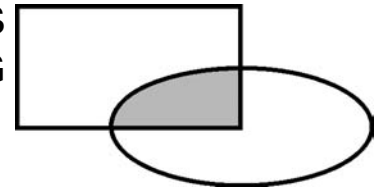


KLINISCHE SOZIALARBEIT

ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHOSOZIALE PRAXIS
UND FORSCHUNG



10. Jg. ■ Heft 2 ■ April 2014

Inhalt

Themenschwerpunkt: Sozialtherapie

- 3 Editorial
- 4 *Helmut Pauls und Michael Reicherts*
Sozialtherapeutische Beratungskompetenzen
- 8 *Silke Birgitta Gahleitner, Dario Deloie und Anika Stitz*
Integrative Sozialtherapie
- 10 *Karlheinz Ortmann und Dieter Röh*
Sozialtherapie – Soziale Teilhabe ermöglichen
und soziale Ressourcen erschließen
- 12 *Gernot Hahn*
Sozialtherapie – Begriffsgeschichte und
Gegenstandsbestimmung
- 15 *Rezensionen von Theresia Wintergerst und Gerhard Klug*
- 2 Pressemeldungen, Veranstaltungs- & Projekthinweise
- 2 Zu den AutorInnen dieser Ausgabe
- 2 Wissenschaftlicher Beirat und Impressum

Herausgeber

- Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit
- Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit e.V.
- Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V.
- European Centre for Clinical Social Work e.V.



Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V.
Fachverband seit 1926



Zu den AutorInnen dieser Ausgabe

Dario Deloie

M.A., Fachsozialarbeiter für Klinische Sozialarbeit (ZKS), Ausbildung in Integrativer Therapie/Gestalt-sozio- und Gestaltpsychotherapie (FPI). *Kontakt: dario deloie@yahoo.de*

Silke Birgitta Gahleitner

Prof. Dr. phil., Prof. an der Alice Salomon Hochschule Berlin, Univ.-Prof. an der Donau-Universität Krems, Österreich. *Kontakt: sb@gahleitner.net*

Gernot Hahn

Dr. phil., Sozialarbeiter, Sozialtherapeut, Leiter einer forensischen Ambulanz in Erlangen, Aus- und Weiterbilder von SozialarbeiterInnen. *Kontakt: info@gernot-hahn.de*

Gerhard Klug

Klinischer Sozialarbeiter (M.A.), Dipl.-Sozialpädagoge (FH), Fachsozialarbeiter für Klinische Sozialarbeit (ZKS), Mitarbeiter im Stadtjugendamt Augsburg. *Kontakt: gerhard.klug@gmail.com*

Karlheinz Ortman

Prof. Dr. phil., Sozialpädagogin (grad.), Prof. an der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin (KHSB), Leiter des Instituts für Soziale Gesundheit. *Kontakt: karlheinz.ortmann@khsb-berlin.de*

Helmut Pauls

Prof. Dr. phil., Dipl.-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut, Prof. an der HS Coburg, Gründer der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (ZKS). *Kontakt: pauls@hs-coburg.de*

Michael Reicherts

Dr. phil., Dipl.-Psychologe, Diplom-Betriebswirt, Gesundheitspsychologe FSP, bis zur Emeritierung Prof. an der Universität Fribourg/Schweiz. *Kontakt: michael.reicherts@unifr.ch*

Dieter Röh

Prof. Dr. phil., Dipl.-Sozialarbeiter/Sozialpädagoge, MPH, Prof. für Sozialarbeitswissenschaft an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg. *Kontakt: dieter.roeh@haw-hamburg.de*

Anika Stitz

Sozialarbeiterin (B.A.), tätig in einem Wohnprojekt für psychisch kranke Menschen mit hohem Hilfebedarf. *Kontakt: anika-stitz@web.de*

Theresia Wintergerst

Prof. Dr. phil., M.A., Dipl.-Sozialpädagogin, Prof. an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Würzburg-Schweinfurt. *Kontakt: theresia.wintergerst@fhws.de*

Wissenschaftlicher Beirat

Prof. Dr. Peter Buttner
Hochschule München

Prof. Dr. Peter Dentler
Fachhochschule Kiel

Prof. Dr. Matthias Hüttemann
Fachhochschule Nordwestschweiz Olten, Schweiz

Prof. Dr. Johannes Lohner
Hochschule Landshut

Prof. Dr. Albert Mühlum
Bensheim

Prof. Dr. Karl-Heinz Ortman
Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin

Prof. Dr. Helmut Pauls
Hochschule Coburg

Prof. Dr. Elisabeth Raab-Steiner
Fachhochschule FH Campus Wien

Prof. Dr. Dieter Röh
Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Prof. Dr. Günter Zurhorst
Hochschule Mitweida

11.-13.09.2014: Workshop Rekonstruktive Forschung

8. Bundesweiter Workshop Rekonstruktive Forschung in der Sozialen Arbeit an der Fachhochschule Dortmund

Der Workshop wird vom Netzwerk für rekonstruktive Sozialarbeitsforschung und Biografie gemeinsam mit der DGSA an der FH Dortmund durchgeführt

führt und bietet Arbeiten in Forschungswerkstätten, Diskussion rekonstruktiver Forschungsdesigns, Austausch und Vernetzung sowie Zusatzangebote für Promotionsinteressierte.

Kontakt & Informationen: www.fh-dortmund.de/de/fb/8/forschung/projekte/areso.php

ECCSW-Förderpreis »Klinische Sozialarbeit 2014«

Das »European Centre For Clinical Social Work – ECCSW« verleiht auch 2014 den mit 1.000 EUR dotierten Förderpreis für herausragende wissenschaftliche Beiträge im Bereich Klinischer Sozialarbeit.

Der Förderpreis wird für eine wissenschaftliche Arbeit im Bereich Klinischer Sozialarbeit vergeben und zielt v.a. auf die in Masterstudiengängen der Klinischen Sozialarbeit erstellten Qualifikationsarbeiten zu allen Tätigkeitsfeldern Klinischer Sozialarbeit. Mit den Preisträgern sollen NachwuchswissenschaftlerInnen gefördert werden, die mit ihrer Forschungsarbeit einen herausragenden Beitrag zum wissenschaftlichen Themenfeld Klinischer Sozialarbeit geleistet haben.

onsarbeiten zu allen Tätigkeitsfeldern Klinischer Sozialarbeit. Mit den Preisträgern sollen NachwuchswissenschaftlerInnen gefördert werden, die mit ihrer Forschungsarbeit einen herausragenden Beitrag zum wissenschaftlichen Themenfeld Klinischer Sozialarbeit geleistet haben.

Kontakt & Informationen
www.eccsw.eu; info@eccsw.eu

21.07.2014: Fachtag ZKS & TH Georg-Simon-Ohm Nürnberg

»Hilfebedarf – Zwischen professioneller Einschätzung und KlientInnenbedürfnissen«: gemeinsamer Fachtag der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (ZKS) und der Technischen Hochschule Nürnberg Georg Simon Ohm am 21.07.2014, 10 Uhr, in Nürnberg

Ort: Technische Hochschule Nürnberg Georg Simon Ohm, Bahnhofstraße 87, 90402 Nürnberg

Anmeldung & Informationen
www.klinische-sozialarbeit.de
info@gernot-hahn.de

17./18.10.2014: Tagung Soziale Diagnostik

»Diagnostik in der Sozialen Arbeit – Wissenschaft trifft Praxis«: 5. Tagung »Soziale Diagnostik« an der Fachhochschule Nordwestschweiz/Olten

Themen sind die vielfältigen Formen von diagnostischer Instrumente in den verschiedenen Handlungsfeldern und geht insbesondere auf Kooperationsprozesse ein, in denen WissenschaftlerInnen und PraktikerInnen in Prozessen kooperativer Wissensbildung und Fallarbeit diagnostische Instrumente entwickelt haben.

operationsprozesse ein, in denen WissenschaftlerInnen und PraktikerInnen in Prozessen kooperativer Wissensbildung und Fallarbeit diagnostische Instrumente entwickelt haben.

Anmeldung & Informationen
www.soziale-diagnostik.ch/tagung-2014

Jugendnotmail.de sucht ehrenamtliche Online-BeraterInnen

Die seit 12 Jahren bestehende Online-Beratungsplattform für Kinder und Jugendliche in Not »jugendnotruf.de« verzeichnet einen rasanten Anstieg der Anfragen durch betroffene Kinder und Jugendliche. Damit das kostenlose professionelle ExpertInnen-Beratungsangebot zu Themen wie Angst, Drogen, Depressionen, Gewalt, Liebeskummer, Missbrauch, Magersucht oder Selbstverletzung weiterhin zeitnahe Hilfen bereitstellen kann werden Fachkräfte aus den Bereichen Psychologie und Soziale Arbeit als ehrenamtliche MitarbeiterInnen gesucht.

Magersucht oder Selbstverletzung weiterhin zeitnahe Hilfen bereitstellen kann werden Fachkräfte aus den Bereichen Psychologie und Soziale Arbeit als ehrenamtliche MitarbeiterInnen gesucht.

Anmeldung & Informationen: www.jugendnotruf.de; [Dr. Stefanie Gießen \(giessen@jugendnotruf.de\)](mailto:Dr.Stefanie.Gießen@jugendnotruf.de)

Impressum

Herausgeber

Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V. (v.i.S.d.P.) in Kooperation mit der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit, Coburg, der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit e.V., Sektion Klinische Sozialarbeit, und dem European Centre for Clinical Social Work e.V.

Redaktionsteam

Gernot Hahn (Leitung)
Ingo Müller-Baron
Silke Birgitta Gahleitner
Gerhard Klug

Anzeigenakquise

G. Hahn, info@gernot-hahn.de
Tel. 0175/276 1993

Anschrift der Redaktion

Redaktion »Klinische Sozialarbeit«
c/o Dr. Gernot Hahn
Klinikum am Europakanal Erlangen
Am Europakanal 71, D-91056 Erlangen
Tel. +49 (0)9131 / 753 2646
Fax +49 (0)9131 / 753 2964
E-Mail: info@gernot-hahn.de

Schlussredaktion & Gestaltung

Ilona Oestreich

Druck

Ottweiler Druckerei und Verlag GmbH, Ottweiler

Erscheinungsweise

viermal jährlich als Einlegezeitschrift in:
DVSG – FORUM sozialarbeit + gesundheit

ISSN

1861-2466

Auflagenhöhe

2350

Copyright

Nachdruck und Vervielfältigungen, auch auszugsweise, sind nur mit Genehmigung der Redaktion gestattet. Die Redaktion behält sich das Recht vor, veröffentlichte Beiträge ins Internet zu stellen und zu verbreiten. Der Inhalt der Beiträge entspricht nicht unbedingt der Meinung der Redaktion. Für unverlangt eingesandte Manuskripte, Fotos und Datenträger kann keine Gewähr übernommen werden, es erfolgt kein Rückversand. Die Redaktion behält sich das Recht vor, Artikel redaktionell zu bearbeiten.

Die Konzeptgeschichte der Sozialtherapie weist eine fast hundertjährige Entwicklung auf und ist damit anfänglich auch mit Pionierinnen der professionellen Sozialen Arbeit verbunden: Mary Richmond (1917), Alice Salomon (1926/2004) und Siddy Wronsky (Salomon & Wronsky, 2006) stehen mit ihren diesbezüglichen Werken für eine erste Beschäftigung mit einem spezifisch sozialarbeiterischen »Behandlungsansatz«. Eine einheitliche, verbindliche und differenzierte Ausgestaltung des Konzepts steht allerdings weiterhin aus, v. a. deshalb, weil die disziplinäre und professionelle Vergewisserung zuerst und am eindringlichsten durch die Periode der Naziherrschaft, später durch die allgemeine Kritik der einzelfallbezogenen Methoden und zuletzt durch die Therapeutisierung der Sozialarbeit erschwert und verzögert wurde. So ist es bislang – neben einer notwendigen vertiefenden Grundlegung der methodischen Prinzipien – noch nicht einmal gelungen, die unterschiedlichen Begriffe »Sozialtherapie«, »Soziale Therapie« oder »Soziotherapie« voneinander zu trennen oder genauer zu definieren.

Unstrittig ist allerdings mittlerweile, dass eine soziale Behandlung sozialer Probleme möglich, sinnvoll und notwendig ist, um ergänzend zur bildenden, beratenden und alltagsunterstützenden Funktion Sozialer Arbeit und sozialraum- und gemeinwesenbezogenen Zugängen Menschen dabei zu unterstützen, sozio-psycho-somatische Problemlagen zu überwinden oder besser zu bewältigen. Ebenfalls unstrittig und damit verbunden ist die Zugehörigkeit einer solchen behandelnden Sozialarbeit zur »Klinischen Sozialarbeit«, wobei deren Stärke darin zu sehen ist, dass sie sowohl auf die personenbezogenen Zusammenhänge als auch auf die sozialen und strukturellen Einflüsse auf Gesundheit und Krankheit schaut und diese in einem integrativen Sinne zu berücksichtigen weiß.

Seit einiger Zeit beschäftigt sich u. a. die Sektion Klinische Sozialarbeit der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit erneut mit dem Thema, und die in dieser Ausgabe enthaltenden Beiträge betrachten es aus unterschiedlichen Perspektiven, bei gleichzeitiger Konvergenz in den o. g. Grundannahmen.

Helmut Pauls und Michael Reicherts entwickeln in ihrem Beitrag ein systematisches Portfolio sozialtherapeutischer Beratungskompetenzen, das sie für den Behandlungsansatz der Klinischen Sozialarbeit als zentral erachten. Sie

skizzieren dabei die notwendigen Kompetenzen und Ebenen einer qualitativ guten sozialtherapeutischen Beratung derart, dass von einer gestuften Intervention ausgegangen werden kann. Beginnend mit elementaren (das Setting betreffenden), über beziehungs- hin zu aufgabenorientierten und schließlich bis zu systemisch-institutionellen Interventionen wird dem Konzept der Sozialtherapie mehr eine Systematik denn eine Hierarchie ihrer Einflussmöglichkeiten an die Hand gegeben, die den umfassenden Charakter dieses Ansatzes verdeutlicht.

Silke Brigitta Gahleitner, Dario Deloio und Anika Stitz stellen eine Integrative Sozialtherapie in den Mittelpunkt ihrer Überlegungen. Insbesondere wird der Frage nachgegangen, ob die frühere Feststellung Schwendters (2000), dass Sozialtherapie als therapeutische Unterstützung zweiter Klasse zu betrachten sei (vgl. ebd., S. 10), noch aktuell und was vom gesellschaftskritischen Impuls seines Ansatzes noch zu gebrauchen ist. Dabei plädieren die AutorInnen dafür, die sozialtherapeutischen Interventionen gerade an prekären Lebenslagen auszurichten, da die etablierten psychologisch-psychotherapeutischen Ansätze und Settings die durch diese Lebenslagen benachteiligten Bevölkerungsgruppen nicht erreicht. Als Leitidee stellen sie diesem Anspruch eine integrative Sozialtherapie zur Seite, in deren Rahmen Elemente der Psychotherapie, Leibtherapie und Sozialtherapie sowie die therapeutische Arbeit mit kreativen Medien miteinander verbunden werden.

Die Ermöglichung der sozialen Teilhabe und die Erschließung sozialer Ressourcen ist Gegenstand des Beitrages von Karlheinz Ortman und Dieter Röh. Sie fordern, dass die Sozialarbeit, will sie ihr Profil einer nicht nur beratenden sondern auch therapeutisch wirkenden Professionalität weiter stärken, auch den Ansatz der Sozialtherapie handlungstheoretisch ausbauen muss. Dazu wird es nach Ansicht der Autoren notwendig sein, sozialtherapeutische Ansätze originär aus dem methodischen Fundus der Sozialarbeit heraus zu entwickeln und zu modifizieren sowie auf die Zielgruppe multiproblembelasteter, vulnerabler und damit soziopsychosomatisch krank oder behinderter Menschen auszurichten. Die Autoren beschreiben in ihrem Aufsatz dreierlei Weisen zur Erschließung sozialer Ressourcen, die einen »heilenden Charakter« aufweisen können.

Der Beitrag von Gernot Hahn befasst sich mit der Rezeptionsgeschichte und Gegenstandsbestimmung der Sozial-

therapie. Konzeptionelle Überlegungen zu einer Sozialen Therapie, Sozialtherapie oder auch Soziotherapie existieren im deutschsprachigen Raum seit annähernd 90 Jahren. Weist der Begriff in umfassenden Konzepten auf den Einbezug der sozialen Dimension in das Störungsverständnis (doppelter Fokus, psychosoziales Paradigma) und die Interventionsplanung hin, findet er in konkreten Handlungsbezügen Anwendung als Label für die Behandlung von suchtkranken Menschen, Straffälligen oder – in der anthroposophischen Heilpädagogik – für die Betreuung geistig behinderter Jugendlicher und Erwachsener. In seinem Aufsatz geht der Autor dieser heterogenen Quellenlage nach, wobei er zentrale Aussagen der unterschiedlichen »Sozialtherapieschulen« herausarbeitet und Ansätze zu einer Konzeptentwicklung der Sozialtherapie in der Klinischen Sozialarbeit formuliert. Der vorliegende Aufsatz basiert auf einer früheren Publikation des Autors (Hahn, 2003), in dem »Sozialtherapie als Grundgedanke Klinischer Sozialarbeit« formuliert wurde.

Abgerundet wird das vorliegende Heft von zwei Rezensionen: Gerhard Klug bespricht das Buch »Beratungskompetenzen für die psychosoziale Fallarbeit. Ein sozialtherapeutisches Profil« von Pauls, Stockmann und Reicherts, und Theresia Wintergerst rezensiert den Sammelband »Lebens- und Bedarfslagen im Alter. Herausforderungen für die Beratung, Klinische Sozialarbeit und Geriatrie«, herausgegeben von Michael Vogt.

Für die Redaktion
Dieter Röh

Literatur

- Hahn, G. (2003). *Sozialtherapie - der Grundgedanke Klinischer Sozialarbeit*. Vortrag bei der Fachtagung Sozialtherapie und Psychoedukation in der Klinischen Sozialarbeit, am 19.12.2003 an der Fachhochschule Coburg. Online verfügbar: <http://www.klinische-sozialarbeit.de/download/Sozialtherapie%20-%20der%20Grundgedanke%20Klinischer%20SA%20-%20Gernot%20Hahn.pdf> [05.02.2014].
- Richmond, M. E. (1917). *Social diagnosis*. New York: Russell Sage Foundation.
- Salomon, A. (2004). Soziale Diagnose. In A. Salomon, *Frauenemanzipation und soziale Verantwortung. Ausgewählte Schriften. Bd. 3: 1919-1948* (S. 255-314). Neuwied: Luchterhand (Original erschienen 1926).
- Salomon, A. & Wronsky, S. (1926). *Soziale Therapie. Ausgewählte Akten aus der Fürsorge-Arbeit. Für Unterrichtszwecke zusammengestellt und bearbeitet*. Berlin: Heymann.
- Schwendter, R. (2000). *Einführung in die Soziale Therapie*. Tübingen: DGVT.

Sozialtherapeutische Beratungskompetenzen¹

Helmut Pauls und Michael Reicherts

Die mit sozialtherapeutischer Intervention verbundenen Problemstellungen, Praxisfelder und Klientele sind bekanntermaßen vielfältig und komplex. Unter den Begriffen Sozialtherapie, Soziale Therapie und Soziotherapie findet sich eine große Bandbreite von heterogenen Methoden und Maßnahmen. »Beratung« ist jedoch ein zentraler Bestandteil sozialtherapeutischer Arbeit bei den unterschiedlichsten Aufgabenstellungen. Die programmatische Verknüpfung »sozialtherapeutische Beratung« relativiert die strikte begriffliche Trennung von Therapie und Beratung. D. h., psychosoziale Beratung wird hier verstanden als eigener Beitrag zur »therapeutischen Arbeit« in einem biopsychosozialen Verständnis. Dies ist u. E. aus mehreren Gründen sinnvoll:

- Komplexe sozialtherapeutische Interventionen beinhalten stets auch Beratungsprozesse,
- psychosoziale Beratung im Gesundheitskontext ist ein wichtiges Element von Therapie,
- gesundheitliche (auch: drohende) Beeinträchtigungen und ihre Folgen sind wesentliches Element einer sozialtherapeutischen Problemdefinition,
- der Fokus richtet sich sowohl auf Problem/Störung/Krankheit verursachende und/oder aufrechterhaltende soziale und psychosoziale Faktoren als auch auf protektive und salutogene Kompetenzen der Betroffenen und beteiligten AkteurInnen sowie förderliche Umweltbedingungen.

Zur Definition sozialtherapeutischer Beratung und Kompetenz

Unsere *Definition* sozialtherapeutischer Beratung umfasst dementsprechend diverse Ebenen und Merkmale. Sozialthe-

rapeutische Beratung ist ausgerichtet auf Veränderungen des Verhältnisses zwischen Person und Umwelt: Es geht um Orientierungs- und Handlungshilfen für die beteiligten AkteurInnen. Themen betreffen Veränderungen funktionaler und struktureller Merkmale der Lebenssituation (Lebensführung, Lebenslage und Lebensplanung) bei schweren psychosozialen Notlagen bzw. Multiproblemsituationen. Sozialtherapeutische Beratung ist in der Regel Bestandteil eines integrierten (Be-)Handlungskonzeptes in »Versorgungsketten«, mit Verzahnungen und Überschneidungen mit Krisenintervention, Rehabilitation, Begleitung, Betreuung, Psychotherapie in verschiedensten formalisierten und halbformalisierten Settings und Behandlungskontexten (einschließlich Zwangskontexten).² Die sozialtherapeutischen Beratungs*interventionen* sind ausgerichtet auf: (a) Ressourcenaktivierung und Kompetenzförderung, (b) Belastungsreduktion und soziale Unterstützung, (c) Verhaltens-, Kognitions- und Emotionsbearbeitung, (d) (menschenrechtlich fundiertes) Empowerment.

Kompetenzen sind »Dispositionen«, die einer Person zugeschrieben und nicht direkt beobachtet werden können. Nach Weinert (2001) umfassen sie Wissen und Können (insbesondere Fertigkeiten und kognitive, aktionale, sozialkommunikative und selbstregulative Fähigkeiten). Kompetenzen beziehen sich auf mehr oder weniger umschriebene Situationen und Kontexte, d. h., sie sind funktional bestimmt. Sie können erworben bzw. erlernt werden und stehen der Person längerfristig zur Verfügung. Die tatsächliche Ausführung der Aufgabe oder Leistung ist dagegen die »Performanz«. Bei der Lehr- und Lernzielbestimmung wird der Kompetenzbegriff »normativ« gebraucht: Was soll erworben bzw. erreicht werden?

In diesem Beitrag wollen wir skizzieren, wie ein »Kompetenzrahmen« im Hinblick auf Vermittelbarkeit und Trainierbarkeit sozialtherapeutischer Beratungskompetenzen in unterschiedlichen Praxisfeldern aussehen könnte. Die erforderlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten können systematisch mittels bestimmter Aufgabenstellungen (»tasks«) beschrieben werden (ausführlich in Pauls & Reicherts, 2013). Neben spezifischen aktionalen Kompetenzen geht es in der sozialtherapeutischen Beratung um situationsübergreifende Kompetenzen wie Strategie-

gien (z. B. ein netzwerkbezogener Beratungsansatz) und Grundhaltungen (z. B. eine personorientierte, menschenrechtsbezogene professionelle Grundhaltung, vgl. Stockmann, 2013) und nicht zuletzt um Wissen über handlungsrelevante Rahmenbedingungen (gesellschaftlich, institutionell, rechtlich etc.).

Fähigkeitsdimensionen sozialtherapeutischer Beratung und Problemanalyse

Die sozialtherapeutische Beratungsperspektive steht im Kontext komplexer biopsychosozialer Wechselwirkungen. Die ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health: WHO, 2001; deutsche Fassung 2005) beispielsweise ordnet das Konzept der »funktionalen Gesundheit« mit besonderem Fokus auf die Funktionsfähigkeit eines Menschen bei Behinderung und Beeinträchtigung der biopsychosozialen Perspektive zu. Körperfunktionen und -strukturen sind hier verknüpft mit Aktivitäten der beteiligten Individuen, die zusammen mit ihren Bezugspersonen immer Handelnde, AkteurInnen, innerhalb komplexer sozialer Systeme und Situationen sind. Vor diesem Hintergrund soll sozialtherapeutische Beratung Menschen mit körperlichen oder psychischen Erkrankungen und/oder Behinderungen aktivieren und zur sozialen Teilhabe befähigen und diese in der konkreten (alltäglichen) Lebenssituation ermöglichen (Pauls, 2013a).

Um diese Ziele zu erreichen, stellt sozialtherapeutische Beratung komplexe Anforderungen an das Kompetenzprofil der Fachkräfte im Sinne von Beratungskompetenzen auf verschiedenen Fähigkeitsdimensionen:

1. den Aufbau einer personalen Arbeitsbeziehung zu KlientInnen und PatientInnen sowie Beteiligten aus dem sozialen Umfeld und Herstellung eines »informed consent«,
2. die Settingbildung:
 - a) grundlegende und bereichsspezifische Settingstrukturen,
 - b) für den konkreten Fall geeignetes konkretes Setting,
3. die Abklärung (Assessment, soziale Diagnose), auch zur Abgrenzung und Einleitung von Maßnahmen anderer Fachdisziplinen,
4. die Intervention (beziehungs- und aufgabenorientierte Beratungsinterventionen):

Anmerkungen

- 1 Der Beitrag basiert auf: Pauls, H. & Reicherts, M. (2013). Allgemeine Basiskompetenzen für sozialtherapeutische Beratung - ein Konzept zur Systematisierung. In H. Pauls, P. Stockmann & M. Reicherts (Hrsg.), Beratungskompetenzen für die psychosoziale Fallarbeit. Ein sozialtherapeutisches Profil (S. 57-78). Freiburg: Lambertus. Dort werden auch zahlreiche Anwendungsbeispiele vorgestellt. Das Buch (Pauls, Stockmann & Reicherts, 2013) bietet außerdem eine Einführung in die wichtigsten Beratungsansätze mit einer Reihe von Fallbeispielen.
- 2 Vgl. Kardorffs (2004, S. 1097) Bestimmungen der »sozialpsychiatrischen Beratung«, die insofern im Kern eine sozialtherapeutische ist.

Mehr-Ebenen-Modell von Beratungskompetenzen

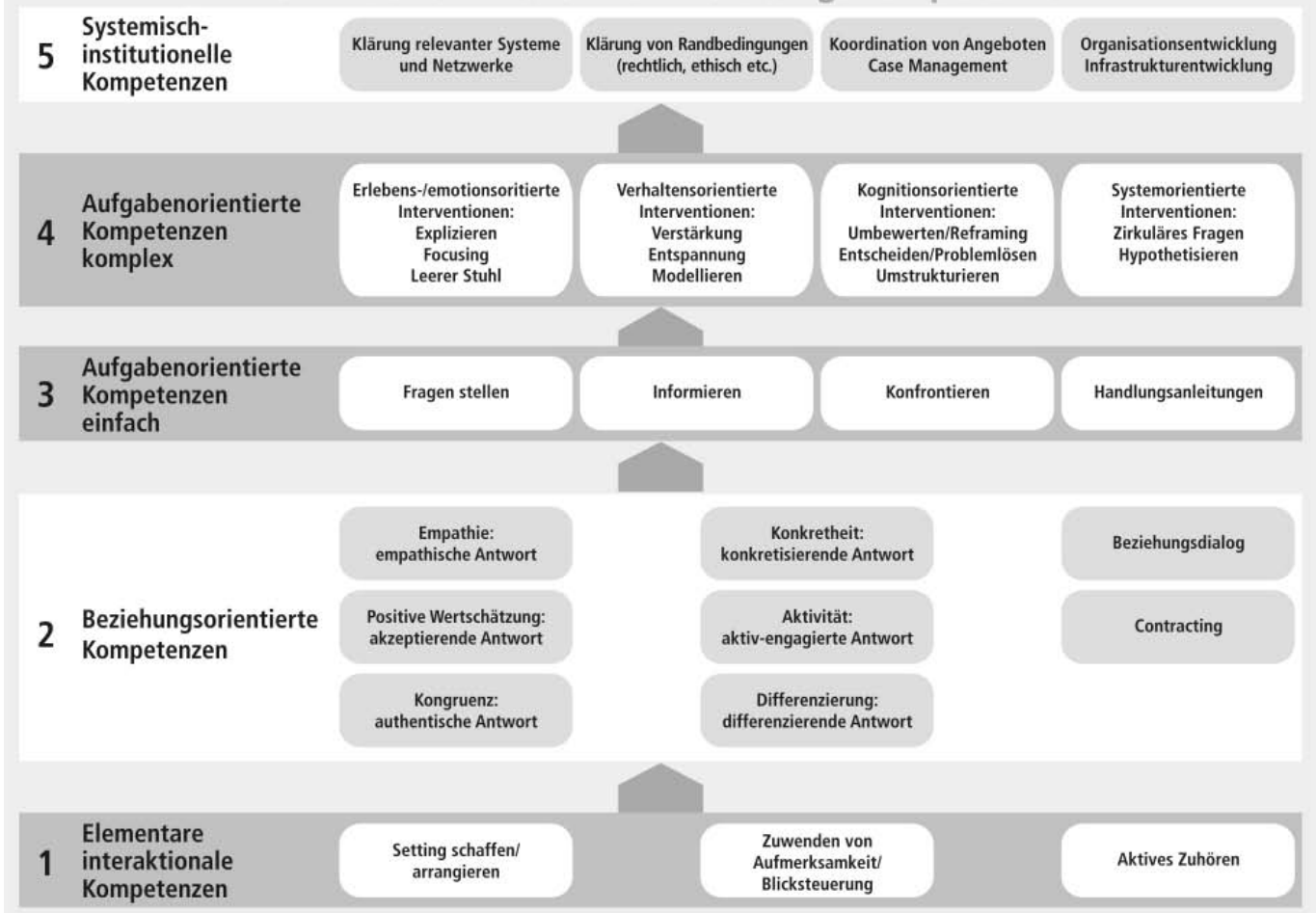


Abbildung 1: Mehr-Ebenen-Modell von Beratungskompetenzen mit exemplarischen Interventionen (Pauls & Reicherts 2013, S. 66)

- a) prozessuale Beziehungsgestaltung (KlientInnen/PatientInnen und Beteiligte aus dem sozialen Umfeld)
- b) Aufgabenbearbeitung,
- 5. die Arbeit in und mit dem Netzwerk – dabei geht es zentral um die Nutzung des Systems sozialer Sicherung, einschließlich rechtlicher und ökonomischer Unterstützungen. Beispiele: »Community-Care« (Clausen & Eichenbrenner, 2010); Resozialisierung/forensische Sozialarbeit (Hahn, 2012).

Allerdings betrachten wir die Fähigkeit, mit dieser Komplexität umzugehen, als *die Kernkompetenz* sozialtherapeutisch beratender Fachkräfte. Gerade weil das biopsychosoziale Modell (Engel, 1977, Egger, 2005, Pauls, 2013b, Gahleitner et al., 2013) die soziale und die psychische Integrationsebene mit der biologischen verknüpft, ist die Gefahr des »Ganzheitlichkeitsgeraues« (Kleve, 1999) groß. Dem kann man nur durch die qualifizierte Differenzierung der Prozesse und Elemente zwischen den und innerhalb der drei Integrationsebenen entgehen. Deshalb ist bei allen gesundheitsbezogenen Phänomenen aufgrund der großen Komplexität der biopsychosozialen

Verknüpfungen – und zwar gerade auch in der Praxis der Fallarbeit mit Multiproblemmkonstellationen – die zentrale Kernkompetenz das *Dekomponieren (Zerlegen), Einschätzen, Priorisieren* von Problemstellungen.

Unterschiedliche Teilprobleme, die sich zudem gegenseitig beeinflussen, sind sowohl situations- als auch person- und umgebungsbezogen zu *identifizieren*. Die verschiedenen Ziele und Aufgabenstellungen sind zu *gewichten* und zu *bewerten*, um sie sodann mit spezifischen Beratungsstrategien auf den jeweils zugeordneten Problemebenen bearbeiten zu können. Bei dieser *Dekomposition* von Problemen und Definition von Teilproblemen mit primärer sozialer und psychosozialer Beteiligung unterscheiden wir folgende *Problemtypen*:

- Störungen von *einzelnen psychisch und/oder körperlich bedingten psychosozialen Funktionen und Funktionsmustern*: z. B. Verhaltensauffälligkeiten, depressive Störung, schwere chronische Erkrankung wie Demenz oder Krebs,
- Störungen von *primären interpersonellen Systemen*: z. B. Beziehungsstörungen bei Familien, Paaren,

- Störungen des *weiteren personalen sozialen Netzwerkes*: z. B. soziale Isolation – PartnerInnen, FreundInnen, ArbeitskollegInnen – mit problematischer Einengung von – den KlientInnen zugänglicher – sozialer Unterstützung,
- Störungen *organisatorisch-institutioneller Abläufe und Beziehungen*: z. B. Stigmatisierungsprozesse in Betrieben; mangelhafte Verknüpfung und Kooperation im professionellen Netzwerk ambulanter, stationärer und teilstationärer Einrichtungen – auch weiterer Einrichtungen wie Polizei, Ämter und Behörden,
- Störungen des *Sozialraumes und kommunaler Sozialstrukturen*: z. B. fehlende oder konflikthafte nachbarschaftliche Beziehungen und Unterstützung, Ausgrenzung in der Öffentlichkeit, fehlende oder schwer erreichbare Übergangseinrichtungen.

Um sozialtherapeutische Handlungsmöglichkeiten optimal (i. S. *technologischer Handlungsregeln*) einzusetzen, sind weitere Aufgabenmerkmale (»*Marker*«; Pauls, 2011; Reicherts & Perrez, 1993) der vorliegenden (Teil-)Probleme zu beachten:

1. Valenz und Relevanz,
2. Klarheit/Mehrdeutigkeit,
3. Vertrautheit/Bekanntheit,
4. Wahrscheinlichkeit des Wiederauftretens,
5. Beeinflussbarkeit/Kontrollierbarkeit,
6. Wandelbarkeit ohne Einflussnahme),
7. zeitliche Dringlichkeit und Dauer.

Aus diesen Markern leiten sich strategische Handlungskonsequenzen ab, z. B. bei (1) Raschheit/Intensität der Einflussnahme, bei (2) vermehrte Informationssuche/Klärung, bei (3) vermehrte Umbewertungs-/Substitutionsstrategien oder bei der Kombination von (4) geringer Kontrollierbarkeit und (5) geringer Wandelbarkeit vermehrte Ausweich-/Rückzugsstrategien oder substitutive Interventionen. Die Kenntnis dieser Merkmale und die Durchführung einer entsprechenden *Aufgabenanalyse* in Verbindung mit der Problemzerlegung stellen somit ein weiteres zentrales Element unseres Kompetenzmodells dar.

Sozial-kommunikative Beratungskompetenzen: ein Mehr-Ebenen-Modell

Ein weiteres Kernstück unseres Ansatzes ist ein Mehrebenen-Modell, das *interaktionale Interventionen* bzw. Beratungshandlungen in den Mittelpunkt stellt (vgl. Abbildung 1 auf S. 5; Pauls & Reicherts, 2013; Reicherts, 2011). Es beansprucht nicht Vollständigkeit, sondern versucht, einige zentrale Interventionen zu systematisieren und zu zeigen, wie sie aufeinander aufbauen (*hierarchischer Charakter*). Auch hier umfassen die damit verbundenen Beratungskompetenzen einerseits das Wissen um einschlägige Handlungsweisen (Varianten, Merkmale von Handlungen) und ihre Anwendungsbedingungen (in *welcher* Situation des/der KlientIn ist *was* konkret zu tun?), andererseits das *Ausführen-Können*, die praktische Fähigkeit, die Handlung – angemessen – umzusetzen.

Auf unterster Ebene (1) liegen *elementare Interventionen* zur Vorbereitung und Begleitung von Interaktionen wie »Setting schaffen«, »aktives Zuhören« oder »Blicksteuerung«.

Sie sind Voraussetzung für die nächste Ebene (2) der *beziehungsorientierten Interventionen*, insbesondere das »empathische«, »akzeptierende« oder »authentische« Intervenieren (analog den sog. Basisvariablen nach Rogers, 1957), sowie zusätzliche Interaktionskomponenten, wie das »konkretisierende«, das »aktiv-engagierte« Intervenieren, oder der »Beziehungsdialoq«.

Während die Ebenen (1) und (2) – weitgehend unabhängig von bestimmten Be-

ratungsaufgaben (tasks) – grundsätzlich zu realisieren sind, verfolgen die Handlungen der Ebenen (3) und (4) spezifische (Interaktions-)Ziele. Wichtige Beispiele *aufgabenorientierter Interventionen* der Ebene (3) sind das »Informieren« (die jeweils auf sehr unterschiedlichen Interaktionsformaten beruhen können), das »Konfrontieren« oder die »Handlungsanleitungen« (unterschiedliche Formate, um KlientInnen zu instruieren und zu motivieren, Handlungen zu erproben oder auszuführen).

Auf diesen *einfachen Aufgabenorientierungen* wiederum bauen *komplexere Interventionen* der Ebene (4) auf: Zentral für sozialtherapeutische Beratung sind neben »Emotions- und erlebensorientierten Interventionen« (z. B. emotionales Klären und Explizieren oder das Focusing; vgl. Reicherts & Pauls, 2013), »verhaltensorientierte« (z. B. Verstärkung, Entspannung), »kognitionsorientierte Interventionen« (z. B. Problemlösen, Umstrukturierung), aber auch »systemorientierte Interventionen« (z. B. zirkuläres Fragen). Auch der ressourcenorientierte Ansatz kann als eine Kombination von verhaltens-, kognitions- und emotionsorientierten Interventionen betrachtet werden.

Die vorgenannten Interventionsebenen sind auch eine Voraussetzung für Ebene (5), die *systemisch-institutionellen Interventionen*. Dabei erfordern institutions- und netzwerkbezogene Interventionen, mit geeigneten Methoden für bestimmte Klientele und ihre Bezugssysteme Hilfsprozesse zu organisieren oder zu koordinieren (»Koordination von Angeboten«); ein zentrales, komplexes Beispiel stellt das »Case Management« dar.

Die Ebenen dieses hierarchischen Kompetenzprofils werden zunehmend komplexer; auch die Aneignung entsprechender Kompetenzen ist von Ebene zu Ebene voraussetzungsvoller. Das Profil ermöglicht nicht zuletzt, den sozial-kommunikativen Kompetenzerwerb durch Übungen, bei denen Wissen und Ausführen aufeinander aufbauen, zu strukturieren und zu trainieren – sicherlich eine interessante Möglichkeit für eine didaktische Aufbereitung.

Die so skizzierten sozialtherapeutischen Kompetenzen – Umgang mit Komplexität, Problem- und Aufgabenanalyse, Interventionen inkl. der zentralen sozial-kommunikativen Beratungskompetenzen – illustrieren auch wichtige Überschneidungen biopsychosozialer Handlungsfelder (z. B. Klinische Sozialarbeit, Klinische Psychologie). Sie können zur Eigenständigkeit und zur Anschlussfähigkeit des sozialtherapeutischen Kompetenzprofils beitragen.

Literatur

- Clausen, J. & Eichenbrenner, I. (2010). *Soziale Psychiatrie. Grundlagen, Zielgruppen, Hilfeformen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Egger, J. W. (2005). Das biopsychosoziale Krankheitsmodell. Grundzüge eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit. *Psychologische Medizin*, 16(2), 3-12.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.
- Gahleitner, S. B., Pauls, H., Hintenberger, G. & Leitner, A. (2014). »Biopsychosozial« revisited. In S. B. Gahleitner, G. Hahn & R. Glemser (Hrsg.), *Psychosoziale Interventionen* (Reihe: Klinische Sozialarbeit – Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung, Bd. 6; S. 16-35). Köln: Psychiatrie-Verlag.
- Hahn, G. (2012). Forensische Sozialarbeit. *Klinische Sozialarbeit*, 8(1), 7-9.
- Kardorff, E. v. (2004). Sozialpsychiatrische Beratung. In F. Nestmann, F. Engel & U. Sickendiek (Hrsg.), *Das Handbuch der Beratung. Band 2: Ansätze, Methoden und Felder* (S. 1097-1109). Tübingen: DGVT.
- Kleve, H. (1999). *Postmoderne Sozialarbeit. Ein systemtheoretisch-konstruktivistischer Beitrag zur Sozialarbeitswissenschaft*. Aachen: Kersting.
- Pauls, H. (2011). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung* (Reihe: Grundlagentexte Soziale Berufe; 2., überarb. Aufl.). Weinheim: Juventa.
- Pauls, H. (2013a). Das biopsychosoziale Modell als Grundlage sozialtherapeutischer Beratungsperspektiven. In H. Pauls, P. Stockmann & M. Reicherts (Hrsg.), *Beratungskompetenzen für die psychosoziale Fallarbeit. Ein sozialtherapeutisches Profil* (S. 36-54). Freiburg: Lambertus.
- Pauls, H. (2013b). Das biopsychosoziale Modell – Herkunft und Aktualität. *Resonanzen*, 1(1), 15-31. Online verfügbar: <http://www.jedem.org/index.php/resonanzen/article/view/191/124> [14.01.2014].
- Pauls, H. & Reicherts, M. (2013). Allgemeine Basis-kompetenzen für sozialtherapeutische Beratung – ein Konzept zur Systematisierung. In H. Pauls, P. Stockmann & M. Reicherts (Hrsg.), *Beratungskompetenzen für die psychosoziale Fallarbeit. Ein sozialtherapeutisches Profil* (S. 57-78). Freiburg: Lambertus.
- Reicherts, M. (2011). *L'entretien psychologique et le counselling. De l'approche centrée sur la personne aux interventions ciblées [Psychologisches Gespräch und Beratung. Vom personzentrierten Ansatz zu aufgabenorientierten Interventionen]*. Fribourg (Schweiz): UniDistance.
- Reicherts, M. & Pauls, H. (2013). Erlebens- und Emotionsorientierung. In H. Pauls, P. Stockmann & M. Reicherts (Hrsg.), *Beratungskompetenzen in der psychosozialen Fallarbeit. Ein sozialtherapeutisches Profil* (S. 79-100). Freiburg: Lambertus.
- Reicherts, M. & Perez, M. (1993). *Fragebogen zum Umgang mit Belastungen im Verlauf: UB.V. Handanweisung*. Bern: Huber.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95-103.
- Stockmann, P. (2013). Anforderungen an sozialtherapeutische Beratung durch gesellschaftliche Entwicklungen. In H. Pauls, P. Stockmann & M. Reicherts (Hrsg.), *Beratungskompetenzen in der psychosozialen Fallarbeit. Ein sozialtherapeutisches Profil* (S. 21-35). Freiburg: Lambertus.
- Weinert, F. E. (2001). Vergleichende Leistungsmessung in Schulen – eine umstrittene Selbstverständlichkeit. In F. E. Weinert (Hrsg.), *Leistungsmessungen in Schulen* (S. 17-31). Weinheim: Beltz.
- World Health Organization (WHO) (2005). *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit – ICF*. Genf: WHO. Online verfügbar: http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endaussage/icf_endfassung-2005-10-01.pdf [14.01.2014] (englisches Original erschienen 2001).

**Aktuelles Praxiswissen für
Betreuungsbehörden**



ISBN 978-3-8462-0194-7

2014, ca. 180 Seiten, 16,5 x 24,4 cm,
Buch (Softcover), 39,80 €

Erscheinungstermin: 1. Quartal 2014

AUTORENINFO

Prof. Dr. Harald Ansen und
Prof. Dr. Dieter Röh, Hochschule
für angewandte Wissenschaften,
Hamburg



ISBN 978-3-8462-0195-4

Auch als E-Book (PDF),
39,80 €

Einzelplatzlizenz,
Mehrplatzlizenzen auf Anfrage

Ansen · Röh

Soziale Diagnose in der Betreuungspraxis

Ein Leitfaden für den Sozialbericht
in der Betreuungsbehörde

Die Anordnung einer Betreuung nicht allein auf ein medizinisches Gutachten zu stützen, sondern auch das gesamte (soziale) Umfeld des Betroffenen in die Beurteilung des Betreuungsbedarfs einzubeziehen – das leistet die sozialdiagnostische Begutachtung. Sozialdiagnostik im Vorfeld der rechtlichen Betreuung trägt dazu bei, dass betroffene Menschen eine nach § 1901 BGB angemessene Unterstützung zur Aufrechterhaltung ihrer gesellschaftlichen Teilhabe und personellen Integrität erhalten. Die sozialdiagnostische Begutachtung zur Erforderlichkeit bzw. zum Umfang einer Betreuung nach den §§ 1896 ff. des Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB) erfordert neben dem instrumentellen Repertoire eine prozessuale Grundlage, die das gesamte Verfahren strukturiert, ressourcensensibel und angemessen leitet.

Ziel des Werks ist es, die mit der Erstellung der Sozialgutachten befassten Betreuungsbehörden handlungsorientiert zu unterstützen und ihnen eine praktische Arbeitshilfe an die Hand zu geben. Die rechtssichere und aussagekräftige Sozialberichterstattung steht hierbei im Vordergrund. Die Autoren bieten in diesem Werk eine verständliche und praxisorientierte Darstellung aller wesentlichen Aspekte der Erstellung und des Einsatzes eines Sozialgutachtens. Alle relevanten Aspekte werden bezogen auf die besonderen Anforderungen im Betreuungswesen erläutert. Zur weiteren Veranschaulichung und für den Einsatz in der Praxis sind zahlreiche Arbeitshilfen wie z.B. Muster für Fragebögen, Gesprächsleitfäden, Checklisten und Beispiele für die unterschiedlichen Ausgestaltungen der Dokumente (Bericht, Stellungnahme, Gutachten) enthalten.

Zahlreiche Arbeitshilfen wie z.B. Muster für Fragebögen, Gesprächsleitfäden, Checklisten und Beispiele für die unterschiedlichen Ausgestaltungen der Dokumente (Bericht, Stellungnahme, Gutachten) werden zur Verfügung gestellt.

IHRE VORTEILE

- Verständliche Grundlagen der Sozialdiagnostik im Betreuungswesen
- Mit zahlreichen direkt einsetzbaren Handlungshilfen (z.B. Fragebögen, Checklisten)
- Mit Mustergutachten und -berichten

AUS DEM INHALT

- Theoretische Basis
- Anwendung im Arbeitsfeld der Betreuung
- Erstgespräche
- Gutachtenerstellung: Sozialbericht, Stellungnahme, Gutachten

Jetzt versandkostenfrei (deutschlandweit) bestellen:

shop.bundesanzeiger-verlag.de/0194-7

Bestellung und Beratung: Tel. 0221/97668-229

Fax 0221/97668-236 · in jeder Fachbuchhandlung



**Bundesanzeiger
Verlag**

www.bundesanzeiger-verlag.de

Integrative Sozialtherapie

Silke Birgitta Gahleitner, Dario Deloie
und Anika Stitz

Sozialtherapie – ein hoch aktuelles Konzept

Nach Schwendter (2000) legt die Sozialtherapie¹ ihren Blick »auf die Gleichzeitigkeit gesellschaftlicher und psychischer Ursachen« (S. 15). Seinen Ausführungen nach steht sie »für das Verstehen von Leiden in seinen Bezügen, in denen es entstanden ist, in denen es weiter besteht und auf allen Ebenen vermindert werden soll. Ihr Denken und Handeln soll an materiellen, sozialen und psychischen Problemen und Konflikten sowie an Machtverhältnissen ansetzen« (ebd., S. 10). Allerdings markiert er die Sozialtherapie als therapeutische Unterstützung zweiter Klasse. Es stellt sich die Frage, ob diese Herangehensweise noch aktuell ist.

Das Phänomen der Verarmung und Verelendung nimmt zu. Exklusionsprozesse für bestimmte Bevölkerungsgruppen greifen Raum, obwohl es dem Gros der Bevölkerung so gut geht wie nie zuvor. Der schleichende Rückzug des Staates aus der sozialen und gesundheitlichen Versorgung verstärkt die immer weiter auseinanderklaffende Schere zwischen Arm und Reich (Mielck, 2011). Hinter dem Begriff des aktivierenden Sozialstaates, der die Eigenverantwortung des Einzelnen risikohaft in den Vordergrund stellt (Beck, 1986), werden Sozialausgaben auf Kosten der Schwächsten eingespart. Die Kerngedanken dieser neuen Sozialpolitik beschreiben Dahme und Wohlfahrt (2005) als eine Hilfe oder, besser ausgedrückt, als eine Investition zur Selbsterziehung durch Exklusionsandrohung.

Das »abgehängte Prekariat« leidet unter der Exklusion nicht nur durch Armut, sondern diese geht – das wissen wir aus zahlreichen Untersuchungen (Franzkowiak et al., 2011) – einher mit gravierenden gesundheitlichen Risiken, denen das aktuelle Gesundheitssystem nicht mehr gewachsen ist (Hanses, 2007). Die Frage, ob derart komplexe Problemlagen weniger Ansprüche an SozialtherapeutInnen stellen als an PsychotherapeutInnen, ist angesichts der zahlreichen Herausforderungen

obsolet geworden. Sozialtherapie ist – ebenso wie Beratung – keineswegs das zuweilen vermutete »light and cheap«-Produkt (Engel, 1997).

Wenn Menschen an den Folgen von sozialer Exklusion erkranken, sind daher umfassende Maßnahmen der Sozialen Arbeit mit einem sozialtherapeutischen Instrumentarium und mit klinischen Reflexions- und Handlungskompetenzen indiziert – mit ihrem Know-how von vielfältigen psychosozialen Unterstützungsleistungen (Pauls, 2011; vgl. im amerikanischen Diskurs u. a. Gitterman & Germain, 2008). Im Folgenden wird als professionelle Antwort darauf im Rahmen der Klinischen Sozialarbeit die Integrative Sozialtherapie vorgestellt.

Sozialtherapie als Behandlungsverfahren für Menschen in prekären Lebenslagen

Sozialtherapie verfolgt – ebenso wie psychosoziale Beratung, zu der sie sich in unmittelbarer Nähe befindet – eine Reihe von Zielsetzungen. Sie ist subjekt-, aufgaben- und kontextbezogen und kann präventiv, kurativ und rehabilitativ einwirken. Theorie und Praxis der Sozialtherapie müssen sich demnach in kontinuierlicher Selbstreflexion immer neu verorten (Nestmann, 2008). Sozialtherapie beinhaltet den Anspruch eines komplex orientierten methodischen Vorgehens, das alltagsorientiert und niedrigschwellig, beziehungsorientiert und sozial unterstützend, empowernd, inklusions- und diversity-sensibel entlang einer Reihe von Arbeitsfeldern und Zielgruppen stetig neue Orientierungen entwickelt.

Gilt die Beratung als zentrales Interaktionsmedium der Sozialen Arbeit, so kann die Sozialtherapie als ein solches der Klinischen Sozialarbeit betrachtet werden, da bzgl. »der Interaktionsmedien und der spezifischen Methoden in diesem Arbeitsbereich Überlegungen angestellt werden, die über eine allgemeine Zuordnung Sozialer Arbeit zu diesem Tätigkeitsbereich hinausgehen« (Stimmer, 2012, S. 143). Klinische Sozialarbeit versteht sich mit ihrem Behandlungsansatz insgesamt als sozialtherapeutisch« (Pauls, 2011, S. 285). Sozialtherapie kann daher nach Pauls und Romanowski (2013) als »eine wissenschaftlich fundierte psychosoziale Praxis Kli-

nischer Sozialarbeit mit dem Ziel der sozialen Integration von Menschen mit schweren sozialbedingten und sozialrelevanten gesundheitlichen Problemen im Alltag« (S. 4) definiert werden. In der Intervention sind die sozialen Verhältnisse im Fokus. Methodisch geht es um »alltags- und lebensweltbezogenes Beraten, Intervenieren, soziales Behandeln, Fördern und Betreuen in unterschiedlichen aufsuchenden, ambulanten, teilstationären und stationären Settings« (ebd.). Zielgruppe ist damit in erster Linie »hard to reach«-Klientel (vgl. dazu Labonté-Roset et al., 2010), multiproblembelastet und aus unterschiedlichen Gründen vom Hilfesystem nur mangelhaft erreicht. Nicht nur Armut, Arbeitslosigkeit, Ausgrenzung und Bindungsdefizite, sondern auch manifeste gesundheitliche Problemlagen häufen sich.

Die psychologisch-psychotherapeutischen Handlungskonzepte im Rahmen des Psychotherapiegesetzes werden dieser Klientel nicht gerecht (Gahleitner, 2012). Sozialtherapie ist daher entlang klinisch-sozialarbeiterischer Überlegungen dem doppelten Fokus der »person-in-environment« (Dorfman, 1996) verpflichtet: Im Sinne einer »direct practice«, einer Veränderung Einzelner im Kontext der Lebenswelt. In jedem Falle jedoch sollte es sich um wissenschaftlich begründete, systematisierte, lehrbare Formen personaler Interaktion und Kommunikation auf der Basis von Theorien über menschliches Erleben und Verhalten in den umgebenden Verhältnissen handeln. Grundlage der Sozialtherapie ist daher eine psychosoziale Diagnostik (Gahleitner et al., 2013) und eine daraus resultierende Interventionsplanung. An dieser Stelle gibt es noch viel zu entwickeln, jedoch auch bereits tragfähige Wurzeln.

Integrative Sozialtherapie als geeigneter sozialtherapeutischer Ansatz

Ein seit Jahrzehnten gut etabliertes sozialtherapeutisches Verfahren, das insbesondere in der Suchtkrankenhilfe Einzug gefunden hat, ist die Integrative Sozialtherapie. Integrative Beratung und Therapie versucht, entlang der oben ausgeführten Überlegungen im sozialtherapeutischen Raum zwischen Pädagogik, Sozialarbeit und Therapie vor einem breiten metatheoretischen Hintergrund erprobte Ansätze, Verfahren und Metho-

Anmerkung

1 In diesem Artikel wird der Terminus Sozialtherapie bevorzugt und einheitlich benutzt, ungeachtet der Tatsache, dass andere Autoren abweichende Begriffe wie Soziale Therapie oder Sozialtherapie verwenden.

den zusammenzuführen, um ein möglichst breites Spektrum an Hilfeleistung und Förderung anzubieten (Petzold, 1993; vgl. hier und im Folgenden auch Gahleitner & Reichel, 2013). Der Ansatz wurde seit Ende der 1960er-Jahre maßgeblich von Hilarion G. Petzold, Johanna Sieper, Hildegund Heintz und Ilse Orth konzipiert und wird seither laufend weiterentwickelt.

Im Laufe der Jahre wurden vielfältige Ansätze und Entwürfe verschiedener philosophischer, sozialwissenschaftlicher und klinisch-psychologischer Wissensbestände, aber auch neurobiologische Erkenntnisse kritisch aufgegriffen, verknüpft und weiterentwickelt. Anregungen und Konzeptionen zu einer integrativen Sozialtherapie kamen außerdem von Jüster (2007) und Rahm (1990). Die Integrative Theorie versucht, sich mithilfe eines systematisierten »Tree of Science« von einem rein praxeologischen Eklektizismus abzugrenzen, und ist durch Mehrperspektivität, Exzentrizität, Konnektivierung, Transversalität und »komplexes Lernen« gekennzeichnet. Der komplexe Anspruch ist allerdings nicht immer leicht einzulösen. In den USA haben die integrativen Ansätze bereits eine längere Tradition (vgl. aktuelle Übersicht Stricker, 2010).

Das angestrebte Kompetenzspektrum erstreckt sich von der biopsychosozialen Diagnostik, der professionellen Bindungs- und Beziehungsgestaltung (Gahleitner, 2012) über Gesprächsführungskompetenzen und Wissensbestände individueller klinischer und lebensweltbezogener Veränderungsmodelle bis hin zu System- und Vernetzungskompetenzen. »Damit sollen die sozialen Fähigkeiten (Kompetenzen) und Fertigkeiten (Performanzen) von Einzelnen und Gruppen für den Umgang mit der persönlichen und gemeinschaftlichen Lebenswirklichkeit im Sinne ihrer Bewältigung, aber auch Gestaltung gefördert und die Möglichkeit zu solidarischem Handeln aus sozialer Ko-Kreativität entwickelt werden. Auf diese Weise ist es möglich, Institutionen und soziale Felder zu verändern und die in diesen lebenden bzw. arbeitenden Menschen zum Engagement für die eigene Sache, für psychosoziale Gesundheit und eine humane Lebensqualität zu motivieren.« (Petzold & Sieper, 2008, S. 3; vgl. auch Sieper & Petzold, 2011)

Als ein »ganzheitliches therapeutisches Verfahren« beinhaltet sie Elemente der Psychotherapie, Leibtherapie und Sozialtherapie sowie die therapeutische Arbeit mit kreativen Medien (Petzold, 1993), insbesondere bewältigungsunterstützende, sozial supportive Elemente, aber auch kurative Aspekte. Als

besonders bedeutsame Referenztheorie gilt jedoch das sozialarbeitsnahe »Modell des sozialen Rückhalts« – entgegen Entfremdungstendenzen. Ferner geht es um die Erlangung von Souveränität, Wohlbefinden und den Abbau von Exklusion sowie um das Ermöglichen von Teilhabe (Petzold, 1993). Bei Menschen in komplex schwierigen Lebenslagen geht es zudem weniger darum, sich durch die Beratung lediglich subjektiv besser zu fühlen, sondern der mögliche Erfolg von sozialtherapeutisch ausgerichteter Beratung sollte sich auch konkret in der erkennbaren Veränderung von Lebensverhältnissen zeigen. Insofern benötigt sozialtherapeutische Beratung nach dem integrativen Konzept auch eine sozialpolitische Dimension, »damit das Zusammenwirken von sozialstrukturellen und psychosozialen Einflussfaktoren thematisiert und strukturiert werden kann« (Böhnisch, 2005, S. 203).

Ausblick

Die Zukunft der Sozialtherapie wird sich daher nur positiv entwickeln, wenn sich sowohl eine eigenständige professionelle Identität mit einem konsequent sozialtherapeutischen Charakter als auch ein multidisziplinäres Verständnis herausbildet, und zwar »jenseits von ... kleiner Psychotherapie: theoretisch konzeptionell, praktisch methodisch, berufspolitisch institutionell und in der Wissenschaft und Forschung« (Nestmann, 2008, S. 95). Das Konzept der Integrativen Beratung bietet dafür viele Ansatzpunkte, erscheint wie prädestiniert für den Bereich der Klinischen Sozialarbeit und ist stets offen für Weiterentwicklungen.

Literatur

- Beck, U. (1986). »Risikogesellschaft«. Auf dem Weg in eine andere Moderne. Frankfurt: Suhrkamp.
- Böhnisch, L. (2005). Lebensbewältigung. Ein sozialpolitisch inspiriertes Paradigma für die Soziale Arbeit. In W. Thole (Hrsg.), *Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch* (2., überarb. u. aktual. Aufl.; S. 199-213). Wiesbaden: VS.
- Dahme, H.-J. & Wohlfahrt, N. (2005). *Soziale Gerechtigkeit im aktivierenden Sozialstaat. Zur Entwicklung einer dezentralisierten und sozialraumorientierten Sozialpolitik*. Online verfügbar: www.efh-bochum.de/homepages/wohlfahrt/pdf/Dahme-Wohlfahrt-Gerechtigkeit-NDV.pdf [14.01.2014].
- Dorfman, R. A. (1996). *Clinical social work. Definition, practice and vision*. New York: Brunner/Mazel.
- Engel, F. (1997). Dacapo – oder moderne Beratung im Themenpark der Postmoderne. In F. Nestmann (Hrsg.), *Beratung. Bausteine für eine interdisziplinäre Wissenschaft und Praxis* (S. 179-216). Tübingen: dgvt.
- Franzkowiak, P., Homfeldt, H. G. & Mühlum, A. (2011). *Lehrbuch Gesundheit* (Reihe: Studienmodule Soziale Arbeit). Weinheim: Juventa.

- Gahleitner, S. B. (2012). »Und wenn es schwierig wird?« Therapeutische Beziehungsgestaltung im »hard to reach«-Bereich. *Integrative Therapie*, 38(1), 37-59.
- 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. & Reichel, R. (2013). Integrative Beratung. In H. Pauls, P. Stockmann & M. Reicherts (Hrsg.), *Beratungskompetenzen für die psychosoziale Fallarbeit. Ein sozialtherapeutisches Profil* (S. 156-172). Freiburg: Lambertus.
- Gitterman, A. & Germain, C. B. (2008). *The life model of social work practice: Advances in theory and practice* (3., überarb. Aufl.). New York: Columbia University Press.
- Hanses, A. (2007). Soziale Arbeit und Gesundheit – ein schwieriges wie herausforderndes Verhältnis. In H. G. Homfeldt (Hrsg.), *Soziale Arbeit im Aufschwung zu neuen Möglichkeiten oder Rückkehr zu alten Aufgaben?* (Reihe: Soziale Arbeit aktuell, Bd. 9; S. 113-123). Baltmannsweiler: Schneider.
- Jüster, M. (2007). Integrative Soziotherapie. In J. Sieper, I. Orth & W. Schuch (Hg.), *Neue Wege Integrativer Therapie. Klinische Wissenschaft, Humantherapie, Kulturarbeit – Polyloge* (S. 491-528). Bielefeld: Edition Sirius, Aisthesis Verlag.
- Labonté-Roset, C., Hoefert, H.-W. & Cornel, H. (Hrsg.). (2010). *Hard to reach. Schwer erreichbare Klienten in der Sozialen Arbeit*. Uckerland: Schibri.
- Mielck, A. (2011). Soziale und gesundheitliche Ungleichheit. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention*. Köln: BZgA. Online verfügbar: www.leitbegriffe.bzga.de/?uid=622d06170f2bbbc8c579abf7106f3e1&id=angebote&id=165 [14.01.2014].
- Nestmann, F. (2008). Die Zukunft der Beratung in der sozialen Arbeit. *Beratung Aktuell*, 9(2), 72-96. Verfügbar unter: www.beratung-aktuell.de/Zukunft%20der%20Beratung.pdf [14.01.2014].
- Pauls, H. (2011). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung* (Reihe: Grundlagentexte Soziale Berufe; 2., überarb. Aufl.). Weinheim: Juventa.
- Pauls, H. & Romanowski, C. (2013). Studie zum sozialtherapeutischen Profil Klinischer Sozialarbeit. *Klinische Sozialarbeit*, 9(2), 4-6.
- Petzold, H. G. (1993). *Integrative Therapie. Modelle, Theorien und Methoden für eine schulübergreifende Psychotherapie. Band 1*. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H. G. & Sieper, J. (2008). Integrative Soziotherapie – zwischen Sozialarbeit, Agogik und Psychotherapie. Zur Konnektivierung von Modellen der Hilfeleistung und Entwicklungsförderung für optimale Prozessbegleitung. *Polyloge*, 8(1), Art. 19. Online verfügbar: www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-19-2008-petzold-h-g-sieper-johanna.html [14.01.2014].
- Rahm, D. (1990). *Gestaltberatung*. Paderborn: Junfermann (Neubearbeitung 2004; 10. Aufl. 2011).
- Schwendter, R. (2000). *Einführung in die Soziale Therapie*. Tübingen: DGVT.
- Sieper, J. & Petzold, H. G. (2011). Soziotherapie / Sozialtherapie – ein unverzichtbares Instrument gegen soziale Exklusion und für die psychosoziale Hilfeleistung in »prekären Lebenslagen«. *Polyloge*, 11(3). Online verfügbar: www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/sieper-petzold-soziotherapie_sozialtherapie_2011a-03-2011.pdf [14.01.2014].
- Stimmer, F. (2012). *Grundlagen des methodischen Handelns in der Sozialen Arbeit* (3., völlig überarb. u. erw. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Stricker, G. (2010). *Psychotherapy integration* (Reihe: Theories of Psychotherapy). Washington, DC: American Psychological Association.

Sozialtherapie – Soziale Teilhabe ermöglichen und soziale Ressourcen erschließen

Karlheinz Ortmann und Dieter Röh

Gegenstand aller Sozialarbeit ist das »Verhindern und Bewältigen sozialer Probleme« (Engelke et al., 2009, 54ff.). Dabei kommt den sozialen Ressourcen der Menschen besondere Bedeutung zu. Je mehr soziale Ressourcen in quantitativer und qualitativer Hinsicht vorhanden sind, so lässt sich zusammengefasst folgern, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass Menschen nicht in soziale Notlagen geraten, die professionelle Hilfen erforderlich machen. Der Aspekt der Ressourcentransformation, bei dem Soziale Arbeit eine unterstützende Funktion annehmen kann, spielt dabei eine besondere Rolle. Um Ressourcen für die eigene »daseinsmächtige Lebensführung« (Röh, 2013) nutzen zu können, bedarf es sowohl persönlicher als auch gesellschaftlicher Möglichkeitsräume, die dem Subjekt tatsächliche Wahlmöglichkeiten offerieren.

Es ist davon auszugehen, dass viele soziale Problemlagen in den informellen Netzen (insbesondere in Familien) der Menschen in Form verschiedenster sozialer Unterstützungsleistungen (Social Support) erfolgreich bearbeitet werden (Dehmel & Ortmann, 2006). Bei einem anderen Teil können professionelle Sozialberatung und öffentlich gewährte materiell-finanzielle Hilfen die Menschen hilfreich bei der Bewältigung sozialer Not unterstützen (Ansen, 2006). Bei einem weiteren Teil sind allerdings weitgehende und intensive professionelle Bemühungen in Form einer Sozialtherapie angezeigt. Dieser Personenkreis ist insbesondere durch langwierige, unübersichtliche und schwer fassbare soziale, körperliche und psychische Lebenslagen und Problemgefüge gekennzeichnet. Da es sich daher auch um komplexe sozio-psycho-somatische Problemgefüge handelt, ist ein sozialtherapeutischer Ansatz vonnöten, der über hinlänglich qualifizierte Kenntnisse dieses Zusammenhangs und der entsprechenden Interventionsmöglichkeiten verfügt.

Teilhabe ermöglichen

Die Erschließung sozialer Ressourcen und die Stärkung sozialer Kompetenzen sehen wir als Schlüssel für die Förderung von sozialer Teilhabe der KlientInnen. Unter sozialer Teilhabe verstehen wir mit Wright (2012) das aktive Mithandeln von Menschen an der Ausgestaltung ihrer Lebenssituationen und die Entscheidungsmacht bei allen wesentlichen Fragen der Lebensgestaltung. Die Förderung von Teilhabe ist mit einem methodischen Paradigmenwechsel verbunden. Wright (2012) hat dazu eine Übersicht vorgelegt, die sich eigentlich auf die partizipative Gesundheitsförderung bezieht. Diese haben wir sprachlich leicht modifiziert und denken, dass sich diese Orientierung auch für die Sozialtherapie nutzen lässt (Tab. 1). Damit verfügt die Sozialtherapie über eine Grundorientierung, an der sich die vielfältigen Methoden und Formen in der Praxis ausrichten können (Ortmann & Röh, 2014).

Im Folgenden wird gezeigt, wie Sozialtherapie Teilhabe fördern kann. Sie muss jeweils sowohl die betreffende Person mit ihren Problemlagen in ihrer sozialen Umwelt (Person-in-Environment) als auch die soziale Umwelt selbst für Interventionen in den Blick nehmen, um eine bestmögliche Wirkung zu erzielen. Es ist geradezu das Kennzeichen der Sozialtherapie, dass sie einerseits die Person in ihren Lebensführungskompetenzen stärken und befähigen will, andererseits aber genauso die Umfeldvariablen dieser Lebensführung, z. B. die Wohn- oder Beziehungsfaktoren, bearbeitet, um soziale Ressourcen zu erschließen.

Soziale Ressourcen erschließen

Um das Ziel der Teilhabeförderung erreichen zu können, sind vor allem ressourcenorientierte Ansätze von großer Bedeutung (Röh, 2012; Knecht & Schubert, 2012). Soziale Ressourcen lassen sich im Wesentlichen in drei Bereichen verorten

und erschließen: in sozialen Netzwerken, sozialer Infrastruktur und in sozialen Kompetenzen.

Soziale Netzwerke. Die Bedeutung funktionierender sozialer Netzwerke für das Wohlbefinden und die Gesundheit ist empirisch eindeutig nachgewiesen. Die Teilhabe an sozialen Netzwerken (PartnerInnen, Familie, FreundInnen, KollegInnen) hat deutliche gesundheitsförderliche Effekte. Auch wenn zwischen formellen und informellen Netzwerken und damit Unterstützungsquellen unterschieden wird, sind beide in ihrer jeweiligen Form, also entweder in der Lebenswelt der Betroffenen oder in den Funktionssystemen der gesellschaftlichen Umwelt zu suchen, durch sozialtherapeutische Interventionen aufzufinden, zu aktivieren und somit dem/der Betroffenen zu vermitteln.

Sind informelle Hilfen nicht ausreichend vorhanden, wegen zu kleiner oder fehlender Netzwerke, muss vordringlich daran gearbeitet werden, sozialrechtliche Leistungen (SGB II, III, V, VI, VIII, IX, XI, XII) zu aktivieren, was bedeutet, dass auch die Erschließung sozialrechtlicher Hilfen wie Grundsicherung, Arbeitslosengeld, Rehabilitation, Pflege u. a. m. Teil der sozialtherapeutischen Funktion ist. Was über Beratung oder andere »einfache« Interventionen nicht geregelt werden kann, da es zu den notwendigen Informationen auch um deren sozio-psycho-somatische Verarbeitung und um lebensweltnahe Begleitung zu Ämtern oder ÄrztInnen geht, ist als sozialtherapeutische Intervention anzusehen. Sie ist damit mehr als Psychotherapie in ihrer herkömmlichen Art, die Menschen in ihrer Lebensbewältigung vornehmlich »in vitro« (also in einer Art künstlichem Setting) unterstützt, denn Sozialtherapie ist therapeutisches Arbeiten »in vivo«, also lebensweltlich orientiert am realen Leben der Menschen.

Soziale Infrastruktur und Zivilgesellschaft. Darunter verstehen wir an dieser Stelle alle zivilgesellschaftlichen Einrichtungen, Vereine und Initiativen, die das Zusammenleben im näheren Sozialraum (Städte, Stadtteile, Gemeinden, Dör-

Tabelle 1: Konventionelle vs. partizipative Arbeitsweise

Konventionelle Arbeitsweise	Partizipative Arbeitsweise
aus Sicht der Profis: »Ich bin ExpertIn, Sie KlientIn!«	aus Sicht der Profis: »Von Gegen- oder ErsatzspielerIn zu MitspielerIn!«
Hilfesuchende/r als KlientIn (HilfempfängerIn)	Hilfesuchende/r als NutzerIn von Angeboten, als PartnerIn (MitgestalterIn)
Helfende/r ist ExpertIn, der/die Probleme definiert und löst.	Helfende/r ist Katalysator, der/die Problemdefinition und -lösungen anregt und moderiert.
Hilfe ist beratende, behandelnde, erzieherische Tätigkeit.	Hilfe ist aktivierende, unterstützende, fordernde Tätigkeit.
Hilfe wird in einer Kommstruktur angeboten.	Hilfe wird in einer Gehstruktur (z. B. durch aufsuchende Arbeit) angeboten.
Hilfeangebote sind normativ in Sprache und Zielsetzung.	Hilfeangebote sind lebensweltorientiert in Sprache und Zielsetzung (Setting-Ansatz).
Ziel der Arbeit ist es, bestimmte Verhaltensweisen zu bewirken.	Ziel der Arbeit ist es, selbst bestimmtes Handeln in der Problemsituation zu unterstützen (Empowerment).

fer) gestalten. Dazu gehören insbesondere Angebote in den Bereichen Kultur, Bildung und Sport sowie Vereine und Verbände der Selbsthilfe bzw. als Non-Government-Organisationen.

So gehört es auch zu den sozialtherapeutischen Aufgaben, in diesen Bereichen Ressourcen zu erschließen. Anders als beispielsweise im klassischen psychotherapeutischen Setting gehört dazu auch, Menschen zu begleiten. Solche Begleitungen können in mehrfacher Hinsicht hilfreich sein. SozialtherapeutInnen können beispielsweise durch Netzwerkarbeit, Freiwilligeneinbezug oder auch »Türöffnen« in diese zivilgesellschaftlichen Einrichtungen Inklusion ermöglichen. Sie verfügen über sozialtherapeutische Kompetenzen in der Kommunikation und Interaktion mit diesen Akteuren, können direkt Wege ebnen, Konflikte klären oder moderieren. KlientInnen können auf diese Weise am Modell lernen, wie man sich angemessen im Sinne der Inklusionsziele verhält. SozialtherapeutInnen können die Funktion von »ÜbersetzerInnen« bzw. von »VermittlerInnen« bekommen, die den KlientInnen schwer zu verstehende Vorgänge erklären oder Übergänge erleichtern. Soziale Arbeit insgesamt und ihr sozialtherapeutischer Ansatz im Besonderen können somit als intermediäre Instanz in diesem mesosozialen Bereich zwischen verschiedenen Ebenen vermitteln und moderieren. Schließlich fühlen sich KlientInnen gestärkt, wenn jemand an und gegebenenfalls auf ihrer Seite ist, die oder der sie begleitet und unterstützt.

Diese Komponente sozialtherapeutischen Handelns ist aus unserer Erfahrung besonders bedeutsam, weil jene KlientInnen, für die die o. a. Beratung nicht genügt, oft den »ersten Schritt« nicht al-

leine schaffen oder durch einfache Interventionen nicht genügend unterstützt werden oder sogar überfordert sind.

Soziale Kompetenzen. Menschen mit gravierenden sozio-psycho-somatischen Problemen, um die es hier geht, sind oft erheblich in ihren Möglichkeiten eingeschränkt, mit anderen Menschen in Kontakt zu kommen, Beziehungen zu anderen Menschen aufzubauen, zu pflegen und ggf. angemessen zu beenden. Soziale Kompetenzen gelten als Schlüssel für die Erschließung von Teilhabemöglichkeiten an Gemeinschaft und Gesellschaft. Der Sozialtherapie muss es daher besonders darum gehen, die Fähigkeit der KlientInnen zu angemessener Kommunikation und Interaktion mit anderen Menschen, um die Beziehungsfähigkeit bzw. Soziabilität und schließlich die Rollenkompetenz zu vergrößern. Dabei ist nicht nur an standardisierte Verfahren (etwa bei Hinsch & Pfungsten, 2007) zu denken, sondern insbesondere an alltagsnahe bzw. alltagsbezogene Entwicklungsmöglichkeiten, die die KlientInnen besser auf ähnliche Situationen übertragen und verwerten können. Die oben skizzierte Methode der Begleitung kann zugleich eine Möglichkeit darstellen, die sozialen Kompetenzen von KlientInnen zu erweitern.

Ausblick

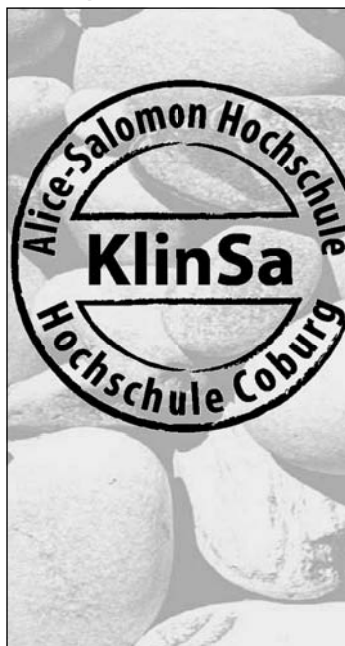
Die Entwicklung der Sozialtherapie als Handlungskonzept der Klinischen Sozialarbeit schreitet in Deutschland voran. Mit dem Teilhabe-Paradigma wird sichtbar, welche Chancen diese Form der Hilfe gerade für Menschen mit schweren sozio-psycho-somatischen Problemen bietet. Umso dringender stellt sich die Frage, wie diese Arbeit fachgerecht durch-

geführt werden kann. Gegenwärtig ist davon auszugehen, dass SozialarbeiterInnen Elemente sozialtherapeutischen Handelns in ihr Repertoire aufgenommen haben. Um in der Entwicklung einen Schritt weiterzukommen, muss eine Ausbildung konzipiert werden, in der systematisch sozialtherapeutisches Handeln erlernt werden kann. Dafür eignen sich insbesondere Masterstudiengänge oder Weiterbildungen analog zu vergleichbaren Therapieausbildungen.

Literatur

- Ansen, H. (2006). *Soziale Beratung bei Armut*. München: Reinhardt.
- Dehmel, S. & Ortman, K. (2006). *Soziale Unterstützung (Social Support) – ein Verstehens- und ein Handlungskonzept für die gesundheitsbezogene Sozialarbeit*. Berlin: KHSB. Online verfügbar: www.khsb-berlin.de/fileadmin/user_upload/Weiterbildung/Dehmel_Ortman-Soziale_Unterst_tzung.pdf [14.01.2014].
- Engelke, E., Spatscheck, C. & Borrmann, S. (2009). *Die Wissenschaft Soziale Arbeit. Werdegang und Grundlagen* (3., überarb. Aufl.). Freiburg: Lambertus.
- Hinsch, R. & Pfungsten, U. (2007). *Gruppentraining sozialer Kompetenzen: GSK. Grundlagen, Durchführung, Anwendungsbeispiele* (5., vollst. überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz PVU.
- Knecht, A. & Schubert, C. (Hrsg.) (2012). *Ressourcen im Sozialstaat und in der Sozialen Arbeit. Zuteilung – Förderung – Aktivierung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Ortman, K. & Röh, D. (2014). Sozialtherapie als Methode der Klinischen Sozialarbeit – eine sozialarbeitswissenschaftliche Fundierung. In S. B. Gahleitner, G. Hahn & R. Glemser (Hrsg.), *Psychosoziale Interventionen* (S. 71-91). Köln: Psychiatrie-Verlag.
- Röh, D. (2012). Ressourcenorientierung in der Sozialen Arbeit – Einführung in Theorie und professionelle Methodik. In A. Knecht & F.-C. Schubert (Hrsg.), *Ressourcen im Sozialstaat und in der Sozialen Arbeit. Zuteilung – Förderung – Aktivierung* (S. 189-204). Stuttgart: Kohlhammer.
- Röh, D. (2013). *Soziale Arbeit, Gerechtigkeit und das gute Leben. Eine Handlungstheorie zur daseinsmächtigen Lebensführung*. Wiesbaden: Springer VS.
- Wright, M. T. (2012). *Partizipative Ansätze in der Stadtteilarbeit: Gesundheitsförderung partizipativ gestalten*. Vortrag auf der Tagung »Sport- und Bewegungsangebote im städtischen Raum. Fachdialog zur Bewegungs- und Gesundheitsförderung in Berliner Quartieren«, am 04.05.2012 in Berlin.

Anzeige



Berufsbegleitender Masterstudiengang Klinische Sozialarbeit

Start des 14. Kurses im Sommersemester 2015

Studieninhalte:

- Theorien, Interventions- und Forschungsmethoden und Evaluation
- psycho-soziale Diagnose und Beratung
- Soziale Therapie
- Krisenintervention
- Rehabilitation
- Case Management
- Qualitätssicherung

Durchführung:

- 10 Blockveranstaltungen pro Jahr
- Expertise in Beratung und Behandlung, praxisorientierter Forschung und systemischen Management-Kompetenzen
- Intensive Begleitung und Betreuung bei der Erstellung der Masterarbeit
- International anerkannter Abschluss mit Promotionsmöglichkeit

Weitere Informationen finden Sie unter: www.hs-coburg.de und www.ash-berlin.eu

Alice Salomon
HOCHSCHULE BERLIN
University of Applied Sciences

HOCHSCHULE COBURG
university of applied sciences

Sozialtherapie – Begriffsgeschichte und Gegenstandsbestimmung¹

Gernot Hahn

Klinische Sozialarbeit versteht sich als eine gesundheitspezifische Fachsozialarbeit, klinisch meint dabei behandelnd. Ihr Ansatzpunkt ist die Einbeziehung der sozialen, psychischen und somatischen (fallrelevanten) Aspekte in Beratung, therapeutische Behandlung und psychopädagogische Unterstützung von gesundheitlich gefährdeten, erkrankten und behinderten Menschen. Der Fokus liegt darauf der Person-in-ihrer-Welt (Richmond, 1917), im Rahmen eines biopsychosozialen Verständnisses von Gesundheit, Störung und Krankheit zu sehen, damit wirkt sie einer Verengung der Gesundheitsarbeit auf rein somatische und/oder psychische Aspekte vor (vgl. Pauls, 2011). Klinische Sozialarbeit als Fachsozialarbeit verfügt in der Geschichte sozialer Arbeit über viele historische Anknüpfungspunkte (vgl. Hahn & Pauls, 2008): über die frühen Arbeiten Alice Salomons, die Bewegung der *clinical social work* in den USA und eine in Deutschland auch gesellschaftspolitisch intendierte und gesellschaftskritische Theorie und Handlungswissenschaft als Sozialtherapie (vgl. Schwendter, 2000). Sozialtherapie hat sich in den letzten Jahrzehnten als Handlungsansatz, als fachliche Methode etabliert. In der Klinischen Sozialarbeit könnte sie einen ähnlich zentralen Stellenwert einnehmen wie die Methode der Beratung in der allgemeinen Sozialen Arbeit.

Frühe Konzepte

Frühe Bezugspunkte Sozialer Therapie finden sich in der deutschsprachigen Fachliteratur seit ca. 90 Jahren. Erste sozialtherapeutische Begriffsdefinitionen und -konzepte betonen den Zusammenhang zwischen individueller Befindlichkeit und dem Zustand der sozialen Verhältnisse. Der Ansatz findet sich bei Richmond (1917) und Salomon (1926/2004), wo die Bedeutung der sozialen Kontextfaktoren und deren Erhebung in einer sozialen Diagnose Grundlage für die Intervention (soziale Therapie) sein sollten, indem »man entweder einem Menschen hilft, sich in der gegebenen Umwelt einzuordnen, zu behaupten, zurecht zu finden – oder dass man seine Umwelt so

umgestaltet, verändert, beeinflusst, dass er sich darin bewähren, seine Kräfte entfalten kann« (ebd., S. 308).

Weizsäcker führte den Begriff der Sozialen Therapie 1947 in die klinische Praxis ein als eine Methode der modernen Psychotherapie, in der (neben dem Patienten) »die soziale Mitwelt ... gezielt beeinflusst und verändert [wird], um damit dem psychisch und psychosomatisch kranken Menschen zu helfen ... Wenn ... eine psychotherapeutische Behandlung des Patienten selbst nicht möglich ist ..., wird versucht, jene Faktoren der sozialen Umwelt des Patienten zu ändern, welche das soziodynamische Gleichgewicht dieses Menschen so ungünstig beeinflusst hatten, daß es zum Krankheitsgeschehen gekommen war« (Schraml, 1969, S. 123). Aus der Sicht der Medizin verortete Weizsäcker (1947) Sozialtherapie als ärztliche Therapie i.S. der Psychotherapie und führte sie ein als Strategie für jene Fälle, in denen andere – psychotherapeutische – Ansätze nicht greifen, also als Mittel »zweiter Wahl«. Der Beitrag Weizsäckers zu einem sozialen Verständnis von Gesundheit und Krankheit wird zumeist im Kontext der Entwicklung der psychosomatischen Medizin gewürdigt. Seine Ausführungen (z.B. »Soziale Krankheit und soziale Gesundheit«, 1930/1986) weisen allerdings auch weit in die Disziplin der Sozialen Arbeit. Weizsäcker erschloss hier z. B. die biografische Dimension und situative Aspekte aktueller Leidenszustände, indem er Erkrankungen nicht als endogene Zustände begriff, sondern Krankheit als dynamischen Zustand konzeptualisierte, der sich aus der Lebensgeschichte heraus entwickelt und in engem Zusammenhang steht mit der »Situation als einem Inbegriff geschichtlich gewordener Umstände, seien diese nun rechtlicher, institutioneller, gesellschaftlicher oder ökonomischer Art«, wie Theunissen (2008, S. 24) in seiner Betrachtung zur sozialen Konzeptualisierung des Krankheitsbegriffs bei Weizsäcker schreibt.

Gesellschaftskritik und Sozialtherapie

In der wohl wichtigsten Phase sozialtherapeutischer Theoriebildung, im Zuge der Gesellschaftskritik der 1960er- und 1970er-Jahre (vgl. Gärtner, 1982), später weitergeführt in einem universitären Stu-

diengang »Soziale Therapie« an der Gesamthochschule Kassel (vgl. Schriftenreihe zur Sozialen Therapie: Porsch 1988, 1989, 1990, 1991; Schwendter, 2000) wurde dieser Ansatz weiter ausformuliert. Die Hoffnungen waren weit gefasst und weisen enge Bezüge zur Arbeit z. B. der Gesellschaft für soziale Psychiatrie, der Aktion Psychisch Kranke oder (im Justizsektor) der Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Initiativen und Gruppen in der Straffälligenhilfe BAG auf. So sollte durch soziale Therapie u. a. ein Beitrag zur Behebung gravierender Mängel im Bereich der institutionellen psychosozialen Versorgung geleistet werden. Ein spezifisches Fallverstehen und die Benennung eines sozialtherapeutischen Arbeitsgegenstandes (die soziale Bedingtheit individuellen Leids, der soziale Kontext und dessen Bearbeitung, die dabei zugrunde liegenden und neu entstehenden Interaktionen und Beziehungen – kurz: »das Soziale«) waren wichtige Eckpunkte dieser Diskussion. In den wissenschaftlichen Methoden erfolgte eine Bezugnahme auf Verfahren und Methoden der Sozialarbeit-/Sozialpädagogik (z. B. *social case work*, *social group work*, *social community work*, Administration, vgl. Haag, 1979), der qualitativen Sozialforschung (z. B. der Biografieforschung), auf die Professionalisierungsdiskussion und Theorien zur Identitätsbildung in der Soziologie, Institutionskritik, Analyse der individuellen, psychischen Faktoren psychosozialen Leidens in Psychologie und Psychoanalyse (Schwendter, 2000). Die Ausbildung einer sozialtherapeutischen Wissenschaft erfolgte in Ansätzen durch Forschungsarbeit und darauf aufbauende Theorieentwicklung. Diese orientierte sich an folgenden Aspekten:

- Dynamik der Fallentfaltung sowie Verfahren ihrer Analyse und Bearbeitung,
 - Grenzen professioneller Handlungsmöglichkeiten,
 - von den Professionellen selbst erzeugte sekundäre Problemnatur,
 - Probleme und Störungen in der kommunikativen Interaktion zwischen Professionellen und Klientel,
 - Probleme und Hindernisse der Interpretation im Diagnose-, Bearbeitungs- und Präsentationsprozess,
 - unaufhebbare Paradoxien und systematische Fehlertendenzen professioneller Arbeit (vgl. Schwendter, 2000).
- Das praktische berufliche Handeln sozialer Therapie ist u. a. gekennzeichnet

Anmerkung

1 Der vorliegende Aufsatz basiert auf einem Vortrag an der HS Coburg (Hahn, 2003).

Das European Centre for Clinical Social Work ist ein von PraktikerInnen und HochschullehrerInnen gegründeter Verband, der Entwicklungen von Praxis, Wissenschaft und Forschung zur Klinischen Sozialarbeit auf europäischer Ebene bündelt und fördert.



Aktivitäten: Regelmäßige Informationen aus dem Feld der Klinischen Sozialarbeit, Ausrichtung wissenschaftlicher Tagungen, Seminare und Workshops, Vergabe des »Europäischen Förderpreises Klinische Sozialarbeit«, Publikationsförderung.

Mitglied werden: Als Mitglied bewegen Sie sich in einem Netzwerk von Professionellen, die die Konturen und Entwicklungen einer Klinischen Sozialarbeit in Europa an vorderster Stelle bestimmen.

ECCSW-Förderpreis 2014 für herausragende wissenschaftliche Beiträge im Bereich der Klinischen Sozialarbeit. Bewerbung ab sofort. Bewerbungsunterlagen: www.eccsw.eu.

Informationen: www.eccsw.eu ■ info@eccsw.eu

durch Entwicklung sozialtherapeutischer Behandlungs- und Rehabilitationskonzepte, Erstellung sozialtherapeutischer Diagnosen, Auswahl und Koordination therapeutischer Angebote im institutionellen Kontext, sozialtherapeutische Gruppen- und Einzelarbeit und Erhebung der Erfolgskontrolle therapeutischer Maßnahmen (Porsch, 1988; Schwendter, 2000). Als wesentliche Techniken werden die sozialwissenschaftliche Biografieanalyse (Schulze, 2006) und die sozialtherapeutische Fallanalyse (Schwendter, 2000, S. 180f.) gesehen. Als Gestaltung der sozialen Umgebung, etwa im Strafvollzug, oder in stationären Wohn- und Behandlungseinrichtungen meint Sozialtherapie die Schaffung eines Lebens- und Erfahrungsraums, der sich förderlich auf die Entwicklung der PatientInnen auswirkt und z. B. längerfristige Entwicklungsprozesse ermöglicht, Probleme in der Gestaltung sozialer Beziehung aufgreift und beeinflusst. Generell geht es dabei um die Herstellung einer Passung zwischen Individuum und Gemeinschaft (vgl. Pauls, 2011, S. 117), z. B., indem gefährdende, krank machende oder dysfunktionale Verhaltensweisen und Faktoren abgebaut und auftretende soziale Konflikte aufgegriffen und bearbeitet werden.

Arbeitsfeldbezüge

Der Begriff Sozialtherapie wird seit jeher in den verschiedenen Arbeitsfeldern unterschiedlich gedeutet bzw. verwendet. Im Konzept der *sozialtherapeutischen* Anstalten (vgl. Driebold et al., 1984) wird sie eher als Maßnahme verstanden, die den delinquenten KlientInnen weniger straffällig, »sozial machen« soll (durch die Bereit-

stellung eines an therapeutischen Prinzipien orientierten sozialen Umfelds und Alltags in einer Gemeinschaft, die Erarbeitung sozialer Fähigkeiten und eine angemessene soziale Wahrnehmung). Als Ziel werden also Sozialisierung und Anpassung formuliert, wobei die Notwendigkeit einer Öffnung der Institution (Driebold et al., 1984, S. 240) und die Sensibilisierung und Einbeziehung der Gesellschaft als ebenso wichtige Aufgabenstellungen formuliert wurden.

In *psychiatrischen* Arbeitsfeldern wurden mit dem Begriff stärker sozialkritische Reflexionen impliziert, etwa als Kritik an einer therapeutischen und sozialpädagogischen Praxis, deren Bezugssysteme individuumszentriert orientiert waren, als Ausrichtung auf soziale Lebensumstände anstelle einer reinen Symptomzentrierung, als Förderung nach Veränderungsansätzen, die über den engen Behandlungsrahmen hinausgehen und auf organisatorische und institutionelle Faktoren des psychosozialen Systems zielen (vgl. Jervis, 1978). Sozialtherapie bzw. Soziotherapie wird hier verstanden als »Basis therapeutischen Handelns in psychiatrischen Einrichtungen. Nur was sie nicht leisten kann, fällt an Psycho- und Somatotherapie« (Dörner & Plog, 1996, S. 514).

Dorst und Leffers (1980, S. 91f.) stellen Sozialtherapie als ein neues Handlungsmodell im *psychosozialen* wie auch *juristischen* Sektor vor. Dort wird – unter den Begriffen der Institutionsanalyse und -entwicklung sowie allgemeiner sozialtherapeutischer Kompetenzen – die Chance dieses Handlungsmodells für eine Vielzahl sozialpädagogischer Arbeitsfelder beschrieben.

In *heilpädagogischen* Zusammenhängen steht die anthroposophische So-

zialtherapie als Methode, um »bei Menschen mit geistiger Behinderung gefährdete oder beschädigte Beziehungen zwischen ihm und den Mitmenschen abzubauen und positive neu herzustellen, damit er wieder in geordnete soziale Bezüge und Kontexte kommen kann, andererseits wird durch Sozialtherapie ein Gemeinwesen von psychisch gefährdenden oder psycho-sozial krank machenden Faktoren befreit, damit sie auf den Menschen mit geistiger Behinderung einen heilenden Einfluss nehmen kann« (Buchka, 2013, S. 37). Dieser Ansatz wird im Begriff der »heilenden Entwicklungsraumgestaltung« (ebd., S. 38) besonders deutlich, wobei eine Bezugnahme auf den Heilungsbegriff bei Steiner (1967) erfolgt.

Als *Versicherungsleistung* nach dem SGB V (§ 27a SGB V) ist Soziotherapie konzipiert und seit dem Jahr 2000 in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt, als Unterstützung schwer psychisch kranker Menschen bei der Inanspruchnahme von ärztlichen oder ärztlich verordneten Leistungen. Ziel ist hier die Verselbstständigung, also die Erschließung und Nutzung therapeutischer Maßnahmen durch »erforderliche Koordination der verordneten Leistungen, sowie Anleitung und Motivation zu deren Inanspruchnahme«. Gegenstand ist hier also die Kommunikation zwischen (schwer erkranktem) Individuum und Hilfesystem und die Ermöglichung von Inanspruchnahme dieses Systems (Broker-Funktion).

Einen anderen Schwerpunkt setzt die Sozialtherapie mit der *Suchtkrankenhilfe-therapie*. Mit der Festlegung dieses Arbeitsgegenstandes und -feldes in der Suchtkrankenbehandlung erfolgt hier die Orientierung an den Verfahren und Metho-

den der Integrativen Therapie (vgl. Gahleitner et al., in diesem Heft; grundsätzlich: Petzold, 2003), an den Erkenntnissen der klinischen Psychologie, der Neurowissenschaften sowie der entwicklungsbiologischen und Psychotherapieforschung (Petzold et al., 2004, 2005).

Der Gegenstand sozialer Therapie

Der Begriff soziale Therapie bedeutet, dass Problemlagen und Leidenszustände nicht aus den sozialen Bezügen, in denen sie entstanden sind, herausgelöst und einer isolierten Behandlung zugeführt werden, sondern dass das therapeutische Handeln in doppelter Perspektive an den sozialen wie auch den psychischen Konflikten ansetzt. Soziale Therapie wendet sich primär dem Elend sozial vernachlässigter Bevölkerungsgruppen zu, die bisher in den konventionellen individualtherapeutischen Angeboten zu kurz gekommen sind oder schlicht nicht erreicht wurden. Soziale Therapie begründet damit eine politische Dimension, welche aus diesem Doppelcharakter hergeleitet wird. Die soziale Bedingtheit des Leidens von Individuen und Gruppen steht im Fokus sozialer Therapie. Gegenstand der sozialtherapeutischen Intervention ist also »das Soziale«, eine Gegenstandsdefinition vergleichbar denen in Medizin und Rechtswissenschaften mit ihren spezifischen Gegenständen Krankheit und Recht. Die durch diese Gegenstandsbestimmung entstehende Perspektive lässt eine spezifische Situationsdefinition entstehen. Für die soziale Therapie bedeutet dies, dass der/die KlientIn nicht »nur im Sinne eines monadischen Individuums« gesehen werden kann, sondern »immer um ein Verständnis des Klienten im Kontext, v.a. in seiner sozialen Eingewobenheit«, wie Gildemeister (1995, S. 9) formuliert.

Die Bildung eines eigenständigen Gegenstandes sozialer Therapie, vergleichbar dem des »Körperlichen« in der Biomedizin oder des »Psychischen« in der Psychoanalyse, ist hier nicht unproblematischer als dort. »Denn wir wissen ja längst, daß körperliche Prozesse nicht unsozial und psychische Prozesse nicht unkörperlich ablaufen und Rechtsnormen ihrerseits soziale Wirklichkeit schaffen« (Gildemeister, 1995, S. 6). Die sozio-psychosomatische Konzeptualisierung sozialer Therapie bedeutet also nicht nur, die einzelnen Bereiche als Ursachenebenen zu erkennen, sondern v.a. die Wechselwirkungen zwischen diesen Ebenen zu identifizieren und für eine umfassende Behandlung zu erschließen. In der Praxis bedeutet dieser Zugang die Konfrontation mit Multiproblemlagen – mit meist nicht mehr direkt erschließbaren Entstehungsge-

schichten –, die sich durch Aufschichtung und Überlagerung von Problemlagen entwickelt haben und oft auch chronifiziert sind. Ursprünglich psychisch verursachte Problemlagen werden durch soziale Phänomene und Prozesse begleitet und überlagert, wodurch weitere psychische Belastungen entstehen können. Schwendter spricht von einem »Regelkreis« (2000, S. 17) komplexer Problemlagen, der diagnostisch erfasst und so der Behandlung zugänglich gemacht werden soll.

Der Gegenstand sozialer Therapie verortet sich dabei in Institutionen, in denen psychosoziale Hilfe angeboten wird. Dort sind unterschiedliche Professionen mit der Bearbeitung von Problemlagen befasst, deren jeweils disziplinäre Falldefinitionen und -wahrnehmungen integriert werden müssen. Die Zusammenführung der einzelnen Perspektiven und Handlungsansätze i. S. eines koordinierenden Fallmanagements stellt dabei einen weiteren Arbeitsgegenstand Sozialer Therapie dar. Gildemeister (1989) hat diesen Arbeitsgegenstand und die für die Soziale Therapie damit verbundenen Chancen beschrieben. Sie kritisierte das damals noch weit verbreitete Phänomen des Auseinanderdriftens der professionellen Perspektiven, was zu einer Zersplitterung der AdressatInnen und deren Problemlagen in psychische, körperliche und soziale Phänomene geführt habe. Soziale Therapie hat hier i. S. aktiver Netzwerkarbeit und Koordination integrativ zu wirken. Dieser Anspruch der Zusammenführung und Koordination, die Verwirklichung interdisziplinärer Arbeit im psychosozialen Feld wird heute vielfach umgesetzt, bleibt allerdings eine stetige Herausforderung und wartet in einzelnen Arbeitsfeldern (z. B. Straffälligenhilfe, Wohnungslosenhilfe) weiter auf seine Umsetzung.

Aus diesen Überlegungen können folgende Ebenen sozialtherapeutischer Fallarbeit abgeleitet werden:

- Hilfe bei der Problembewältigung,
- Hilfe bei der Beeinflussung der sozialen Umwelt,
- Koordination sozialer Hilfsangebote,
- Methode der sozialtherapeutischen Fallanalyse,
- Berücksichtigung der Eigenverantwortlichkeit der KlientInnen (Hahn, 2007),
- Konzeptentwicklung.

Für die Umsetzung eines solchen Therapieverständnisses fordern Dorst und Leffers (1980, S. 101) sozialtherapeutische Kompetenzen auf drei Veränderungs- und Handlungsdimensionen:

- *subjektbezogene Kompetenz*: Umgang mit der eigenen Person, Subjektivität der Helfenden: Reflexionsvermögen, Krisen- und Konfliktfähigkeit, Flexibilität, Kreativität und Innovationsbereitschaft, Sensibilität, politische Bezugnahme;

- *therapeutische Kompetenz*: therapeutische Fähigkeiten und Fertigkeiten für die Arbeit mit KlientInnen im engeren Sinn, erweiterte psychosoziale diagnostische Kompetenzen;

- *organisationsbezogene Kompetenz*: Kenntnisse und Fähigkeiten, die Institution und das eigene Arbeitsfeld im Hinblick auf ihre Auswirkungen zu analysieren und zu verändern, kritisches Einbeziehen der Institution in Veränderungsprozesse.

Als weiteren wesentlichen Bezugspunkt Sozialer Therapie benannte Ohlmeier (1988) die Psychoanalyse, v.a. deren Weiterentwicklungen auf Grundlage eines interaktionellen Verständnisses. Ohlmeier griff in seinen Überlegungen zur Sozialtherapie die von jeher begrenzte Reichweite psychoanalytischer Arbeit (ebd., S. 74) auf, die besonders marginalisierte Personen und Gruppen nicht erreicht bzw. ausschließt. Er sah die Hinwendung an diese Gruppen als Auftrag der Sozialtherapie, welche von Freud selbst als Notwendigkeit erkannt und formuliert wurde: »Irgend einmal wird das Gewissen der Gesellschaft erwachen und sie mahnen, daß der Arme ein ebensolches Anrecht auf seelische Hilfeleistung hat wie bereits jetzt auf lebensrettende chirurgische. Und daß die Neurosen die Volksgesundheit nicht minder bedrohen als die Tuberkulose und ebenso wenig wie diese der ohnmächtigen Fürsorge des Einzelnen aus dem Volke überlassen werden können. ... Es mag lange dauern, bis der Staat diese Pflichten als dringende empfindet ..., aber irgend einmal wird es dazu kommen müssen. Dann wird sich für uns die Aufgabe ergeben, unsere Technik den neuen Bedingungen anzupassen. ... Wir werden auch sehr wahrscheinlich genötigt sein, in der Massen Anwendung unserer Therapie das reine Gold der Analyse reichlich mit dem Kupfer der direkten Suggestion zu legieren, und auch die hypnotische Beeinflussung könnte dort, wie bei der Behandlung der Kriegsneurotiker, wieder eine Stelle finden« (Freud, 1919/1982, S. 192). Freud war in der Vorausschau einer Modifikation der Psychoanalyse sicher unter dem Eindruck der gesellschaftlichen Realität beschränkt, eröffnete aber immerhin den Fokus auf die Bevölkerungsteile, die gezielt durch soziale Therapie später aufgegriffen wurde: vernachlässigte Gesellschaftsgruppen, die durch individualzentrierte Angebote nicht erreicht werden können und denen der Zugang zu Beratung und Behandlung erschwert ist. Dieser Aspekt findet sich in der jüngeren Diskussion um sog. »hard-to-reach-groups« wieder (vgl. Labonté-Roset et al., 2010). Hinderungsgründe für die Erreichbarkeit problem- und konfliktbeladener Menschen werden in den besonderen Lebens-

strukturen, Merkmalen und Bedürfnissen der Betroffenen wie auch in der Struktur, Ausrichtung und konzeptionellen Gestaltung der Institutionen gesehen. Die Modifikation psychoanalytischer Technik erfolgte zum Glück ebenfalls nicht hin zu dem von Freud Vorausgesagten, zu Suggestion und Beeinflussung. Schwendter (2000, S. 255f.) beschreibt diese Modifikationen unter dem wenig dienlichen und zu kritisierenden Sammelbegriff der »armen Therapien«: Co-Counseling, themenzentrierte Interaktion, Soziometrie und Rollenspiele können Interventionsformen sozialer Therapie sein.

Die begriffliche Konzeptualisierung der Sozialtherapie gestaltet sich weiterhin bruchstückhaft, auf begrenzte Gegenstände bezogen und von daher unvollständig. Als gemeinsame Merkmale werden in den meisten Konzeptentwürfen folgende Aspekte genannt, welche für ein allgemeines Konzept der Sozialtherapie herangezogen werden können:

- sozio-psycho-somatisches Störungsverständnis (Systemorientierung I),
- sozio-psycho-somatischer Behandlungsansatz (Beratung, Analyse, Training, Begleitung, Casemanagement, Netzwerkarbeit, Krisenintervention, Entwicklungsorientierung, integratives Methoden- und Therapieverständnis),
- Gestaltung sozialer Phänomene als Behandlungsraum (Milieugestaltung und -behandlung),
- Einbeziehung der Institutionen als Gegenstand und Reflexionsebene sozialer Behandlung (Systemorientierung II),
- Berücksichtigung sozial-politischer Aspekte und Gestaltung politischer Einflussnahme (Systemorientierung III),
- Einbeziehung einer kritisch-selbstreflexiven Ebene,
- Arbeitsgegenstand: komplexe, aufgeschichtete, chronifizierte Problemlagen,
- Zielgruppe: für Unterstützungs- und Hilfsmaßnahmen schwer erreichbare Personen/Gruppen.

Eine derart konzipierte Sozialtherapie fußt auf einer erhöhten Reflexions- und Handlungskompetenz, die sich »sowohl von rein sozialarbeiterischer Intervention als auch von den verschiedenen Formen von Psychotherapie wesensmäßig unterscheidet« (Schwendter, 2000, S. 8). Einen umfassenden Entwurf für eine solche sozialtherapeutische Kompetenz legen Pauls und Reicherts in diesem Heft vor (weiterführend: Pauls et al., 2013).

Literatur

- Buchka, M. (2013). Aktuelle Entwicklungslinien in der Arbeit mit erwachsenen Menschen mit Behinderung. *Seelenpflege in Heilpädagogik und Sozialtherapie*, 32(1), 29-44.
- Dörner, K. & Plog, U. (1996). *Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie* (Neuausg.). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Dorst, B. & Leffers, C.-J. (1980). Sozialtherapie – ein neues Handlungsmodell? Anmerkungen zum Begriff Sozialtherapie. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 15(1/2), 91-114.
- Driebold, R., Egg, R., Nellesen, L., Quensel, S. & Schmitt, G. (1984). *Die sozialtherapeutische Anstalt. Modell und Empfehlungen für den Justizvollzug*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Freud, S. (1982). Wege der psychoanalytischen Therapie. In S. Freud, *Gesammelte Werke* (Bd. 12; S. 184-194). Frankfurt: Fischer (Orig. 1919).
- Gärtner, A. (1982). *Sozialtherapie, Konzepte zur Prävention und Behandlung des psychosozialen Elends*. Neuwied: Luchterhand.
- Gildemeister, R. (1989). *Institutionalisierung psychosozialer Versorgung. Eine Feldforschung im Grenzbereich von Gesundheit und Krankheit*. Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag.
- Gildemeister, R. (1995). *Aus soziologischer Sicht. Soziale Therapie aus interdisziplinärer Perspektive*. Vortrag in Kassel.
- Haag, F. (1979). Sozialtherapie. In P. Hahn (Hrsg.), *Die Psychologie des 20. Jahrhunderts*. Bd. 9: *Ergebnisse für die Medizin* (S. 928-946). Zürich: Kindler.
- Hahn, G. (2003). *Sozialtherapie – der Grundgedanke Klinischer Sozialarbeit*. Vortrag am 19.12.2003 an der Fachhochschule Coburg. Online verfügbar: <http://www.klinische-sozialarbeit.de/download/Sozialtherapie%20-%20der%20Grundgedanke%20Klinischer%20SA%20-%20Gernot%20Hahn.pdf> [05.02.2014].
- Hahn, G. (2007). *Rückfallfreie Sexualstraftäter. Salutogenetische Faktoren bei ehemaligen Maßregelvollzugspatienten*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Hahn, G. & Pauls, H. (2008). Bezugspunkte Klinischer Sozialarbeit. In S. B. Gahleitner & G. Hahn (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit. Zielgruppen und Arbeitsfelder* (S. 22-43). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Jervis, G. (1978). *Kritisches Handbuch der Psychiatrie*. Frankfurt: Syndikat (ital. Orig. 1975).

- Labonté-Roset, C., Hoefert, H.-W. & Cornel, H. (Hrsg.) (2010). *Hard to reach. Schwer erreichbare Klienten in der Sozialen Arbeit*. Uckerland: Schibri.
- Ohlmeier, D. (1988). Psychoanalyse und Sozialarbeit. In R. Porsch (Hrsg.), *Kasseler Schriften zur Sozialen Therapie*. Bd. 1: *Aktuelle Beiträge* (S. 71-90). Kassel: GHK.
- Pauls, H. (2011). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psychosozialer Behandlung* (2., überarb. Aufl.). Weinheim: Juventa.
- Pauls, H., Stockmann, P. & Reicherts, M. (Hrsg.) (2013). *Beratungskompetenzen für die psychosoziale Fallarbeit. Ein sozialtherapeutisches Profil*. Freiburg: Lambertus.
- Petzold, H. G. (2003). *Integrative Therapie. Modelle, Theorien & Methoden einer schulübergreifenden Psychotherapie*. Bd. 3: *Klinische Praxeologie* (2., überarb. u. erw. Aufl.). Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H. G., Schay, P. & Ebert, W. (Hrsg.) (2004). *Integrative Suchttherapie*. Bd. 1: *Theorie, Methoden, Praxis, Forschung*. Wiesbaden: VS.
- Petzold, H. G., Schay, P. & Ebert, W. (Hrsg.) (2005). *Integrative Suchttherapie*. Bd. 2: *Innovative Modelle, Praxisstrategien und Evaluation*. Wiesbaden: VS.
- Porsch, R. (Hrsg.) (1988). *Kasseler Schriften zur Sozialen Therapie*. Bd. 1: *Aktuelle Beiträge*. Kassel: GHK.
- Porsch, R. (Hrsg.) (1989). *Kasseler Schriften zur Sozialen Therapie*. Bd. 2: *Mann und Frau*. Kassel: GHK.
- Porsch, R. (Hrsg.) (1990). *Kasseler Schriften zur Sozialen Therapie*. Bd. 3: *Psychisch Kranke*. Kassel: GHK.
- Porsch, R. (Hrsg.) (1991). *Kasseler Schriften zur Sozialen Therapie*. Bd. 4: *Aktuelle Beiträge 2*. Kassel: GHK.
- Richmond, M. E. (1917). *Social diagnosis*. New York: Russell Sage Foundation.
- Salomon, A. (2004). Soziale Diagnose. In A. Salomon, *Frauenemanzipation und soziale Verantwortung. Ausgewählte Schriften*. Bd. 3: 1919-1948 (S. 255-314). Neuwied: Luchterhand (Orig. 1926).
- Schulze, H. (2006). Biografietheoretische Konzeptualisierung als soziale und geschichtliche Dimensionierung des Psychischen. *Klinische Sozialarbeit*, 2(2), 10-12.
- Schraml, W. J. (1969). Soziale Therapie und Casework. In W. J. Schraml, *Abriß der Klinischen Psychologie* (S. 122-126). Stuttgart: Kohlhammer.
- Schwendter, R. (2000). *Einführung in die Soziale Therapie*. Tübingen: DGVt.
- Steiner, R. (1967). *Heilpädagogischer Kurs. Zwölf Vorträge, gehalten in Dornach vom 25. Juni bis 7. Juli 1924 vor Ärzten und Heilpädagogen*. Dornach: Steiner.
- Theunissen, M. (2008). Wie ist soziale Krankheit möglich? Über Viktor von Weizsäcker's Reformschrift. In H. Stoffels (Hrsg.), *Soziale Krankheit und soziale Gesundheit* (S. 21-34). Würzburg: Königshausen & Neumann.
- Weizsäcker, V. v. (1947). *Körpergeschehen und Neurose. Analytische Studie über somatische Symptombildungen* (Reihe: Forschungen zur Psychoanalyse und Psychotherapie). Stuttgart: Klett.
- Weizsäcker, V. v. (1986). Soziale Krankheit und soziale Gesundheit. In V. v. Weizsäcker, *Gesammelte Schriften* (Bd. 8; S. 31-95). Frankfurt: Suhrkamp (Orig. 1930).

Rezension

Lebens- und Bedarfslagen im Alter

Theresia Wintergerst

Der Herausgeberband »Lebens- und Bedarfslagen im Alter. Herausforderungen für die Beratung, Klinische Sozialarbeit und Geriatrie« von Michael Vogt will professionelle HelferInnen für neue Aufgaben der Beratung und Unterstützung alter Menschen sensibilisieren und Unsicherheiten abbauen.

Im ersten Artikel wertet Alfons Maurer allgemeine Trends der alternden Gesellschaft für die Sozialwirtschaft aus.

Der zweite Artikel von Meinolf Peters thematisiert die Beratung älterer Menschen. Ältere seien immer weniger bereit, sich mit dem Negativbild des selbstbezogenen und Neuen

gegenüber nicht aufgeschlossenen älteren Menschen zu identifizieren. Um hier Alternativen zu entwickeln, gelte es, Identitätsarbeit zu befördern. Zu einer solchen kann psychosoziale Beratung beitragen. Interessant ist seine Kritik an reduzierten Beratungsprozessen, die nicht selten nur wenige Minuten einnehmen. Beratung beschränke sich zu oft lediglich auf eine Form der Informationsweitergabe und Vermittlung zwischen verschiedenen Hilfeinstanzen. Psychosoziale Beratung soll allerdings das Zusammenspiel von sozialen Lebensverhältnissen und psychischen Kapazitäten in den Blick nehmen. Deshalb ist es wichtig, die Entwicklungsaufgaben älterer Menschen zu kennen, um Anpassungsprozesse begleiten zu können. Ausgehend von der Bin-

nendifferenzierung der Altersphase schlägt der Verfasser drei sensible Übergangsphasen vor, die psychosoziale Beratung begleiten kann: (1) den Übergang in die nachberufliche Phase, in der eine neue soziale Rolle entwickelt wird, (2) den Übergang vom selbstständigen ins abhängige Alter, wo Hilfeleistungen akzeptiert werden müssen, (3) den Sterbeprozess, der radikal auf den Umgang mit der Endlichkeit verweist.

Norbert Kunze befasst sich daraufhin mit der Beratung älterer MigrantInnen. Das Pendeln zwischen Rückkehr und Bleiben, die Erstellung einer inneren Migrationsbilanz und die soziale Verortung im Familiensystem sind anspruchsvolle Aufgaben älterer MigrantInnen. Zu oft verstümmen diese, wenn sie keine Räume fin-

den, in denen darüber sprechen können. Die besondere Qualität des Artikels besteht in der erhellenden Illustration des Themas durch Fallvignetten, die sowohl spezifische Lebenslagen älterer MigrantInnen verdeutlichen und Beratungsanlässe aufzeigen als auch den Verlauf einer Beratung systematisch und differenziert darstellen. Der Autor hält fest, dass Altenhilfe und Migrationssozialarbeit stark getrennt voneinander arbeiten und schließt daraus: »Angesichts der sich zuspitzenden intergenerationalen Überforderung im Zusammenleben von älteren Migrantinnen und Migranten und ihren Familien – insbesondere in Pflegesituationen – und angesichts der Zunahme der Alleinstehenden unter den ausländischen Seniorinnen und Senioren sind politische Anstrengungen erforderlich, um die Arbeit von interkulturell arbeitenden psychologischen Beratungsstellen sozialrechtlich abzusichern.« (S. 77)

Der Herausgeber Michael Vogt befasst sich in seinem Artikel mit dem Thema der PartnerInnenschaftsberatung im Alter. Er weist daraufhin, dass PartnerInnenschaftszufriedenheit im Alter eine protektive gesundheitliche Wirkung hat. Gerade langjährige PartnerInnen sind jedoch herausgefordert, eine Reduktion der PartnerInnenschaftszufriedenheit durch eine Verflachung der emotionalen Bezogenheit zu vermeiden. Konfliktverschärfend in langjährigen PartnerInnenschaften kann der Übergang in den Ruhestand werden, da auch im Paargeschehen eine neue Rollenaufteilung gefunden werden muss. Aber auch neue PartnerInnenschaftsbeziehungen im Alter haben ihre Konflikte. Die fehlende Akzeptanz, z.B. durch die erwachsenen Kinder, machen diese fragil. Vogt fordert eine einladende Öffentlich-

keitsarbeit, mit der Beratungsangebote gezielt an ältere Menschen gerichtet werden. Die beziehungsorientierte Beratung soll bifokal, also individuumsbezogen und strukturbezogen sein (S. 99) und der Tradition des personenzentrierten und emotionsbezogenen Ansatzes folgen. Als Beleg für diesen Ansatz nennt der Verfasser die AutorInnen Elliott, Watson, Goldman und Greenberg. Im Literaturverzeichnis findet sich dazu jedoch nicht das entsprechende Werk.

Yasmin Schunk greift danach systematisch das Thema der biopsychosozialen Einflüsse auf die Sexualität im Alter aus dem Blickwinkel der Klinischen Sozialarbeit auf. Sexuelle Probleme in PartnerInnenschaften, in denen ein(e) Partner(in) demenziell verändert ist, Verlust- und Trennungsbewältigung im Alter und die Organisation von Altenhilfeeinrichtungen, die älteren Menschen ihre sexuellen Interessen nicht absprechen, sind dabei Themenfelder der Klinischen Sozialarbeit.

Für die Gesundheit Älterer spielt das soziale Eingebundensein in gesellschaftliche Strukturen eine entscheidende Rolle. Wolfgang Rutz untersucht die personenzentrierter Gesundheitsförderung und stellt diese in den Kontext menschenrechtlicher Ansprüche. Der Autor stellt einen Zusammenhang her zwischen einer hohen Suizidalitätsrate älterer Menschen und ihrer prekären sozialen Positionierung und Wertschätzung in der Gesellschaft. Der Verfasser zeigt zudem, wie unterschiedlich depressive Symptome bei älteren Männern und Frauen sind. Das Sprechen über primäre Symptome der Depression ist dabei niedrigschwelliger als das Thematisieren von Diagnosen.

Hans Goldbrunner thematisiert die intergenerativen Beziehungen im ländlichen Raum. Er betont die inhärente Ambivalenz dieser Beziehungen, die zu akzeptieren und zu gestalten sei. Er zeigt, wie die stärkere räumliche Nähe zwischen den Generationen im ländlichen Raum dialektisch mit Abgrenzungsbestrebungen und emotionaler Distanz gekoppelt ist.

Im Artikel über die geriatrische Rehabilitation konstatiert Johannes Kraft: »Im höheren Lebensalter stehen neben einer Vielzahl somatischer Probleme immer auch seelische, psychosoziale und funktionelle Belastungs- und Gefährdungssituationen im Mittelpunkt des Behandlungsprozesses. Das durch eine zunehmende organzentrierte Spezialisierung geprägte Gesundheitswesen beantwortet die Bedarfssituation älterer Erkrankter oft vor allem anderen mit hohem technischen Einsatz« (S. 195). Dem »dominierenden organzentrierten Ansatz« (S. 197) stellt der Verfasser die Bedeutung funktionell-übender, aktiv-pflegerischer, pädagogischer und sozialer Maßnahmen gegenüber (vgl. S. 197). In diesem Sinne ist die Geriatrie par excellence ein Ort interdisziplinären Wirkens.

Das vorliegende Werk beleuchtet Lebens- und Bedarfslagen im Alter aus unterschiedlicher Perspektive. Es trägt vorhandenes Wissen zusammen und entwickelt den Fachdiskurs über Soziale Arbeit in der alternden Gesellschaft weiter. Deshalb ist es zu empfehlen!

Vogt, Michael (Hrsg.) (2013). Lebens- und Bedarfslagen im Alter. Herausforderung für die Beratung, Klinische Sozialarbeit und Geriatrie (Reihe: Lebenshorizonte im höheren Alter). Augsburg: Ziel-Verlag. 231 Seiten. ISBN 978-3-944708-00-3. 19,80 EUR.

Rezension

Sozialtherapeutische Beratung

Gerhard Klug

Psychosoziale Interventionen in der Sozialarbeit haben eine lange Tradition. Sie entwickelten sich je nach Arbeits- und Aufgabenfeld unterschiedlich und tragen zum Teil verschiedene Bezeichnungen (Soziotherapie, Sozialtherapie, psychosoziale Behandlung usw.). Ein eigenständiges Profil einer spezifischen, gesundheitsorientierten Interventionsform konnte die Klinische Sozialarbeit bisher nicht zufriedenstellend formulieren. Mit der Schrift »Beratungskompetenzen für die psychosoziale Fallarbeit« möchten Pauls, Stockmann und Reicherts dieses Feld erschließen und weisen begrifflich und methodisch auf das Profil der »sozialtherapeutischen Beratung« als zentrale Interventionsform hin. Dabei geht es den AutorInnen darum, eine therapeutisch orientierte bzw. sozialtherapeutische Beratungskompetenz als ein Handlungskonzept Klinischer Sozialarbeit zu integrieren.

Der Band ist in drei aufeinander aufbauende Abschnitte untergliedert. Im ersten Teil widmen sich die HerausgeberInnen den Grundlagen der »sozialtherapeutischen Beratung«. Das Konstrukt »sozialtherapeutische Beratung« wird unter Zugrundelegung der Begriffe »Kompetenzen« und »Beratung« dargestellt, ohne auf den Therapiebegriff zurückgreifen

zu müssen. Entlang menschenrechtlicher und gesellschaftlicher bzw. sozioökonomischer Kategorien und anhand des biopsychosozialen Modells (BPS) wird »das Soziale« als charakterisierendes Spezifikum mit seinen – in einem gesundheits- und krankheitsorientiertem Behandlungsverständnis erforderlichen – Kompetenzen herausgearbeitet.

Der zweite Teil des Bandes befasst sich mit ausgewählten Orientierungen von Beratung. Namhafte VertreterInnen der aktuellen fachwissenschaftlichen Diskussion in der Klinischen Sozialarbeit stellen vor dem Hintergrund des einleitend entworfenen Konzeptes »sozialtherapeutische Beratung« und eines allgemeinen Modells, welches Beratungskompetenzen und -handlungen für sozialklinische PraktikerInnen integriert, verschiedene Beratungsorientierungen und dafür notwendige Kompetenzprofile dar.

Im dritten Abschnitt werden die zuvor gezeigten Beratungsorientierungen – entlang des sozialtherapeutischen Beratungskonzeptes – anhand wichtiger Arbeitsfelder und Bereiche (Psychiatrie, Beratung von Paaren und Familien, Suchtberatung, Beratung in der Forensischen Sozialarbeit sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und Beratung bei Cyberbullying) veranschaulicht.

Der vorliegende Band darf als ein weiterer Reifungsschritt der Klinischen Sozialarbeit in

Richtung Entwicklung und Formulierung einer eigenständigen sozialklinischen Methodik angesehen werden. Die Besonderheit dieser Arbeit liegt darin, dass die HerausgeberInnen sich der Herausforderung stellen, einen Interventionsansatz für die Klinische Sozialarbeit theoretisch zu konzeptualisieren, empirisch zu fundieren und für die Praxis (sowie als Abgrenzung zu benachbarten, etablierten Professionen) durch Kompetenzprofile und Handlungsmodelle zu begründen, anstatt lediglich in einer Diskussion über die Notwendigkeit einer sozialklinischen Behandlung zu verbleiben. Die Stärke dieser Arbeit zeigt sich für erfahrene LeserInnen darin, dass auf klare, verständliche und kompakte Art und Weise ein sozialklinisches Interventionskonzept mit eigenständigem Charakter vorgestellt wird. Dass es nicht nur ein abstraktes Konstrukt aus der akademischen Feder ist, beweisen die vielen gelungenen Praxisbeispiele ausgewählter Handlungsfelder und Aufgabenbereiche. Die Praxis ist aufgefordert, dieses Konzept für das eigene spezifische Aufgabenfeld zu adaptieren, kritisch zu überprüfen und ggf. weiter zu entwickeln.

Pauls, Helmut, Stockmann, Petra & Reicherts, Michael (Hrsg.) (2013). Beratungskompetenzen für die psychosoziale Fallarbeit. Ein sozialtherapeutisches Profil. Freiburg: Lambertus. 292 Seiten. ISBN 978-3-7841-2430-8. 21,90 EUR.