezug auf ihre Herkunftsfamilie ansehen möchten und wie eine möglichst konkrete Fragestellung dazu aussehen könnte.

### *Seminar*

Im Seminar erhält jede TeilnehmerIn eineinhalb bis zwei Stunden Zeit, die eigene Familie in Bezug auf die Fragestellung anzusehen. Dabei nennt die TeilnehmerIn zunächst ihre Fragestellung und stellt dann ihre Familie anhand des Genogramms vor. Die Fragestellung kann sich auf die eigene Person beziehen oder auch auf andere Personen oder Beziehungen in der Familie und an berufliche Themen anknüpfen. Beispiele sind: „Warum fällt es mir schwer, Nähe in Beziehungen zuzulassen?“, „Warum habe ich den Beruf der SozialarbeiterIn gewählt?“, „Wie kann ich meine Rolle in der Familie verändern und weniger Verantwortung übernehmen?“.

Nach der Vorstellung des Genogramms werden in einem „Reflecting Team“ Möglichkeiten gesammelt, die Thematik zu bearbeiten (Schlippe & Schweitzer, 2010). Dabei bilden alle übrigen TeilnehmerInnen des Seminars zusammen mit den Leiterinnen das reflektierende Team, die TeilnehmerIn, die ihre Familie bearbeitet, hört zu und prüft für sich, ob die geäußerten Vorschläge und Hypothesen passend für sie sind. Anschließend entscheidet sie mit Unterstützung durch die Seminarleiterinnen, welchen Teil der Familie sie sich zur Beantwortung ihrer Fragestellung ansehen will und welche Personen dazu wichtig sind.

In einer Familienskulptur werden dann Antworten auf die Fragestellung gesucht. Die ProtagonistIn sucht sich dazu SeminarteilnehmerInnen, die sie bittet, bestimmte Personen in ihrer Herkunftsfamilie zu verkörpern. Sollte die Anzahl der Gruppenmitglieder nicht ausreichen, können Stühle oder andere Symbole für einzelne Personen hinzugenommen werden.

Die SeminarteilnehmerInnen haben jederzeit die Möglichkeit, eine Rolle ohne Angabe von Gründen abzulehnen. Auch Themen oder Symptome können verkörpert werden, z. B. „die Krankheit“ oder „der Betrieb“, der über Generationen innerhalb der Familie weitervererbt wird. Meist sucht die ProtagonistIn zunächst eine StellvertreterIn, die die eigene Person verkörpert, um die Familiendarstellung von außen auf sich wirken zu lassen; später kann sie dann selbst in die Skulptur hineingehen. Die Mitglieder werden zu ihrem Erleben in der Skulptur befragt und können so Hinweise für die Beantwortung der Fragestellung liefern.

Die Skulptur wird in der Regel zu einem Lösungsansatz fortgeführt. So kann die ProtagonistIn beispielsweise ausprobieren, welche Position in der Familie für sie angenehmer wäre als die gegenwärtige, und was erste Schritte in diese Richtung wären. Wichtig ist dabei, dass es Ideen sind, die die ProtagonistIn selbst umsetzen kann. Festzustellen, dass die Mutter oder der Vater sich doch grundlegend ändern müssten, hilft nicht weiter, da dies nicht in der Hand der ProtagonistIn liegt.

Im Anschluss an die Skulpturarbeit wird entrollt, danach können in einer Rückmelderunde die SeminarteilnehmerInnen Parallelen zu ihren eigenen Familien mit der Gruppe teilen. Dabei wird nicht mehr die gerade gestellte Skulptur interpretiert, um die (emotionalen) Eindrücke der ProtagonistIn nicht zu stören. Kann oder möchte sich eine SeminarteilnehmerIn nicht auf eine Familienskulptur einlassen, ist es möglich, eine Darstellung mit Symbolen zu wählen oder lediglich das Genogramm zu besprechen.

Damit sich die Gruppe kennenlernt und das für diese Arbeit notwendige Vertrauen entwickelt, werden vor dem Einstieg in die Skulpturarbeit verschiedene Übungen in Kleingruppen durchgeführt. Diese reichen von Kennenlernübungen über Übungen zu eigenen Rollen in Gruppen bis hin zu einer Phantasiereise in die eigene Herkunftsfamilie mit anschließender gegenseitiger Vorstellung des Genogramms im Zweiergespräch im Hinblick auf die eigenen und familiären Ressourcen. Weitere inhaltliche, aber auch Auflockerungs- und Entspannungsübungen werden je nach den Bedürfnissen der Gruppe und je nach zeitlichen Ressourcen in das Seminar integriert. Beide Seminarblockwochenenden laufen ähnlich ab, ganz am Ende steht eine ausführliche Verabschiedungsrunde.

### *Beispiel*

Sabina, 23 Jahre alt, berichtet, dass sie sich sehr schwer damit tue, sich von anderen Menschen abzugrenzen. Sowohl im beruflichen als auch im privaten Umfeld übernehme sie die Rolle der Fürsorglichen und stelle ihre eigenen Bedürfnisse hintan. Da sie einen Zusammenhang dieser Rolle mit ihrer Familiengeschichte vermute, wolle sie in der heutigen Selbsterfahrung beleuchten, wie sie einen ersten Schritt in Richtung Selbstfürsorge tun könne.

Bei der Vorstellung des Genogramms wird ersichtlich, dass Sabina bereits in ihrer Kindheit für das Wohlergehen der anderen Familienmitglieder gesorgt und viel Verantwortung übernommen hat. Als Erstgeborene sowie durch das Alkoholproblem ihrer Mutter habe sie sich häufig um ihre beiden jüngeren Geschwister gekümmert und folglich eine Art „Zweitmutter“ für diese dargestellt. Der Vater sei wenig verfügbar gewesen. Für ihre eigenen Belange sei wenig Raum gewesen.

Es wird eine mehrgenerationale Skulptur gestellt, beginnend mit den Großeltern mütterlicherseits. Sabina erkennt, dass das Thema Alkoholismus auch in den vorherigen Generationen eine Rolle spielte und dass ihre Mutter selbst eine schwierige Kindheit durchlebte. Dies verhilft ihr dazu, mehr Verständnis für ihre Mutter zu entwickeln (erkennen, dass deren Verhaltensweisen durch die eigene Familiengeschichte mitbedingt wurden).

Anschließend betrachtet Sabina die eigene Rolle in der Familie von außen – sie hat eine Stellvertreterin für die eigene Person gewählt. Ihr wird dadurch noch bewusster, welche tragende Rolle sie jahrelang übernommen hat. Auch wenn durch das eigene Erwachsenwerden sowie durch das Heranwachsen der Geschwister und den Alkoholentzug der Mutter bereits vieles anders ist, stellt ihre Position in der Familie auch heute noch eine Belastung für sie dar.

Als Idee für einen ersten Schritt in Richtung Lösung sucht sich die Stellvertreterin von Sabina einen Platz, der sich besser für sie anfühlt. Sie steht nun weiter weg von ihrer Familie und blickt auf ihr eigenes Leben. Als Symbol für das Thema Abgrenzung wird ein Seil um sie herum gelegt. Auch ihr Freund bekommt einen Platz in der Skulptur.

Abschließend begibt sich Sabina selbst in die Skulptur. Sie geht selbst noch einmal den Weg vom ursprünglichen zum neuen Platz und spürt dabei, dass sich der Abstand von der Familie gut für sie anfühlt. Vor dem Auflösen der Skulptur werden als eine Art „Hausaufgabe“ einige konkrete, beispielhafte Verhaltensweisen zum Thema Selbstfürsorge/Abgrenzung gesammelt, z. B. Nein sagen oder jemandem einmal eine Bitte abschlagen, sich Pausen gönnen.

### 3. Erfahrungen und weiterführende Hinweise

Da die Selbsterfahrung Teil eines Masterstudiengangs ist, ist es uns wichtig, die Kompetenzen der Studierenden, die alle bereits über einen Studienabschluss verfügen, zu würdigen und zu nutzen. Dies ist im Rahmen des Reflecting Teams gut möglich, bei dem die TeilnehmerInnen aufgerufen sind, ihre eigenen Hypothesen und Ideen für das weitere Vorgehen einzubringen. Die Person, um deren Familie und Fragestellung es gerade geht, profitiert von der Vielfältigkeit der Perspektiven, die Leiterinnen bleiben dem systemischen Grundsatz treu, dass sie begleiten und nicht als ExpertInnen die Lösung vorgeben.

Die Gruppengröße sollte bei maximal zwölf TeilnehmerInnen liegen, sonst bleibt bei zwei dreitägigen Blockveranstaltungen zu wenig Zeit für die einzelnen Familienrekonstruktionen. Ideal sind zehn TeilnehmerInnen, weniger als neun sollten es nicht sein, da sonst zu wenige Personen für Skulpturarbeiten zur Verfügung stehen.

Wir haben sehr gute Erfahrungen mit Blockseminaren gemacht. So verdichten sich die Erfahrungen und die Gruppe kann zusammenwachsen. Allerdings ist auch ein anderes zeitliches Format in kürzeren Blöcken denkbar. Bewährt hat sich der Seminarort außerhalb der Hochschule. Die Gruppe bleibt so unter sich, isst und gestaltet die Pausen gemeinsam und taucht nicht während dieser wieder in den Hochschulalltag ab.

Im Master „Klinische Sozialarbeit“ in Landshut ist die Selbsterfahrung ein verpflichtender Bestandteil. Da dies bei der Beschreibung des Studiengangs deutlich hervorgehoben wird, wurde die Selbsterfahrung bislang sehr gut akzeptiert, von vielen TeilnehmerInnen sogar als besonders wertvolles Angebot begrüßt. Allerdings ist wichtig zu betonen, dass im Seminar jeder für sich selbst verantwortlich ist und seine eigenen Grenzen beachtet. Nicht für jeden ist zu jedem Zeitpunkt eine starke emotionale Öffnung in der Gruppe sinnvoll. Andere Methoden stehen, wie oben beschrieben, zur Verfügung. Bislang haben sich alle Studierenden mindestens auf eine vertiefte Vorstellung des Genogramms und eine Hypothesenbildung in Bezug auf ihre Fragestellung eingelassen; dies ist als erster Schritt der Selbsterfahrung aus unserer Sicht wertvoll. Wir ermutigen zwar zu einer emotionsorientierten Auseinandersetzung mittels Skulpturarbeit, respektieren jedoch diesbezüglich den Wunsch der TeilnehmerInnen. Eine Teilnahme an den Seminaren ohne etwas von seiner Familiengeschichte einzubringen, ist nicht sinnvoll und auch aus gruppensdynamischer Sicht ungünstig. Daher wird bereits in der Ankündigung und Vorinformation zum Seminar ausdrücklich darauf hingewiesen, dass es die vertiefte Beschäftigung mit der eigenen Herkunftsfamilie zum Inhalt hat und eine gewisse Öffnungsbereitschaft diesbezüglich erforderlich macht. Zudem haben die Studierenden die Möglichkeit, zwischen mindestens zwei Selbsterfahrungsgruppen zu wählen, die mit unterschiedlichen Methoden arbeiten.

Das Seminar lebt von den eigenen praktischen Erfahrungen, eine theoretische Auseinandersetzung mit Therapierichtungen und -methoden wird an anderer Stelle im Master vermittelt. Wir haben jedoch einige wesentliche Hintergrundinformationen auf Handouts für die TeilnehmerInnen zusammengestellt, geben im Seminar eine knappe Einführung in die Methode der Familienrekonstruktion und bieten an, zwischendurch kurz Fragen zur methodischen Vorgehensweise zu beantworten, wenn die Gruppe dies wünscht.

## Literatur

- Gehring, T.M. (1993). *FAST – Familiensystemtest*. Weinheim: Beltz.
- Hippler, B. & Görlitz, G. (2001). *Selbsterfahrung in der Gruppe. Person- und patientenorientierte Übungen*. Stuttgart: Pfeiffer.
- Ludewig, K., Pflieger, K., Wilken, U. & Jakobskötter, G. (1983). Entwicklung eines Verfahrens zur Darstellung von Familienbeziehungen: Das Familienbrett. *Familiendynamik*, 8, 235-251.
- McGoldrick, M. & Gerson, R. (1990). *Genogramme in der Familienberatung*. Bern: Huber.
- Schmidt, M. (2003). *Systemische Familienrekonstruktion*. Göttingen: Hogrefe.
- Schmidt, M., Schmid, U. & Sierwald, W. (2001). Systemische Familienrekonstruktion und Individuation bei Erwachsenen. In S. Walper & R. Pekrun (Hrsg.): *Familie und Entwicklung. Aktuelle Perspektiven der Familienpsychologie* (S. 424-443). Göttingen: Hogrefe.
- Sedlmayer, U. (2008). *Wege zur persönlichen Autorität junger Frauen*. Berlin: Rhombos-Verlag.
- Schlippe, A. von & Schweitzer, J. (2003). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schlippe, A. von; Schweitzer, J. (2012). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung I. Das Grundlagenwissen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Ubben, B. (2013). *Verhaltenstherapeutische Selbsterfahrung. Strategien und Übungen*. Weinheim: Beltz.

## Autorenangabe

Prof. Dr. phil. Eva Wunderer, Diplom-Psychologin, Systemische Paar- und Familientherapeutin (DGSF), Professorin für „Psychologische Aspekte Sozialer Arbeit“ an der Hochschule für angewandte Wissenschaften Landshut.  
E-Mail: wunderer@haw-landshut.de.

Julia Dreseler, Diplom-Psychologin, Systemische Paar- und Familientherapeutin/Systemische Kinder- und Jugendlichentherapeutin (DGSF), Lehrauftrag an der Hochschule Landshut, Tätigkeit als Bezugspsychotherapeutin und stellvertretende Teamleitung in den ANAD-Wohngruppen (für Menschen mit Essstörungen) in München.



Dieter Röh

Baustein 8

Analyse Sozialer Netzwerke im Rahmen Sozialer Diagnostik und  
Hilfeplanung (2015)

## 1. Grundlagen, Absichten und Ziele

Die sozialen Netzwerke von Menschen unterstützen ihre alltägliche und krisen- oder problembezogene Lebensführung, indem sie soziale Zugehörigkeit signalisieren und soziale Unterstützung bieten. Soziale Netzwerke bzw. soziale Gruppen haben darüber hinaus auch eine sozial kontrollierende und mitunter disziplinierende Funktion, da sie die in diesen Zusammenhängen dominanten Verhaltensmaßstäbe durchsetzen.

Die Netzwerkpartner sind in vielfältiger Weise miteinander durch Beziehungen verbunden, die einen emotionalen, einen praktischen (instrumentellen), einen beratenden (informationellen) und einen identitätsstiftenden (Zugehörigkeit) Charakter haben. Die Beziehungen sind familiär, freundschaftlich, bekantschaftlich, nachbarschaftlich oder anderweitig verortet. In immer größeren Kreisen ausgehend von der Person sind zunächst die Intimbeziehungen zu Familienangehörigen, Lebenspartnern und Freunden und die weiteren nahen mikrosozialen Beziehungen und dann die meso- oder makrosozialen Beziehungen (auf dem Arbeitsplatz, in Vereinen, in Bürokratien, im öffentlichen Leben, auf Märkten etc.) bedeutsam. Je weiter die soziale Distanz zu diesen, desto formeller sind die Sozialbeziehungen.

Professionelle Unterstützer, die also von Berufs wegen hilfreich sind, können dem mesosozialen Bereich zugeordnet werden, da sie häufig die Funktion einer Vermittlung zwischen lebensweltlich-informellen und systemisch-formellen innehaben. Man kann soziale Netzwerke auch in informelle und formelle Netzwerke unterteilen, die jeweils Vor- und Nachteile haben, wie in der nachfolgenden Tabelle verdeutlicht:

	<b>VORTEILE</b>	<b>NACHTEILE</b>
Formelle Netzwerke	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Professionalität</li> <li>• Kontinuität</li> <li>• Keine Reziprozität</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schwer erreichbar</li> <li>• Weniger durchschaubar</li> <li>• Keine Alltagsverankerung</li> <li>• Stigmatisierungsgefahr</li> <li>• Kostenpflichtig</li> </ul>
Informelle Netzwerke	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vielseitig</li> <li>• Niedrigschwellig</li> <li>• Leicht erreichbar</li> <li>• „Kostenlos“</li> <li>• Realitätsnah</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reziprozität erwartet</li> <li>• Gefahr der falschen, inadäquaten Hilfe</li> <li>• Stigmatisierungsgefahr</li> </ul>

Mit der Netzwerkanalyse sollen sowohl die Potentiale als auch die Probleme bestehender Netzwerke bzw. Sozialbeziehungen verdeutlicht werden, um Handlungspläne zur Veränderung, Erweiterung oder Anbahnung neuer Sozialbeziehungen entwerfen zu können.

Insbesondere chronisch psychisch kranke oder auch geistig behinderte Menschen<sup>7</sup> haben ein in vielerlei Hinsicht qualitativ wie quantitativ eingeschränkteres Soziales Netzwerk.

### Aufgabe 1:

Recherchieren Sie in einschlägiger Literatur (siehe Literaturliste unten und Internet) nach Studien zu Netzwerken und sozialen Beziehungen von chronisch psychisch kranken oder auch geistig behinderten Menschen. Dazu müssen Sie auch in die mit der Sozialen Arbeit verwandten Bereiche der Sozial-/Gemeindepsychologie, der Klinischen Psychologie und der Soziologie hineinschauen, da dort häufiger empirische Erkenntnisse gesammelt werden. Die Blüte der Erforschung von Sozialen Netzwerken und Sozialen Beziehungen lag allerdings in den 1990er Jahren.

Was fällt bzgl. der Zusammensetzung und Qualität der Netzwerke, der Qualität der Sozialbeziehungen im Vergleich zur durchschnittlichen Bevölkerung oder entsprechenden Referenzgruppen auf?

Von einem „guten“ Sozialen Netzwerk gehen wir aus, wenn es vielfältige, belastbare sowie stärker unterstützende als kontrollierende Sozialbeziehungen zu verschiedenen Menschen aus verschiedenen Bereichen des Lebens umfasst. Die Eingeschränktheit ist oft genug das Ergebnis multipler Begleitumstände der „Be-Hinderung“, z. B. der frühen Erfahrungen des „Anders-Seins“, der Ausgrenzung und Stigmatisierung, der institutionellen Unterstützung, aber auch mitunter der Krankheit selbst, die soziale Ängste oder fehlende oder verlorengegangene soziale Kompetenzen mit sich bringt.

## 2. Durchführung / Instruktion

Die Netzwerkkarte, die es in verschiedenen Varianten gibt, ist ein geeignetes Instrument zur grafischen Darstellung verschiedener quantitativer und qualitativer Merkmale von sozialen Netzwerken bzw. sozialen Beziehungen. Sie kann zu Beginn einer Unterstützung im Rahmen der Hilfeplanung, aber auch während der Hilfe (als Evaluationsinstrument der erreichten Ziele im Bereich Sozialer Netzwerke) eingesetzt werden.

### Übung 1:

Wenden Sie sich zunächst in Zweier-Gesprächen ihren sozialen Netzwerken und Sozialbeziehungen zu und tauschen Sie sich über folgende Fragen aus:

- Wie viele Freunde haben Sie? Was machen Sie mit diesen? Woher kennen Sie sie? Welche Freundschaften bestehen noch, welche sind verloren gegangen und warum?

---

<sup>7</sup> Zu Ergebnissen der Netzwerkforschung in den Bereichen Kinder, Jugend, Familie u. a. siehe z. B. Schmidt-Denter, U. (2005): Soziale Beziehungen im Lebenslauf. Lehrbuch der sozialen Entwicklung. Beltz-Juventa sowie zu anderen Personengruppen

- Was unterscheidet ihre Freundschaften von anderen sozialen Beziehungen, z. B. zu LiebespartnerInnen oder auch innerhalb der Familie?
- Was unterscheidet beide (Freundschaften, Familie) von sonstigen sozialen Kontakten, z. B. zu Nachbarn, Verkäufern?
- Was unterscheidet diese wiederum von Kontakten zu professionellen Dienstleistern, wie z. B. Ärzten?

Sie werden bemerkt haben, dass es große Unterschiede gibt, wie wir verschiedene Formen von Sozialbeziehungen wahrnehmen, interpretieren und gestalten. Jede erfüllt in einem gewissen Sinn auch eine bestimmte Funktion. So erwarten Sie keine intime Kontaktaufnahme von ihrem Arzt, ja würden diese sogar zurückweisen, und wiederum erwarten Sie von Freunden und Familienmitgliedern auch keine professionelle Dienstleistung, womöglich noch gegen Bezahlung.

Soziale Netzwerke und vor allem die darin enthaltenen sozialen Beziehungen sind also brauchbar (funktional), damit wir z. B. Liebe und Anerkennung erfahren, praktische Hilfe oder auch mal einen Rat erhalten oder mit anderen unsere Zeit verbringen können.

Sie haben oben (Aufgabe 1) gesehen, dass sich die Netzwerke und Sozialbeziehungen von psychisch kranken oder geistig behinderten Menschen anders darstellen als beispielsweise ihre eigenen oder diejenigen der allermeisten anderen erwachsenen Personen.

### Aufgabe 2:

Recherchieren oder überlegen Sie, womit diese Andersartigkeit der sozialen Netzwerke und sozialen Beziehungen etwas zu tun haben kann. Warum sind sie anders und was hat dazu geführt?

Sicherlich werden Ihnen viele Punkte eingefallen sein, z. B. dass die Netzwerke und Sozialbeziehungen deshalb anders sind, weil sie sich anders entwickelt haben (also nicht immer so waren). Das hat sicherlich etwas mit sozialen Faktoren zu tun, z. B. mit institutionellen Aufhalten, die den Kontakt zur „Außenwelt“ erschweren, oder auch mit direkten Abwertungs- und Stigmatisierungsprozessen („Mit der will ich nichts mehr zu tun haben, die ist doch verrückt im Kopf, wie die sich immer verhält, wenn wir unterwegs sind.“). Gleichzeitig kann die Veränderung der Netzwerke und Sozialbeziehungen auch entstanden sein durch einen Rückzug der Betroffenen, weil sie in den Netzwerken und sozialen Beziehungen immer auch Stress ausgesetzt waren, der sie zu stark belastet und ggf. auch krank macht (Stichwort: Autoprotektion).

In der Hilfeplanung und der damit einhergehenden Sozialdiagnostik lohnt daher eine genaue Analyse des sozialen Netzwerks und der sozialen Beziehungen der betroffenen Personen, um

herauszufinden, ob und inwieweit hier Veränderungen gewünscht werden oder angestrebt werden sollten. Die zum Schluss genannten Netzwerkinterventionen können hier ansetzen.

Die einfache Handhabung einer Netzwerkanalyse ermöglicht einen bedarfsangemessenen, flexiblen und effizienten Einsatz im Rahmen professioneller Begleitung, Unterstützung und Beratung. Gleichzeitig ist sie insofern ein dialogisches Instrument, als nach Einführung in die verwendeten grafischen Darstellungsmittel und ein wenig Übung, ihre Erstellung in einem koproduktiven Verfahren zwischen der Fachkraft und dem/der Klienten/Klientin vollzogen werden kann.

### Aufgabe 3:

Warum kann die Netzwerkanalyse nur koproduktiv ablaufen? Begründen Sie dies aus ethischer und praktischer Perspektive.

In der koproduktiven Netzwerkanalyse sind mehrere Varianten denkbar:

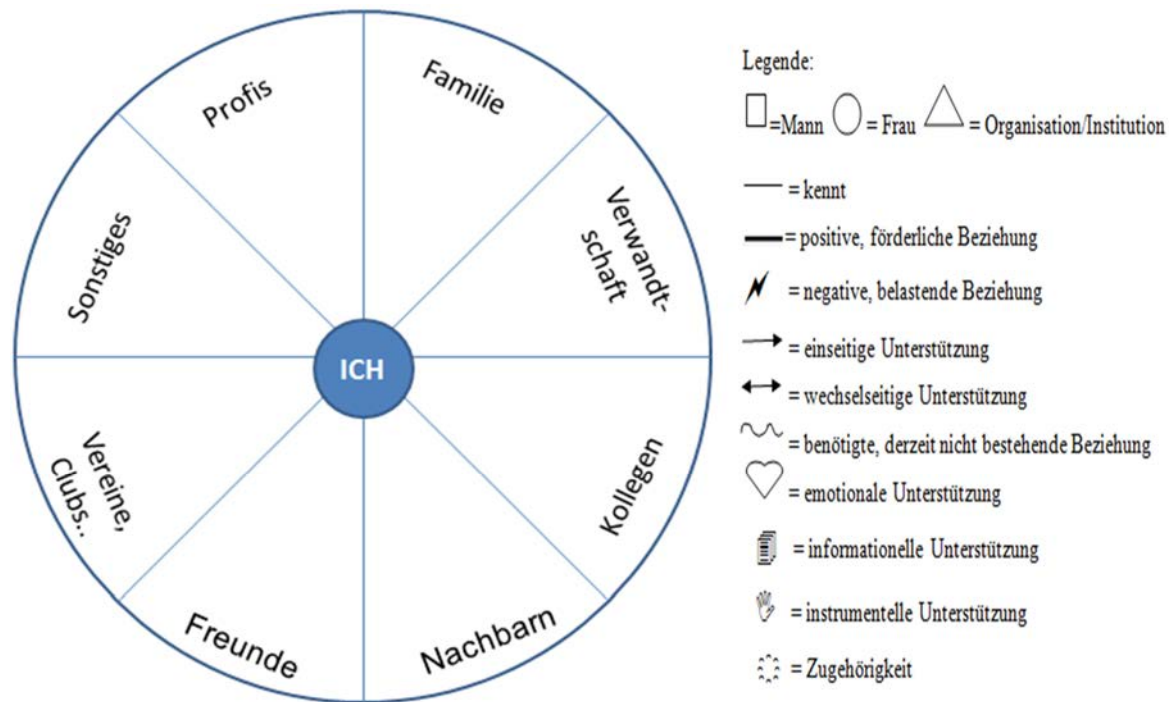
- Die Netzwerkkarte wird grafisch durch die Fachkraft dargestellt, nach oder während eines Anamnesegesprächs. Ausgangspunkt sind die Informationen der betroffenen Person oder eines Unterstützers, der die Informationen „stellvertretend“ liefert, die zunächst ohne Bewertung auf der Netzwerkkarte dargestellt werden.
- Es werden sowohl durch die Fachkraft als auch durch die betroffene Person eigenständige Netzwerkkarten angefertigt und nach Fertigstellung verglichen. Hierdurch können Impulse für ein Netzwerkgespräch durch den Kontrast zwischen Selbst- und Fremdverständnis des sozialen Netzwerks entstehen.
- Die Erstellung einer Netzwerkkarte findet im Rahmen eines sozioedukativen Gruppenprogramms statt. Jedes Gruppenmitglied zeichnet seine Netzwerkkarte und stellt diese anderen vor. Im Gruppengespräch werden Erkenntnisse der anderen Gruppenmitglieder besprochen und gleichzeitig gemeinsam überlegt, wie etwas verändert werden kann.

Selbstverständlich handelt es sich bei der Netzwerkkarte und den darin enthaltenen Informationen um die jeweils subjektive Sicht auf das Phänomen „Soziales Netzwerk“, das niemals einen endgültigen oder vollständigen Charakter haben kann, sondern sich stets verändert oder verändern kann: Je nach Wahrnehmung der aktuellen Lage sowie des Zeitpunkts und der Rahmenbedingungen der Netzwerkanalyse.

## Grafische Darstellung mithilfe der Acht-Felder-Karte

Hier wird die Acht-Felder-Karte (Früchtel, Cyprian und Budde 2007, S. 93) genutzt, da sie die einzelnen Bereiche stärker auffächert.

- a) Mit der abgebildeten Netzwerkkarte können – neben den Professionellen – vor allem auch die **informellen Netzwerkpartner** erfasst werden, indem mit einer einfachen grafischen Erfassung in einem Koordinatenfeld all diejenigen Personen erfasst werden, die die betroffene Person (in der Mitte; Ego-punkt) zu ihrem (informellen) sozialen Netzwerk zählt. Daneben ist es notwendig, auch die prof. Unterstützer zu benennen, die im Ist-Zustand wohl noch eine große Rolle spielen und vielfach – obwohl dem formellen Netzwerk der Organisation des Trägers zugehörig – von den Betroffenen als Nahestehende gesehen werden. Die Personen werden je nach Nähe zur betroffenen Person in unterschiedlicher Entfernung vom Ego-punkt in die Karte eingetragen.
- b) Alle Personen werden dann mittels **Linien** mit der betroffenen Person verbunden. Dabei stehen verschiedene Linienarten für verschiedene Beziehungsqualitäten: Eine eher positive, förderliche Beziehung kann durch eine stärkere Linie und eine eher negative, belastende Beziehung durch eine mit einem Blitz versehende Linie gekennzeichnet werden. Außerdem können Wellenlinien dazu genutzt werden, um eine benötigte, derzeit aber nicht bestehende oder belastete, positive Beziehung deutlich zu machen. Eine einseitige Unterstützung kann ebenso gekennzeichnet werden wie eine wechselseitige. Bei der einseitigen weist der Pfeil dann in Richtung der unterstützten Person.
- c) Daneben können **weitere Informationen** zu den Netzwerkangehörigen hinzugefügt werden, z. B. Alter, Beruf, Wohnort etc.
- d) Schließlich werden die **Unterstützungsfunktionen**, die hauptsächlich von dieser Person ausgehen mit verschiedenen Symbolen verdeutlicht. Ein Herz steht für emotionale, ein beschriftetes Blatt für informationelle und eine Hand für instrumentelle Unterstützung. Mehrfachzuordnungen sind natürlich möglich und wohl auch realistisch.
- e) Damit aus der Darstellung ein Netzwerk wird, können schließlich die **Netzwerkangehörigen untereinander** mit Linien verbunden werden. Auch hier gibt es die Möglichkeit die Beziehung mit den unter b) genannten Linienarten zu qualifizieren. (Hinweis: Netzwerkverbindungen können zu einem Dichtemaß verrechnet werden, das zwischen 0 (keiner kennt keinen, außer alle die betroffene Person) und 1 (alle kennen alle) liegen. Die Formel dazu lautet:  $D = n / \{ [N \cdot (N-1)] / 2 \}$ . n steht für die vorhandenen Netzwerkverbindungen und N für die potentiell möglichen Verbindungen.)



### Übung 2:

Erstellen Sie nun jeweils für sich entweder ausgehend von Ihnen selbst oder aus der sehr guten Kenntnis eines Falls aus Ihrer Praxis eine Netzwerkkarte und versuchen Sie dabei, möglichst viele Details einzufügen. Am besten übertragen Sie dazu die Acht-Felder-Karte auf eine Wandzeitung oder ein entsprechend großes Stück Papier.

Stellen Sie sich anschließend gegenseitig (entweder in Kleingruppen oder zu zweit) ihr jeweiliges Netzwerk vor und reflektieren Sie, was Ihnen bei der Handhabung und beim Ergebnis auffällt?

Folgende Fragen könnten zur Netzwerkanamnese im Gespräch genutzt werden, um die teilweise abstrakten Fachbegriffe in alltagsverständliche Formulierungen umzuwandeln:

- **Emotionale Unterstützung:** Wen können Sie anrufen/treffen, wenn es Ihnen schlecht geht? Wen rufen Sie an/treffen Sie, wenn es Ihnen gut geht oder Sie ein freudiges Erlebnis mitteilen wollen?
- **Instrumentelle Unterstützung:** Wer würde Ihnen beim Umzug helfen? Wer würde Ihnen Eier oder Milch geben, wenn Sie dringend welche zum Kochen/Backen benötigen? Wer würde Ihnen helfen, einen Schrank zu verschieben? Wer würde Ihnen von seinem Einkauf etwas mitbringen?
- **Informationelle Unterstützung:** Wen würden Sie fragen, wenn Sie nicht wüssten, wo man einen bestimmten Handwerker herbekommt oder zu welcher Behörde man gehen muss, wenn man eine Mülltonne bestellen will? Wer könnte Ihnen einen Rat geben,

wenn Sie eine wichtige Entscheidung treffen müssen, z. B. ob Sie einen Mietvertrag unterschreiben sollten?

- **Differenzierung von alltags- und problembezogener Unterstützung:** Wen würden Sie fragen oder wo würden Sie, wenn Sie ein Problem hätten, klingeln, hingehen oder anrufen?
- **Qualität der nahen Sozialbeziehungen:** Zu wem aus Ihrer Familie oder Ihrem Freundes- und Bekanntenkreis haben Sie eine gute und zu wem eine belastete Beziehung?
- **Qualität der ferneren Sozialbeziehungen:** Kennen Sie Ihre Nachbarn? Sprechen Sie mit Ihnen? Laden Sie diese ein oder werden eingeladen? Verbringen Sie Zeit miteinander? Helfen Sie diesen oder diese Ihnen? Gibt es manchmal Streit? Wissen Sie, wann Ihre Arbeitskollegen oder Freunde Geburtstag haben? Wen von diesen würden Sie zu Ihrem Geburtstag einladen?
- **Zugehörigkeit:** Mit wem verbringen Sie wo Ihre Freizeit? Welcher Gruppe fühlen Sie sich zugehörig bzw. zu welcher Gruppe/Gemeinschaft gehören Sie dazu?

### 3. Erfahrungen und weiterführende Hinweise

#### Andere Varianten der Netzwerkdagnostik

Über das hier genutzte Instrument der Acht-Felder-Netzwerkkarte gibt es diverse grafische Varianten der individuumszentrierten Netzwerkkarte, so z. B. die einfache Vier-Felder-Netzwerkkarte, für die es auch EDV-Programme gibt (z. B. das kostenlose Programm easy-NWK oder das kostenpflichtige Programm VennMaker) oder auch die ECO-Map (Hepworth/Rooney/Larsen, beschrieben in Pantucek 2012). Neben grafischen Varianten sind auch Netzwerktabellen oder Positionen- und Ressourcengeneratoren (van der Gaag und Snijders 2005) einsetzbar.

#### Netzwerkinterventionen

Ausgehend von der vorgenommenen Netzwerkanalyse ergeben sich verschiedene Möglichkeiten der Netzwerkveränderung:

- Vorhandene Beziehungen können in ihrer Qualität und Atmosphäre verbessert werden, z. B. durch eine Konfliktmediation.
- Vorhandene Beziehungen sollten erhalten, stabilisiert oder intensiviert werden, insofern sie als hilfreich oder positiv bewertet werden.
- Neue Kontakte können angebahnt und geknüpft und evtl. zu dauerhaften Sozialbeziehungen ausgebaut werden.
- Manche stark belastete Sozialbeziehung muss, wenn es keine andere Lösung gibt, auch abgebrochen oder extensiviert werden.



- Die Netzwerkangehörigen selbst können gestärkt werden, um besser mit sozial abweichenden Verhaltensweisen oder krisenhaften Belastungen umgehen zu können.
- Das Umfeld kann auch durch Maßnahmen gestärkt werden, die es (wieder) in die Lage versetzen, Unterstützung zu leisten.
- Manche soziale Unterstützungsfunktion könnte aus Sozialbeziehungen zu Fachkräften oder belasteten Sozialbeziehungen zu Familie, Freunden etc. in andere informelle (Vereine, Nachbarschaft) oder auch formelle Netzwerke (soziale oder andere Organisationen) verlagert werden.

Diese verschiedenen Interventionen können als sozialtherapeutische Maßnahmen mittels verschiedener Methoden durchgeführt werden:

- In einer Netzwerkberatung werden die verschiedenen Qualitäten und Quantitäten der Sozialbeziehungen innerhalb des Netzwerks thematisiert und ausgehend von den Wünschen der betroffenen Personen nach Wegen gesucht, wie diese verändert werden können. Die dazu notwendigen Handlungen werden vorbesprochen und ggf. in Form von Hausaufgaben („in-vivo“ – im Leben) oder mittels Rollenspielen („in-vitro“ – in einer künstlichen Labor-Situation) ausprobiert.
- Nicht selten gehört dazu eine Stärkung der Rollenfunktion durch soziales Kompetenztraining, entweder in Gruppen oder Einzeln. Kommunikative und konfliktbezogene Fähigkeiten werden eingeübt und beispielhafte Alltagssituationen (z. B. Wie spreche ich eine fremde Person an und bitte um Hilfe? oder Wie kann ich meinem Nachbarn begegnen, der mich nie grüßt oder meinem Arbeitskollegen, der mich kritisiert?)
- Manches Soziale Netzwerk besteht aus (zu) vielen professionellen Unterstützern. Als ein Weg aus dieser Profizentrierung hinaus hin zu mehr lebensweltlich-inklusive Unterstützung bieten sich Unterstützerkreise an, die verstärkt informelle Netzwerkpartner (Familienangehörige, Freunde, Nachbarn, Freiwillige/Ehrenamtler, etc.) in die Unterstützungsleistung einbeziehen (vgl. Lindmeier 2006).
- Eine zentrale Bedeutung gewinnt das Empowerment, das nicht nur den Einzelnen stärkt und ihn aus seiner „erlernten Hilflosigkeit“ herausführt, sondern darüber hinaus mittels interner Gruppenarbeit (z. B. Interessensgruppen, Interessensvertretungen, Heim-Beiräte) oder externer Selbsthilfegruppen (Infos unter [kiss-hh.de](http://kiss-hh.de)) auch auf kollektiver Ebene angewandt werden kann.
- Schließlich sind auch indirekte Maßnahmen für die Verbesserung oder Erweiterung des sozialen Netzwerks von Betroffenen hilfreich, wie z. B. eine Freiwilligenkoordination, Vernetzung mit anderen sozialen Diensten oder Organisationen oder auch mit zivilgesellschaftlichen Akteuren, wie Sport- oder Kulturvereinen, Freizeit- und Interessensgruppen etc.)

## Netzwerkforschung

Viele der für die sozialarbeiterische Praxis anzuwendenden Methoden der Netzwerkanalyse kommen in ähnlicher Form auch in der empirischen Netzwerkforschung (vgl. Stegbauer/Häußling 2010) zum Einsatz. Dort konzentriert man sich stärker auf die Effektstärken sozialer Netzwerke und stellt Analysen bzgl. bestimmter Risikogruppen, z. B. behinderter Menschen (Angermeyer/Klusmann 1989; Schiller 1987; Kniel/Winisch 1987; Hamel u. a. 1991; Hamel/Windisch 1993), oder im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung (RKI 2011) an.

Deutlich wird bei einer aktuellen Literaturrecherche, dass die Blütezeit der Netzwerkforschung in den 1990er-Jahren lag.

## Literatur

Angermeyer, M.C. & Klusmann, D. (Hrsg.). (1989). *Soziales Netzwerk. Ein neues Konzept für die Psychiatrie*. Berlin: Springer.

Bullinger, H. & Novak, J. (1998). *Soziale Netzwerkarbeit. Eine Einführung für soziale Berufe*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Dehmel, S. & Ortmann, K.H. (2008). Klinische Sozialarbeit als professionelle Soziale Unterstützung. In K.H. Ortmann D. Röh (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit. Konzepte, Praxis, Perspektiven* (S. 17-34). Freiburg i. Br.: Lambertus.

Dewe, B. & Wohlfahrt, N. (Hrsg.). (1991). *Netzwerkförderung und soziale Arbeit. Empirische Analysen in ausgewählten Handlungs- und Politikfeldern*. Bielefeld: Kleine.

Fischer, J. & Kossolek, T. (2013). *Netzwerke und Soziale Arbeit: Theorien, Methoden, Anwendungen*. Weinheim: Beltz-Juventa.

Früchtel, F., Cyprian, G. & Budde, W. (2010a). *Sozialer Raum und Soziale Arbeit. Textbook: Theoretische Grundlagen*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Früchtel, F., Cyprian, G. & Budde, W. (2010b). *Sozialer Raum und Soziale Arbeit. Fieldbook: Methoden und Techniken*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

van der Gaag, M. & Snijders, Tom A.B. (2005). The Resource Generator: Social capital quantification with concrete items. In *Social Networks 27*: 1-29.

Hamel, T., Mitzlaff, S., Schalm-Blume, U. & Windisch, M. (1991). Wohnformen und soziale Netzwerke von Erwachsenen mit geistiger und psychischer Behinderung. Ergebnisse einer vergleichenden Studie. In *neue praxis, Heft 2*, 138-150.

Hamel, T. & Windisch, M. (1993). Soziale Integration. Vergleichende Analyse von sozialen Netzwerken nichtbehinderter und behinderter Erwachsener. In *neue praxis, Heft 5*, 425-439.

Hollstein, B. & Straus, F. (Hrsg.). (2006). *Qualitative Netzwerkanalyse. Konzepte, Methoden, Anwendungen*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Jansen, D. (2003). *Einführung in die Netzwerkanalyse. Grundlagen, Methoden, Forschungsbeispiele*. Opladen: Leske + Budrich.
- Keupp, H. & Röhrle, B. (Hrsg.). (1987). *Soziale Netzwerke*. Frankfurt: Campus.
- Kniel, A. & Windisch, M. (1987). *Soziale Netzwerke behinderter Menschen. Forschungsstand und Überlegungen zu netzwerkorientierten sozialarbeiterischen Handlungsstrategien*. In *Soziale Arbeit, Heft 6*, 190-200.
- Kulin, S., Frank, K., Fickermann, D. & Schwippert, K. (Hrsg.). (2012). *Soziale Netzwerkanalyse. Theorie – Praxis – Methoden*. Münster: Waxmann.
- Laireiter, A. (Hrsg.). (1993). *Soziales Netzwerk und soziale Unterstützung. Konzepte, Methoden und Befunde*. Bern: Huber.
- Lammers, K. (1992). Das Konzept des sozialen Netzwerks. Überlegungen zur theoretischen und praktischen Relevanz des Netzwerkmodells in der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. In: *neue praxis, Heft 2*, 117-130.
- Lindmeier, B. (2006). Soziale Netzwerke. Ihre Bedeutung für ein differenziertes Verständnis von Unterstützernetzen in der persönlichen Zukunftsplanung. In *Geistige Behinderung, Heft 2*, 99-111
- Nestmann, F. (2000). Netzwerkintervention und soziale Unterstützungsförderung – konzeptioneller Stand und Anforderungen an die Praxis. In: *Gruppendynamik, Heft 3*, 259-275
- Pantucek, P. (2012). *Soziale Diagnostik. Verfahren für die Praxis Sozialer Arbeit*, Wien: Böhlau.
- Robert Koch-Institut (Hrsg.). (2011). *Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2009“*. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: RKI
- Röhrle, B. & Stark, W. (Hrsg.). (1985). *Soziale Netzwerke und Stützsysteme. Perspektiven für die klinisch-psychologische und gemeindepsychologische Praxis*. Tübingen
- Röhrle, B. (1994). *Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Röhrle, B., Sommer, G. & Nestmann, F. (Hrsg.). (1998). *Netzwerkinterventionen. Fortschritte der Gemeindepsychologie und Gesundheitsförderung. Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie*. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Schiller, B. (1987). *Soziale Netzwerke behinderter Menschen. Das Konzept Sozialer Hilfe und Schutzfaktoren im sonderpädagogischen Kontext*. Frankfurt a. M.: Peter Lang.
- Stegbauer, C. & Häußling, R. (Hrsg.). (2010). *Handbuch Netzwerkforschung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Weyer, J. (2014). *Soziale Netzwerke: Konzepte und Methoden der sozialwissenschaftlichen Netzwerkforschung*. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag.

## Autorenangabe

Prof. Dr. phil. Dieter Röh, Diplom-Sozialarbeiter/Sozialpädagoge, MPH, Professor für  
Sozialarbeitswissenschaft an der Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg.  
E-Mail: [dieter.roeh@haw-hamburg.de](mailto:dieter.roeh@haw-hamburg.de)

Harald Ansen

Baustein 9

Systemische Gesprächsführung (2015)

## 1. Grundlagen, Absichten und Ziele

Die systemische Gesprächsführung ist für die Klinische Sozialarbeit in mehrerer Hinsicht bedeutsam. Psychosoziale Probleme, Krankheiten und Behinderungen strahlen auf Beziehungen und Kontexte der Betroffenen aus. Mittels der systemischen Gesprächsführung werden diese Auswirkungen systematisch bearbeitet. Die genannten Problembereiche verändern in vielen Fällen den Blick der Menschen auf ihr Leben dergestalt, dass Handlungsmöglichkeiten und Optionen nicht mehr ausreichend gesehen werden können. Die systemische Gesprächsführung enthält Techniken, die es ermöglichen, den Blick auf die Lebensumstände konstruktiv zu modifizieren.

Eine weitere Indikation für diesen Ansatz der Gesprächsführung in der Klinischen Sozialarbeit resultiert aus dem nicht selten auftretenden Rückzugsverhalten belasteter Menschen. Gezielte Handlungsaufforderungen und „Hausaufgaben“ oder Verschreibungen tragen in diesen Fällen günstigenfalls dazu bei, Handlungsimpulse zu setzen, die eine Eigendynamik entfalten.

Die systemische Gesprächsführung hat einen familientherapeutischen Hintergrund. Heute dominieren konstruktivistisch-systemtheoretische Erkenntnisse diesen Ansatz. Wichtige Impulse gehen ursprünglich von Kurt Lewins Gruppendynamik, der Individualpsychologie nach Alfred Adler, dem Psychodrama nach Jacob L. Moreno und der interaktionellen Psychiatrie nach Harry S. Sullivan aus (vgl. von Schlippe/Schweitzer 2013, S. 32). Diesen unterschiedlichen Ansätzen ist gemeinsam, dass sie Individuen in sozialen Zusammenhängen verstehen.

Das Handeln einzelner Menschen wird in der systemischen Perspektive auf die je besonderen Wahrnehmungen und Konstruktionen der Wirklichkeit, die ihre Beziehungen zum Umfeld prägen, und nicht auf Wesensmerkmale der Personen zurückgeführt.

Gegenstand der systemischen Gesprächsführung sind Beobachtungen und darauf basierende Bilder und Handlungen Ratsuchender. Unterschieden werden Beobachtungen 1. und 2. Ordnung. Beobachtungen 1. Ordnung dienen der Gewinnung von Informationen und deren Verarbeitung, beispielsweise werden Verhaltensweisen von Personen und Reaktionen ihres Umfeldes wahrgenommen. Beobachtungen 2. Ordnung gehen der Frage nach, auf Grund welcher Unterscheidungen die Beobachtungen 1. Ordnung zustande kommen, denn je nach Unterscheidungen oder Wahrnehmungsmustern kommen ganz unterschiedliche Ausschnitte des beobachteten Gegenstandes ins Blickfeld. BeraterInnen beobachten also die Konstruktion von Beobachtungen und machen sie der Reflexion zugänglich, wobei auch sie selbst diesen Beobachtungshintergründen unterliegen, also selbst auf Beobachtungen durch Dritte angewiesen sind, wie sie in der Supervision oder in reflektierenden Teams thematisiert werden (vgl. Hosemann/Geiling 2013, S. 43).

Die realitätskonstruierende Kraft von Beobachtungen kommt in dem folgenden Beispiel zum Ausdruck: Eine Patientin im Krankenhaus beschwert sich bei der Sozialarbeiterin über die Stationsschwester, die sie für aggressiv hält. Mit der Frage, was die Patientin meint, wenn sie das Verhalten der Stationsschwester als aggressiv bezeichnet wird schon die erste Weiche gestellt. Es geht nicht um eine persönliche Eigenschaft, sondern um ein Verhalten, das beschrieben werden kann. Von hier aus fragt die Sozialarbeiterin, wann die Stationsschwester aus Sicht der Patientin das als aggressiv bezeichnete Verhalten zeigt. Diese Frage führt zu der Überlegung, dass es Zeiten gibt, in denen das kritisierte Verhalten verstärkt auftritt, es wird in einen Kontext gestellt und nicht als Wesensmerkmal betrachtet. Möglicherweise gelingt es, Zeiten zu benennen, in denen das Verhalten besonders sichtbar wird. Die Patientin räumt im Gespräch ein, dass es vor allem kurz nach der Oberarztvisite dazu kommt. Wiederholt konnte die Patientin beobachten, dass der Oberarzt vor Patienten Entscheidungen der Stationsschwester zuweilen ironisch in Frage gestellt hat.

Systeme sind durch die folgenden Merkmale gekennzeichnet: In Systemen sind alle Beteiligten miteinander verbunden, jede Veränderung bei einer Person strahlt auf die anderen Mitglieder des Systems aus. Diese zirkuläre Verbundenheit zu verstehen führt weg von einer linearen Kausalitätsvorstellung menschlichen Denkens und Handelns. Systeme tendieren dazu, ein Gleichgewicht zu finden, das ihr Überleben sichert. Diese Homöostase steht für die Selbstregulierungstendenzen einzelner Systeme, die sich gleichzeitig in einem Austausch mit ihrer Umwelt befinden. Würde die Umwelt ausgegrenzt, würde ein System auf längere Sicht austrocknen, es verlöre Impulse für seine Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung. Damit ist die Systemevolution angesprochen, die für Veränderungen und die Entwicklungsfähigkeit ausschlaggebend ist. Ein System nimmt seine Umwelt gleichsam selektiv wahr, es lässt solche Impulse zu, die für seine Entwicklung bedeutsam sind und die für die je aktuellen Bedürfnisse und Entwicklungsbereitschaften gebraucht werden. Schließlich besteht ein System nicht objektiv, es ist vielmehr abhängig von der Beobachtung derer, die dem System angehören oder die es von außen beobachten (vgl. Schwing/Fryszter 2012, S. 26).

Diese Merkmale eines Systems richten an die systemische Gesprächsführung umfangreiche Anforderungen, da sie nicht nur einzelne Ratsuchende vor Augen hat, sondern Ratsuchende in ihren Zusammenhängen. Auch wenn nur der so genannte Problemträger im Beratungsgespräch anwesend ist, kommt es aus systemischer Perspektive darauf an, den Kontext in alle Überlegungen einzubeziehen. Für das systemische Denken sind die hinter Problemen liegenden zirkulären Faktoren bedeutsam, die die alltägliche Kommunikation der Menschen prägen. Immer ist zu fragen, wer und was zu einem System gehört (vgl. Haselmann 2009, S. 137).

Mit Systemen arbeiten heißt für BeraterInnen, dass sie nicht von außen steuernd eingreifen können, vielmehr geht es darum, Prozesse im System anzuregen, die dazu beitragen, bei Ratsuchenden den Weg für weiterführende Erlebens-, Denk-, Fühl- und Verhaltensweisen zu öffnen (vgl. von Schlippe/Schweitzer 2013, S. 95).

In der systemischen Gesprächsführung überlagern sich Sach-, Sozial- und Zeitdimensionen. Auch wenn es beispielsweise vorrangig um Sachthemen wie den Umgang mit einer Erkrankung oder Rehabilitationsanforderungen geht, hat dies Auswirkungen auf Beziehungen im Lebensraum der Ratsuchenden (Sozialdimension) und es spielen Zeitfragen eine Rolle, denn es geht um die Verbesserung gegenwärtiger und zukünftiger Bedingungen, wobei gleichzeitig Entwicklungen der Vergangenheit zur Erklärung aktueller Schwierigkeiten in den Deutungsansätzen herangezogen werden (vgl. Simon 2014, S. 77f.).

Problemlösungen in systemischer Perspektive sind dann besonders schwierig, wenn Ratsuchende davon ausgehen, dass ihre belastende Vergangenheit ihre Gegenwart und Zukunft schicksalhaft überlagert und wenn Ratsuchende sich und/oder ihr Umfeld für nicht veränderungsfähig halten, sie also von negativen Zukunftserwartungen vereinnahmt sind (vgl. von Schlippe/Schweitzer 2013, S. 161f.).

Die im folgenden Abschnitt präsentierten Gesprächsführungshinweise sind diesem Hintergrund verpflichtet.

## 2. Durchführung / Instruktion

Die Durchführung der systemischen Gesprächsführung setzt eine geeignete Haltung und die Kenntnis breit gestreuter Techniken voraus. Im Mittelpunkt steht die Annahme, dass Probleme auch durch eine Veränderung der Sichtweisen der Betroffenen gelöst oder zumindest gelindert werden können. Handlungsorientierten SozialarbeiterInnen erscheint dies zuweilen künstlich, erst Erfahrungen mit einzelnen Gesprächsführungstechniken tragen dazu bei, mögliche Vorbehalte abzubauen. Die hier vorgenommene Auswahl ist in unterschiedlichen Settings und in Kombination mit anderen Ansätzen der Gesprächsführung einsetzbar. Die Aneignung sozialarbeiterisch-klinischer Kompetenzen in einem Hochschulstudium geht über die systemische Gesprächsführung hinaus, je nach Situation und Bedarfen der AdressatInnen sind auch unmittelbar unterstützende Maßnahmen oder andere Varianten der Gesprächsführung wie beispielsweise ressourcenorientierte, klientenzentrierte, krisenbewältigende oder konfrontierende Vorgehensweisen gefragt, insofern stellen die hier vorgestellten Zugänge zur Gesprächsführung nur einen Ausschnitt dar.



## 2.1. Haltung und Beziehung

Ausschlaggebend für die Gesprächsführung ist es, einen Zugang zu finden, der Ratsuchende dazu einlädt, andere Gedanken und Deutungen zuzulassen. Für BeraterInnen bedeutet dies, dass sie ihr Fachwissen in einer neutralen Haltung ohne den Versuch einer Bevormundung einbringen. Probleme oder Symptome werden nicht bewertet und Lösungsideen einzelner Teilnehmer nicht privilegiert, stattdessen werden Ressourcen und Kompetenzen ausdrücklich gewürdigt. In der Sprache der systemischen Gesprächsführung geht es um ein Joining, das eine inhaltliche, emotionale, verbale und nonverbale Ausrichtung an Ratsuchenden umfasst, die erst eine Verbindung ermöglicht und die dazu beiträgt, sich auf ihre Gewohnheiten und ihr mögliche Tempo einer Veränderung einzustellen (vgl. von Schlippe/Schweitzer 2013, S. 200f.).

Eine geeignete Haltung gegenüber Ratsuchenden wird als „interessierte Hinwendung“ mit den folgenden Bestandteilen beschrieben:

- Interesse an den Erfahrungen, Kompetenzen, Belastungen und Veränderungen der Ratsuchenden.
- Wertschätzung und Respekt vor den Sichtweisen und Leistungen der Ratsuchenden, die zu keiner Zeit abgewertet werden.
- Toleranz für Unterschiede, beispielsweise in den Rollen oder Normen, die das Leben Ratsuchender begleiten.
- Neutralität und Interesse an allen Beteiligten, auch jenen, die in der Gesprächssituation nicht unmittelbar anwesend sind.
- Balance von Loyalitäten gegenüber sich selbst als BeraterIn mit eigenen fachlichen und ethischen Standards, gegenüber Ratsuchenden in ihren je besonderen Lebensumständen und gegenüber Institutionen mit ihren Leitbildern und Ausrichtungen.
- Neugier auf Themen, Wünsche, Motive und Anliegen Ratsuchender, verbunden mit einer sokratischen Perspektive, in der es darum geht, Einsichten zu fördern und nicht zu oktroyieren.
- Herausforderung von Veränderungsbereitschaften mit Verweisen auf nicht ausgeschöpfte Möglichkeiten und eine optimistische Einstellung gegenüber erzielbaren Fortschritten.
- Bemühung um eine Abstimmung des Bedarfs der Ratsuchenden mit den Handlungsmöglichkeiten im Unterstützungsprozess.
- Systemische Demut, die daran erinnert, dass Einflussmöglichkeiten auf Ratsuchende, zumal in einer kausalen Wirkungskette, sehr begrenzt sind und nur dann Aussicht auf Erfolg haben, wenn Ratsuchende sie zulassen (vgl. Ritscher 2007, S. 107f.).

## Übung 1

Die Übung dient der Reflexion des eigenen Beziehungsverhaltens. Es werden Dreiergruppen mit den Rollen Ratsuchender, BeraterIn und BeobachterIn gebildet. Der Ratsuchende stellt ein ihn beschäftigendes Problem aus einem beliebigen Lebens- und Arbeitsbereich dar. Die Aufgabe des Beraters/der Beraterin besteht darin, auf den Ratsuchenden mit einer „interessierten Hinwendung“ unter Anwendung der erläuterten Kriterien zu reagieren, um die Grundlage für den weiteren Prozess der Unterstützung zu legen. Nach der Gesprächssequenz äußert sich zunächst der Ratsuchende über seine Wahrnehmung, anschließend gibt der Beobachter/die Beobachterin eine Rückmeldung auf der Basis des protokollierten Gesprächs. Danach rotieren die Rollen.

## 2.2. Hypothesen

Die Entwicklung von Hypothesen erfolgt in der systemischen Gesprächsführung durchgängig, sie stehen hinter Fragen, Umdeutungen, Handlungsempfehlungen etc. Verhaltensweisen, Beziehungsformen oder Entwicklungen lassen in der Regel unterschiedliche Annahmen über ihre Entstehung und den weiteren Verlauf zu. Hypothesen, die mögliche Hintergründe aufhellen, werden immer so lange aufrechterhalten, bis sie durch alltägliche Erfahrungen widerlegt werden. Die Formulierung von Hypothesen durch BeraterInnen eröffnet Ratsuchenden eine alternative Deutung ihrer Situation, die unter Umständen das Potenzial enthalten, Anregungen für ihre persönliche Weiterentwicklung und Problemlösungen zu vermitteln. BeraterInnen achten auf für Ratsuchende anschlussfähige Hypothesen (vgl. Simon 2014, S. 15f.).

Hypothesen sind Annahmen über mögliche zirkuläre Zusammenhänge zwischen auftretenden Problemen und Anforderungen des Umfeldes, im weiteren Sinn der Umwelt. Thematisiert werden insbesondere Kommunikationsmuster in Systemen, die ggf. zu bestimmten Symptomen wie Schweigen und Rückzug in Konfliktsituationen beitragen. Daneben auch Reaktionen auf Systemanforderungen durch Ratsuchende in ihren alltäglichen Bezügen, etwa ein sekundärer Krankheitsgewinn, oder die Entwicklung der eigenen Identität und Zugehörigkeit zu Systemen wie sie u. a. im Konzept der Krankenrolle zum Ausdruck kommt. In Hypothesen wird auch der Umgang mit Regeln aufgegriffen, die bei einigen möglicherweise Widerstand auslösen, weil sie sich jeder Form der von ihnen so interpretierten Bevormundung verweigern. Mögliche Zusammenhänge werden hypothetisch so rekonstruiert, dass sie mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit auf die Realität zutreffen und Auswirkungen auf die Abläufe im System entfalten (vgl. Schubert 2013, S. 110f.). Auch der Verlauf der Beratung wird hypothetisch begleitet, in dem Annahmen über die bisherigen Schritte in ihrer Bedeutung für Ratsuchende und die angestrebte Problemlösung formuliert werden. Lehnt ein Ratsuchender Ideen möglicher Lösungen konsequent ab, könnte dies zu der Hypothese führen, dass er vorübergehend noch nicht auf sein Problem verzichten möchte, dies sei auch zu akzeptieren.

Die Bedeutung von Hypothesen für die Systemische Beratung liegt vor allem darin, dass sie einerseits eine Ordnungs- und andererseits eine Anregungsfunktion erfüllen. Die Ordnungsfunktion dient der Sortierung von Informationen, so werden beispielsweise relevante von irrelevanten Hinweisen unterschieden. Wenn es darum geht, die Auswirkungen einer Erkrankung auf den Alltag zu betrachten, sind differentialdiagnostische Details möglicherweise weniger bedeutsam und können vorübergehend vernachlässigt werden. Hinsichtlich der Anregungsfunktion geht es darum, neue Sichtweisen anzubieten, die bisher ggf. übersehen wurden. Entscheidend ist nicht, eine richtige Hypothese zu entwickeln, sondern möglichst viele Hypothesen anzubieten, die gewohnte Beschreibungen und Geschichten irritieren und dazu einladen, neue Sichtweisen zu erproben (vgl. von Schlippe/Schweitzer 2013, S. 204). Reagiert ein Ratsuchender auf berufliche Anforderungen mit Rückzug und Krankheitssymptomen, die er für sich als Versagen deutet, könnten alternative Sichtweisen lauten, er sieht für sich keine Perspektive in dem Unternehmen, in dem er mit unter- oder überfordernden Aufgaben betraut wird und bereitet sich auf mögliche Alternativen vor, oder er nimmt sich Auszeiten, die ihm auf regulärem Weg nicht zugestanden werden, die er aus seiner Sicht gleichwohl verdient hat. Diese einfachen Hinweise dienen dem Ziel, die etablierte Sichtweise des Versagers zu unterbrechen, damit vielleicht auch die Tür für weitere Hypothesen zu öffnen. Je nachdem, welche Sichtweise für den Ratsuchenden akzeptabel ist, können daraus Veränderungsideen und Lösungswege abgeleitet werden. Hypothesen werden immer im Konjunktiv formuliert, nur so laden sie zu einer vertiefenden Auseinandersetzung ein und klingen nicht wie eine Verurteilung oder eine Festlegung.

## Übung 2

Die Übung dient der Entwicklung von Hypothesen einschließlich einer geeigneten Formulierung im Konjunktiv. Es werden Vierergruppen gebildet, in der ein Teilnehmer/eine Teilnehmerin ein selbst erlebtes oder beobachtetes Problem aus der sozialen Praxis darstellt. Die anderen TeilnehmerInnen der Übung formulieren Hypothesen zur Problementstehung und zum weiteren Problemverlauf. Nach der Formulierung werden die Erfahrungen mit der Rezeption und der Formulierung von Hypothesen ausgetauscht, ehe die Rollen rotieren.

## 2.3. Systemische Fragen

Systemische Fragen dienen wie alle anderen Gesprächstechniken im systemischen Rahmen dazu, eingeschliffene Deutungen zu irritieren. Im Hintergrund systemischer Fragen stehen Hypothesen, die das Spektrum von Annahmen über Beziehungen, über Erfahrungen und aktuelle Herausforderungen bereichern. Systemische Fragen sind insofern ergänzende Deutungsangebote für Ratsuchende, die dann leichter angenommen werden können, wenn eine angemessene Beziehung besteht. Das Ziel systemischer Fragen besteht darin, den Beteiligten neue Ideen über ihre soziale Realität zu erschließen und Wirklichkeitskonstruktionen bewusst zu machen (vgl. von Schlippe/Schweitzer 2010, S. 40f.). Schon die Frage danach, wie sich ein

Familienmitglied verhält, so dass der Ratsuchende dieses Verhalten als aggressiv oder gleichgültig wahrnimmt, lenkt die Aufmerksamkeit auf das Verhalten und nicht auf eine Eigenschaft der anderen Personen.

Unter den systemischen Fragen sind die **zirkulären Fragen** besonders wirksam. Der Vorzug zirkulärer Fragen besteht darin, dass sich BeraterInnen nicht in die inhaltlichen Auseinandersetzungen verstricken, sondern ein Angebot für eine alternative Perspektive einbringen (vgl. ebd., S. 46). Zirkuläre Fragen ermöglichen es Ratsuchenden, ihre Beziehungen zu anderen Personen genauer zu verstehen, unterschiedliche Sichtweisen zu würdigen, Wechselwirkungen wahrzunehmen und sich mit den Reaktionen auf andere auseinander zu setzen (vgl. Schwing/Fryszter 2012, S. 210).

Sind zwei Personen in die Frage eingeschlossen, spricht man von dyadischen Fragen, bei drei Personen von triadischen Fragen. Eine dyadische Frage gibt einen Einblick in die Beziehung zwischen zwei Personen. Sie könnte lauten: Was würde Person X über Sie sagen, wenn sie wüsste, dass Sie schwer erkrankt sind? Wie würde Person X damit verbundene Probleme beschreiben? Damit wird die Aufmerksamkeit des Ratsuchenden auf die andere Person und deren Einschätzung gelenkt. Möglicherweise ergibt sich ein Unterschied zu seiner Auffassung, die zu weiteren Überlegungen einlädt.

In einer triadischen Frage wird eine komplexere Situation konstelliert. Sie könnte folgendermaßen formuliert werden: Was sagt Person X über Ihr Verhältnis zu Y? (vgl. Pallasch/Kölln 2008, S. 165). Bezogen auf den schwer erkrankten Ratsuchenden könnte eine triadische Frage darauf zielen, wie X mögliche Auswirkungen der Erkrankung auf das Verhältnis zu Y einschätzt.

In dyadischen und triadischen Fragen können folgende Akzente gesetzt werden:

- **Klassifikationsfragen:** Sie dienen dazu, eine Rangfolge zu bilden. Dyadisch könnte sie lauten: Was würde Person X sagen, wer sich am ehesten durch Ihr Problem aufgerufen fühlt, Sie zu unterstützen? Ein Beispiel für eine triadische Frage: Was würde Person X zu Person Y sagen, wer am besten geeignet ist, Sie in dieser Angelegenheit zu unterstützen?
- **Sequenzfragen:** Im Mittelpunkt stehen Handlungsweisen und Muster, die in den Fragen aufgegriffen werden. Dyadisch könnte man so fragen: Wie reagiert Person X, wenn Sie über Ihre Schwierigkeiten erzählen? Triadisch würde die Frage lauten: Wie würde Person X mit Person Y über Ihre Schwierigkeiten sprechen, worauf würde Person X besonderen Wert legen?
- **Erklärungsfragen:** Mit diesen Fragen sollen Zusammenhänge thematisiert werden. Dyadisch könnte man so fragen: Wie erklären Sie sich das Verhalten von Person X

Ihnen gegenüber in dieser Situation? Triadisch erweitert könnte die Frage lauten: Wie erklärt Person X Ihre Schwierigkeiten Person Y?

- **Zustimmungsfragen:** In Systemen bestehen Koalitionen, die mit diesen Fragen angesprochen werden. Dyadisch bietet sich die folgende Frage an: Wer sieht in Ihrer Familie die Situation wie Sie? Die triadische Variante könnte so formuliert werden: Wenn man Person X fragen würde, wer aus Ihrem Umfeld die Situation wie Sie einschätzt, wen würde sie nennen (vgl. ebd., S. 166)?

Eine zweite Gruppe von Fragen bezieht sich auf **Wirklichkeits- und Möglichkeitskonstruktionen**. Sie kreisen darum, was ist und was sein könnte. Fragen zur Wirklichkeitskonstruktion verdeutlichen aktuelle Beziehungsmuster, sie machen bewusst, wie ein Problem präsentiert wird, welche Erklärungen dafür kursieren und welche Bedeutung ein Problem für einzelne Mitglieder des Systems hat. Hinsichtlich der Beziehungsmuster könnten Fragen lauten, wer die Idee hatte, eine Beratungsstelle aufzusuchen oder wer zuversichtlich ist hinsichtlich einer Lösung und wer nicht. Fragen zur Ausleuchtung eines Problems beziehen sich u. a. auf Problembeschreibungen, etwa wer beschreibt das Problem wie, wer würde bestreiten, dass ein Problem vorliegt, wie erklärt sich ein Ratsuchender und wie Personen seines Umfeldes das Problem oder was hat sich durch das Problem verändert (vgl. von Schlippe/Schweitzer 2013, S. 258).

Mit Fragen zur Möglichkeitskonstruktion werden neue Räume geöffnet, es wird der Boden für neue Ideen bereitet, die von Ratsuchenden auch akzeptiert werden. Hierzu zählen Fragen nach Ausnahmen, etwa wann tritt ein Problem unter welchen Bedingungen nicht oder in abgeschwächter Form auf, welche Ressourcen stehen zur Verfügung und können ggf. aktiviert werden, wofür wäre es vorerst gut, das Problem aufrecht zu erhalten, wie lange soll dem Problem noch ein Platz im Leben eingeräumt werden (vgl. ebd., S. 259).

### Übung 3

Die Übung dient der Auseinandersetzung mit Beziehungen. Es werden Dreiergruppen mit den Rollen Ratsuchender, BeraterIn und BeobachterIn gebildet. Der Ratsuchende bringt ein Beziehungsgefüge ein, das er durch zirkuläre Fragen aufhellen möchte. Er könnte für Übungszwecke beispielsweise über selbst erlebte Beziehungskonflikte in einer Arbeitsgruppe Studierender berichten, die dazu geführt haben, dass er Bilder über andere aufgebaut hat, die die weitere Zusammenarbeit eher erschwert oder gar blockiert haben. Die Aufgabe des Beraters/der Beraterin besteht darin, durch den Einsatz ganz unterschiedlicher zirkulärer Fragen den Ratsuchenden darin zu unterstützen, einen Perspektivwechsel einzunehmen. Die beobachtende Person protokolliert die eingesetzten Fragen und gibt eine Rückmeldung. Anschließend tauschen sich die TeilnehmerInnen aus, bevor die Rollen rotieren (vgl. Pallasch/Kölln 2008, S. 166).

## Übung 4

Die Übung dient der Fokussierung auf Ausnahmen. Wieder werden Dreiergruppen mit den in Übung 2 benannten Rollen gebildet. Der Ratsuchende stellt ein aktuelles Problem dar. Es könnten aus dem Alltag der Studierenden Beispiele aufgegriffen werden, um eine möglichst authentische Situation zur Grundlage zu wählen. Hierbei kann es um versäumte Abgabetermine für Hausarbeiten, Konflikte mit Kommilitoninnen oder unterschiedlich wahrgenommene Interessen an Studieninhalten gehen. Die Aufgabe des Beraters/der Beraterin besteht darin, Ausnahmen von den Themen und Problemen wahrzunehmen und zu explorieren. Die beobachtende Person gibt eine Rückmeldung über das wahrgenommene Gespräch, anschließend tauschen sich alle drei Teilnehmer darüber aus, bevor die Rollen rotieren (vgl. Pallasch/Köln 2008, S. 169).

### 2.4. Umdeutung/Reframing:

Umdeutung oder Reframing nimmt in der systemischen Gesprächsführung einen herausragenden Platz ein. Reframing meint, das Gesagte oder Erlebte in einen anderen Rahmen zu stellen, der es Ratsuchenden erlaubt, eine konstruktive Sichtweise darauf zu richten (vgl. Schwing/Fryszter 2012, S. 243). Berichtet ein Ratsuchender beispielsweise, dass er sich wegen einer Erkrankung zurückzieht, weil er auf andere Menschen schnell gereizt reagiert, könnte in einer umdeutenden Reaktion zum Ausdruck gebracht werden, dass es ihm gelingt, mit seiner Haltung so umzugehen, dass er seine Mitmenschen nicht verprellt. Damit eine Umdeutung nicht allzu verspielt wirkt und zurückgewiesen wird, muss man die Bedürfnisse und Motive der Ratsuchenden kennen, um geeignete Deutungsangebote entwickeln zu können. Noch erfolgversprechender ist ein Reframing, das unmittelbar an ex- oder implizite Äußerungen Ratsuchender anschließt, die vielleicht schon eine Spur für eine Umdeutung enthalten (vgl. ebd., S. 244f.).

Unterschieden werden ein Bedeutungsreframing, ein Kontextreframing und ein Inhaltsreframing, wobei die Abgrenzung nicht immer trennscharf gelingt (vgl. von Schlippe/Schweitzer 2010, S. 78f.).

In einem Bedeutungsreframing geht es darum, einem Verhalten eine andere Bedeutung zu unterlegen. Erleben Ratsuchende, dass sie von anderen zurückgewiesen werden, könnte man die erlebte Kränkung dahingehend umdeuten, dass andere mit den Ratsuchenden ehrlich umgehen und dass die Beziehung als so belastbar erlebt wird, dass man sich eine Zurückweisung ohne weitreichende Folgen erlauben kann. Das Verhalten des Ratsuchenden und das seiner Bezugspersonen bekommt damit ein anderes, nämlich ein positives Gesicht. Die Ablehnung einer Einladung oder einer gemeinsamen Aktivität wird vor diesem Hintergrund weniger als Kränkung denn als Ausdruck einer Beziehung wahrgenommen, in der es zulässig ist, eigenen Bedürfnissen zu folgen und dadurch nicht die Beziehung in Frage zu stellen.

Ein Kontextreframing sucht nach Zusammenhängen und Situationen, in denen ein gezeigtes Verhalten sinnvoll sein kann. Eine klare Abgrenzung gegenüber überfordernden Situationen ist im beruflichen Kontext sinnvoll, um pathogenen Stress zu vermeiden, in anderen wie etwa familiären Kontexten oder in Freundschaften sollte nach alternativen Verhaltensweisen gesucht werden. Der Verzicht auf einen Karrieresprung kann der eigenen Gesundheit dienlich sein und sollte auch in dieser Weise herausgestellt werden.

Die Unterscheidung zwischen Verhalten und Absichten steht im Mittelpunkt eines Inhaltsreframings. Wer es im Umgang mit anderen Menschen nur schafft, sich mittels realer oder vorgelieblicher Kopfschmerzen Verpflichtungen zu entziehen, sorgt auf diese Weise für sich, gleichzeitig bietet es sich an, andere Wege des Selbstschutzes in sozialen Kontakten zu suchen. Die gemeinsame Reflexion von Symptomen in bestimmten Situationen wie die erwähnten Kopfschmerzen kann dazu beitragen, Ratsuchenden einen Einblick in die Beziehungsdynamik zu vermitteln und von dort aus zu überlegen, welche Verhaltensalternativen möglich sind, die nicht den Umweg über Symptome benötigen.

Ein Reframing ist eher eine Haltung als eine Gesprächstechnik. Wer positive Anteile im Erleben und Verhalten anderer nicht sehen kann, dem nützen auch gesprächstechnische Hinweise nichts. Die folgenden Schritte sind hilfreich in der Annäherung an eine Umdeutung:

- Zunächst kommt es darauf an, das störende Verhalten möglichst konkret zu erfassen und nicht zu bewerten.
- Anschließend stellt sich die Frage, in welchen Kontexten das Verhalten passt, wann es sich möglicherweise als sinnvoll und hilfreich erweisen könnte.
- Weiter ist zu fragen, welche Fähigkeiten in dem Verhalten zum Ausdruck kommen und wo diese konstruktiv eingebracht werden könnten.
- Überdies sollte auf dem Weg zu einer weiterführenden Umdeutung auch der Frage nachgegangen werden, welche Absichten Ratsuchende mit ihrem Verhalten verfolgen und welche positiven Zwecke damit verbunden sind.
- Schließlich werden Überlegungen angestellt, mit welchen alternativen Verhaltensweisen Ratsuchende ihre Ziele erreichen können (vgl. Schwing/Fryszler 2012, S. 248).

### Übung 5

Die Übung dient dazu, Erfahrungen mit Umdeutungen in einer Gesprächssituation zu sammeln. Es werden Vierergruppen gebildet und die Rollen BeraterIn, Ratsuchende und zwei BeobachterInnen verteilt. Der/die Ratsuchende schildert ein Problem, auf das im Beratungsgespräch umdeutend reagiert wird. Nach dem Gespräch äußert sich zunächst der/die Ratsuchende über seine Erfahrungen im Gespräch, anschließend bringen die BeobachterInnen nach Möglichkeit weitere Umdeutungen ein. Nach einem Austausch über das Gespräch werden die Rollen neu verteilt (vgl. Pallasch/Kölln 2008, S. 162).

## 2.5. Handlungsvorschläge

Die Bedeutung der Handlungsvorschläge besteht darin, im Gespräch erarbeitete Inhalte und veränderte Sichtweisen auf den Alltag zwischen Gesprächsterminen und vor allem über die Beratung hinaus zu übertragen. Bei der Suche nach geeigneten Vorschlägen tauchen BeraterInnen in die Logik der Ratsuchenden ein, denn nur solche Vorschläge, die sie umzusetzen bereit sind und sich auch zutrauen, haben Aussicht auf Erfolg (vgl. Bamberger 2010, S. 165). Die Verabredung möglicher Handlungsschritte sollte so gewählt werden, dass Ratsuchende diese mit einer gewissen Erfolgsaussicht umsetzen können. Ermutigende Erfahrungen veranlassen sie eher, weitere Schritte zu erproben, die immer Auswirkungen auf das gesamte System haben. Entsprechend der systemischen Grundauffassung können die Folgen von Handlungen für das System allerdings nicht vorhergesehen werden, BeraterInnen und Ratsuchende müssen sich auf Kontingenzen einstellen.

Handlungsvorschläge setzen an den alltäglichen Bedingungen Ratsuchender an, sie orientieren sich an identifizierten Problemen, die verändert werden sollen. Vorschläge werden mit Ratsuchenden genau erörtert und die Umsetzung wird bei Bedarf durch Gespräche und Rückmeldungen begleitet. Ein Patient in der stationären Psychiatrie, der nach einem längeren Aufenthalt vor einer Wochenendbeurlaubung steht, die ihn beunruhigt, könnte die Aufgabe erhalten, den Samstag nach einem gemeinsam entwickelten Plan zu strukturieren und zu bestimmten Uhrzeiten bei Bedarf auf der Station anzurufen. Die Strukturierung vermittelt unter Umständen ein Gefühl von mehr Sicherheit, das Angebot der telefonischen Rückmeldung kann dieses Gefühl noch intensivieren.

In der systemischen Gesprächsführung dominieren nicht ausschließlich instrumentelle Hinweise wie etwa die Schritte zur Einhaltung eines Therapieplans, sondern vor allem Beobachtungs- und Veränderungsaufgaben, die Ratsuchende anstiften, sich in Eigenverantwortung mit ihren Problemen auseinander zu setzen.

Zu Beobachtungsaufgaben zählen beispielsweise die Bitte, Informationen über den Problemverlauf differenziert zu notieren, insbesondere auch Zeiten, in denen das Problem nicht oder nur abgeschwächt auftritt zu registrieren und die Begleitumstände zu reflektieren. In diesem Zusammenhang werden Ratsuchende auch gebeten, den Kontext zu beobachten, was war zum Beispiel vor einer Problemeskalation anders als sonst im Alltag. Eine andere Variante von Beobachtungsaufgaben zielt darauf, Ratsuchende zu ermuntern sich darauf auszurichten, was aus ihrer Sicht so bleiben und was verändert werden soll (vgl. Schwing/Fryszler 2012, S. 296f.).

Nicht immer führen Handlungsvorschläge dazu, dass Ratsuchende Veränderungen zustimmen. Ein Handlungsvorschlag könnte auch dahingehend gestaltet sein, dass Ratsuchende ermuntert werden, ihr bisheriges Verhalten fortzusetzen, denn es ist legitim, Veränderungen zu vermeiden oder zu vertagen (vgl. ebd., S. 288f.). Zugleich kann es irritieren, wenn man aufgefordert wird,



das bisherige problematische Verhalten fortzusetzen. Wie mag ein Ratsuchender reagieren, wenn er hört, er solle seinen Alkoholkonsum zunächst in der bisherigen Form beibehalten? Zumindest Nachdenklichkeit ist in diesem Fall zu erwarten.

### Übung 6

Die Übung dient dazu, den Umgang mit Handlungsvorschlägen zu erproben. Es werden Dreiergruppen gebildet mit den Rollen Ratsuchender, BeraterIn und BeobachterIn. Im Gespräch stellt der Ratsuchende ein Problem dar. Der/die BeraterIn entwickelt mögliche Handlungsvorschläge in enger Ausrichtung an dem dargestellten Problem und würdigt die Reaktion auf seine Einlassungen. Seine Aufgabe besteht darin, anschlussfähige Überlegungen zu finden, die es dem Ratsuchenden erlauben, neue Erfahrungen in der Umsetzung zu sammeln. Zunächst gibt der Ratsuchende eine Rückmeldung, ehe der Beobachter/die Beobachterin Gesprächseindrücke schildert. Anschließend rotieren die Rollen.

### 3. Erfahrungen und weiterführende Hinweise

Die Anwendung der systemischen Gesprächsführung setzt auf Seiten der Beraterin/des Beraters eine Haltung voraus, die weit über die Anwendung von Gesprächstechniken hinausgeht. Im Hintergrund steht ein systemtheoretischer Blick auf die Realität, in dem Konstruktionen über die Wirklichkeit, zirkuläre Zusammenhänge und Kontingenzen ebenso eine Rolle spielen wie der Respekt vor den Eigengesetzlichkeiten ganz unterschiedlicher Systeme. Nur wer sich auf diese Erkenntnisse einlässt, kann die systemische Gesprächsführung glaubhaft praktizieren.

Die systemische Gesprächsführung richtet auch an Ratsuchende hohe Anforderungen. Sie benötigen die Fähigkeit und die Bereitschaft zur kritischen Reflexion ihres Erlebens und Verhaltens, darüber hinaus ist diese Variante der Gesprächsführung an einen recht komplexen Umgang mit Sprache gebunden. Längst nicht alle Ratsuchende sind dafür empfänglich, Grenzen liegen in akuten vereinnahmenden Belastungen, die konkrete Unterstützungen bis hin zu stellvertretenden Handlungen erfordern, sowie in der intellektuellen Empfänglichkeit für die unterschiedlichen Gesprächsführungstechniken, die hier nur in Ausschnitten aufgegriffen werden konnten.

In Übungen mit Studierenden werden die angesprochenen Einschränkungen in der Anwendung der systemischen Gesprächsführung immer wieder deutlich. Häufig fällt es ihnen schwer, Formulierungen und Frageformen zu finden, die der systemischen Orientierung auf Anrieb entsprechen. Eine sorgfältige Vorbereitung erleichtert den Transfer in eigenständige Übungen. Bewährt hat es sich, zunächst Gesprächssequenzen im Plenum zu bearbeiten, Alternativen zu finden und erlebte Situationen systemisch zu rekonstruieren. Auch der Einsatz von Arbeitsbögen, beispielsweise von Begriffen, für die alternative Deutungen (Reframing) gefunden werden sollen, trägt dazu bei, die Grundlagen für die Anwendung in Gesprächssituationen zu

vertiefen. Ertragreich sind überdies umfangreiche Nachbereitungen, in denen aufgetretene Schwierigkeiten der Umsetzung besprochen werden. Häufig stellt sich hierbei heraus, dass die Studierenden die Grundannahmen des systemischen Denkens aus dem Blick verloren haben und deshalb die Haltung im Gespräch zu wenig geeignet war, die Gesprächsführungstechniken, die kein Eigenleben führen sollten, umzusetzen.

## Literatur

Bamberger, G.G. (2010). *Lösungsorientierte Beratung*. Weinheim: Beltz.

Haselmann, S. (2009). Systemische Beratung und der systemische Ansatz in der Sozialen Arbeit. In B. Michel-Schwartze (Hrsg.), *Methodenbuch Soziale Arbeit* (S. 153-207). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Hosemann, W. & Geiling, W. (2013). *Einführung in die Systemische Soziale Arbeit*. München: Reinhardt Verlag.

Pallasch, W. & Kölln, D. (2008). *Pädagogisches Gesprächstraining*. Weinheim: Juventa.

Ritscher, W. (2007). *Soziale Arbeit: systemisch*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Schlippe, A. von & Schweitzer, J. (2013). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung I*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Schlippe, A. von & Schweitzer, J. (2010). *Systemische Interventionen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Schubert, F.-C. (2013). System- und Kontextorientierung. In H. Pauls, P. Stockmann & M. Reicherts (Hrsg.), *Beratungskompetenzen für die psychosoziale Fallarbeit* (S. 101-119). Freiburg: Lambertus.

Schwing, R. & Fryszler, A. (2012). *Systemisches Handwerk*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

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

## Autorenangabe

Prof. Dr. phil. Harald Ansen, Dipl. Sozialpädagoge, Professur für Theorien und Methoden der Sozialen Arbeit an der Hochschule für angewandte Wissenschaft Hamburg.

E-Mail: harald.ansen@haw-hamburg.de

Christine Kröger

Baustein 10

Das Konsistenzmodell von Klaus Grawe: Zu den Zusammenhängen zwischen Grundbedürfnissen, motivationalen Schemata und Gesundheit (2015)

## 1. Grundlagen, Absichten und Ziele

Ziel dieses Bausteins ist es, die Grundzüge der konsistenztheoretischen Überlegungen von Grawe (2000, 2004) durch einen Prozess des geleiteten Entdeckens, in den je nach Vorwissen und Vorerfahrungen der Studierenden theoretischer Input eingewoben wird, zu vermitteln. Diese Perspektive auf in erster Linie innerpsychische Prozesse ist aus mehreren Gründen – im Folgenden werden einige kurz umrissen – gewinnbringend und relevant für die Klinische Sozialarbeit:

- Im Zentrum des Konsistenzmodells steht die Frage danach, was Menschen im Positiven wie im Negativen innerlich bewegt, was sie sowohl bewusst als auch unbewusst anstreben und was sie zu meiden versuchen (vgl. Grawe, 2004, S. 182). Damit sind Aspekte des Menschenbilds angesprochen, die von hoher Bedeutung für klinisch-sozialarbeiterische Interventionen sind, da explizite und implizite Annahmen darüber, was uns Menschen ausmacht und wie wir „ticken“, darauf einwirken, wie Unterstützungsprozesse – auch solche mit dem Schwerpunkt auf der sozialen Dimension – ausgestaltet werden.
- Die konsistenztheoretische Perspektive ermöglicht ein Verständnis der Entstehung (und Aufrechterhaltung) psychischer Erkrankungen als „Überlebensstrategien“, die vor dem Hintergrund biographischer Erfahrungen sinnhaft und nachvollziehbar sind, gleichzeitig aber dysfunktional in Gegenwart und Zukunft hineinwirken. Hiermit eröffnet sich eine Erklärungsgrundlage für zunächst unverständlich anmutende, „bizarre“ und/oder zurückweisende, feindselige Verhaltensweisen von KlientInnen. Dies kann einen wichtigen Beitrag dazu leisten, dass Klinische SozialarbeiterInnen ein kongruentes positiv-wertschätzendes Beziehungsangebot realisieren können (vgl. hierzu auch Viehhauser, in diesem Band). Darüber hinaus kann ein solches Störungsverständnis z. B. im Rahmen von längeren sozialtherapeutischen Prozessen, eine Basis dafür bilden, gemeinsam mit KlientInnen (und/oder deren Angehörigen) die Verwurzelung aktueller Schwierigkeiten in ihren biographischen Erfahrungen zu entdecken und zu erarbeiten. Die entlastende und entpathologisierende Wirkung, die sich für KlientInnen ergibt, wenn deutlich wird, dass das, was heute stört und Leiden schafft, in der Vergangenheit viel Sinn gemacht hat, ist meist deutlich spürbar.
- Letztlich untermauern Grawes Überlegungen die Bedeutung der sozialen Dimension im Rahmen eines biopsychosozialen Zugangs: Anhand verschiedener Forschungsbefunde zeigt er eindrücklich auf (Grawe, 2004), wie nachhaltig Gehirnstrukturen und neuronales Geschehen von sozialen Erfahrungen geformt und bestimmt werden. Auch die unter Bezugnahme auf Epstein (1990) formulierten psychischen (besser: psychosozialen) Grundbedürfnisse (Bindung, Orientierung und Kontrolle, Selbstwerterhöhung, Lustgewinn und Unlustvermeidung) sind im Wesentlichen nur in zwischenmenschlichen Beziehungen erfüllbar bzw. können im sozialen Miteinander auch am

nachhaltigsten verletzt werden (Grawe, 2004, S. 406; vgl. auch Pauls, in diesem Band). Besonders offensichtlich wird dieses existentielle Angewiesensein auf andere zu Beginn des Menschenlebens, da im Säuglingsalter die Befriedigung der Grundbedürfnisse nahezu vollständig von den Erfahrungen in Bindungsbeziehungen abhängig ist. Im Einzelnen handelt es sich um die folgenden psychosozialen Grundbedürfnisse:

*Bindung* In Anlehnung an Bowlby (1969) wird von einem angeborenem Bedürfnis ausgegangen, mit einer Bezugsperson verbunden zu sein, die liebevolle und feinfühliges Zuwendung, zuverlässigen Schutz, Trost, Hilfe und Halt vermitteln kann. Während dieses grundlegende Bedürfnis nach Zugehörigkeit und Nähe zu einer Bezugsperson bei Kindern vor allem in den Beziehungen zu Eltern bzw. Elternfiguren zum Tragen kommt, spielen bei Erwachsenen Paarbeziehungen und enge Freundschaften hier eine wichtige Rolle.

*Orientierung und Kontrolle* meint das Bedürfnis nach einer sicheren Umwelt, die einigermaßen vorhersagbar ist und Möglichkeiten zur eigenen Einflussnahme eröffnet. Je nachdem, welche Erfahrungen Menschen in Bezug auf dieses Grundbedürfnis machen, entwickelt sich eine Grundüberzeugung darüber, „inwieweit das Leben einen Sinn macht, ob Vorausssehbarkeit und Kontrollmöglichkeit besteht, ob es sich lohnt, sich einzusetzen und zu engagieren“ (Grawe, 2000, S. 385). Dementsprechend ist mit Kontrolle nicht etwa das Kontrollieren und Bevormunden anderer gemeint, sondern Selbstwirksamkeit sensu Bandura (1997).

*Selbstwerterhöhung* beschreibt das Bedürfnis sich selbst kompetent, wertvoll und von anderen geschätzt zu fühlen. Grawe (2004, S. 250) betont, dass es sich hierbei um ein spezifisch menschliches Bedürfnis handelt, das ein Bewusstsein seiner selbst als Individuum voraussetzt. Zur Entwicklung eines stabilen Selbstwertgefühls bedarf es eines Umfelds, das Anerkennung und Wertschätzung, Zutrauen und Unterstützung vermittelt.

*Lustgewinn und Unlustvermeidung* beschreibt das Bestreben angenehme, erfreuliche, lustvolle Erfahrungen und Zustände herzustellen und unangenehme (aversive, schmerzhaft) nach Möglichkeit zu vermeiden. Was genau als angenehm bzw. unangenehm erlebt wird, hängt selbstverständlich wesentlich von den individuellen Erfahrungen und dem momentanen Zustand eines Menschen ab (vgl. Grawe, 2004, S. 262).

- Auch wenn wir danach fragen, was für Individuen eigentlich die schädigenden Agentia von sozialen Problemen (wie z. B. Arbeitslosigkeit, Migrationserfahrungen, relativer Armut) sind, wird deutlich, dass es eben um den Verlust von Zugehörigkeit, den Mangel an sinnstiftenden und selbstwerterhöhenden Betätigungsmöglichkeiten, die Erfahrung

von Kontrollverlust und Hilflosigkeit etc. geht. Damit erklären sich nicht nur die nachhaltig negativen gesundheitsbezogenen Auswirkungen dieser Problemlagen, sondern es eröffnen sich wichtige Ansatzpunkte für Intervention, da es auch (sicher nicht nur!) darum gehen sollte, gerade diese Erfahrungen wieder möglich werden zu lassen (vgl. hierzu auch Klassen, 2009).

- Schließlich sei noch darauf hingewiesen, dass zunehmend empirische Befunde vorliegen, die die im Rahmen der Konsistenztheorie formulierten Annahmen über die Zusammenhänge zwischen Konsistenz und Gesundheit und Wohlbefinden untermauern (zusammenfassend z. B. Fries & Grawe, 2006).

## 2. Durchführung / Instruktion

### Schritt 1: Fallvorstellung

Von der Seminarleitung wird ein Fall aus der klinisch-sozialarbeiterischen Praxis im Plenum vorgestellt (ca. 15-20 Minuten). Dabei werden die Studierenden aufgefordert, die Falldarstellung zunächst auf sich wirken zu lassen, wahrzunehmen, was die Schilderung in ihnen auslöst. Nachfolgend ist ein Fall, der sich für diesen Zweck nutzen lässt, kurz zusammengefasst.

Fallbeispiel Herr K.

#### *Ausgangssituation*

Der 35-jährige jünger wirkende, ‚szenig‘ gekleidete Klient (Basecap, Piercings, Tatoos) nimmt aus eigener Initiative telefonisch Kontakt zu unserer Einrichtung (Lebens- und Familienberatung) auf und betont, dass er so schnell wie möglich einen ersten Termin benötige. Zum vereinbarten (zeitnahen) Erstgespräch erscheint Herr K. nicht – nach telefonischer Kontaktaufnahme von unserer Seite wird ein weiterer Termin vereinbart, zu dem er eine gute halbe Stunde zu spät kommt.

Im Gespräch schildert er, dass seine Stimmung meist niedergeschlagen sei, gedrückt, es falle ihm schwer, „sich überhaupt zu irgendetwas aufzuraffen“, er fühle sich wertlos, leide unter tiefen Einsamkeitsgefühlen. Außerdem habe er massive zwischenmenschliche Schwierigkeiten: Er fühle sich in Beziehungen schnell zurückgewiesen und abgelehnt, selbst, wenn es dafür „eigentlich“ keinen Anlass gebe, das sei „wie ein Muster“. Dadurch habe es in seinen bisherigen Partnerschaften immer viel Streit gegeben, er werde dann „verbal sehr aggressiv“ und beleidigend. Wenn sich tatsächlich eine Trennung abzeichne, reagiere er „extrem und anklammernd“ mit Weinen, Schreien, Drohungen, sich umzubringen. Diese Schwierigkeiten bestünden schon lange, seit der Pubertät. Er bejaht, dass er dann den Impuls habe, zuzuschlagen, was in der letzten Beziehung auch passiert sei. Auf mehrfache Nachfrage eine konkrete problemtypische Situation zu beschreiben, schildert er schließlich, dass er seine Ex-Freundin, mit der er einen

gemeinsamen 12 Monate alten Sohn habe (Trennung kurz nach der Geburt) bei einem Streit zu Boden geschlagen habe (sie hatte den Sohn dabei auf dem Arm). Sie habe eine Schädelverletzung davon getragen und ihn angezeigt. Seither wolle sie nicht mehr, dass er mit dem Sohn allein sei und er habe Sorge, dass sie den Kontakt ganz verhindern könne (sie habe das alleinige Sorgerecht). Anlass sich jetzt Hilfe zu suchen sei, dass es „so nicht weiter gehen kann“, er trage doch Verantwortung für seinen Sohn.

### *Lebensgeschichtliche Entwicklung*

Herr K. wurde als jüngster Sohn (1 Bruder: +4, 1 Schwester: +8) geboren, er sei ein „Unfall“, kein Wunschkind, gewesen. In seiner Herkunftsfamilie sei kaum miteinander gesprochen worden, die Atmosphäre sei wenig liebevoll, unpersönlich und durch viel Streit und Schreierei zwischen den Eltern geprägt gewesen; insgesamt habe die Familie ländlich isoliert gelebt, es habe kaum Kontakt zu Verwandten oder Freunden gegeben. Seine Mutter (+30, Hausfrau) vermag Herr K. kaum näher zu beschreiben, sie habe die ältere Schwester pflegen müssen, die schwerstmehrfachbehindert sei, im Rollstuhl sitze, nicht sprechen könne.

Er erinnere sich, dass er selbst manchmal als Kind nachts im Bett extra laut geweint habe, weil er sich gewünscht habe, dass die Eltern ihn zu sich holen, was aber nicht passiert sei. Gelegentlich sei er von seiner Mutter geschlagen worden, er erinnere sich, dass sie auch mit Tellern nach ihm geworfen habe. Sein Vater (+37, Busfahrer) sei leicht reizbar, rechthaberisch und dominant gewesen. Er habe ihm schon früh vermittelt, dass er wertlos sei, er habe ihm – vor allem im Vergleich zum Bruder, der z. B. in handwerkliche Arbeiten einbezogen worden sei – nichts zugetraut („Du hast doch sowieso zwei linke Hände“). Insgesamt sei er viel mit dem Bruder allein gewesen, da sich die Mutter meist um die Älteste habe kümmern müssen. Dieser habe ihn – von den Eltern unbemerkt – oft drangsaliert, seine Karate-Griffe an ihm ausprobiert. Als er ca. 10 oder 11 Jahre alt gewesen sei, sei es im Rahmen von aggressiven Raufereien mehrfach, unter Androhung weiterer Quälereien, auch zu sexuellen Übergriffen (Anal- und Oralverkehr) durch seinen Bruder gekommen. Damals habe er mit niemandem über die Übergriffe gesprochen, er habe sich geschämt, sei durcheinander gewesen. Er selbst sei als Kind eher „aufgedreht“ gewesen und habe keine engen Freunde gehabt. Er habe versucht, Zugang zur Clique des mittleren Bruders zu bekommen, sei da aber Außenseiter geblieben und viel gehänselt worden. Mit 15 habe er seine erste Freundin gehabt; danach sei er verschiedene Beziehungen eingegangen, die jedoch nie länger als einige Monate gehalten hätten.

### *Schulische/Berufliche Laufbahn*

Nach dem Realschulabschluss Besuch der höheren Handelsschule (ohne Abschluss), danach Ausbildung bei der Deutschen Post, die er abgeschlossen habe; anschließend habe er einige

Jahre bei der Post gearbeitet, dann Zivildienst (Krankentransporte) geleistet. Danach sei er mehrere Jahre arbeitslos gewesen. Seit einigen Monaten arbeite er als Pflegehelfer in einer Einrichtung für Menschen mit Behinderungen, diese Arbeit mache ihm Freude.

### *Spezielle Anamnese*

Herr K. gibt an, dass er ca. einmal pro Woche Cannabis konsumiere, mit Mitte 20 habe er über mehrere Monate auch täglich konsumiert. Aktuell trinke er 4-5 Bier pro Woche, wobei es in der Vergangenheit einen deutlich höheren Alkoholkonsum gegeben habe.

Im Anschluss werden die Studierenden eingeladen, die anderen an ihren Resonanzen (Gedanken, Gefühlen, Empfindungen, ggf. auch Handlungsimpulsen) teilhaben zu lassen (ca. 5-10 Minuten). Ziel dabei ist natürlich auch die Wahrnehmungsfähigkeit der Studierenden für die eigenen Reaktionsweisen grundsätzlich zu schärfen (und auch erfahren zu können, wie unterschiedlich die Resonanzen verschiedener Menschen ausfallen), didaktisch geht es aber eher darum, den eigenen Empfindungen Raum zu geben, um im nächsten Schritt eine eher kognitiv ausgerichtete Fallarbeit möglich werden zu lassen.

### Schritt 2: Fallbezogene Kleingruppenarbeit zu schädigenden biografischen Erfahrungen

Dieser Arbeitsschritt zielt darauf ab, die Verletzungen der psychosozialen Grundbedürfnisse zu erkennen und zu benennen. Die Studierenden setzen sich in Kleingruppen (zu dritt) mit den folgenden Fragen auseinander (ca. 15-20 Minuten):

*Welche Lebenserfahrungen haben eine gelingende Persönlichkeitsentwicklung von Herrn K. erschwert bzw. behindert? ...und warum?*

*Versuchen Sie bei Ihrer Begründung Bezüge zu relevanten Theorien oder Modellen herzustellen!*

*Halten Sie Ihre Arbeitsergebnisse bitte in Stichpunkten schriftlich fest.*

### Schritt 3: Zusammentragen der Arbeitsergebnisse und Rückbezug auf theoretische Grundlagen

Die Arbeitsergebnisse der Kleingruppenarbeit werden im Plenum zusammengetragen und auf Tafel oder Flipchart festgehalten (ca. 10-15 Minuten); hierbei ist es günstig, als Ordnungsstruktur die vier Grundbedürfnisse zu nutzen, also die Erfahrungen, die Verletzungen desselben Grundbedürfnisses darstellen, in räumlicher Nähe zueinander aufzuschreiben; dies erleichtert es den Studierenden, die dahinter liegende Gemeinsamkeit zu erkennen.

In der Regel fällt es leicht, die (im obigen Beispiel auch recht offensichtlichen) schädigenden Lebenserfahrungen zu benennen (u. a. die fehlende Zuwendung und Verfügbarkeit der Mutter, die durch die Pflege der Tochter völlig absorbiert scheint; die Abwertung durch den Vater; die



sexuelle Gewalt durch den Bruder, die fehlende Möglichkeit das Erlebte jemandem anzuvertrauen). Herausfordernder ist es hingegen, theoretisch präzise zu begründen, worin genau das beeinträchtigende Potential besteht und welche Auswirkungen sich für die Persönlichkeitsentwicklung ergeben (z. B. durch den Rückbezug auf bindungstheoretische Überlegungen). Hier kann es hilfreich sein, „naive“ Nachfragen zu stellen, um die entwicklungsschädigende Bedeutung der Erfahrungen zu konkretisieren und theoretisch zu rahmen (z. B. *Was genau ist so schlimm daran, dass die Mutter so wenig verfügbar war? Woran liegt es, dass sich die Erfahrung von Abwertung durch den Vater auf die Persönlichkeitsentwicklung auswirkt? Oder auch: Was genau ist es, was sich hier an der Erfahrung von sexueller Gewalt schädigend ausgewirkt haben dürfte? Welche Theorien und Modelle kennen Sie, die solche Zusammenhänge erklären können?* etc.). Meist gelingt es dadurch, die zentralen Konzepte und Theorien in Bezug auf die von Grawe postulierten Grundbedürfnisse zusammenzutragen (z. B. Bindungstheorie und deren Bedeutung für die Entwicklung der Emotionsregulation, Konzept der Selbstwirksamkeit nach Bandura etc.). Das, was die Studierenden nicht benennen oder einbringen wird anschließend von der Seminarleitung ergänzt. Gleichzeitig ist es deren Aufgabe die genannten Inhalte – in Abhängigkeit vom Vorwissen der Studierenden – durch vertiefenden Input zu ergänzen; neben den Texten von Grawe, kann hierfür u. a. auf Borg-Laufs und Dittrich (2010) zurückgegriffen werden. In diesem Zusammenhang bietet es sich auch an, die Frage nach der Gleichrangigkeit der psychosozialen Grundbedürfnisse zu diskutieren und das Prinzip der Konsistenz (bzw. Inkonsistenz mit den beiden Ausformungen Inkongruenz und Diskordanz) zu erläutern (zeitlicher Umfang des Inputs kann sich je nach angestrebter Tiefe und Differenziertheit zwischen 20-45 Minuten bewegen).

#### Schritt 4: Grundbedürfnisbezogene Kurzreflexion eigener Praxisfälle

Hier erfolgt ein Rückbezug der Inhalte auf praktische Erfahrungen der Studierenden, gleichzeitig werden sie eingeladen, erste Überlegungen anzustellen, die an das Konzept der motivationalen Schemata heranführen. In Kleingruppen (3-5 Personen) werden die folgenden Fragen bearbeitet (ca. 20 Minuten):

*Tauschen Sie sich über die biografischen Erfahrungen von KlientInnen aus, die Sie im Rahmen Ihrer bisherigen Praxiserfahrungen bzw. beruflichen Praxis kennen gelernt haben.*

*Können Sie Verletzungen der psychosozialen Grundbedürfnisse nach Grawe ausmachen? ...wenn ja, welche?*

*Was vermuten Sie: Inwiefern wirken sich diese Verletzungen bis heute auf das Verhalten und Erleben aus?*

*Wählen Sie anschließend einen Ihrer eigenen Fälle aus, den Sie im weiteren Verlauf vertiefend bearbeiten möchten (dazu später mehr...)*

## Schritt 5: Motivationale Schemata am vorgestellten Fall erschließen

In diesem Schritt wird zunächst von der Seminarleitung das Konzept der motivationalen Schemata durch entsprechenden Input eingeführt und erläutert (ca. 20 Minuten), sodann wird die Arbeit am Fall Herr K. fortgesetzt (d. h. die Auswertung der vorangegangenen Kleingruppenarbeit wird zurückgestellt und erfolgt in Schritt 7).

Bei der Erläuterung des Konzepts der motivationalen Schemata ist wichtig, herauszuarbeiten, dass Grundbedürfnisse eben nicht unmittelbar das Verhalten und Erleben steuern, sondern dass Schemata die „Ausführungsorgane“ der Bedürfnisse sind (Grawe, 2000, S. 413) und insofern als individuumsspezifische Möglichkeiten oder Mittel verstanden werden können, die Menschen aufgrund ihrer bisherigen Lebenserfahrungen entwickelt haben, um ihre Grundbedürfnisse zu befriedigen bzw. diese vor weiteren Verletzungen zu schützen.

Motivationale Schemata erwachsen aus der aktiven Auseinandersetzung von Menschen mit ihrer Umwelt und basieren damit auf den individuellen biografischen Erfahrungen. Sie stellen eine verdichtete Verinnerlichung von Erfahrungen dar und sind durch gut gebahnte neuronale Erregungsmuster repräsentiert (vgl. Grawe, 2000, 2004). Dadurch beeinflussen motivationale Schemata (in der Regel unbewusst), wie ein Individuum eine bestimmte Situation wahrnimmt, was es denkt, empfindet und wie es reagiert und handelt.

Wenn Menschen in einem sozialen Umfeld aufwachsen, das überwiegend grundbedürfnisbefriedigende Erfahrungen ermöglicht, entstehen in erster Linie annähernde motivationale Schemata. Wachsen Menschen hingegen in einem sozialen Umfeld auf, das ihre Grundbedürfnisse gravierend verletzt, entwickeln sich Vermeidungsschemata, die darauf abzielen, sich vor weiteren Verletzungen der Grundbedürfnisse zu schützen. In einem schädigenden Entwicklungsumfeld können Vermeidungsschemata als gelungene Anpassung, als Überlebensstrategie verstanden werden („Gebranntes Kind scheut das Feuer“, Grawe, 2000, S. 358) – gleichzeitig verhindern sie aber bedürfnisbefriedigende Erfahrungen in Situationen, die durchaus dafür geeignet wären.

Für die Fortsetzung der Fallarbeit werden im Plenum weiterführende Informationen zum Fall, insbesondere zum Beziehungs- und Kontaktverhalten eingebracht (ca. 5-10 Minuten).

Fallbeispiel Herr K.

### *Weiterführende Information*

Die Schwierigkeiten von Herrn K. verbindlich zu vereinbarten Terminen zu kommen, setzen sich fort: Manchmal erscheint er eine Stunde zu früh, manchmal verspätet er sich, sagt Termine kurzfristig wieder ab (macht gleichzeitig aber deutlich, dass er ganz dringend einen neuen Ter-

min benötige) oder kommt abgehetzt zwischen zwei Teildiensten. Während der Gesprächstermine wirkt er ausgesprochen unsicher-angespannt, aber auch bedürftig nach Aufmerksamkeit und Zuwendung (z. B. reagiert er überrascht und bedauernd auf das Ende der Gespräche, aufgrund seines ausgeprägten Redebedürfnisses ist es mitunter herausfordernd, die Termine pünktlich zu beenden). Gleichzeitig reagiert er auf konkretisierende Nachfragen – gerade bei schambehafteten Themen – ausweichend und bagatellisierend. Insgesamt wird im Verlauf der Zusammenarbeit die Vielfalt seiner Belastungen deutlich: Er verfügt nur über wenige soziale Kontakte und kommt – auch bedingt durch den Schichtdienst – nur schlecht zur Ruhe, schläft schlecht und wenig. Auch hat er Sorge, dass sein Arbeitsvertrag nicht verlängert wird, da er mehrfach unentschuldig gefehlt hat und immer wieder mit einzelnen BewohnerInnen, die er als zu anspruchlich und pingelig erlebt, in Streit gerät. Dabei ist er kaum in der Lage, eigene Anteile an diesen Schwierigkeiten überhaupt in Betracht zu ziehen. Zusätzlich droht der Konflikt mit seiner Ex-Partnerin über den Umgang mit dem gemeinsamen Sohn zu eskalieren; er ärgert sich, dass sie den Sohn nicht mehr allein bei ihm lassen mag und äußert sich abfällig und entwertend („P. [seine ehemalige Partnerin] kriegt doch selbst überhaupt nichts gebacken – die soll sich mal nicht so aufspielen“).

Im Anschluss wird entweder im Plenum oder im Rahmen von Kleingruppenarbeit angeregt, die wesentlichen motivationalen Zielen anhand der folgenden Fragen (in Anlehnung an Grawe, 2004, S. 407) zu erschließen (ca. 25 Minuten):

*Welche Gefühle/Gedanken/Bewertungen, Verhaltensweisen und -tendenzen werden durch Herrn K. bei mir ausgelöst? Was versucht er, mit seinem Verhalten bei mir zu bewirken? [Annäherungsziele] Was „erreicht“ er durch seine „Art“ bei mir? Wie macht er das?*

*Welche Äußerungen und Verhaltensweisen würden Herr K. gut tun, ihn sich verstanden fühlen lassen?*

*Welche Äußerungen und Verhaltensweisen würden ihn besonders verletzen und kränken?*

*Was versucht Herr K. in Beziehungen zu vermeiden? Was lässt er nicht zu Stande kommen, was macht er mir schwer? Wovor hat er Angst? [Vermeidungsziele]*

*Welche Wünsche könnten hinter dieser Vermeidung stecken?*

*Dienen die erschlossenen Annäherungs- und Vermeidungsziele eventuell noch weiteren übergeordneten Zielen?*

### Schritt 6: Erarbeitung motivationaler Schemata an eigenen Praxisfällen

Dieses Vorgehen zur Erschließung zentraler Annäherungs- und Vermeidungsschemata wird dann in Kleingruppen auf den ausgewählten Fall (Schritt 4) übertragen, d. h. die Studierenden

beantworten für den ausgewählten Fall die obigen Fragen (Schritt 5). Hierfür stehen ca. 30-45 Minuten zur Verfügung, wobei auch eine kurze Präsentation des Falls und der Arbeitsergebnisse für das Plenum vorbereitet werden soll.

### Schritt 7: Präsentation und Diskussion der Arbeitsergebnisse zu eigenen Fällen

Die einzelnen Gruppen stellen Ihre Überlegungen für den ausgewählten Fall im Plenum vor, wobei die Präsentationen eine gute Möglichkeit bieten, zentrale Grundgedanken des Konsistenzmodells noch einmal herauszuheben und dessen Praxisrelevanz – gerade in Bezug auf die Beziehungsgestaltung – zu veranschaulichen. Je nach Kleingruppenanzahl nehmen die Präsentationen und die anschließende Diskussion und Reflexion zwischen 60-90 Minuten in Anspruch.

## 3. Erfahrungen und weiterführende Hinweise

Entsprechende Rückmeldungen von Studierenden zeigen, dass das beschriebene didaktische Vorgehen vor allem dadurch spannend und bereichernd wird, dass sie vergleichsweise intensiv an und mit Fallbeispielen arbeiten können, zu denen sehr viel mehr Hintergrundinformationen gegeben werden, als in den zusammenfassenden Darstellungen (vgl. Schritt 1 und Schritt 5) deutlich werden kann. Daher ist es sicher empfehlenswert, dass SeminarleiterInnen eigene Fälle so aufbereiten, dass auf ihrer Grundlage ein Zugang zu wesentlichen konsistenztheoretischen Überlegungen möglich wird.

Insgesamt ist es – je nach inhaltlichem Schwerpunkt – nicht zwingend notwendig, alle Einzelschritte dieser didaktischen Einheit zu durchlaufen, vielmehr können diese flexibel gehandhabt werden. Beispielsweise gelingt eine Erarbeitung der psychosozialen Grundbedürfnisse durch die Schritte 1 bis 3. Die Schritte 6 und 7 (und damit dann auch die Auswahl eines Falles im Rahmen von Schritt 5) sind optional und bieten sich nur dann an, wenn tatsächlich ein entsprechend umfassender Zeitrahmen zur Verfügung steht und die Studierenden auch über genügend Erfahrungen in der fallbezogenen klinischen Sozialarbeit verfügen. Letzteres kann bei Bachelorstudierenden – auch nach dem Praxissemester – nicht zwingend vorausgesetzt werden (wobei die übrigen Arbeitsschritte durchaus gelingend mit Bachelorstudierenden umgesetzt wurden).

Eng verknüpft mit einem konsistenztheoretischen Grundverständnis sind Fragen nach allgemeinen Wirkfaktoren (vgl. Grawe, 1995, 2005) und nach einer gelingenden/komplementären Beziehungsgestaltung (Caspar, 1996), die ebenso für die klinische Sozialarbeit relevant sind und sich damit auch für eine weiterführende Auseinandersetzung und Diskussion mit Studierenden anbieten (und zum Teil ja auch Bestandteil des beschriebenen Vorgehens sind): Wie können und sollten wir Beziehungen und Kontakte zu Menschen aufbauen und gestalten, die schwere und wiederholte Verletzungen ihrer Grundbedürfnisse erleben mussten? Mit welchen

Herausforderungen ist zu rechnen? Inwiefern kann das Wissen um die Bedeutung menschlicher Grundbedürfnisse noch in die klinisch-sozialarbeiterische Interventionsplanung einfließen und diese bereichern? Wie können klinisch-sozialarbeiterische Interventionen grundbedürfnisbefriedigende Erfahrungen ermöglichen? Gerade weil es in der Klinischen Sozialarbeit um hochkomplexe biopsychosoziale Belastungssituationen geht (vgl. Pauls, 2013), stellen sich diese Fragen mit besonderer Dringlichkeit.

## Literatur

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy. The exercise of control*. New York: Freeman.

Borg-Laufs, M. & Dittrich, K. (2010). Die Befriedigung psychischer Grundbedürfnisse als Ziel psychosozialer Arbeit. In M. Borg-Laufs & K. Dittrich (Hrsg.), *Psychische Grundbedürfnisse in Kindheit und Jugend. Perspektiven für Soziale Arbeit und Psychotherapie* (S. 7-22). Tübingen: dgvt.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss. Vol. I: Attachment*. London: The Hogarth Press.

Caspar, F. (1996). *Beziehungen und Probleme verstehen. Eine Einführung in die psychotherapeutische Plananalyse*. Bern: Huber.

Epstein, S. (1990). Cognitive-experiential self-theory. In L. A. Pervin (Ed.), *Handbook of Personality: Theory and Research* (pp. 165-192). New York: Guilford Press.

Fries, A. & Grawe, K. (2006). Inkonsistenz und psychische Gesundheit: Eine Metaanalyse. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 54, 133-148.

Grawe, K. (1995). Grundriss einer allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 40, 130-145.

Grawe, K. (2000). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.

Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.

Grawe, K. (2005). (Wie) kann Psychotherapie durch empirische Validierung wirksamer werden? *Psychotherapeutenjournal*, 1, 4-11.

Klassen, M. (2009). Sozialarbeitswissenschaft aus der bedürfnistheoretischen Perspektive. In A. Mühlum & M. Rieger (Hrsg.), *Soziale Arbeit in Wissenschaft und Praxis. Festschrift für Wolf Rainer Wendt* (S. 47-58). Lage: Jacobs Verlag.

Pauls, H. (2013). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psychosozialer Behandlung*. Weinheim: Juventa.

Pauls, H. (2015). Person-in-Environment – Übung zum Zusammenhang von Selbst-Regulation und sozialer Chancenstruktur. In H. Pauls, J. Lohner & R. Viehhauser (Hrsg.), *Didaktische Bausteine und Übungen zur Klinischen Sozialarbeit in der Lehre* (S. 8-13). Weitraamsdorf: ZKS-Verlag.

Viehhauser, R. (2015). Die helfende Beziehung – Anstöße für eine praxisgerechte, selbst-reflexive Gestaltung der Basisvariable „Positive Wertschätzung“. In H. Pauls, J. Lohner & R. Viehhauser (Hrsg.), *Didaktische Bausteine und Übungen zur Klinischen Sozialarbeit in der Lehre* (S. 14-24). Weitraamsdorf: ZKS-Verlag.

### Autorenangabe

Prof. Dr. rer. nat. Christine Kröger, Diplom-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin, Professorin für Psychologische Grundlagen der Sozialen Arbeit, Klinische Sozialarbeit und Klinische Heilpädagogik an der Hochschule Coburg.  
E-Mail: [christine.kroeger@hs-coburg.de](mailto:christine.kroeger@hs-coburg.de)

Silke Gahleitner

Baustein 11

„Diagnostisches Fallverstehen“ erfahren und anwenden (2016)

## 1. Grundlagen, Absichten und Ziele

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

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

Eine praxisnahe, interdisziplinäre Diagnostik sollte auf jeden Fall medizinische, psychologische und sozialpädagogische Wissensbestände nutzen. Im Folgenden soll ein Modell (vgl. Abbildung 1) vorgestellt werden<sup>8</sup>, das sich entlang dieser Logik gut eignet, die diagnostischen Kompetenzen aller in sozialarbeiterischen Kontexten arbeitenden Perspektiven einzubeziehen. Das Modell erlaubt, die verschiedenen Aspekte aus der Biografie und Lebenswelt gemeinsam und sinnverstehend zusammenzutragen und beinhaltet zudem eine Reihe von Erfahrungshorizonten, die sich für die Lehre gut dazu eignen, den Unterricht lebendig und kreativ zu gestalten.

---

<sup>8</sup> Das vorliegende Modell entstand in einem mehrjährigen Prozess in Zusammenarbeit mit einer Reihe verschiedener KollegInnen (vgl. insbes. Gahleitner, Schulze & Pauls, 2009; Gahleitner, 2011; Gahleitner & Pauls, 2013).



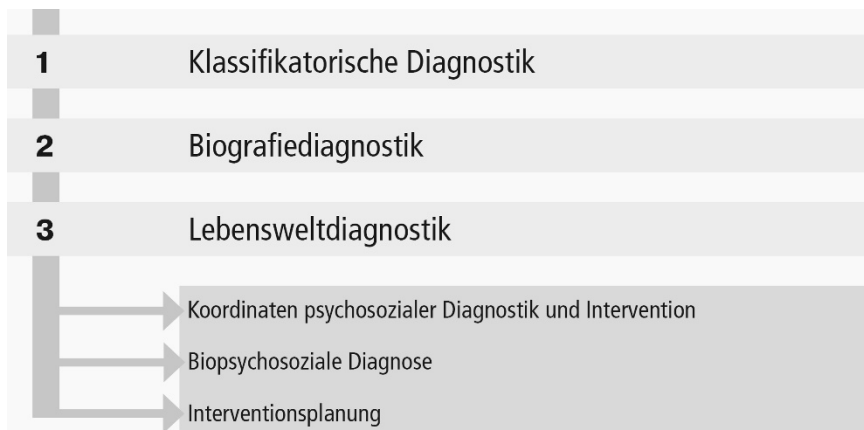


Abbildung 1: Die Schritte einer biopsychosozialen Diagnostik (vgl. Gahleitner & Pauls, 2013, S. 68)

## 2. Durchführung / Instruktion

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

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

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

Phänomenen erlauben. Die rekonstruktive Herangehensweise präferiert unstrukturierte und offene, auf das Verstehen ausgelegte Maßnahmen, steht also eher für eine große Reichweite der gewonnenen Informationen. Zentral ist für ihre VertreterInnen z. B. „die Meinungsbildung im Dialog mit den Klientinnen und Klienten, um vor diesem subjektiven Hintergrund die aktuellen, oft biografisch verankerten Einstellungen und Verhaltensmuster verstehen zu können. Hinter beiden Ansätzen stehen sowohl erkenntnistheoretisch als auch handlungstheoretisch unterschiedliche Überzeugungen“ (ebd., S. 19; vgl. auch Heiner, 2011). Bedeutsam ist in beiden Fällen, wie gut ausgeprägt und erlernt die Gesprächsführungskompetenz der Fachkraft im Zuge des diagnostischen Fallverstehens ist.

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

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

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

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

## Schritt 2: Biografiediagnostik – Rekonstruktion erfahren

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

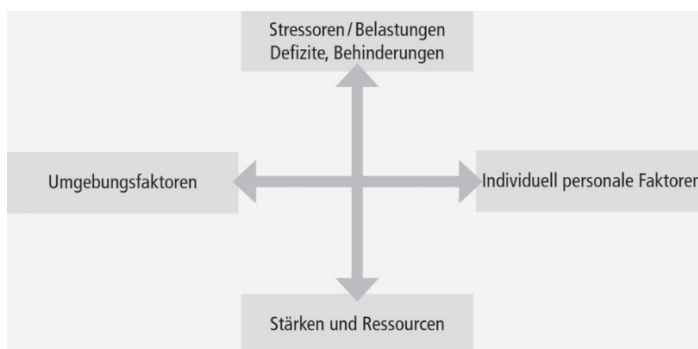


Abbildung 2: Die Koordinaten psychosozialer Diagnostik und Intervention (vgl. Gahleitner & Pauls. 2013, S. 70)

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

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

### 3. Erfahrungen und weiterführende Hinweise

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

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

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

## Literatur

- Bourdieu, P. (1992). *Schriften zu Politik & Kultur. Bd. 1: Die verborgenen Mechanismen der Macht*. Hamburg: VSA.
- Buchheim, A. & Strauß, B. (2002). Interviewmethoden der klinischen Bindungsforschung. In B. Strauß, A. Buchheim & H. Kächele (Hrsg.), *Klinische Bindungsforschung. Theorien, Methoden, Ergebnisse* (S. 27-53). Stuttgart: Schattauer.
- Cournoyer, B. (1996). *The social work skills workbook* (2., erw. Aufl.). Pacific Grove: Brooks/Cole Publishing.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (2012). *ICF: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. ICD-10-GM Version 2012. Systematisches Verzeichnis*. Neu-Isenburg: MMI.
- Fischer, W. & Goblirsch, M. (2004). Fallrekonstruktion und Intervention in der Sozialen Arbeit - narrativ-biographische Diagnostik im professionellen Handeln. *Psychosozial*, 27(2), 71-90.
- Gahleitner, S. B. (2005). *Neue Bindungen wagen. Beziehungsorientierte Therapie bei sexueller Traumatisierung* (Reihe: Personzentrierte Beratung & Therapie, Bd. 2). München: Reinhardt.
- Gahleitner, S. B. (2011). *Das Therapeutische Milieu in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. Trauma- und Beziehungsarbeit in stationären Einrichtungen*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Gahleitner, S. B., Hahn, G. & Glemser, R. (Hrsg.) (2013). *Psychosoziale Diagnostik* (Reihe: Klinische Sozialarbeit - Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung, Bd. 5). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Gahleitner, S. B., Hintenberger, G. & Leitner, A. (2013). Biopsychosozial - zur Aktualität des interdisziplinären Modells in Psychotherapie, Beratung und Supervision. *Resonanzen*, 1(1), 1-14. Online verfügbar: <http://www.resonanzen-journal.org/article/view/188/245> [02.09.2015].
- Gahleitner, S. B. & Pauls, H. (2013). Biopsychosoziale Diagnostik als Voraussetzung für eine klinisch-sozialarbeiterische Interventionsgestaltung: Ein variables Grundmodell. In S. B. Gahleitner, G. Hahn & R. Glemser (Hrsg.), *Psychosoziale Diagnostik* (Reihe: Klinische Sozialarbeit - Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung, Bd. 5; S. 61-77). Bonn: Psychiatrie-Verlag.



- Geißler-Piltz, B. (2006). Historische Verortung: Von der Sozialen Diagnose zum Clinical Social Work. *Klinische Sozialarbeit*, 2(Sonderausgabe), 7-11. Online verfügbar: [http://www.eccsw.eu/download/klinsa\\_special\\_2006.pdf](http://www.eccsw.eu/download/klinsa_special_2006.pdf) [12.01.2016].
- Harnach, V. (2007). *Psychosoziale Diagnostik in der Jugendhilfe. Grundlagen und Methoden für Hilfeplan, Bericht und Stellungnahme* (Reihe: Soziale Dienste und Verwaltung; 5., überarb. Aufl.). Weinheim: Juventa.
- Heiner, M. (Hrsg.) (2004). *Diagnostik und Diagnosen in der Sozialen Arbeit* (Reihe: Hand- und Arbeitsbücher, Bd. 11 ). Berlin: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge Berlin.
- Heiner, M. (2010). Diagnostik in der Sozialen Arbeit. In H.-U. Otto & H. Thiersch (Hrsg.), *Handbuch Sozialarbeit/Sozialpädagogik* (4., vollst. überarb. Aufl.; S. 237-250). München: Reinhardt.
- Heiner, M. (2011). Identität der Sozialen Arbeit: Professions- und ausbildungsbezogene Aspekte. In H. Thiersch & R. Treptow (Hrsg.), *Zur Identität der Sozialen Arbeit. Positionen und Differenzen in Theorie und Praxis* (Reihe: Neue Praxis - Sonderheft, Bd. 10; S. 46). Lahnstein: Neue Praxis.
- Heiner, M. (2013). Wege zu einer integrativen Grundlagendiagnostik in der Sozialen Arbeit. In S. B. Gahleitner, G. Hahn & R. Glemser (Hrsg.), *Psychosoziale Diagnostik* (Reihe: Klinische Sozialarbeit. Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung, Bd. 5; S. 18-34). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Karls, J. N. & Wandrei, K. E. (Hrsg.) (1994). *Person-In-Environment System. The PIE classification system for social functioning problems*. Washington, DC: NASW.
- Krautkrämer-Oberhoff, M. (2009). Traumapädagogik in der Heimerziehung. Biografiearbeit mit dem Lebensbuch "Meine Geschichte". In J. Bausum, L. Besser, M. Kühn & W. Weiß (Hrsg.), *Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis* (S. 115-126). Weinheim: Juventa.
- Krumenacker, F.-J. (Hrsg.) (2004). *Sozialpädagogische Diagnosen in der Praxis. Erfahrungen und Perspektiven* (Reihe: Juventa-Materialien). Weinheim: Juventa.
- Main, M. B. & Goldwyn, R. (1996). *Adult attachment scoring and classification systems*. Unpublished manuscript. Berkeley, CA: University of California.
- Märtens, M. (1997). *Psychotherapie im Kontext: soziale und kulturelle Koordinaten therapeutischer Prozesse*. Heidelberg: Asanger.

Mollenhauer, K. & Uhlendorff, U. (1992). *Sozialpädagogische Diagnosen. Bd. 1: Über Jugendliche in schwierigen Lebenslagen* (Reihe: Juventa Materialien). Weinheim: Juventa.

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

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

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

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

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

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

Petzold, H. G., Wolf, H. U., Landgrebe, B., Josič, Z. & Steffan, A. (2000). "Integrative Traumatherapie" - Modelle und Konzepte für die Behandlung von Patienten mit "posttraumatischer Belastungsstörung". In B. A. v. d. Kolk, A. C. McFarlane & L. Weisaeth (Hrsg.), *Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze. Theorie, Praxis und Forschung zu posttraumatischem Streß sowie Traumatherapie* (Reihe: Innovative Psychotherapie und Humanwissenschaften, Bd. 62; S. 445-549). Paderborn: Junfermann.

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

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

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

## Autorenangabe

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

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