

Psychotherapeutische Interventionsmethoden und Konzepte in der Sozialen Arbeit

Torsten Wendt

Torsten Wendt

Psychotherapeutische Interventionsmethoden und Konzepte in der Sozialen Arbeit

Semiprofessioneller Pragmatismus oder
multimodale Chance?

Impressum

CIP-Titelaufnahme der Deutschen Bibliothek

Torsten Wendt

Psychotherapeutische Interventionsmethoden und Konzepte in der Sozialen Arbeit
Semiprofessioneller Pragmatismus oder multimodale Chance?

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

Coburg: ZKS-Verlag

Alle Rechte vorbehalten

© 2013 ZKS-Verlag

Cover-Design: Leon Reicherts

ISBN 978-3-934247-07-9

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

Anschrift:

Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit
Mönchswiesenweg 12 A
96479 Weitramsdorf-Weidach

Kontakt:

info@zks-verlag.de

www.zks-verlag.de

Tel./Fax (09561) 33197

Gesellschafter der ZKS:

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

„Wer vorschnell meint, alles auf einen Nenner bringen zu können, und sei der Nenner noch so kompliziert und ausgefeilt, der tut der Realität Gewalt an, wofür diese sich mit ihrer Widerständigkeit gegen jede so begründete Veränderung rächt.“

Manfred Lütz

Der blockierte Riese – Psycho-Analyse der katholischen Kirche

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	IV
Einleitung.....	5
1. Definitionen	6
2. Ausgangslage	10
3. Theoretische Bezüge, Konzepte und Methoden	13
3.1. Theoretische Bezüge Sozialer Arbeit	13
3.1.1. Referenzpunkte der Theoriebildung.....	13
3.1.2. Gegenstandsbestimmung und Charakteristik der Methodik	14
3.1.3. Verhältnis von Theorie, Praxis, Konzept und Methode	17
3.2. Psychotherapeutische Konzepte, Methoden und Wirkfaktoren	19
3.2.1. Grundlagen humanistischer Therapieansätze	19
3.2.2. Grundlagen psychodynamischer Therapieansätze.....	21
3.2.3. Grundlagen systemischer Therapieansätze	22
3.2.4. Grundlagen behavioraler Therapieansätze.....	23
3.2.5. Wirkfaktoren der Psychotherapie und ihre Konsequenzen	24
3.3. Vergleich, Abgrenzung und Kompatibilität – erstes Zwischenfazit	27
4. Konzepte der Integration therapeutischer Ansätze in die Soziale Arbeit.....	31
4.1. Engaging als Basismethode Sozialer Arbeit.....	32
4.1.1. Alltagsorientiertes Setting und Methodenoffenheit.....	33
4.1.2. Mangelnde Beratungsmotivation und Konfrontation	34
4.1.3. Einschätzung des Engaging Konzeptes	36
4.2. Verhaltensmodifikation als übergeordnete Methode Sozialer Arbeit	36
4.2.1. Methodik der Verhaltensmodifikation	38
4.2.2. Verhaltensmodifikation im Rahmen Sozialer Arbeit	39
4.2.3. Einschätzung des Konzeptes der Verhaltensmodifikation	41
4.3. Klinische Sozialarbeit als therapeutisches Konzept Sozialer Arbeit	43
4.3.1. Überblick über die konzeptionellen Grundannahmen	43
4.3.2. Klinische Sozialarbeit und Lebensweltorientierung.....	45
4.3.3. Einschätzung des Konzeptes klinischer Sozialarbeit	47
4.4. Einschätzung der Methodenintegration – zweites Zwischenfazit	48
5. Pro und Contra therapeutischer Ansätze in der Sozialen Arbeit	49
5.1. Problemlagen und Mandate	50
5.2. Methodik, Effizienz und Zweckdienlichkeit	53

5.3. Protagonisten, Indikation und Rahmenbedingungen.....	55
6. Fazit	57
7. Quellenverzeichnis.....	60

Abkürzungsverzeichnis

a. a. O.	am angegebenen Ort
AFM	ausgelagertes Fallmanagement
ARGE	Arbeitsgemeinschaft SGB II
bspw.	beispielsweise
bzw.	beziehungsweise
ebd.	ebenda
et al.	et alii – und andere
etc.	et cetera – und so weiter
e.V.	eingetragener Verein
f	folgende (Seite)
ff	fortfolgende (Seite)
ggf.	Gegebenenfalls
Hrsg.	Herausgeber
IFSW	International Federation of Social Workers
o. J.	ohne Jahresangabe
o. S.	ohne Seitenangabe
resp.	respektive
S.	Seite bzw. Seiten
SGB II	Sozialgesetzbuch (SGB) Zweites Buch (II)
u. a.	unter anderem
USA	United States of America
vgl.	Vergleiche
z. B.	zum Beispiel
§	Paragraf

Einleitung

Wenn der Titel der vorliegenden Arbeit in Frage stellt, ob psychotherapeutische Interventionsmethoden und Konzepte in der Sozialen Arbeit als semiprofessioneller Pragmatismus oder als multimodale Chance zu betrachten sind, wird damit zumindest implizit die These aufgestellt, dass diese allgegenwärtig Eingang in die Soziale Arbeit gefunden haben. Zu klären wäre anscheinend nur noch die hierbei existierende Professionalität, Qualität und Wertigkeit für die Soziale Arbeit.

Angesichts der Vielfalt diesbezüglicher Fachliteratur, ebensolcher Ausbildungsangebote und der offensichtlich vorhandenen Attraktivität therapeutischer Konzepte und Qualifikationen bei Praktikern der Sozialen Arbeit,¹ scheint diese These gerechtfertigt. Mit Blick auf die Breite der Methoden, Konzepte und Theorien Sozialer Arbeit, ihres generalistischen Paradigmas der „Allzuständigkeit“² sowie der damit verbundenen Schwierigkeit einer Eingrenzung ihrer Handlungsfelder, Arbeitskontexte und Zuständigkeitsbereiche, lässt sich die Unterstellung einer Allgegenwärtigkeit allerdings nicht aufrecht erhalten. Vielmehr steht zu vermuten, dass therapeutische Interventionen und Konzepte in verschiedenen Kontexten Sozialer Arbeit, mit deren jeweiligen Zielstellungen, Arbeitsinhalten und Mandaten, wie bspw. der Bildungsarbeit, der stationären Jugendhilfe oder der Suchtkrankenhilfe, einen unterschiedlichen Stellenwert einnehmen. Vor diesem Hintergrund erscheint ungewiss, ob es bezüglich der Fragestellung überhaupt eine für die Soziale Arbeit allgemein verbindliche Antwort geben kann, oder ob therapeutische Ansätze in verschiedenen Arbeitskontexten ebenso unterschiedliche Bedeutung besitzen und anders gewertet werden müssen.

In diesem Sinn wäre es für die Erörterung des Themas vielleicht günstiger gewesen, eine exemplarische Eingrenzung des Arbeitskontextes und Settings bzw. eine Diskussion konkreter therapeutischer Interventionen und Konzepte, wie etwa psychotherapeutischer Elemente in der sozialpädagogischen Beratung oder Aspekte der Verhaltensmodifikation in der stationären Jugendhilfe, vorzunehmen. Diese Reduktion oder Fokussierung ist nicht erfolgt, da gerade die Vielfalt therapeutischer Handlungsansätze in der Sozialen Arbeit³ und deren verschiedenartige Implementierung die Fragestellung ‚semiprofessioneller Pragmatismus oder multimodale Chance?‘ provozieren.

¹ Vgl. Galuske, 2009, S. 132 f

² A. a. O., 2009, S. 36

³ Vgl. exemplarisch a. a. O., S. 132

Dennoch verfolgt die vorliegende Arbeit nicht das Ziel, der erwähnten Vielfalt auf beiden Seiten durch eine allumfassende Betrachtung therapeutischer Interventionsmethoden oder von Konzepten und Methoden in verschiedenen Arbeitsfeldern Sozialer Arbeit Rechnung zu tragen. Ebenso wird die für Sozialarbeiter und Pädagogen bestehende Option einer Approbation als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut⁴ vernachlässigt, da das grundlegende Studium hier die akademische Voraussetzung für einen gesetzlich definierten Zugang zur berufsmäßigen und niedergelassenen Ausübung von Psychotherapie außerhalb des Kontextes Sozialer Arbeit darstellt.

Vielmehr werden theoretische und strukturelle Rahmenbedingungen, die Kompatibilität von Konzepten, die Art der Implementierung, Modifikation und Adaption therapeutischer Ansätze sowie nicht zuletzt die Bedingungen therapeutischen Handelns in der Sozialen Arbeit diskutiert, um sich einer Antwort auf die, zugegebenermaßen provokant formulierte, Fragestellung des Themas anzunähern. Im Folgenden werden hierzu vergleichend und exemplarisch theoretische und methodische Bezüge beider Professionen, Modelle der Modifikation therapeutischer Ansätze sowie therapeutische Konzepte Sozialer Arbeit dargestellt.

Um den diesbezüglichen Erkenntnisgewinn für folgende Überlegungen nutzbar werden zu lassen, werden die Betrachtungen theoretischer Bezüge und Konzepte der Integration jeweils mit einem Zwischenfazit abschließen, welche vor dem abschließenden Fazit von weiteren Aspekten des Pro und Contra therapeutischer Ansätze in der Sozialen Arbeit ergänzt werden. Zunächst werden jedoch die wichtigsten Begriffe definiert bzw. deren hier zugemessene Bedeutung konkretisiert.

In der vorliegenden Arbeit wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit durchgehend die maskuline Form Anwendung finden. Dieser Umstand soll keine Diskriminierung darstellen, sondern explizit alle Geschlechter begrifflich einbeziehen.

1. Definitionen

Psychotherapie

...wird genau wie Soziale Arbeit in ihren theoretischen Bezügen, Konzepten und Methoden im Folgenden noch beschrieben. Dennoch soll hier vorab eine allgemein verbindliche Definition erfolgen.

Lieb deutet Psychotherapie minimalistisch als „die Behandlung von psychisch kranken Menschen durch Gespräche oder übende Verfahren.“⁵

⁴ Vgl. Bundesministerium der Justiz, 2007, S. 5

⁵ Lieb, 2005, S. 1

Während Lieb's Begriffsbestimmung wenig aussagekräftig erscheint, definiert das Psychotherapeutengesetz Psychotherapie etwas konkreter als „jede mittels wissenschaftlich anerkannter psychotherapeutischer Verfahren vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist.“⁶ Diese Definition erläutert, insbesondere in Verbindung mit den weiteren Bestimmungen des § 1 des Psychotherapeutengesetzes, eher den juristischen Rahmen der Ausübung von Psychotherapie, ist aber kaum in der Lage, das Wesen von Psychotherapie oder psychotherapeutischer Intervention zu erhellen. An dieser Stelle muss darauf verwiesen werden, dass die wissenschaftliche Anerkennung nach § 11 Psychotherapeutengesetz eine verwaltungsrechtliche Entscheidung des Gesetzgebers darstellt, welche unabhängig von der Beachtung des Verfahrens in Fachkreisen oder seiner realpraktischen Anwendung erfolgt und des Nachweises von Wirksamkeit per Gutachten bedarf.⁷ Aktuell werden in Deutschland als Richtlinienverfahren drei Psychotherapieverfahren von den gesetzlichen Krankenkassen anerkannt; die analytische und die tiefenpsychologische Psychotherapie sowie die Verhaltenstherapie.⁸ Im Kontrast dazu werden in Deutschland geschätzt mehr als sechshundert verschiedene Psychotherapieverfahren angeboten,⁹ über deren Anerkennung in Fachkreisen oder Wirksamkeit hier keine Aussage getroffen werden soll.

Nach Strotzka stellt Psychotherapie einen beabsichtigten und planmäßigen Interaktionsprozess mit emotionaler Verbindung dar, welcher in Übereinstimmung zwischen Klient und Therapeut auf der Basis theoretischer Konstrukte und mittels erlernbarer Techniken auf eine vereinbarte Wirkung, wie etwa Veränderung von Leidensdruck oder Persönlichkeit, abzielt.¹⁰

Senf und Broda erweitern diese Definition um die Anwendung wissenschaftlich und empirisch begründeter Methoden, Theorien und qualifizierter Diagnoseverfahren durch professionelle Psychotherapeuten, Aspekte der Qualitätssicherung und Evaluation sowie die Beachtung ethischer Prinzipien.¹¹

Je komplexer diese Definitionen versuchen den Gegenstand von Psychotherapie zu erfassen, desto weniger scheinen sie geeignet eine Realität zu beschreiben, in wel-

⁶ Bundesministerium der Justiz, 2007, S. 2

⁷ Vgl. Bundespsychotherapeutenkammer, 2009

⁸ Vgl. Bundespsychotherapeutenkammer, 2011

⁹ Vgl. Lackinger Karger et al., 2005, S. 356

¹⁰ Vgl. Strotzka, 1975, zitiert nach Lackinger Karger et al., 2005, S. 355

¹¹ Vgl. Senf; Brode, 1996, zitiert nach Lackinger Karger et al., 2005, S. 355

cher nicht nur ärztliche oder psychologische Berufsstände psychotherapeutisch tätig sind.¹²

Hey differenziert daher zwischen funktionalen sowie methodischen Gesichtspunkten und stellt fest: „Psychotherapie im funktionalen Sinne als Behandlung eines bestimmten Krankheitsbildes ist von Psychotherapie im methodischen Sinne als der für eine solche Behandlung geeigneten Methode zu unterscheiden. Die Therapie als Funktion setzt eine nach dem medizinischen-psychotherapeutischen Klassifikationsschema diagnostizierte Krankheit voraus, auf die dann die jeweils indizierten Behandlungsverfahren angewendet werden. Psychotherapeutische Methoden basieren – jedenfalls als wissenschaftlich begründete – in der Regel auf systematisierten Formen personaler Interaktion bzw. Kommunikation, die sich hinsichtlich ihrer Grundkonzeptionen nicht für irgendeine Berufsgruppe monopolisieren lassen.“¹³ Heys Definition stellt damit eine geeignete Basis für die weitere Betrachtung dar, in welcher der Begriff psychotherapeutische Intervention in der Sozialen Arbeit vorerst auf den methodischen Aspekt abstellt, soweit nicht anders ausgeführt ist.

Soziale Arbeit

... in all ihren Facetten, Theorien, Methoden, Konzepten und vielfältigen Arbeitsfeldern kurz und bündig zu definieren, stellt ein schwieriges Unterfangen dar. In Anbetracht der noch folgenden Auseinandersetzung mit theoretischen Aspekten Sozialer Arbeit soll hier ausschließlich die aktuelle internationale Definition der International Federation of Social Workers (IFSW) Verwendung finden.

„Soziale Arbeit als Beruf fördert den sozialen Wandel und die Lösung von Problemen in zwischenmenschlichen Beziehungen, und sie befähigt die Menschen, in freier Entscheidung ihr Leben besser zu gestalten. Gestützt auf wissenschaftliche Erkenntnisse über menschliches Verhalten und soziale Systeme greift soziale Arbeit dort ein, wo Menschen mit ihrer Umwelt in Interaktion treten. Grundlagen der Sozialen Arbeit sind die Prinzipien der Menschenrechte und der sozialen Gerechtigkeit.“¹⁴

Semiprofessionalität

... wird in der vorliegenden Abhandlung in Verbindung mit dem Terminus Pragmatismus als Attribut zu dessen Konkretisierung verwendet und bezieht sich zumindest

¹² Vgl. exemplarisch Pauls, 2011, S. 124

¹³ Hey, 2000, zitiert nach Pauls, 2011, S. 126 f

¹⁴ IFSW, 2004, o. S.

in diesem Zusammenhang auf die Merkmale professionellen Handelns an sich. Nach Reiter und Steiner ist professionelles Handeln durch einen „höheren Anteil an explizitem Expertenwissen“¹⁵ und handlungsbezogener Reflexion gekennzeichnet, welche es ermöglicht, Problemlagen aus verschiedenen Perspektiven zu betrachten sowie in Verbindung mit Erfahrungswissen fall- und problembezogene Theorien zu entwickeln. Schwendenwein sieht hierfür unter anderem eine wissenschaftlich abgesicherte sowie in praxi anwendbare Theoriekenntnis als Voraussetzung an.¹⁶ Mit semiprofessionell ist hier dementsprechend eine wissenschaftlich und empirisch nicht exakt fundierte und unreflektierende Beliebigkeit in der pragmatischen Auswahl von Interventionen und Handlungsansätzen gemeint.

Pragmatismus

... bezeichnet eine Grundhaltung, aus welcher heraus die Angemessenheit einer Handlung nicht nach ihrer allgemeinen Gültigkeit, sondern ausschließlich nach ihrem situativen Nutzen beurteilt wird.¹⁷ Bezogen auf die Verwendung therapeutischer Handlungsansätze in der Sozialen Arbeit würde sich deren Notwendigkeit also ad hoc aus einer momentan empfundenen Zweckdienlichkeit und weniger aus einer empirisch und wissenschaftlich begründeten Indikation heraus ergeben.

Pauls verweist hierzu zwar darauf, dass „klinisch tätige Sozialarbeiter neben der fundierten wissenschaftlichen und methodischen Ausbildung pragmatische Offenheit für eigene Erfahrung und Intuition“ benötigen und „aus dem eigenen Praxisbezug heraus entscheiden, welche Methoden auch aus anderen Disziplinen übernommen werden“,¹⁸ stellt aber auch klar, dass es hierzu einer professionellen, erfahrungs- und wissensbasierten Diagnose- und Methodenkompetenz bedarf, welche in der Lage ist, Wissenschaft und Praxis auf einander zu beziehen.¹⁹

Ein semiprofessioneller Pragmatismus ohne Reflexion des Gesamtkontextes und Bezugnahme auf ein umfassendes Handlungskonzept birgt gewisse Risiken. Exemplarisch genannt sein sollen die Gefahr eines wahllosen und unreflektierten Eklektizismus,²⁰ welcher sich möglicherweise inkompatibler Interventionen und Konzepte

¹⁵ Reiter; Steiner, 1996, S. 9

¹⁶ Vgl. Schwendenwein, 1990, zitiert nach Reiter; Steiner, 1996, S. 10

¹⁷ Vgl. Fröhlich, 1993, S. 310

¹⁸ Pauls, 2011, S. 28

¹⁹ Vgl. a. a. O., S. 26 ff

²⁰ Vgl. exemplarisch Galuske, 2009, S. 173

bedient oder mit kontraindizierten Interventionen zu einer unbegründeten und manipulativen Therapeutisierung Sozialer Arbeit und ihrer Klientel beiträgt.

In diesem Sinn wird Pragmatismus, insbesondere mit dem Attribut semiprofessionell, in der vorliegenden Abhandlung als Synonym für eine wissenschaftlich und methodisch wenig begründete Verwendung therapeutischer Methoden, Handlungsansätze und Interventionen gebraucht, welche „pragmatisch verkürzt, wenig vernetzt und ohne Rückkopplung an die sozialpädagogische Theoriedebatte“²¹ erfolgt.

Multimodalität

... in der hier verwendeten Bedeutung stellt das Pendant zum semiprofessionellen Pragmatismus dar und meint die professionelle, auf methodischem Wissen und Erfahrung basierende sowie reflektierende Verknüpfung professions- und konzeptübergreifender kompatibler Interventionsmethoden zu einem sinnvollem Ganzen. Der Terminus „multimodale Chance“ in der Fragestellung bezieht sich im Kontrast zum semiprofessionellen Pragmatismus auf das Potential der Synergieeffekte einer sinnhaften Integration therapeutischer Interventionen und Konzepte in die Soziale Arbeit. In diesem Sinn stellen sowohl Multimodalität als auch semiprofessioneller Pragmatismus im hier verwendeten Sinn zwei Spielarten des Eklektizismus dar und werfen die Fragen nach der Notwendigkeit und wissenschaftlich methodischen Begründbarkeit therapeutischer Ansätze in der Sozialen Arbeit auf.

2. Ausgangslage

Die Attraktivität therapeutischer Konzepte, Methoden und Interventionen in der Sozialen Arbeit scheint ungebrochen. Praktiker bedienen sich eines interdisziplinären Methodenkanons, wobei die Verwendung originär psychotherapeutischer Elemente gängig erscheint; Sozialarbeiter beraten klientenzentriert, arbeiten systemtherapeutisch in Familien, modifizieren Verhalten mittels Verstärkerplänen etc.

Galuske stellt dazu bspw. fest, dass die Methoden sozialer Einzelfallhilfe und Gruppenarbeit schon lange an psychotherapeutischen Konzepten orientiert sind, und dass deren Vereinnahmung durch die Soziale Arbeit seit Jahrzehnten eine ungebrochene Konjunktur erlebt. In diesem Zusammenhang bezieht er sich auf eine Umfrage von Klüsche aus dem Jahr 1990, welche belegt, dass fünfzig Prozent der praktisch Tätigen in der Sozialen Arbeit therapeutische Methoden anwenden und ca. neu-

²¹ Galuske, 2009, S. 22

nundzwanzig Prozent mit einer therapeutischen Qualifikation die Chance zu einer beruflichen Aufwertung verbinden. Hoch im Kurs stehen nach dieser Studie die Familien-, die Gesprächs-, und die Gestalttherapie.²²

Klüsches Studie legt nahe, dass in der Praxis Sozialarbeiter mit unterschiedlichsten therapeutischen Zusatzqualifikationen in verschiedenen Arbeitsfeldern und Settings tätig sind. Einige dieser Settings werden einen therapeutischen Charakter aufweisen und zumindest formal entsprechende Zusatzqualifikationen erfordern,²³ andere werden keinen therapeutischen Bezug besitzen. Gerade in nicht-therapeutischen Settings bleibt dabei offen, in wie weit dennoch therapeutische Aspekte und vor allem Techniken in die Methodik einfließen und wie bzw. ob diese sich legitimieren lassen. Köckeritz stellt hier bspw. bezüglich der sozialpädagogischen Familienhilfe fest: „In der Alltagspraxis der Helfer scheint Konsens darüber zu bestehen, Sozialarbeit und Psychotherapie zusammenzubringen. Therapeutisches Wissen und zugehörige Methoden werden nicht als elaborierte Verfahren wie im klinischen Handlungsfeld, sondern jenseits eingengter klinischer Situationen als Verstehens- und Handlungsinstrumente genutzt. Man versucht also, Erfahrungen aus dem therapeutischen Setting für die alltagsorientierte Hilfeleistung fruchtbar zu machen.“²⁴ Neben den Aspekten der unklaren Notwendigkeit, Indikation und Legitimation therapeutische Interventionen als nicht elaborierte Verfahren in eine alltagsorientierte Hilfeleistung zu integrieren, bleibt die Gefahr, komplexe psychotherapeutische Persönlichkeitstheorien und Konzepte auf reine – und damit unter Umständen manipulative – Interventionstechniken zu reduzieren, welche verkürzt, unreflektiert und eklektisch in kontraindizierten Situationen verwendet werden.²⁵ In diesem Sinn stellt sich die Frage nach der Kompatibilität zwischen Sozialer Arbeit und spezifischen psychotherapeutischen Konzepten mit differenzierten Interventionsformen auch dahingehend, ob die Qualität der vorhandenen therapeutischen Qualifikationen einem positiv eklektischen, also multimodalen, Ansatz gerecht werden kann und ob dieses mit der von Köckeritz offensichtlich als legitim angesehenen Simplifizierung therapeutischer Interventionen in der Praxis der Sozialen Arbeit überhaupt angestrebt wird.

Die Betrachtung der Weiterbildungsmöglichkeiten für Sozialarbeiter offenbart an dieser Stelle eine sowohl quantitativ als auch qualitativ unübersichtliche, bisweilen be-

²² Vgl. Galuske 2009, S. 132 f

²³ Vgl. a. a. O., S. 133

²⁴ Köckeritz, 2004, S. 182

²⁵ Vgl. exemplarisch Zwilling, 2008, S. 3

liebig erscheinende Vielfalt, welche sich von Workshops über Weiterbildungen auf Zertifikatsebene bis zu Modulen in grundständigen akademischen sowie themenspezifischen postgradualen Studiengängen etc. erstreckt.

Eine ebensolche Fülle von Angeboten findet sich in der Literaturlandschaft wieder, welche vom wissenschaftlich fundierten Fachbuch bis zu Ratgebern reicht, die Instruktionen für psychotherapeutische Interventionen im Sinne von „Methodenkoffern“ anbieten und Praktiker „insbesondere [...] diejenigen, die sich bisher weniger oder gar nicht mit psychotherapeutischen Techniken befasst haben“²⁶ dazu anregen, eben diese in der Arbeit auszuprobieren.

Diese kritische Darstellung der Ausgangslage ist allerdings nicht allein bezeichnend für die aktuelle Situation. Vielmehr muss konstatiert werden, dass Fachkräften der Sozialen Arbeit der Zugang zu qualitativ hochwertigen Zusatzausbildungen offen steht und dieser auch genutzt wird. Eine aktuelle Studie aus dem Jahr 2011 belegt, dass bspw. fünfundzwanzig Prozent der Fachkräfte in Berlin und Brandenburg eine umfangreiche Zusatzqualifikation in systemischer Beratung und Therapie besitzen.²⁷ Darüber hinaus existieren insbesondere im Rahmen der klinischen Sozialarbeit und Sozialtherapie, aber auch im Sinn einer Modifikation originär therapeutischer Ansätze zu Rahmenkonzepten ohne Therapieanspruch, wie der Psychoanalytischen Sozialen Arbeit, der Verhaltensmodifikation oder des Engaging Ansatzes, konzeptionell begründete Entwürfe und Strategien des Methodentransfers.

Im Theoriediskurs existiert allerdings kein Konsens über die Kompatibilität von Sozialer Arbeit und Psychotherapie oder darüber, ob es sich bei dem Ergebnis des Methodentransfers um soziale Psychotherapie,²⁸ Sozialtherapie mit psychotherapeutischer Wirkung,²⁹ psychosoziale Therapie oder „Quasi-Psychotherapie“³⁰ handelt und ob dies jeweils Sinnhaftigkeit, Berechtigung oder Notwendigkeit reklamieren könnte.

Zu dieser Debatte soll exemplarisch auf zwei Positionen verwiesen werden; Galuske kommt in seiner Untersuchung der Strukturmerkmale sozialpädagogischer und therapeutischer Intervention zu dem Schluss, „dass sich Sozialpädagogik nicht in Therapie auflösen lässt, dass therapeutische Methoden folglich keine sozialpädagogischen Methoden sind.“³¹ Pauls dagegen fordert „aus fachlichen Gründen eine Ent-

²⁶ Vgl. exemplarisch Caby; Caby, 2009, Klappentext

²⁷ Vgl. Grote, 2011, S. 47

²⁸ Vgl. exemplarisch Pauls, 2011, S. 182

²⁹ Vgl. Schwendtner, 2000, S. 7

³⁰ Knoll, 2002, S. 222

³¹ Galuske, 2009, S. 142

krampfung des Verhältnisses von sozialer Beratung bzw. sozialer Therapie und Psychotherapie, [wobei dieses] aus berufsständigen Gründen [...] ein schwieriges Unterfangen“³² sei.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass psychotherapeutische Interventionen in praktisch allen Kontexten Sozialer Arbeit mit unterschiedlicher Qualität und Indikation präsent sind oder sein können. Unklar bleibt dabei in Theorie und Praxis vorerst, ob dieses legitim, sinnvoll und zielführend ist.

3. Theoretische Bezüge, Konzepte und Methoden

Mit dem Ziel sich einer ersten Einschätzung zur genannten Problemstellung zu nähern, werden folgend die Theorien, Konzepte sowie die Charakteristik der Methoden Sozialer Arbeit und von Psychotherapie kurz vorgestellt und verglichen. Das Interesse liegt dabei weniger in dem Anspruch der Vollständigkeit, als vielmehr auf der Auswahl relevant erscheinender Aspekte.

3.1. Theoretische Bezüge Sozialer Arbeit

An dieser Stelle einen ausführlichen Überblick über die Vielfalt des Theoriediskurses Sozialer Arbeit geben zu wollen, ist aufgrund der Vielzahl von Positionen³³ weder möglich, noch im Sinne der tragenden Fragestellung notwendig. Sinnvoll dagegen erscheint eine Auseinandersetzung mit der Charakteristik der Theorie Sozialer Arbeit, ihrem Verhältnis zur Praxis sowie ihren Methoden und Techniken.

3.1.1. Referenzpunkte der Theoriebildung

Rauschenbach und Züchner beurteilen die Theoriebildung Sozialer Arbeit als „offenes Projekt [...], bei dem die Theorien – wenn sie denn vorliegen – im Sinne eines wissenschaftlichen Diskurses miteinander verbunden oder von einander abgegrenzt, jedenfalls aufeinander bezogen bzw. in ein Verhältnis zueinander gesetzt werden“³⁴ müssen.

Vorab identifizieren sie „vier soziale Tatbestände“³⁵ auf welche die Theoriebildung Sozialer Arbeit ihres Erachtens insgesamt rekurriert. Als erstes nennen sie „die Erziehungstatsache [mit den] vielschichtiger werdenden Herausforderungen des Auf-

³² Pauls, 2011, S. 131

³³ Vgl. exemplarisch Rauschenbach; Züchner, 2010, passim

³⁴ A. a. O., S. 171

³⁵ A. a. O., S. 169

wachsens diesseits und jenseits von Familie und Schule.“³⁶ Als zweiten und zentralen Schwerpunkt Sozialer Arbeit bezeichnen sie soziale Problemlagen, welchen Fragen nach sozialer Teilhabe und Integration, sozialer Gerechtigkeit und Armut, aber auch nach der Kontroll- und Normalisierungsfunktion bezüglich sozialer Devianz immanent sind. Der dritte ‚Tatbestand‘ umfasst „die Aufgabenstellungen der Sozialen Arbeit im Kontext zeitweiliger oder anhaltender prekärer Lebenslagen und Lebensverläufe“³⁷ als Hilfe zur Lebensbewältigung. Als vierter Referenzpunkt wird der Bereich Bildung als Faktor gesellschaftlicher Allokation und im Sinn persönlicher Kompetenzentwicklung charakterisiert.

Insgesamt verweisen die Autoren darauf, dass sich unter diese Schwerpunkte „subjektbezogene Theorien auf der Ebene des Individuums, [...] Interaktionstheorien auf der Ebene der Intersubjektivität, [...] institutsbezogene Theorien auf der Ebene von Organisationen oder eben [...] Funktionstheorien auf der Ebene der Gesellschaft“³⁸ subsumieren lassen.

3.1.2. Gegenstandsbestimmung und Charakteristik der Methodik

Galuske führt zu den Besonderheiten Sozialer Arbeit und den daraus resultierenden methodischen Konsequenzen³⁹ aus, dass das Aufgabenfeld und damit die Art der Arbeitsmethode anderer Helferdisciplinen, wie etwa der Psychologie, relativ klar definiert ist, während Sozialer Arbeit eine Allzuständigkeit und daraus resultierend „ein geringer Grad an Spezialisierung“⁴⁰ immanent ist. Dieser Umstand ergibt sich letztendlich aus der Schwierigkeit einer Eingrenzung des Arbeits- und Zuständigkeitsbereiches Sozialer Arbeit; „alles, was das (Alltags-)Leben an Problemen hergibt, [...] *kann* zum Gegenstand sozialpädagogischer Intervention werden.“⁴¹ Allzuständigkeit erhebt dabei nicht den Anspruch, jedes Problem der Sozialen Arbeit zuzuweisen, sondern verweist darauf, „dass es eine enorme und diffuse Bandbreite von Problemen gibt, die prinzipiell zum Gegenstand Sozialer Arbeit werden *können*. Was faktisch Gegenstand der Bearbeitung *wird*, konkretisiert sich im situativen und institutionellen Kontext der Fallbearbeitung und ist nicht zuletzt Produkt der Aushandlung zwischen SozialpädagogInnen und KlientInnen.“⁴²

³⁶ Ebd.

³⁷ A. a. O., S. 169

³⁸ A. a. O., S. 171

³⁹ Vgl. Galuske, 2009, S. 36

⁴⁰ Ebd.

⁴¹ Ebd. (Hervorhebung im Original)

⁴² A. a. O., S. 38 (Hervorhebung im Original)

An dieser Stelle sei auf die Problematik des doppelten Mandates verwiesen; der Sozialen Arbeit ist aus historisch gewachsener Tradition bis heute eine staatliche Kontrollfunktion immanent. An der Aushandlung, was zum Gegenstand der Bearbeitung wird und wie diese Bearbeitung aussieht, ist damit eine dritte Instanz beteiligt, welche durch gesetzlichen Rahmenbedingungen die Hilfe oft überhaupt erst ermöglicht, andererseits aber durchaus divergente Ziele und Interessen bezüglich des Anliegen von Klienten formulieren kann.

Insgesamt scheint die Fülle von Problemlagen und unterschiedlichen Interessen den Anspruch der Allzuständigkeit und damit die Notwendigkeit eines breiten Methodkanons zu verifizieren. Galuske verweist hier auf die Gefahren der Überforderung und mangelnder Spezifizierung⁴³ und führt an, dass sich Methodenkompetenz aufgrund der Komplexität zu einem technischen Können reduzieren kann. Hier besteht die Gefahr, dass die erlernte Methode und nicht die individuellen Erfordernisse die Vorgehensweise sowie das Ziel der Handlungsweisen bestimmen und wenig zielführende Prokrustes Situationen die Methodik ad absurdum führen. „Insbesondere besteht mithin die Gefahr, dass in der routinisierten und auf ‚Technikbeherrschung‘ verkürzten Methodenverwendung der ‚sozialpädagogische Blick‘ abhanden kommt, die auf die Bedingungen des Einzelfalls ausgerichtete, fachlich fundierte, gleichwohl offene Suchhaltung gegenüber dem biographischen Eigensinn, den ‚Besonderheiten‘ der Klienten ebenso wie gegenüber den Eigenheiten der Lebenswelten und der sozialen Netzwerke der Subjekte.“⁴⁴

Nach Galuske thematisieren „Methoden der sozialen Arbeit [...] jene Aspekte im Rahmen sozialpädagogischer/sozialarbeiterischer Konzepte, die auf eine planvolle, nachvollziehbare und damit kontrollierbare Gestaltung von Hilfeprozessen abzielen und die dahingehend zu reflektieren und zu überprüfen sind, inwieweit sie dem Gegenstand der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, den Interventionszielen, den Erfordernissen des Arbeitsfeldes, der Institution, der Situation sowie den beteiligten Personen gerecht werden.“⁴⁵ Diese Definition beschreibt, dass der Begriff Methode nicht nur das ‚Wie‘ einer Handlung umfasst, sondern auch eine Reflektion und Überprüfung des Handelns auf verschiedenen Ebenen darstellt und einfordert. Methodik wird so zu einem seriösen und spezifischen Handwerkszeug, welches wissenschaftlich begründet, jederzeit nachvollziehbar, individuell wiederholbar und dadurch er-

⁴³ Vgl. Galuske, 2009, S. 39

⁴⁴ A. a. O., S. 30

⁴⁵ A. a. O., S. 31

lernbar ist. Nach Bartmann müssen Methoden der Sozialen Arbeit bestimmte Kriterien erfüllen, um dem Anspruch an Wissenschaftlichkeit gerecht zu werden. Hierzu gehören bspw. klar definierte Problemlagen und Genauigkeit bei deren Bearbeitung, eine gesicherte theoriebasierte Verortung und empirische Verifizierung der Wirkmechanismen, eine geregelte Qualifikation der Fachkräfte sowie die Kontrolle und Reflexion von Nebenwirkungen und Kontraindikationen.⁴⁶

Galuske versucht Handlungskonzepte und Methoden Sozialer Arbeit zu erfassen und zu strukturieren, in dem er eine Einteilung in direkte, indirekte und struktur- sowie organisationsbedingte Methoden vornimmt. Konsequenterweise verweist er aber selbst auf die mangelnde Trennschärfe zwischen den methodischen Ansätzen sowie auf die Problematik der Unvollständigkeit, welche sich in an betracht konzeptuell nicht originärer, in praxi aber mittlerweile üblicher Methoden nicht verhindern lässt.⁴⁷ In diesem Sinn führt der Autor die Familientherapie, die klientenzentrierte Beratung und die themenzentrierte Interaktion als direkt interventionsbezogene Konzepte und Methoden der Sozialen Arbeit auf, um dann – konsequenter oder paradoxer Weise? – ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass es sich hier nicht um Methoden der Sozialen Arbeit handeln würde. Aufgenommen seien diese nur, um der Attraktivität dieser Methoden bei Praktikern Rechnung zu tragen und um „eine existierende Situation zu thematisieren.“⁴⁸ Inkonsequent erscheint dagegen, dass dieses auf die Methode Familie im Mittelpunkt offensichtlich nicht zutrifft, obwohl an anderer Stelle festgestellt wird, dass diese sich unterschiedlichster therapeutischer Techniken bedient.⁴⁹

Insgesamt scheint sich die Beschreibung der Ausgangslage zu bestätigen; in der Praxis der Sozialen Arbeit ist die Verwendung originär therapeutischer Konzepte und Ansätze auch ohne explizite professionelle und theoretische Verortung, dafür aber mit den aufgeworfenen Fragestellungen und Problemlagen, längst üblich.

Angesichts des Paradigmas der erwähnten Allzuständigkeit, grenzenlos erscheinender Arbeitsfelder und einer unüberschaubaren Methodenvielfalt, lassen sich folgende verbindende Merkmale für den Charakter der Sozialen Arbeit zusammenfassen:

- die bereits beschriebene Allzuständigkeit selbst,
- eine fehlende Monopolisierung oder Autonomie in Tätigkeitsfeldern, statt dessen multiprofessionelle Fallbearbeitung,

⁴⁶ Vgl. Bartmann, 2010, S. 14

⁴⁷ Vgl. Galuske, 2009, S. 164 f

⁴⁸ A. a. O., S. 166

⁴⁹ Vgl. a. a. O., S. 234

- der Anspruch der fachlichen Kompetenz bezüglich Problemen des täglichen Lebens, Expertentum für Alltägliches durch Initiierung von Selbsthilfepotentialen sowie
- eine starke Abhängigkeit von staatlicher Steuerung und Einbindung in bürokratische Organisationen.⁵⁰

In der Praxis offenbaren sich weitere Aspekte, welche als charakteristisch angesehen werden können:

- Soziale Arbeit ist parteiisch, anwaltschaftlich sowie solidarisch und besitzt ein Mandat der Vertretung dort, wo das Selbsthilfepotential des Klienten nicht zur Lösung der Problemlage ausreicht,
- Soziale Arbeit ist Hilfe zur Selbsthilfe und zielt darauf ab, eigene Ressourcen und Potentiale nutzbar werden zu lassen,
- Soziale Arbeit besitzt einen aufsuchenden und sich einmischenden Charakter innerhalb einer lebensweltorientierten Beziehungsarbeit, das Setting der Handlung ist situations- und kontextabhängig,
- Soziale Arbeit verhält sich multimodal in der Auswahl fach- und methodenübergreifender sowie sinnvoll erscheinender Interventionen, welche passgenaue Problemlösungs- und Beratungsvarianten initiieren,
- Soziale Arbeit ist ein Sozialisationsinstrument, die angestrebte Entwicklung orientiert sich nicht nur an den Bedürfnissen des Einzelnen, sondern auch an gesellschaftlichen Erfordernissen und Erwartungen.

3.1.3. Verhältnis von Theorie, Praxis, Konzept und Methode

An dieser Stelle erscheint es lohnenswert noch einmal einen Schritt zurückzugehen und einen Blick auf das Verhältnis von Theorie, Praxis, Konzept und Methode zu werfen, da sich hier Aspekte für die Integration von therapeutischen Ansätzen und Interventionen in die Soziale Arbeit ergeben könnten.

Nach Galuske ist die Methodenfrage zentraler Bestandteil der Theorie,⁵¹ wobei sich nach Geißler und Hege analytisch bzw. hierarchisch zwischen Theorie, Konzept, Methode und Technik unterscheiden lässt.⁵² Während die Theorie, zumindest als Handlungstheorie, den konzeptionellen Rahmen vorgibt, stellt die Methodik einen Teilas-

⁵⁰ Galuske, 2009, S. 37 ff

⁵¹ A. a. O., S. 16

⁵² Geißler; Hege, 1995, zitiert nach Galuske, 2009, S. 27 f

pekt des Konzeptes und die Technik, bzw. das Verfahren, wiederum einen Teilaspekt der Methodik dar. Zur Verdeutlichung führt Galuske das Beispiel der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit als Konzept an, in dessen Rahmen die Methode des Streetwork mit unterschiedlichen Techniken, wie etwa die Art der Kontaktaufnahme, stattfinden.⁵³

Dieser Logik folgend erscheint es bezüglich einer professionellen Implementierung notwendig, dass psychotherapeutische Methoden und Interventionen nicht nur eine Kompatibilität mit den Konzepten und Theorien Sozialer Arbeit aufweisen, sondern gleichfalls ihre Indikation, im Sinne einer notwendigen und angezeigten Handlung mit dem Ziel eine spezifische Wirkung zu erzielen, hier begründet finden.

Callo fügt der analytischen Trennung die Ebene der Beziehung zwischen Theorie und Praxis hinzu und bezeichnet diese als „von der Praxis abgeleitete Theorie [und] von der Theorie geleitete Praxis“,⁵⁴ wobei die Theorie, „unmittelbar aus der Praxis erwächst und mit einer Art konzeptioneller Fassung der Praxis vergleichbar ist.“⁵⁵ Der Vorgang des Wissenstransfers umfasst dabei die Ebenen der Praxiserfahrung, des konkreten Handlungswissens, des einzelwissenschaftlichen Erklärungswissens, des allgemeinen Handlungswissens und des wissenschaftstheoretischen Wissens.⁵⁶ Zwischen den Ebenen, und damit zwischen Theorie und Praxis, existiert eine Interdependenz, welche Wissen theoretisch und empirisch über induktive und deduktive Schlüsse generiert, abstrahiert resp. konkretisiert und letztendlich reflektierend evaluiert. Die Verbindung beider Pole sieht Callo über Abstufungen gegeben, welche von der Praxis über Projekte, Konzepte, Konzeptionen, Praxistheorie, Metatheorie zur Megatheorie und umgekehrt führen.⁵⁷ Bei Thole finden sich hierzu die Termini der Praxisforschung, welche einen hohen Praxis- und geringen Theoriebezug aufweist, der Professionsforschung als relativ ausgewogenen Zwischenschritt sowie der Disziplinforschung, welche Theorien mit eher geringem Praxisbezug generiert.⁵⁸

Insgesamt wird deutlich, dass dem Verhältnis zwischen Theorie und Praxis ein interdependenter Charakter immanent ist. In diesem Sinn stellt sich die Frage, ob eine mangelnde konzeptuelle Kompatibilität für therapeutische Techniken oder Methoden in der Sozialen Arbeit zwangsweise bedeuten muss, dass diese nicht sinnvoll oder

⁵³ Vgl. Galuske, 2009, S. 27 f

⁵⁴ Callo, 2005, S. 19

⁵⁵ A.a.O., S. 17

⁵⁶ Vgl. a. a. O., S. 18

⁵⁷ Vgl. a. a. O., S. 19

⁵⁸ Vgl. Thole, 2010, S. 47

indiziert seien, oder ob eventuell doch das Konzept bzw. die Theorie den sich verändernden Bedingungen, Anforderungen und Aufgaben in der Praxis nicht gerecht wird.

3.2. Psychotherapeutische Konzepte, Methoden und Wirkfaktoren

Wenn oben eine allgemeine Definition des Begriffes versucht wurde, muss bei genauerem Blick konstatiert werden, dass die eine Theorie von Psychotherapie genau so wenig existiert, wie die eine Theorie Sozialer Arbeit. Dennoch ist das Verhältnis ein anderes; während die Theoriebildung Sozialer Arbeit als offen angelegt und aufeinander Bezug nehmend bezeichnet wurde, stellt Psychotherapie den Oberbegriff für unterschiedliche Therapieverfahren dar, welche auf divergente psychologische Modelle von Persönlichkeitsentwicklung sowie Störungstheorien rekurrieren und dementsprechend spezifische Behandlungskonzepte und Interventionsmethoden entwickelt haben. Im Sinn der leitenden Fragestellung war es daher bezüglich der Darstellungen zur Sozialen Arbeit notwendig, die gemeinsame Charakteristik ihrer Theorien, Konzepte und Methoden herauszuarbeiten, während die Betrachtung der psychotherapeutischen Verfahren vorerst auf deren Unterschiede fokussieren muss, um anschließend Gemeinsamkeiten darstellen zu können.

Laut Frauenknecht et al. lassen sich die verschiedenen wesentlichen Therapieverfahren in humanistische, psychodynamische, systemische und behaviorale Ansätze einteilen.⁵⁹ Im Folgenden werden diese vier Ansätze kurz in ihrer wesentlichen Charakteristik dargestellt. Ziel ist es dabei, eine Grundlage für die Vergleichbarkeit der Konzepte und Methoden zu schaffen. Der Fokus wird hierbei nicht auf einer ausführlichen Darstellung der jeweiligen Therapiekonzepte, sondern auf der Betrachtung ihrer grundsätzlichen Annahmen zur Persönlichkeitstheorie anhand eines beispielgebenden Therapieverfahrens und dessen Methodik liegen.

3.2.1. Grundlagen humanistischer Therapieansätze

Das Spektrum humanistischer Therapieansätze umfasst mehrere Therapieverfahren, wie bspw. die klientenzentrierte Therapie, die Gestalttherapie oder auch den Ansatz des Focusing nach Gendlin.⁶⁰ Das gemeinsam Verbindende dieser Therapieschulen besteht in der Orientierung an der humanistischen Philosophie und Psychologie. Der Mensch wird hier in seiner Individualität als ein freies, bewusst handelndes Wesen

⁵⁹ Vgl. Frauenknecht et al., 2005, S. 91

⁶⁰ Vgl. Deloie, 2011, S. 118 f

gesehen, welches in einem positiven Klima nach konstruktiver und positiver Entwicklung, Selbstverwirklichung sowie der Entfaltung von Entwicklungspotentialen strebt.⁶¹ Rogers bezeichnet dementsprechend in der klientenzentrierten Theorie die Aktualisierungstendenz als „die dem Organismus innewohnende Tendenz zur Entwicklung all seiner Möglichkeiten; und zwar so, daß [sic!] sie der Erhaltung oder Förderung [...] dienen.“⁶² Dieses Selbstverwirklichungsbestreben umfasst nach Rogers nicht nur die Erfüllung von Grundbedürfnissen, sondern auch die Entwicklung und das Wachstum einer autonomen, gesunden und sozialen Persönlichkeit.⁶³ Ein zentraler Aspekt ist hierbei das Selbstkonzept, welches die subjektive und anderen nicht zugängliche Realität der Wahrnehmung des Selbstbildes beinhaltet. Weicht diese subjektive Realität von latent wahrgenommenen existentiellen Erfahrungen ab, entsteht eine Inkongruenz, welche dazu führen kann, dass diese Erfahrungen abgewehrt oder verzerrt werden. Diese Abwehr schützt zwar das Selbstwertgefühl dadurch, dass das Selbstkonzept nicht in Frage gestellt werden muss, verhindert unter Umständen aber ein Verhalten und Erleben, welches den Bedingungen der Realität entspricht. Diese Inkongruenz zwischen den imaginierten Annahmen über die eigene Person und den latent wahrgenommenen diametralen Erfahrungen kann zu weiteren Problemlagen und psychischen Störungen führen.

Während Rogers weniger Wert auf klinische Diagnosen legte und nicht das Problem, sondern den Menschen als Mittelpunkt betrachtete, existieren heute klientenzentrierte Störungskonzepte und Indikationskriterien für die klientenzentrierte Beratung und Therapie, welche sich immer mehr spezifizieren. Biermann-Ratjen et al. verweisen bspw. darauf, dass die Indikation für eine Gesprächspsychotherapie im Sinn einer Heilbehandlung ausschließlich mit einer Inkongruenz im Erleben des Klienten gegeben ist. Danach ist Gesprächspsychotherapie dann indiziert, wenn die Grundlage für die Störung in einer Inkongruenz begründet ist, die Aufhebung dieser Inkongruenz zur Lösung des Problems beitragen kann, der Klient die Inkongruenz zumindest im Ansatz wahrnimmt, Veränderung wünscht und eine hinreichende Beziehungsfähigkeit zur Wahrnehmung des klientenzentrierten Angebotes aufweist.⁶⁴

Die klientenzentrierte Therapie besitzt einen nondirektiven Charakter, der Klient wird als Experte seiner selbst betrachtet. Der Therapeut fokussiert im Gespräch auf das

⁶¹ Vgl. a. a. O., S. 119 f

⁶² Rogers, 1991, S. 21

⁶³ Vgl. a. a. O., S. 22

⁶⁴ Vgl. Biermann-Ratjen et al., 2003, S. 148

Hier und Jetzt und verzichtet auf die Deutung unbewusster Anteile und Konflikte. Das Ziel des empathischen, wertschätzenden sowie authentischen Beziehungsangebotes besteht darin, dass der Klient eine wachsende Selbstexploration entwickelt, sich seiner selbst in der therapeutischen Beziehung gewahr wird, sich selbst zunehmend in seinem Sein annehmen kann und hierdurch Veränderung sowie Autonomie ermöglicht wird. In diesem Sinn steht in der klientenzentrierten Therapie die Entfaltung der Persönlichkeit als Hilfe zur Selbsthilfe im Mittelpunkt.⁶⁵ Als wesentliche Techniken hierzu dienen bspw. das aktive Zuhören, das Paraphrasieren und das Verbalisieren emotionaler Erlebnisinhalte von Klientenäußerungen.

3.2.2. Grundlagen psychodynamischer Therapieansätze

Die psychodynamischen Therapieverfahren rekurrieren auf das Konzept der Psychoanalyse Freuds, haben sich aber seither in verschiedene Theorien und Konzepte spezifiziert. Ihnen allen gemein ist, „dass sie von der Existenz des Unbewussten und seiner Bedeutung für das menschliche Denken, Fühlen und Handeln ausgehen.“⁶⁶

Die grundlegenden psychoanalytischen Theorien umfassen mehrere theoretische Ansätze, wie bspw. die Triebtheorie, die Ich-Psychologie, die Objektpsychologie etc.,⁶⁷ wobei die Erstgenannten hier kurz vorgestellt werden, um einen Einblick in die Charakteristik psychoanalytischer Konzept- und Therapieansätze zu ermöglichen. Freud selbst hat unterschiedliche Modelle der Triebtheorie entworfen. Zusammenfassend gehen alle davon aus, dass Triebe an bestimmte Objekte gebunden sind und dass ihnen ein Spannungszustand immanent ist, welcher nach Befriedigung strebt. Das Modell der psychosexuellen Entwicklung geht dabei von charakteristischen Entwicklungs- und Reifephasen des Menschen aus, in welchen der Wunsch nach Triebbefriedigung als Libido auf wechselnde Objekte gerichtet ist. „Auf jeder dieser Entwicklungsstufen kann es durch Verbote oder Versagungen, Überstimulation oder die Verbindung mit traumatischen Einwirkungen zu einer Fixierung der Libido kommen“,⁶⁸ welches prägenden Einfluss auf die Entwicklung der Persönlichkeit besitzen und auch im Erwachsenenalter noch Regressionen auslösen kann.

In der Ich-Psychologie ging Freud von einem Instanzenmodell der Persönlichkeit aus, welches das Ich, das Über-Ich und das Es enthält. Während das Es die triebhafte Instanz darstellt und Triebbefriedigung anstrebt, fungiert das Über-Ich als mora-

⁶⁵ Vgl. Deloie, 2011, S. 120

⁶⁶ Günter; Bruns, 2010, S. 45

⁶⁷ Vgl. a. a. O., S. 48

⁶⁸ A. a. O., S. 50

lich wertende und damit unter Umständen diametrale Gegeninstanz. Das Ich als Handlungsinstanz besitzt die Funktion, bei Konflikten zwischen Über-Ich und Es zu vermitteln und „unangenehme, schmerzliche, bedrohliche, verpönte innere Regungen“⁶⁹ abzuwehren. Diese Abwehrmechanismen schützen zwar das Ich vor permanenten Spannungszuständen und gewährleisten weitestgehend konfliktfreie Ich-Funktionen und damit eine gesunde psychische Entwicklung, sie können aber „in pathologischen Fällen zur Symptombildung“⁷⁰ beitragen.

Der zentrale Unterschied zum klientenzentrierten Konzept besteht demnach zusammengefasst in der Annahme, dass der Mensch in seiner bewussten Handlungsfreiheit und damit Autonomie durch unbewusste Anteile und deren „Bedeutung für das menschliche Denken, Fühlen und Handeln“⁷¹ begrenzt wird. Das Ziel der Psychoanalyse als einsichtsorientiertes Verfahren besteht darin, diese unbewussten Anteile und Konflikte aufzudecken. Der Therapeut (hier Analytiker) deutet hierbei die in den Aussagen des Klienten enthaltenen unbewussten Anteile. Zum klassischen methodischen Repertoire gehören neben diesen Deutungen und Interpretationen Techniken des freien Assoziierens sowie die Arbeit mit Übertragung und Gegenübertragung.⁷²

3.2.3. Grundlagen systemischer Therapieansätze

Als Ursprung der heute vielfältigen systemischen Therapieverfahren gilt die Familientherapie, welche unter Bezugnahme auf Konzepte wie die Systemtheorie, den Konstruktivismus, die Autopoiese, der Kommunikationstheorie, der Hypnotherapie etc. ständig durch verschiedene Vertreter und Therapieschulen weiterentwickelt wurde.⁷³ Eine gemeinsame Grundannahme besteht darin, dass der Mensch in Systeme eingebunden ist, welche in ihrer Interaktion eine zirkuläre Wechselwirkung sowie Kausalität aufweisen und daher „Phänomene, welcher Art auch immer, nicht isoliert betrachtet werden können, sollen sie verstanden bzw. verändert werden.“⁷⁴ Eine weitere Grundannahme besteht darin, dass Realität ein Konstrukt darstellt, welches im Sinn der wahrgenommenen sozialen Wirklichkeit aufgrund nicht erreichbarer allumfassender Objektivität einen subjektiven Charakter besitzt.⁷⁵ Anders ausgedrückt; Realität ist das Produkt aus Wahrnehmung und (subjektivem) Erfahrungswissen. In-

⁶⁹ Günter; Bruns, 2010, S. 51

⁷⁰ Ebd.

⁷¹ A. a. O., S. 45

⁷² Vgl. Lackinger Karger et al., 2005, S. 377 f

⁷³ Vgl. exemplarisch Mücke, 2003, S. 26

⁷⁴ Vgl. a. a. O., S. 19

⁷⁵ Vgl. exemplarisch Lackinger Karger et al., 2005, S. 382

teraktionen und Phänomenen werden auf diese Weise persönliche Bedeutungen und Zuschreibungen verliehen, welche – ähnlich wie im klientenzentrierten Konzept – anderen in ihrem Sinngehalt niemals ganz zugänglich sein können. Eine dritte Annahme ist, dass Systeme und ihre Elemente nach Homöostase, also Gleichgewicht, streben.

Auf der Basis dieser Annahmen kann konstatiert werden, dass (auch gestörtes) Erleben und Verhalten aus der Perspektive der Beziehungsgestaltung und aus der systemeigenen Logik Sinn ergibt, wenngleich es vielleicht nicht zielführend erscheint.⁷⁶ Da diese Aussage sehr abstrakt anmutet dazu ein Beispiel; der beziehungsgestaltende „Sinn“ einer psychischen Auffälligkeit bei Scheidungskindern könnte darin liegen, dass die Eltern in gemeinsamer Sorge wieder mit einander kommunizieren und so das System Familie stabilisiert wird, was allerdings wiederum die Symptomatik aufrecht erhält. Psychische Störungen und Problemlagen werden daher in systemtherapeutischen Kontexten als Ausdruck einer Störung innerhalb des Systems betrachtet, wobei der Betroffene als Symptomträger fungiert. Ziel der systemischen Therapie ist es, Wirklichkeitskonstruktionen, Interaktionsmechanismen und Wechselwirkungen zu hinterfragen, um „grundsätzliche Veränderungen, Handlungsalternativen, neue Perspektiven und Entwicklungsmöglichkeiten“⁷⁷ zu schaffen. Das Methoden- und Technikrepertoire der systemischen Therapieverfahren ist dabei sehr vielfältig und reicht von Ressourcenorientierung, über paradoxe Interventionen und Imaginationsübungen bis hin zu bestimmten Fragetechniken, um nur einige zu nennen.

3.2.4. Grundlagen behavioraler Therapieansätze

Verhaltenstherapie stellt den Oberbegriff für verschiedene Therapieverfahren dar, deren verbindende Grundannahme darin besteht, dass Erlebens- und Verhaltensweisen erlernt sind.⁷⁸ Psychogene Störungen und Auffälligkeiten werden als Folge dysfunktionaler Lernprozesse betrachtet und können durch Prozesse des Umlernens und der Umstrukturierung modifiziert oder gelöscht werden. Die theoretischen Grundlagen und praktischen Interventionen rekurrieren auf unterschiedliche lerntheoretische Konzepte, wie etwa das der Konditionierung, des Lernens am Modell oder des Lernens am Effekt etc. Auf diesen und weiteren Konzepten aufbauend, wurde ein breit gefächertes Methoden- und Technikrepertoire von Gegenkonditionierung und

⁷⁶ Vgl. exemplarisch Mücke, 2003, S. 34 f

⁷⁷ A. a. O., S. 19

⁷⁸ Vgl. Lackinger Karger et al., 2005, S. 368

operanter Konditionierung, Verhaltenslöschung, Reizdesensibilisierung, aber auch von Kompetenztrainings etc. entwickelt.

Verhaltenstherapie als direktives Verfahren verfolgt das Ziel der Verhaltensmodifikation und fokussiert dabei auf die Bearbeitung aktueller Problemlagen sowie deren aufrechterhaltender Umstände. Die klassische Verhaltenstherapie besitzt in ihrer Methodenvielfalt einen eher technischen Verfahrenscharakter, welcher der Beziehung zwischen Therapeut und Klient nur einen marginalen Stellenwert einräumt.

Nach Bartmann kann aus der Sicht der Verhaltensmodifikation die „helfende Beziehung [...] keine wissenschaftliche Methode ersetzen.“⁷⁹ Eine gute Beziehung ist nach ihm dennoch wichtig, damit „die Klienten *den Eindruck haben*, dass sie Vertrauen zum Berater [...] und das Gefühl haben, akzeptiert und wertgeschätzt zu werden. Außerdem sollen die Berater versuchen, die Sichtweise der Klienten zu deren Problemen zu verstehen – was keineswegs gleichbedeutend ist mit ‚akzeptieren‘.“⁸⁰ Die Differenz zu anderen therapeutischen Verfahren wird nochmals deutlich, wenn Bartmann Gesprächsführung und Gesprächstechnik als notwendige Voraussetzungen, nicht aber als eigentliche Interventionen betrachtet.⁸¹ An dieser Stelle muss darauf hingewiesen werden, dass Bartmann diese Aussagen für ein Konzept der Verhaltensmodifikation in der Sozialen Arbeit trifft, welches er klar von einer Verhaltenstherapie unterscheidet.

Allerdings fand und findet auch hier Entwicklung statt, spätestens mit dem Ansatz der Selbstmanagement – Therapie existiert auch ein anderes Verständnis von moderner Verhaltenstherapie, welche zwar weiterhin problemorientiert bleibt, dabei aber die Beziehung zum Klienten hervorhebt und dem Therapeuten eine eher assistierende Funktion bei der Entwicklung von Autonomie und Klärung persönlicher Einstellungen und Bedürfnisse zuschreibt.⁸²

3.2.5. Wirkfaktoren der Psychotherapie und ihre Konsequenzen

Trotz der hier vorgestellten Unterschiede der jeweiligen Therapieverfahren, mit teilweise diametralen Annahmen zu Persönlichkeitsentwicklung, Störungstheorien, Konzepten, Methoden und Techniken, muss – ohne weiter auf spezifische Indikationen einzugehen – festgestellt werden, dass alle mehr oder weniger wirksam sind.

⁷⁹ Bartmann, 2010, S. 18

⁸⁰ Ebd. (Hervorhebung nicht im Original)

⁸¹ Vgl. a. a. O., S. 19

⁸² Vgl. Viehäuser, 2009, S. 4

Miller et al. kommen auf der Grundlage verschiedener Forschungsergebnisse zur Wirksamkeit von Psychotherapie zu dem Schluss, „dass Behandlungsformen, die sich in Theorie und Methoden stark voneinander unterscheiden, letztlich zu gleichwertigen Resultaten führen“⁸³ und konstatieren, dass „das Therapiemodell [...] schlicht und einfach wenig Einfluss auf des Therapieergebnis“⁸⁴ besitzt und kein psychotherapeutisches Verfahren generelle Überlegenheit beanspruchen kann.⁸⁵ Auckenthaler stellt dazu fest, dass „die ansatzübergreifenden Wirkfaktoren für das Zustandekommen therapeutischer Erfolge weit entscheidender sind als die ansatzspezifischen.“⁸⁶

Ansatzspezifische Wirkfaktoren beinhalten die zu den jeweiligen Therapieansätzen gehörenden Konzepte, Methoden, Techniken, Settings etc. und entsprechen somit letztendlich den dargestellten Unterschieden. Um ein Beispiel für diese Unterschiede zu nennen; eine Phobie würde in der analytischen Therapie vielleicht als Abwehr eines unbewussten Konflikts gedeutet, welchen es gilt aufzudecken; in der klientenzentrierten Therapie würde sich die Frage einer zu Grunde liegenden Inkongruenz stellen und dem Klienten die Gelegenheit gegeben, dieser nachzuspüren; die Verhaltenstherapie würde von einer Konditionierung ausgehen sowie vermutlich eine Reizdesensibilisierung anbieten und die systemische Therapie würde die Funktion bzw. Bedeutung der Phobie im System erforschen und eventuell die Therapie mit der Frage danach beginnen, wann die Angst nicht auftritt oder was anders wäre, wenn es sie nicht gäbe.

Die ansatzübergreifenden oder auch unspezifischen Wirkfaktoren bilden jene Variablen und Umstände, die in allen Therapieverfahren gleichermaßen wirken können. Als wesentlich kann hier eine konstruktive Beziehungsgestaltung zur Schaffung einer tragfähigen therapeutischen Allianz sowie Compliance erwähnt werden.⁸⁷ Darüber hinaus erscheinen die Vermittlung von Kompetenz, Vertrauen, Sinn und Orientierung,⁸⁸ die Entwicklung von Selbstwirksamkeit und Selbstvertrauen,⁸⁹ die Aktivierung von Ressourcen, die Ausrichtung am unmittelbaren Erleben des Klienten sowie Pro-

⁸³ Miller et al., 2000, S. 31

⁸⁴ A. a. O., S. 21

⁸⁵ Vgl. a. a. O., S. 16

⁸⁶ Auckenthaler, 2000, zitiert nach Pauls, 2011, S. 137

⁸⁷ Vgl. Pauls, 2011, S. 139, auch Miller et al., 2000, S. 43

⁸⁸ Vgl. Frank, 1961, zitiert nach Pauls, 2011, S. 149

⁸⁹ Vgl. Bandura, 1982, zitiert nach Pauls, 2011, S. 149

zesse der Problembewältigung und der Selbstklärung⁹⁰ als wichtige unspezifische Faktoren.

Miller et al. beschreiben weitere vier Faktoren, welche unabhängig vom psychotherapeutischen Konzept Veränderung bewirken. Danach gehen vierzig Prozent der Veränderungen auf außertherapeutische Wirkfaktoren zurück, welche vom Klienten selbst oder seinem Umfeld, also nicht durch die Therapie initiiert wurden. Dreißig Prozent lassen sich auf eine wertschätzende, respektvolle Beziehungsgestaltung zurückführen und jeweils fünfzehn Prozent begründen sich in der theoretischen und methodischen Orientierung des Therapeuten bzw. in Placebofaktoren, wie bspw. dem Glauben an die Wirksamkeit der Intervention.⁹¹ Zusätzlich erachten Miller et al. die Achtsamkeit gegenüber positiven Veränderungen,⁹² das Interesse an Ressourcen und an der Person des Gegenübers,⁹³ die Anerkennung der Selbstbestimmung des Klienten⁹⁴ sowie die Konzentration auf Möglichkeiten⁹⁵ für ansatzübergreifende Wirkfaktoren.

Mit der Einschätzung von Miller et al., dass dreißig Prozent der Varianz eines Therapieergebnisses direkt auf die theoretische und methodische Orientierung des Therapeuten oder indirekt auf damit zusammenhängenden Placebofaktoren zurück zu führen sind, muss bei aller Effektivität unspezifischer Wirkfaktoren konstatiert werden, dass diese allein dennoch keine Psychotherapie darstellen. Vielmehr beschreiben die unspezifischen Wirkfaktoren die notwendigen Bedingungen, unter welchen „spezifische, auf dem jeweiligen therapeutischen Konzept beruhende Interventionen erfolgreich wirken.“⁹⁶

Miller et al. sehen zwischen unterschiedlichen Therapiekonzepten mehr Gemeinsamkeiten als Unterschiede und verweisen darauf, dass das Vorgehen von Praktikern unterschiedlicher Therapieverfahren sich mit zunehmender Erfahrung immer mehr ähnelt, und dass der Erfolg einer Therapie auf genau diesem Verbindenden beruht.⁹⁷ In diesem Sinn vertreten sie den Standpunkt, dass es notwendig sei, „sich auf die hilfreichen Prozesse, die allen Therapiemodellen gemeinsam sind“⁹⁸ zu kon-

⁹⁰ Vgl. Grawe et al., 1994, nach Pauls, 2011, S. 151 f

⁹¹ Vgl. Miller et al., 2000, S. 53

⁹² Vgl. a. a. O., S. 60

⁹³ Vgl. a. a. O., S. 93

⁹⁴ Vgl. a. a. O., 163

⁹⁵ Vgl. a. a. O., S. 155

⁹⁶ Pauls, 2011, S. 139

⁹⁷ Miller et al., 2000, S. 39, auch Deloie, 2011, S. 133

⁹⁸ A. a. O., S. 30

zentrieren, ohne dabei zwingend in einen wahllosen Eklektizismus verfallen zu müssen.⁹⁹

Andere Ansätze beschreiben eine integrative oder allgemeine Psychotherapie, welche nicht nur die unspezifischen, sondern auch die spezifischen Wirkfaktoren schulübergreifend zu einem ganzheitlichen Konzept vereint, so etwa das allgemeine Modell von Psychotherapie nach Orlinsky oder die Integrative Therapie nach Petzold.¹⁰⁰ Auckenthaler weist darauf hin, dass eine integrative Psychotherapie einer schulübergreifenden Psychotherapieausbildung bedürfe, welche einen ressourcenorientierten und nicht pathologisierenden Charakter besitzt und Theorien, Methoden sowie Techniken als zur Verfügung stehende Werkzeuge betrachtet, anstatt sich dogmatisch auf ein Therapieverfahren zu begrenzen.¹⁰¹ Pauls sieht gerade in diesem Umstand eine besondere Bedeutung für die therapeutischen Eigenschaften klinischer Sozialarbeit bzw. Sozialtherapie.¹⁰²

Abschließend kann konstatiert werden, dass trotz der genuinen Diversität psychotherapeutischer Verfahren der Weg für eine multimodale Psychotherapie theoretisch geebnet scheint. Ob dieses in der Praxis auf die Verwirklichung eines Konzepts unspezifischer Wirkfaktoren im eigenen Therapieansatz oder tatsächlich auf die relevante Verbreitung eines allgemeinen Therapiekonzeptes mit schulübergreifenden Merkmalen spezifischer Wirkfaktoren hinausläuft, bleibt dabei fraglich. Neben der Beachtung in Fachkreisen ist hier insbesondere die Anerkennung als wissenschaftliches Verfahren nach dem Psychotherapeutengesetz in Deutschland dennoch vorerst skeptisch zu sehen.

3.3. Vergleich, Abgrenzung und Kompatibilität – erstes Zwischenfazit

In der Fachliteratur existieren vielfältige Versuche, Soziale Arbeit – hier insbesondere die sozialpädagogische oder auch die klientenzentrierte Beratung – und Psychotherapie voneinander abzugrenzen.

Biermann-Ratjen et al. verweisen bspw. darauf, dass Psychotherapie und klientenzentrierte Beratung sich u. a. dadurch unterscheiden, dass Psychotherapie bei „schweren psychischen Störungen“ und Beratung bei „leichten aktuellen Problemen“¹⁰³ indiziert sei, eine Konkretisierung der Attribute ‚schwer, leicht und aktuell‘

⁹⁹ Vgl. ebd.

¹⁰⁰ Vgl. Deloie, 2011, S. 133 ff

¹⁰¹ Auckenthaler, 2000, zitiert nach Pauls, 2011, S. 137 f

¹⁰² Vgl. Pauls, 2011, S. 138

¹⁰³ Biermann-Ratjen et al., 2003, S. 194

erfolgt dabei leider nicht. Beratung umfasst danach „alle nicht-psychotherapeutischen Maßnahmen [...] bei der Lösung menschlicher Probleme“¹⁰⁴ und ist dadurch gekennzeichnet, dass „das Beziehungsangebot nicht Thema des Beratungsprozesses ist.“¹⁰⁵ Während der erste Aspekt versucht, Beratung durch einen Ausschluss dessen zu definieren, was sie nicht sei, muss insbesondere der zweite vermeintliche Unterschied kritisch betrachtet werden. Dass die Klärung von Beziehung und Beziehungsangebot durchaus Gegenstand von Beratung in der Sozialen Arbeit ist und sein kann, erscheint bezüglich lebensweltorientierter Konzepte und der Akzeptanz biographischen Eigensinns nur allzu logisch. Gleiches gilt explizit auch in pädagogischen Kontexten, welche die Entwicklung des Menschen als soziales Wesen in der Beziehung zu einem signifikanten Anderen gestaltet sehen. Auch der omnipotente Anspruch, dass Psychotherapie in Unterscheidung zu Beratung das Ziel einer Selbstentwicklung habe,¹⁰⁶ muss daher ähnlich kritisch betrachtet werden.

Belardi et al. beziehen sich in ihrem Abgrenzungsversuch zwar auch auf die Methode der sozialpädagogischen Beratung, beschreiben aber Unterscheidungsmerkmale, welche sich für die Soziale Arbeit als solche generalisieren lassen. Sie nennen als Unterscheidungsmerkmale den institutionellen Rahmen mit einem niedrighwelligen Zugang Sozialer Arbeit, die kürzere Dauer und niedrige Frequenz der Kontakte, die intrapersonelle Tiefe von Therapie gegenüber der eher breit sowie real angelegten Hilfe Sozialer Arbeit, ihr eklektisches Vorgehen, ihre auf Lebensbewältigung gerichteten Zielstellungen sowie Fragen des Rollenverständnisses und der Ethik. Nach Belardi et al. verhalten sich die Grenzen zwischen Beratung und Therapie in der Praxis fließend,¹⁰⁷ wobei die gegebene faktische Grenzziehung eine „v. a. [sic!] standespolitisch formale“¹⁰⁸ darstellt, welche der Realität nicht gerecht wird.

Galuske bezieht sich in seinem Vergleich der Strukturmerkmale nicht explizit auf Beratung, sondern auf sozialpädagogische und therapeutische Interventionen generell, betrachtet dabei aber ähnliche Aspekte wie Belardi et al. Die Dimensionen seines Vergleichs dieser Strukturmerkmale umfassen dabei die Ziele der Interventionen, die Charakteristik der typischen Problemlagen, den Kontext und den Charakter von Interventionen sowie eine zu differenzierende Klientel.¹⁰⁹

¹⁰⁴ A. a. O., S. 195

¹⁰⁵ Ebd.

¹⁰⁶ Vgl. Biermann-Ratjen et al., 2003, S. 195

¹⁰⁷ Vgl. Belardi et al., 2011, S. 43 ff

¹⁰⁸ Belardi, 2008, S. 155

¹⁰⁹ Vgl. Galuske, 2009, S. 139

Nach Galuskes Vergleich stellt sich die Hilfe zur Lebensbewältigung als gemeinsame Zielstellung von Sozialer Arbeit und Therapie dar, allen anderen Aspekten werden markante Unterschiede zugeschrieben. Die Problemlagen Sozialer Arbeit sind danach komplex, alltagsnah und umfassen sowohl sachfunktionale, als auch personenbezogene Aspekte. Ihre Interventionen sind daher generalistisch veranlagt, benötigen kein besonderes Setting und beziehen Ressourcen, Netzwerk- und Interaktionsstrukturen etc. des Umfeldes ein. Als Klient kommt „potentiell jeder Mensch mit (Alltags) Problemen und (sozialen) Versorgungsinteressen“¹¹⁰ in Frage. Den Charakter der Problemlagen in der Therapie stellt Galuske dagegen als spezialistisch und ausschließlich personenintentional dar, weshalb ihre Interventionen in spezifischen, alltagsfernen sowie konstruierten Settings stattfinden und dabei an die Spezifik eines therapeutischen Verfahrens gebunden sind. Die Klientel von Therapie besteht nach Galuske aus Menschen mit psychischen Problemlagen, welche zumeist der Mittelschicht zugehörig sind.¹¹¹

An dieser Stelle kann festgestellt werden, dass die vorgestellten Versuche einer Abgrenzung sich auf Soziale Arbeit und Psychotherapie als mehr oder weniger formal in sich geschlossene Konstruktionen ihrer Disziplinen und Professionen beziehen. Aus dieser Perspektive ist Galuske vorerst zuzustimmen, wenn er Thiersch zitierend feststellt, dass „Sozialpädagogik und Therapie somit zwei unterschiedliche Handlungsformen [darstellen], die ohne Verlust nicht substituierbar sind.“¹¹² Freud vertrat diesen Standpunkt ähnlich schon im Jahr 1925 und wies bezüglich psychoanalytischer Konzepte in der Pädagogik darauf hin, dass „die Erziehungsarbeit etwas sui generis ist, das nicht mit psychoanalytischer Beeinflussung verwechselt und durch sie ersetzt werden kann. Die Psychoanalyse [...] kann von der Erziehung als Hilfsmittel herangezogen werden. Aber sie ist nicht dazu geeignet, an ihre Stelle zu treten.“¹¹³

Mit Blick auf die bisherigen Ausführungen scheint klar geworden, dass der Rekurs auf psychotherapeutische Verfahren in der Sozialen Arbeit nicht deren Konzepte oder den Charakter ihrer Methodik ersetzen kann. Damit ist aber noch nicht viel darüber ausgesagt, in wie weit therapeutische Konzepte, Methoden und Techniken im Sinn der Definition von Hey sich in die Strukturmerkmale Sozialer Arbeit implementieren lassen, ob eine Kompatibilität möglich erscheint und was diese erfordert. Gleich-

¹¹⁰ Galuske, 2009, S. 139

¹¹¹ Vgl. ebd.

¹¹² A. a. o., S. 135

¹¹³ Freud, 1925, S. 8

falls vernachlässigt Galuskes Position realpraktische Handlungsfelder Sozialer Arbeit mit therapeutischem Bezug, wie etwa die Suchtberatung bzw. Suchttherapie, sowie die Entwicklung von Konzepten der klinischen Sozialarbeit. Bei der Betrachtung der von Galuske genannten Strukturmerkmale Sozialer Arbeit stellt sich die Frage, ob die Soziale Arbeit nicht vielmehr von einer Integration therapeutischer Konzepte und Techniken, dort wo es angeraten scheint, profitieren kann. Der generalistische Charakter schließt aus dieser Perspektive heraus eine spezialisierte Handlungsweise nicht aus, sondern enthält diese als potentielle Option, allerdings ohne auf diese reduziert zu sein. Darüber hinaus erscheinen therapeutische Methoden, gerade hinsichtlich eines integrativen Psychotherapiekonzeptes, eben nicht zwangsweise auf speziellere Settings angewiesen, als sie in den meisten Kontexten Sozialer Arbeit bereits existieren. Auch der Aspekt einer Verfremdung des Alltags durch konstruierte therapeutische Settings muss angesichts der Bedeutung unspezifischer Wirkfaktoren hinterfragt werden.

Eine Abgrenzung zwischen Sozialer Arbeit und Psychotherapie erscheint damit, zumindest die Methoden und Wirkfaktoren betreffend, schwierig. Da eine Demarkation der Professionen aber offensichtlich notwendig ist, soll hierzu vorläufig wiederum auf die Definition von Hey verwiesen werden, nach der Psychotherapie im funktionalen Sinn im Gegensatz zur Sozialen Arbeit die Behandlung diagnostizierter und klassifizierter Störungen mit Krankheitswert darstellt.

Wenn bisher die Frage nach der Legitimation therapeutischer Methoden in der Sozialen Arbeit prinzipiell positiv beantwortet wurde, bleibt dabei dennoch offen, wie deren multimodale und professionelle Integration gewährleistet werden kann.

Rauschenbach und Züchner konkretisieren mit ihrem Konzept der Theoriebildung die aktuelle Charakteristik der fachlichen Identität Sozialer Arbeit.¹¹⁴ Dieser Logik folgend, bedürfte eine Integration psychotherapeutischer Interventionsmethoden der Möglichkeit, die Konzepte und Methoden von Sozialer Arbeit und von Psychotherapie miteinander zu verbinden, aufeinander zu beziehen oder in ein Verhältnis zu setzen. Dementsprechend benötigt eine wissenschaftlich fundierte Implementierung therapeutischer Methoden und Konzepte letztendlich einer konzeptuellen, praxis- und theoriegeleiteten Integrationsleistung, welche über einen pragmatischen und bewusst nicht elaborierten Handlungsansatz hinausgeht. Verschiedene Autoren beschreiben, dass ein solches Integrationskonzept zum Methodentransfer die Ebenen der Theorie,

¹¹⁴ Vgl. Rauschenbach; Züchner, 2010, S. 171

der Praxeologie als Methodenanwendung und letztendlich der Axiologie als verantwortungsbewusste persönliche Haltung im Sinne des zugrunde liegenden Menschenbildes umfassen und miteinander verknüpfen sollte.¹¹⁵

4. Konzepte der Integration therapeutischer Ansätze in die Soziale Arbeit

Neben Fachkräften, welche originär psychotherapeutische Interventionen häufig eher pragmatisch geleitet als „effektive und effiziente Möglichkeiten zur Problemlösung“¹¹⁶ ohne weiteren Bezug zu deren Theorien einsetzen, existieren verschiedene konzeptionelle Ansätze der Integration therapeutischer Techniken, Methoden und Konzepte in die Soziale Arbeit. Auffallend ist dabei ein divergierendes Selbstverständnis bezüglich des therapeutischen und kurativen Charakters. Um nur einige Positionen zu nennen; während Seithe mit ihrem Konzept des Engagings die klientenzentrierte Beratung als nicht therapeutische Basismethode¹¹⁷ und Bartmann die Verhaltensmodifikation als übergeordnete Methode der Sozialen Arbeit¹¹⁸ vorstellen, erheben Günter und Bruns für die psychoanalytische Sozialarbeit den Anspruch, dass diese sich „zwischen Therapie [...] und einem Feld sozialer wie pädagogischen Hilfen“¹¹⁹ bewegt. Pauls sieht in der klinischen Sozialarbeit einen psychosozialen Behandlungsansatz mit „psychotherapeutischen Sicht- und Vorgehensweisen“¹²⁰ und Deloie stellt das Konstrukt einer auf der klinischen Sozialarbeit basierenden sozialen Psychotherapie vor, welche auf inter- und intrapersonelle sowie sozioökonomische Dimensionen multipler psychosozialer Problemlagen einer schwer zu erreichenden Zielgruppe eingeht.¹²¹

Im Folgenden werden exemplarisch die Grundlagen der Konzepte des Engagings nach Seithe, der Verhaltensmodifikation nach Bartmann und der klinischen Sozialarbeit vorgestellt. Die Auswahl des Engagings und der Verhaltensmodifikation basiert auf deren Eigenanspruch geeignete bzw. übergeordnete Basismethoden der Sozialen Arbeit darzustellen und dem dabei gegebenen diametralen Aspekt der non- bzw. direktiven Vorgehensweise in Verbindung mit dem jeweiligen Menschenbild. Die Darstellung der Konzepte erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, vielmehr liegt

¹¹⁵ Vgl. Zwilling, 2008, S. 3, auch Herwig-Lempp, 2002, S. 17

¹¹⁶ Zwilling, 2008, S. 3

¹¹⁷ Vgl. Seithe, 2008, exemplarisch S. 58, auch S.133

¹¹⁸ Vgl. Bartmann, 2010, S. 22

¹¹⁹ Günter; Bruns, 2010, S. 86

¹²⁰ Pauls, 2011, S. 126

¹²¹ Vgl. Deloie, 2011, S. 148

der Fokus auf der Betrachtung relevant erscheinender Faktoren des Methoden- und Konzepttransfers im Sinn der Fragestellung des Themas.

4.1. Engaging als Basismethode Sozialer Arbeit

Wie bereits dargestellt ist der klientenzentrierte Konzeptansatz unter Praktikern der Sozialen Arbeit weit verbreitet. Biermann-Ratjen et al. zählen verschiedene Gründe für diese Attraktivität auf. Zu diesen gehören, um nur einige zu nennen, die Betonung der Eigenverantwortung und Autonomie des Klienten, die geringe Gefahr von Manipulation und Abhängigkeit, die fachliche Anerkennung und Akzeptanz eines Konzeptes, die Verhinderung stigmatisierender Attributionen durch den, zumindest im klassischen rogerianischen Ansatz, Verzicht auf klinische Diagnosen, wodurch wiederum die Übertragung in nichtklinische Bereiche vereinfacht wird.¹²²

Ebenso verbreitet wie der Ansatz selbst ist allerdings auch die Kritik an klientenzentrierten Handlungskonzepten in der Sozialen Arbeit. Galuske beanstandet bspw., dass die klientenzentrierte Beratung nicht dem Paradigma der Alltagsorientierung gerecht wird, da sie auf die Umgestaltung der inneren Wahrnehmung fokussiert, anstatt auf die konkrete und aktive Veränderung einer Situation, dass die Problemursachen ausschließlich der „Wahrnehmung des Subjekts“¹²³ zugeschrieben und sachliche Problemlagen des Alltages ausgeklammert werden, wodurch für die Adressaten Sozialer Arbeit eine „Entwertung [des] Anliegens durch Nichtbeachtung“¹²⁴ zu befürchten sei etc.¹²⁵ Auch Thiersch steht therapeutischen Beratungsansätzen in der Sozialen Arbeit aufgrund ihrer offensichtlich mangelnden Alltagsorientierung kritisch gegenüber.¹²⁶

Seithe hält diese und andere Beanstandungen bezüglich einer „unkritischen Anwendung therapeutischer Verfahren im Bereich der Sozialen Arbeit“¹²⁷ für angemessen. Bezüglich der von Thiersch geforderten Alltagsorientierung „in Bezug auf Adressaten, Methoden und Umfeld“¹²⁸ identifiziert die Autorin als Problemstellungen der Integration des klientenzentrierten Konzeptes in die Methodik Sozialer Arbeit den Bedarf eines offenen Settings, die Arbeit mit nicht oder wenig motivierten Klienten, die

¹²² Vgl. Biermann-Ratjen et al., 2003, S. 192 f

¹²³ Galuske, 2009, S. 184

¹²⁴ Gilles, 1980, zitiert nach Galuske, 2009, S. 184

¹²⁵ Vgl. exemplarisch Galuske, 2009, S. 185 auch Biermann-Ratjen et al., 2003, S. 196

¹²⁶ Vgl. Thiersch, 1989, zitiert nach Seithe, 2008, S. 24

¹²⁷ Seithe, 2008, S. 25

¹²⁸ Thiersch, 1989, zitiert nach Seithe, 2008, S. 24

latente Notwendigkeit von Konfrontation, die erforderliche Methodenoffenheit sowie sachbezogene Beratungsinhalte.¹²⁹

In diesem Sinn legt sie mit ihrem Ansatz des Engagings ein Konzept vor, welches eine „klientenzentrierte Kommunikation in der Sozialen Arbeit, konsequent und alltagsorientiert anwendet und damit auf allen Ebenen und Phasen und thematischen Handlungsangeboten Sozialer Arbeit bei der Klientel einen Prozess anstoßen kann, der im Wesentlichen darin besteht, dass die KlientInnen [wieder] damit beginnen sich für ihr eigenes Leben zu engagieren, dass sie selber tätig werden, Verantwortung übernehmen und aktiv an einer Bewältigung und ggf. auch Veränderung ihrer Lebenswelt (mit)arbeiten.“¹³⁰

4.1.1. Alltagsorientiertes Setting und Methodenoffenheit

Seithe argumentiert mit Verweis auf verschiedene Autoren, dass „klientenzentrierte Kommunikation durchaus nicht an einen geschützten, institutionalisierten Raum gebunden, sondern überall und in allen Lebenssituationen möglich“¹³¹ ist und ein „therapeutisches Setting nur einen Spezialfall dieser Kommunikation“¹³² darstellt. Aus diesem Verständnis heraus kann klientenzentrierte Gesprächsführung auch in einem alltagsorientierten Setting Sozialer Arbeit stattfinden. Gerade die notwendige Subjekt- und Lebensweltorientierung Sozialer Arbeit, welche versucht Klienten ganzheitlich und als Individuum in sozialen Kontexten wahrzunehmen, profitiert dabei nach Seithe von einem klientenzentrierten Ansatz,¹³³ welcher keine Heilung psychischer Störungen, sondern die Übernahme von Verantwortung, den Abbau von Blockaden, die Befähigung zur Selbsthilfe und letztendlich damit Lebensbewältigung zum Ziel hat.¹³⁴ Mit Bezug auf Schultz von Thun sieht Seithe auch bei der Bearbeitung von Sachproblemen die Notwendigkeit, implizite Kommunikationsinhalte der Selbstwahrnehmung und Beziehungsebene zu beachten. In diesem Sinn verweist die Autorin darauf, dass eine klientenzentrierte Perspektive in der Beratung eine Atmosphäre schafft, welche sich u. a. durch eine erweiterte Offenheit für das Erkennen von Handlungsalternativen positiv auf die Bearbeitung sachbezogener Aspekte auswirkt¹³⁵ und

¹²⁹ Vgl. Seithe, 2008, passim

¹³⁰ Seithe, 2008, S. 58

¹³¹ A. a. O., S. 31

¹³² Ebd.

¹³³ A. a. O., S. 58 ff

¹³⁴ A. a. O., S. 32

¹³⁵ Vgl. a. a. O., S. 55

welche es ermöglicht, „Störungen zu bearbeiten, die den sachlichen Auseinandersetzungsprozess blockieren oder beeinträchtigen.“¹³⁶

Zur Frage der Notwendigkeit einer Methodenoffenheit der Sozialen Arbeit stellt die Autorin fest, dass die Grundhaltung und Basisvariablen des klientenzentrierten Konzeptes eine Kompatibilität zu anderen Methoden zulassen. Eine Grenze der Vereinbarkeit mit anderen Methoden und Ansätzen sieht Sie dort gegeben, wo aufgrund der Methodik selbst die Subjektorientierung und mit ihr die Selbstwirksamkeit sowie autonome Verantwortung des Klienten verloren gehen. Anders ausgedrückt ist jede Methode, welche eine Verwirklichung der Basisvariablen Akzeptanz, Empathie und Echtheit ausschließt, nicht mit dem klientenzentrierten Konzept vereinbar. Nach Siehe stellt sich dabei allerdings die Frage, ob eine die klientenzentrierte Grundhaltung ausschließende Methodik überhaupt dem Paradigma der Subjektorientierung Sozialer Arbeit gerecht wird, oder als Indikator für eine „unangemessene Methoden- bzw. Technikwahl“¹³⁷ gedeutet werden muss.

4.1.2. Mangelnde Beratungsmotivation und Konfrontation

Im Gegensatz zu therapeutischen Settings ist davon auszugehen, dass Klienten Sozialer Arbeit durchaus unfreiwillig oder extrinsisch motiviert erscheinen können, dem Beratungsangebot eines Zwangskontextes zweifelnd gegenüber stehen, selbst keine Problemlage wahrnehmen oder aber überhöhte Erwartungen besitzen. Grundlage einer Beratung ist in diesen Fällen also die Herstellung von Vertrauen, Motivation und der Bereitschaft zur Mitarbeit.

Siehe argumentiert hierzu, dass eine mangelnde Motivation als Reaktanz auf ein Verlustgefühl der Autonomie durch die Zwangssituation und Kommunikationsproblem gedeutet werden kann.¹³⁸ Versuche, Klienten von der Notwendigkeit von Beratung und Veränderung zu überzeugen, würden mit dem Ziel den Widerstand zu brechen einen Machtkampf provozieren und das Gegenteil bewirken.¹³⁹ Zentraler Aspekt des Engagings ist es dementsprechend, die mangelnde Motivation zu akzeptieren, zu verstehen und mit dem Ziel aufzugreifen, den Bezugsrahmen des Klienten bezüglich seiner eigenen Problemsicht zu erweitern. Hierdurch können einerseits die Erwartungshaltungen und die Motivationslage selbst konkretisiert werden, andererseits trägt das empathische Verstehen zu einer positiven Beziehungsgestaltung und letzt-

¹³⁶ A. a. O., S. 56

¹³⁷ A. A. O., S. 50

¹³⁸ Vgl. a. a. O., S. 36

¹³⁹ Vgl. ebd.

endlich auf der Seite des Klienten zu einem eigenen, neuen Verständnis der Verweigerungshaltung bei. Die ursprüngliche Blockade bietet damit Gelegenheit, die Verweigerung nicht als Ausschlusskriterium, sondern als Thema der Beratung selbst zu begreifen.¹⁴⁰ Wesentlich ist hierbei, dass die Akzeptanz des Beraters auf Empathie und echter Authentizität beruht.

Konfrontation beschreibt Seithe als direktiven methodischen Aspekt, welcher auf den ersten Blick nicht mit einer klientenzentrierten Haltung oder Gesprächsführung vereinbar erscheint. Insbesondere Praktiker der Sozialen Arbeit würden ein Dilemma zwischen nondirektiver Empathie, Wertschätzung und Akzeptanz auf der einen und einer notwendigen sowie unumgänglichen Intervention auf der anderen Seite vermuten.¹⁴¹ Das Problem generiert sich dabei nach Seithe allerdings erst aus einer mangelnden Authentizität, in welcher Akzeptanz und Wertschätzung nicht gelebt und empfunden, sondern als technische Werkzeuge ohne echte innere Überzeugung eingesetzt werden. Echte Akzeptanz und Wertschätzung beziehen sich dabei auf die Person des Klienten und weniger auf das Problemverhalten, welches in einer wertschätzenden Beziehungsgestaltung effektiver aufgegriffen werden kann, als aus einer ablehnenden, angreifenden oder mächtigeren Position heraus.¹⁴² Die klientenzentrierte Position lässt dagegen den notwendigen Raum, Widersprüche erkennen und eigene Entscheidungen treffen zu können, anstatt über den Klienten zu bestimmen.

In der Praxis erscheint dieses dann doch wiederum wenig praktikabel, da in verschiedenen Situationen die Notwendigkeit einer Entscheidung gegen den Willen des Klienten erforderlich werden kann. Seithe verweist diesbezüglich darauf, dass aus einer klientenzentrierten Perspektive die Folgen einer Konfrontation eminent wichtig sind. Reaktionen wie Wut oder Ärger könnten ebenfalls als Reaktanz bzw. Copingstrategien verstanden und demzufolge als Gegenstand der weiteren Beratung aufgegriffen werden, wodurch die Chance besteht, die Beziehung und Kommunikation zu erhalten. Wesentlich ist nach Seithe auch hierbei echte Empathie und Beteiligung, welche für den Klienten real erfahrbar sein muss.¹⁴³

¹⁴⁰ Vgl. a. A. O., S. 39

¹⁴¹ Vgl. a. a. O., S. 42

¹⁴² Vgl. ebd.

¹⁴³ Vgl. a. a. O., S. 45

4.1.3. Einschätzung des Engaging Konzeptes

Das Konzept des Engagings bezieht zu vielen Aspekten der Kritik an einer klientenzentrierten Methodik in der Sozialen Arbeit Stellung. Die Konkretisierung der Basisvariablen bzw. die Adaption der Grundannahmen des originär ausschließlich nondirektiven klientenzentrierten Ansatzes lassen das Konzept als Grundlage bzw. Basis- methode Sozialer Arbeit prinzipiell sinnvoll erscheinen. Das in einem direktiven Vorgehen, welches selbst Konfrontation erlaubt, kein wesentlicher Widerspruch zum klientenzentrierten Konzept gegeben sein muss, zeigen auch die Weiterentwicklungen des originären rogerianischen Ansatzes, wie bspw. das Konzept der klärungsorientierten Psychotherapie nach Sachse.¹⁴⁴ Mit Blick auf die oben dargestellten Anforderungen bezüglich eines Konzeptes zur Methodenintegration scheint es Seithe gelungen, theoretische sowie praktische Aspekte zu verbinden und den Charakter einer sozialarbeiterischen Methode hinsichtlich der Alltagsorientierung sowie Methodenoffenheit darzustellen. Klar ist, dass Engaging als methodisches Handeln zwar aktiv zu einer konstruktiven Beziehungsgestaltung, Compliance und Offenheit für die Initiierung von Prozessen der Hilfe zur Selbsthilfe beiträgt, dabei jedoch andere Methoden nicht ersetzen kann und dieses für sich aber auch nicht beansprucht. Vielmehr scheint das Konzept geeignet, weitere notwendige sozialarbeiterische Methoden und Interventionen zu begleiten. Dies trifft allerdings auch auf andere Methoden zu, wie bspw. der von Galuske genannten Mediation oder Erlebnispädagogik, welche jeweils für sich allein kaum einen omnipotenten Anspruch zur Bearbeitung der Fülle an potentiellen sach- und subjektbezogenen Problemlagen und Aufgabenstellungen Sozialer Arbeit erheben können.

4.2. Verhaltensmodifikation als übergeordnete Methode Sozialer Arbeit

Vorab muss festgestellt werden, dass nach Bartmann Verhaltensmodifikation nicht ohne weiteres einem therapeutischen Kontext oder gar der Verhaltenstherapie zuzuordnen ist. Vielmehr definiert der Autor Verhaltensmodifikation als einen Überbegriff, unter welchen sich verschiedene Formen der Initiierung von Veränderung des Verhaltens und Erlebens subsumieren lassen. Bartmann unterscheidet zwischen unwissenschaftlichen, durch Erfahrungen, Beziehungen, soziale Normen und Regeln intendierten Veränderungen sowie der wissenschaftlich fundierten Verhaltensmodifikation, welche systematisch und zielgerichtet mit empirisch sowie (sozial-) wissen-

¹⁴⁴ Vgl. Sachse et al., o. J., passim

schaftlich belegten Erkenntnissen und Methoden auf die Veränderung definierter Problemlagen abzielt und deren Effizienz evaluierbar ist. Zu den wissenschaftlich fundierten Ansätzen zählt der Autor die Verhaltenstherapie sowie die Verhaltensmodifikation als Methode der Pädagogik und der Sozialen Arbeit.¹⁴⁵

Diese Unterscheidung ist wichtig, da bereits hier klar wird, dass Verhaltensmodifikation, wenngleich vielleicht auch oft unbewusst und nach Bartmann damit im unwissenschaftlichen Sinn, in der Praxis Sozialer Arbeit Präsenz besitzt. Aus einer anderen Perspektive erscheint dies allerdings logisch, da der Begriff Verhaltensmodifikation im dargestellten Verständnis Bartmanns nicht anderes als Prozesse der Persönlichkeitsentwicklung nach den Konzepten der Lerntheorie, wie bspw. dem Lernen am Modell, beschreibt. Dieser Umstand besitzt insofern Brisanz, als dass Persönlichkeitsentwicklung nicht auf bestimmte Settings oder bewusste Interventionen begrenzt ist. Bezogen auf die Soziale Arbeit bedeutet dies, dass Fachkräfte als signifikante Bezugspersonen allein durch das authentische Vorleben und die persönliche Beachtung ethischer sowie sozial adäquater Wert- und Normvorstellungen konstruktive Veränderungen bzw. Lernerfolge initiieren können. Andererseits besteht hier die Gefahr, dass nonkonformes oder destruktives Modellverhalten gezielte Interventionen zum Aufbau eines gewünschten Verhaltens ad absurdum führt und diesbezügliche Lernerfolge verhindert. Die Bedeutung dieses Effektes wird unterstrichen, wenn Bartmann an anderer Stelle das Imitationslernen als lernpsychologischen Aspekt beschreibt und feststellt, dass ein Berater immer ein Modell darstellt, egal ob das gezeigte Verhalten eine Modellfunktion bewusst intendiert oder nicht.¹⁴⁶ Da eine nicht intendierte Modellwirkung wohl kaum zu jeder Zeit auszuschließen ist und ebenso wenig als wissenschaftlich systematische Intervention bezeichnet werden kann, ist Bartmann nur bedingt zuzustimmen, wenn er feststellt, dass für die Soziale Arbeit „nur die wissenschaftlich fundierte VM [Verhaltensmodifikation] mit den dazugehörigen Kriterien zum Tragen“¹⁴⁷ kommt. Auch wenn der von Bartmann für die Anerkennung einer Methode geforderte systematische und empirisch belegende Effektivitätsnachweis¹⁴⁸ schwer möglich ist – in Ermangelung des Selben hält er im Übrigen auch die Erlebnispädagogik für ein Glaubensbekenntnis und nicht für eine Methode – scheint es vielmehr, als müsse Verhaltensmodifikation eine wissenschaftlich fundier-

¹⁴⁵ Vgl. Bartmann, 2010, S. 22 ff

¹⁴⁶ Vgl. a. a. O., S. 42 f

¹⁴⁷ A. a. O., S. 25

¹⁴⁸ Vgl. a. a. o., S. 14

te Interventionsebene besitzen *und* nicht systematisch bzw. nicht zielgerichtet intendierte Lernvorgänge zumindest reflektieren.

Der Charakter wissenschaftlich fundierter Verhaltensmodifikation lässt sich definieren „als Einsatz verhaltenstherapeutischer Techniken [...], ohne dass damit bereits eine Therapie verbunden ist“,¹⁴⁹ da hier „Interventionen aus der Verhaltenstherapie für nichttherapeutische Problemlagen adaptiert wurden.“¹⁵⁰ Verhaltensmodifikation als Methode Sozialer Arbeit orientiert sich dabei nach Bartmann am „*Hier und Jetzt* der aktuellen Problemlage [...], ohne dabei die Vergangenheit zu ignorieren. Sie umfasst als *ganzheitlicher Ansatz* sowohl die gesamte soziale Situation als auch das individuelle, situative Verhalten (horizontale Analyse) mitsamt seinen Lebensplänen (vertikale Analyse) auf allen *vier Ebenen* menschlichen Verhaltens.“¹⁵¹ Obwohl ausdrücklich die soziale Situation genannt wird, zählt Bartmann zu diesen ausschließlich die kognitive, die emotionale, die physiologische und die motorische Ebene.¹⁵²

4.2.1. Methodik der Verhaltensmodifikation

Bartmann beschreibt das Vorgehen der Verhaltensmodifikation mittels eines Ablaufschemas, welches vom Orientierungsgespräch über die Problemanalyse und einer umfassenden Informationsgewinnung zu einem Bedingungsmodell des Verhaltens führt. Dieses stellt die Basis für die Operationalisierung von Interventionszielen und der Entwicklung eines Interventionsplanes dar, dessen Interventionen letztendlich während einer prozessbegleitenden Diagnostik umgesetzt werden.¹⁵³ Während der Klient in der Orientierungsphase und Problemanalyse bei der Identifizierung der vorliegenden Problemlagen von der Fachkraft im Sinne einer Klärungshilfe unterstützt wird, erfolgt die Informationsgewinnung in einer „vom Berater strukturierten Exploration.“¹⁵⁴ Hierzu gehören, je nach Arbeitskontext, eine ausführliche Anamnese sowie das Erheben der Dauer, Häufigkeit und Intensität des Verhaltens sowie verschiedene Beobachtungsverfahren. Die Problemanalyse in Bartmanns Konzept bezieht sich auf drei Aspekte; die Verhaltensanalyse mittels des SORKC Schemas resp. seiner Weiterentwicklungen, die Analyse „längerfristiger Ziele und daraus abgeleiteter Pläne, Verhaltensregeln und Strategien“¹⁵⁵ des Klienten sowie dessen Veränderungsmotiva-

¹⁴⁹ Jungnitsch, 1999, zitiert nach Bartmann, 2010, S. 22

¹⁵⁰ Bartmann, 2010, S. 22

¹⁵¹ A. a. O., S. 23 (Hervorhebung im Original)

¹⁵² Vgl. ebd.

¹⁵³ Vgl. a. a. O., S. 28

¹⁵⁴ A. a. O., S. 27

¹⁵⁵ A. a. O., S. 53

tion. Pauls verweist darauf, dass diese Analyse neben den direkt störungsrelevanten Umständen, wie bspw. Auftreten, Verlauf und Bedingungen der Aufrechterhaltung, auch andere Beeinträchtigungen und Ressourcen erfassen muss.¹⁵⁶ Nach Zarbock gehört hierzu die Exploration des Selbstbildes, der bisherigen Bewältigung von life events, in der Genese vorhandener traumatischer Erfahrungen, existenter Kompetenzen und Ressourcen.¹⁵⁷

Bartmann sieht in der Problemanalyse den zentralen Aspekt der Verhaltensmodifikation und konstatiert, dass verhaltensmodifizierende Interventionen ohne explizite Problemanalyse keine wissenschaftliche Methode Sozialer Arbeit darstellen.¹⁵⁸ Auf der Grundlage der Problemanalyse und des erstellten Bedingungsmodells werden die Interventionsziele mit dem Klienten vereinbart, bevor der Berater einen Interventionsplan aufgestellt und die Intervention selbst durchgeführt wird. Bartmann führt an, dass sowohl der Interventionsplan als auch die Intervention selbst mit dem Klienten erörtert werden muss, damit dieser permanent über die Art und Weise sowie den Sinn der Intervention informiert ist.¹⁵⁹ Bezüglich der Intervention selbst verweist Bartmann auf zahlreiche konkrete Einzelstrategien in der psychotherapeutischen Fachliteratur¹⁶⁰ und stellt exemplarisch u. a. operante Ansätze, Desensibilisierungs- sowie Entspannungsverfahren und ein Lauftraining vor.¹⁶¹

4.2.2. Verhaltensmodifikation im Rahmen Sozialer Arbeit

Um die Verhaltensmodifikation in der Sozialen Arbeit zu verorten, bedient sich Bartmann der Übersicht Galuskes zu den Strukturmerkmalen von Sozialpädagogik und Therapie (siehe Punkt 3.3.), indem er als dritte Interventionsform die Verhaltensmodifikation vergleichend neben diese stellt. Bartmann legt hier dar, dass die Verhaltensmodifikation alle Strukturmerkmale Sozialer Arbeit aufweist und sich dementsprechend von denen der Therapie abhebt. Der einzige Unterschied besteht nach ihm darin, dass Verhaltensmodifikation sich sowohl generalistischen und spezialistischen Problemlagen widmen kann und hier die Merkmale von Sozialer Arbeit und Therapie vereint. Resümierend stellt Bartmann fest, dass sein Konzept nicht nur die erforderlichen Kriterien einer Methode der Sozialen Arbeit erfüllt, sondern so-

¹⁵⁶ Vgl. Pauls, 2011, S. 168

¹⁵⁷ Vgl. Zarbock, 1996, zitiert nach Pauls, 2011, S. 169

¹⁵⁸ Vgl. Bartmann, 2010, S. 57

¹⁵⁹ Vgl. a. a. O., S. 29

¹⁶⁰ Vgl. a. a. O., S. 57

¹⁶¹ Vgl. a. a. O., S. 57 - 78

gar über diese hinausgeht.¹⁶² Als wesentlich für den Charakter des Handlungsansatzes erachtet er dabei die Methodik der Problemanalyse, wobei die Art der Intervention offen bleiben kann, „sofern sie sich *aus der Problemanalyse logisch* ableitet und die [...] aufgeführten *wissenschaftlichen Kriterien erfüllt*.“¹⁶³ Bartmann nennt verschiedene Beispiele für Verhaltensmodifikationen in der Sozialen Arbeit, so etwa einen persönlichen Lösungsbogen als Intervention bei einem Arbeitslosen, welcher durch Aufregung kein konstruktives Bewerbungsgespräch führen kann; ‚Fleißkärtchen‘ in der Schule als Möglichkeit des Aufbaus erwünschten Verhaltens; die Löschung ‚antisozialen Verhaltens‘ durch Nichtbeachtung (Extinktion); sowie Desensibilisierungsverfahren in der Drogenberatungsstelle und einem Wohnheim für psychisch Kranke, um nur einige zu nennen.¹⁶⁴ Eine konkretisierende Beschreibung der Adaption originär verhaltenstherapeutischer Konzepte zur Theorie und Praxis einer eigenständigen sozialarbeiterischen Verhaltensmodifikation wird ebenso wenig dargestellt, wie eine Bezugnahme auf die Forschungsergebnisse zu multimodalen unspezifischen Wirkfaktoren erfolgt.

Pauls betont die weit reichende Bedeutung „der verhaltenstherapeutischen Perspektive für die Klinische Sozialarbeit [...] mit dem Ziel, sozialarbeiterische Verhaltensmodifikation zu fundieren.“¹⁶⁵ Nach Mattaini geht es hierbei nicht um eine simple Veränderungen des Verhaltens, sondern um die Modifizierung der Beziehungen zwischen Verhalten und Umwelt; „social workers are not interested in simply changing behavior but in changing behavior-environment relations or more precisely in changing patterns of events embedded indivisibly in person and world.“¹⁶⁶ Pauls betont die Möglichkeiten der Verhaltensmodifikation für den klinischen Sozialarbeiter dort, „wo es um direkte und zielorientierte handlungs- und situationsorientierte Unterstützung, um das Training von Fertigkeiten, den Aufbau von alternativen Verhaltensmöglichkeiten [...] die Arbeit mit Reizkonfrontation oder auch den Abbau kognitiver Verzerrungen und den Aufbau problemlösender kognitiver Schemata geht.“¹⁶⁷ Die Grenzen der Verhaltensmodifikation sieht Pauls dort, „wo es um intensive Beziehungsarbeit, un-

¹⁶² Vgl. a. a. O., S. 55 f

¹⁶³ Ebd. (Hervorhebung im Original)

¹⁶⁴ Vgl. a. a. O., S. 57 - 69

¹⁶⁵ Pauls, 2011, S. 170

¹⁶⁶ Mattaini, 1997, zitiert nach Pauls, 2011, S. 170 f

¹⁶⁷ Pauls, 2011, S. 171

bewusste Motive und das dialogische Sich-Einlassen auf das Erleben des Klienten geht.“¹⁶⁸

4.2.3. Einschätzung des Konzeptes der Verhaltensmodifikation

Wenngleich das Konzept der Verhaltensmodifikation nach Bartmann auch die Erhebung sozialer Umstände beinhaltet, erfolgt eine konkretisierende Auseinandersetzung bezüglich der Anforderungen an die Lebenswelt- und Alltagsorientierung Sozialer Arbeit nur implizit bzw. als spärlich belegte Feststellung.

Sowohl die komplex anmutende Verhaltensanalyse als auch die dargestellten, kaum modifiziert wirkenden therapeutischen Interventionen, lassen das Konzept bei bestimmten Indikationen und Problemlagen, bspw. im Rahmen klinischer Sozialarbeit, zwar sinn- und bedeutungsvoll erscheinen, als *übergeordnete Methode* für die Bearbeitung der Fülle von potentiellen Problemlagen in den verschiedenen Kontexten Sozialer Arbeit stellt sich das Konzept mangels einer überzeugenden Adaptions- und Integrationsleistung aber nur als wenig geeignet dar. Da die aufgezeigten Interventionen in Bartmanns Konzept alle mehr oder weniger auf eine Veränderung problematisch erscheinenden Verhaltens abzielen und äußere, soziale Bedingungsfaktoren kaum beachtet werden, erschließt sich insbesondere vor dem Hintergrund praktischer Erfahrungen die in Anspruch genommene generalistische Sachfunktionalität des Konzeptes nicht.

Es bleibt offen, in wie weit eine operante Konditionierung, eine Desensibilisierung oder ein Entspannungstraining in der Praxis der Sozialen Arbeit bei der Bearbeitung akuter Problemlagen, wie Kindeswohlgefährdung, Arbeitslosigkeit, Kontopfändung, Räumungsklagen etc. als übergeordnete Methode dienlich sein kann. Sicher ließe sich hier darauf abstellen, dass diese Problemlagen durchaus auch auf personenbezogene und verhaltensbedingte Ursachen rekurrieren und sich damit modifizieren lassen. Natürlich setzt eine Räumungsklage bspw. Mietschulden voraus und diese können aufgrund eines unangemessenen Umgangs mit finanziellen Ressourcen entstanden sein, wobei die Entwicklung alternativer Verhaltensweisen sinnvoll wäre. In Anbetracht der sozialen Realität prekärer Lebenslagen wäre in diesem Beispiel einer Verhaltensmodifikation als alleiniger Intervention allerdings eine verkürzte Sichtweise immanent, welche der sozialen Dimension von Problemlagen, der Alltags- und Lebensweltorientierung sowie den ethischen Prinzipien Sozialer Arbeit nicht gerecht

¹⁶⁸ Ebd.

werden kann. Darüber hinaus würde sich die Kritik bestätigen, dass die Intervention nicht zu einer direkten, konkreten und aktiven Veränderung der Problemsituation beitragen kann, sondern eher darauf ausgelegt ist, langfristig personenbezogene Variablen zu verändern.

Um im Beispiel zu bleiben; bei einer Räumungsklage müssten als erstes deren genaue Umstände und Problemlagen, offene und verdeckte Mandate der Beteiligten sowie vorhandene Ressourcen geklärt werden, um dann mittels einer Krisenintervention bspw. eine drohende Obdachlosigkeit zu verhindern. In der Evaluation der Intervention kann dann thematisiert werden, ob weitere Handlungsbedarfe existieren – vielleicht ist dies ja auch nicht der Fall – und wer diese erfüllen kann. Hier könnte dann die Verhaltensmodifikation bei einer entsprechenden Indikation eine Option darstellen, wobei nicht jedes Setting Sozialer Arbeit die dazu notwendigen Mandate und Ressourcen besitzen wird.

Zum allgemeinen Verhältnis zwischen Sozialer Arbeit und Verhaltensmodifikation legt Bart dar, dass in „der Methodendiskussion der Sozialen Arbeit einschlägige deutschsprachige Publikationen, die sich systematisch mit den Einsatzmöglichkeiten der Verhaltensmodifikation in der Sozialen Arbeit beschäftigen“¹⁶⁹ bisher fehlten, obwohl laut Befragungen über die Hälfte aller Praktiker diese bei ausreichenden Kenntnissen anwenden würde. Bereits in der Rezension zur zweiten Auflage verweist Gögercin darauf, dass er diese Auffassung nicht teilt, da es mindestens eine weitere Publikation aus dem Jahr 1977 gäbe.¹⁷⁰ Aus einer anderen Perspektive ist beiden nur bedingt zuzustimmen, da die Besonderheit der Charakteristik einer Methode der Sozialen Arbeit sich im Vergleich zu hinlänglich in Lehrbüchern publizierten Lerntheorien und pädagogischer Verhaltensmodifikation¹⁷¹ zumindest im vorgestellten Konzept kaum erschließt.

Praktische Erfahrungswerte zeigen hierbei, dass Soziale Arbeit immer auch mit den Konsequenzen von Verhaltensweisen konfrontiert ist oder konfrontieren muss, und dass dabei die Beachtung lerntheoretischer Erkenntnisse wie oben geschildert selbstverständlich Relevanz besitzt. Darüber hinaus findet Verhaltensmodifikationen als Spezialfall Sozialer Arbeit überall dort statt, wo das explizite Ziel von Verhaltensänderung gegeben ist, wie bspw. im Rahmen des Gruppentrainings sozialer Kompetenzen oder in anderen sozialen Trainingskursen. Anders als von Bartmann gefor-

¹⁶⁹ Pauls, 2011, S. 9

¹⁷⁰ Vgl. Gögercin, 2008, o. S.

¹⁷¹ Vgl. exemplarisch Althen et al., 1996, S. 239 - 251

dert, erfolgt dabei in der Praxis – auch wenn es vielleicht hilfreich wäre – aber kaum die beschriebene individuelle und ausführliche Problemanalyse oder das Aufstellen ebenso subjektbezogener Verstärkerpläne für jeden Klienten. Vielmehr kommen hier standardisierte und oft modularisierte pädagogische Trainingsprogramme zum Einsatz.¹⁷²

Abschließend soll noch einmal betont werden, dass das Konzept der Verhaltensmodifikation nach Bartmann bei einer entsprechenden Indikation, vor allem in der klinischen Sozialarbeit erweitert durch den Aspekt der sozialen Ebene im Sinne des Anliegens der Veränderung der Person-Umwelt-Beziehung, durchaus eine wertvolle Methode Sozialer Arbeit darstellen kann, wie dargestellt aber kaum dem Anspruch einer *übergeordneten generalistischen Methodik* gerecht wird und daher auch nicht in der Lage ist, andere Methoden zu ersetzen.

4.3. Klinische Sozialarbeit als therapeutisches Konzept Sozialer Arbeit

Während die Konzepte des Engagings und der Verhaltensmodifikation versuchen, die konkrete Nutzbarkeit der Integration originär therapeutische Ansätze in die verschiedenen Kontexte und Aufgabenfelder Sozialer Arbeit darzulegen, besitzt die klinische Sozialarbeit als Teilgebiet der Sozialen Arbeit einen anderen Fokus. Ihr Anliegen besteht nicht darin *einen* therapeutischen Ansatz zu einer nichttherapeutischen Methode zu adaptieren und zu integrieren, sondern vor dem Hintergrund eines biopsychosozialen Problem- und Störungsverständnisses sowie spezifischer klinischer Kompetenzen geeignete Hilfen für Adressaten mit multiplen psychosozialen Problemlagen vorzuhalten.¹⁷³

4.3.1. Überblick über die konzeptionellen Grundannahmen

Pauls definiert „*Klinische Sozialarbeit als integrierten professionellen Ansatz zur Verbesserung der psycho-sozialen Passung zwischen Klient bzw. Klientensystem und Umwelt*. Klinische Sozialarbeit ist spezialisierte beratende und behandelnde Soziale Arbeit in den Feldern des Sozial- und Gesundheitswesens. Mittels einer Fülle von Hilfeformen sowie geeigneter Settings wendet Klinische Sozialarbeit in ihren jeweiligen fall- und situationsspezifischen Bezügen spezifische Methoden psycho-sozialer Diagnostik und Intervention an. Zu nennen sind insbesondere psycho-soziale Beratung, Krisenintervention, Soziale Therapie, soziale Psychotherapie, Soziale Unter-

¹⁷² Vgl. exemplarisch Jugert et al, 2010, passim

¹⁷³ Vgl. Pauls, 2011, S. 22

stützung und aktive Hilfen [...], klinisches Casemanagement, psychoedukative Gruppenarbeit. Primäre Zielgruppe ist das Klientel in Multiproblemsituationen in den unterschiedlichsten Arbeitsfeldern. [Die] zentrale Aufgabe Klinischer Sozialarbeit liegt in der professionellen Kompetenz, mittels wissenschaftlich fundierter Methoden notwendige Veränderungen der psycho-sozialen Lebenslage und Lebensweise zu erreichen: zusammen mit den Betroffenen, ihren Bezugspersonen und ihrem Sozialen Netzwerk, beteiligten Institutionen und Professionen.“¹⁷⁴

Die klinische Sozialarbeit erhebt damit den Anspruch, dort wo es notwendig ist, therapeutisch tätig zu werden und nähert sich der Definition von funktionaler Psychotherapie. Anders als die klinische Psychologie konzentriert sie sich dabei aber nicht ausschließlich auf das innerpsychische Erleben des Klienten, sondern setzt explizit „an der sozialen Perspektive an.“¹⁷⁵ Rauchfleisch stellt dazu fest, dass Menschen mit multiplen und chronischen psychosozialen Problemlagen oft „mit großen sozialen Schwierigkeiten kämpfen und zugleich schwere psychische Störungen aufweisen“,¹⁷⁶ wobei charakteristisch ist, „dass es im Verlauf der Jahre zu einer unheilvollen Verquickung zwischen psychischen und sozialen Problemen und zu einer zunehmenden Eskalation beider Störungsbereiche kommt.“¹⁷⁷ Diesem Dilemma der „engen Wechselwirkung zwischen der sozialen Realität und den psychischen Störungen“¹⁷⁸ sind verschiedene Umstände immanent, welche sich auf die Bearbeitung von Problemlagen und die Behandlung von Störungen auswirken. In der Praxis sind „hard-to-reach“¹⁷⁹ Klienten aufgrund ihrer prekären Lebenslagen und dem damit verbundenen sozialen Habitus oft nicht durch eine langfristige und relativ hochschwellige, oder wie Deloie es ausdrückt „einer exklusionsfördernden ‚mittelschichtorientierten‘ Psychotherapie“¹⁸⁰ zu erreichen oder für diese zu motivieren. Darüber hinaus vernachlässigt eine klassische Psychotherapie die Auswirkung sozialer Ungleichheit genauso, wie eine ausschließlich generalistisch veranlagte Soziale Arbeit nur mittelbaren Einfluss auf psychische Problemlagen und Störungen erwarten kann.

Das Konzept der klinischen Sozialarbeit fokussiert daher auf die Schnittstelle psychischer Probleme und sozialer Realität¹⁸¹ und versteht sich als „primär zuständige Dis-

¹⁷⁴ A. a. O., S. 17 (Hervorhebung im Original)

¹⁷⁵ Pauls, 2011, S. 23

¹⁷⁶ Rauchfleisch, 2006, zitiert nach Deloie, 2011, S. 193

¹⁷⁷ Ebd.

¹⁷⁸ Rauchfleisch, 1996, zitiert nach Deloie, 2011, S. 193

¹⁷⁹ Pauls, 2011, S. 24

¹⁸⁰ Deloie, 2011, S. 24, auch Galuske, 2009, S. 139

¹⁸¹ Vgl. Pauls, 2011, S. 20

ziplin dort, wo ein Krankheitsgeschehen als ein ursächlich durch soziale und psychosoziale Faktoren (mit-) bedingter Prozess verstanden werden kann.“¹⁸² Klinische Sozialarbeit versteht sich damit nicht als kleine Psychotherapie für soziale Randgruppen, sondern bezieht sich aus einer biopsychosozialen und salutogenetischen Perspektive auf „einen eigenen sozialtherapeutischen Ansatz, der die Themen der sozialen Integration durch intensive Einbeziehung der Umgebung, soziale Netzwerkarbeit und durch professionelle soziale Unterstützung“¹⁸³ genauso umfasst, wie die „Hilfe in bio-psycho-sozialen Notlagen, Reifungskrisen und Fehlentwicklungen [...]. Dies schließt die Diagnostik der körperlichen, seelischen und sozialen Mitverursachung von Störungen, die Klärung der Veränderungsmotivation und die Veranlassung geeigneter sozialtherapeutischer Maßnahmen oder auch die bedingte Anwendung psychotherapeutischer Methoden im Rahmen der Beratung und Sozialintervention ein.“¹⁸⁴ Pauls spricht hier von einem „zweispurigen Ansatz klinisch sozialarbeiterischer Hilfen“¹⁸⁵ mit zwei Interventionstypen; der sozialen und materiellen Unterstützung sowie die Beratung, Beziehungsarbeit und therapeutische Angebote. Deloie beschreibt dagegen einen trifokalen Behandlungsansatz, welcher zwischen Interventionen auf der intrapersonellen, der interpersonellen und der sozio-ökonomischen Ebene unterscheidet.

Bezüglich der psychotherapeutischen Methoden fühlt sich die klinische Sozialarbeit dabei einem integrativen Konzept verbunden, welches sich an den Ergebnissen der oben vorgestellten Psychotherapieforschung orientiert, bewusst ansatzübergreifende Wirkfaktoren beachtet und sich in der Auswahl spezifischer Methoden eklektisch verhält.¹⁸⁶

4.3.2. Klinische Sozialarbeit und Lebensweltorientierung

Das Konzept der Lebensweltorientierung nach Thiersch stellt den Alltag und die damit verbundenen Realitäten, subjektiven Interpretationen und Bedeutungszuschreibungen sowie biografischen Erfahrungen der Adressaten der Hilfe als signifikanten Bezugspunkt sozialarbeiterischen Handelns dar.¹⁸⁷ Thiersch beschreibt die Notwendigkeit einer sehr respektvollen Annäherung an die subjektiven Lebensverhältnisse, welche insbesondere Raum und Respekt für eigene Lebensentwürfe lassen soll und

¹⁸² A. a. O., S. 179

¹⁸³ A. a. O., S. 18

¹⁸⁴ A. a. O., S. 19

¹⁸⁵ A. a. O., S. 179

¹⁸⁶ Vgl. Deloie, 2011, S. 192

¹⁸⁷ Vgl. Thiersch, 2009, o. S.

sich „auf Bewältigungs- und Verarbeitungsformen von Problemen in der Lebenswelt der AdressatInnen“¹⁸⁸ bezieht. Dementsprechend gilt es „Hilfen nicht nur konkret auf das jeweilige ‚Problem‘ oder den konkreten Hilfebedarf mit den Betroffenen gemeinsam abzustimmen, sondern in der konkreten Lebenssituation und in der jeweiligen Lebensführung die in Erziehungs- und Sozialisationsprozessen emotional und kognitiv verankerten lebensweltlichen Orientierungen zu berücksichtigen. Hilfen müssen also lebensweltlich passfähig angeboten werden, um sich der konstruktiven Mitarbeit des Klientels zu versichern.“¹⁸⁹

Die klinische Sozialarbeit geht auf die Kausalität der biopsychosozialen Bedingungen von Problemlagen in beschriebener Weise ein und nimmt dabei die Person mit ihren Ressourcen sowie ihrem individuellen Erfahrungshintergrund in ihrer Umwelt wahr. In ihrer Methodenoffenheit integriert sie neben sozialen und ökonomischen Hilfen auch therapeutische Interventionen in ihren bi- bzw. trifokalen Behandlungsansatz, um einerseits dem multikausalem Problemgefüge gerecht zu werden und andererseits Menschen in prekären Lebenslagen einen niedrigschwelligen Zugang zu passgenauen Hilfen zu verschaffen. Dabei bildet die salutogenetische Perspektive einen Gegenpol zu der angenommenen Therapeutisierung, indem sie Krankheit und Gesundheit als diametrale Zustände innerhalb eines Kontinuums betrachtet und sich damit von einer stigmatisierenden pathologischen Sichtweise distanziert.

Deloie nennt die Wahrnehmung des Klienten als Person, welche sich nicht auf eine stigmatisierenden Diagnose reduziert, das konsequente Einlassen auf die Lebens- und Alltagswelt anstelle einer „alltagsentrückten [klassischen] Psychotherapie“¹⁹⁰ sowie die alltagsnahe Struktur der Interventionen, bspw. durch aufsuchende Arbeit, als lebensweltorientierte Konsequenzen für die klinische Sozialarbeit.¹⁹¹ Pauls beschreibt ein erfahrungsorientiertes Konzept klinischer Sozialarbeit, welches sich in der notwendigen Methodenvielfalt an den Lebensbedingungen der Klienten orientiert, innerhalb dieser Lebenswelten Kompetenzen, Ressourcen und die Entwicklung eigener Problemlösungen fördert sowie aktive Hilfen vorhält.¹⁹² Explizit benennt Pauls dabei „Akzeptanz und Respekt, Achtung und Beachtung“¹⁹³ als Merkmale klinischer Sozialarbeit.

¹⁸⁸ Thiersch, 1993, zitiert nach Galuske, 2009, S. 144

¹⁸⁹ Kardorff, von, 2004, S. 32

¹⁹⁰ Deloie, 2011, S. 176

¹⁹¹ Vgl. a. a. O., 2011, S. 176 f

¹⁹² Vgl. Pauls, 2011, S. 370 - 378

¹⁹³ A. a. O., S. 379

Insgesamt wird die klinische Soziale Arbeit damit nicht nur dem Paradigma der Alltags- und Lebensweltorientierung gerecht, sie erfüllt auch die von Zwilling geforderten Merkmale eines Integrationskonzeptes zum Methodentransfer, welches Theorie, Praxis und Handelnde aufeinander bezieht.¹⁹⁴

4.3.3. Einschätzung des Konzeptes klinischer Sozialarbeit

Obwohl die Integration originär psychotherapeutischer Methoden in die klinische Sozialarbeit theoretisch basiert erscheint, ist auch hier noch nichts darüber gesagt, wie dieses sich in der Praxis gestaltet. Mit dem Anliegen der Methodenoffenheit eines integrativen Konzeptes, welches Erkenntnisse der Psychotherapieforschung nutzt und explizit unspezifische Wirkfaktoren einbezieht, stellen sich in der Praxis wiederum die Fragen nach der Beliebigkeit der konkreten therapeutischen Intervention und damit verbunden, nach den vorhandenen Qualifikationen und Ausbildungsstandards der Fachkräfte. Ohne an dieser Stelle auf die Geschichte der klinischen Sozialarbeit eingehen zu wollen, muss konstatiert werden, dass Psychotherapie im Rahmen des *clinical social work* in den USA durchaus üblich und verbreitet ist.¹⁹⁵ Unabhängig vom kritischen Diskurs in Deutschland zur Übertragbarkeit des Konzeptes und den verschiedenen Standpunkten dazu besitzt dies einen Vorteil; durch die Anerkennung ist die hoch qualifizierte Ausbildung zum *advanced clinical social worker* geregelt, diese „sind staatlich lizenziert und zugelassen zur Behandlung von bio-psycho-sozialen Störungen.“¹⁹⁶ In Deutschland ist die Ausbildung zum klinischen Sozialarbeiter oder zum Sozialtherapeuten nicht einheitlich festgelegt; „Sozialtherapeut/in ist eine intern geregelte berufliche Weiterbildung an Bildungsinstituten unterschiedlicher Träger.“¹⁹⁷ Die Berufsbezeichnung klinischer Sozialarbeiter existiert außerhalb des Fachdiskurses nicht. Die Berufsbezeichnung Sozialtherapeut ist, im Gegensatz zu der des Psychotherapeuten, nicht geschützt, allein die Bundesagentur für Arbeit nennt sieben mögliche äquivalente Berufsbezeichnungen, wobei diese wahrscheinlich noch als exemplarische Darstellungen gelten können.¹⁹⁸

Ebenso kritisch muss die aktuelle Gesetzgebung zur Durchführung von Psychotherapie in Deutschland gesehen werden, nach welcher Sozialarbeiter nicht durch ein mehrjähriges Masterstudium klinischer Sozialarbeit, wohl aber ohne zwingend vorge-

¹⁹⁴ Vgl. Zwilling, 2008, S. 3

¹⁹⁵ Vgl. exemplarisch Pauls, 2011, S. 15

¹⁹⁶ A. a. O., S. 14

¹⁹⁷ Bundesagentur für Arbeit, o. J., o. S.

¹⁹⁸ Vgl. ebd.

beschriebene Ausbildung im Sinne des Heilpraktikergesetzes die Erlaubnis zu Ausübung von Psychotherapie für Erwachsene erhalten können.¹⁹⁹

Auch die Argumentation, dass klinische Sozialarbeit den Zugang zu psychotherapeutischen Hilfen dort ermöglicht, wo diese wie beschrieben in bestimmten sozialen Milieus aufgrund der Mittelschichtorientierung klassischer Psychotherapie sonst nicht zugänglich wären, muss aus einer sozialpolitischen Perspektive kritisch gesehen werden und lässt sich nur vor dem Hintergrund vertreten, dass es sich eben *nicht* um eine Art kleine Psychotherapie für sozial Benachteiligte, sondern einen spezifischen und eigenständigen psychosozialen Behandlungsansatz handelt, welcher einem multikausalen Problemgefüge Rechnung trägt. Wenn es sich bei klinischer Sozialarbeit explizit um eine ‚vereinfachte‘ Psychotherapie für soziale Randgruppen handeln würde, hätte diese einen exklusionsfördernden Charakter und würde zu einer Verschärfung sozialer Ungleichheit und ungleicher Chancen- bzw. Gesundheitsverteilung führen. Die Soziale Arbeit wäre hier auch im Sinn ethischer Prinzipien aufgefordert, anwaltschaftlich eine sozial gerechte medizinische und psychotherapeutische Versorgung ihrer Klientel einzufordern und zu vertreten.

Insgesamt ist damit wünschenswert, dass die klinische Soziale Arbeit ihre noch junge eigenständige Forschungsarbeit²⁰⁰ auf hohem Niveau fortsetzt, bundesweit allgemein verbindliche und anspruchsvolle Curricula für die Ausbildung entwickelt und vor dem Hintergrund der Evaluation ihrer Wirksamkeit auf die berufsständische Anerkennung einer eigenständigen psychosozialen Therapie als dritte Säule neben der ärztlichen und psychologischen Psychotherapie drängt.

4.4. Einschätzung der Methodenintegration – zweites Zwischenfazit

Im ersten Zwischenfazit ging darum, dass Verhältnis zwischen Sozialer Arbeit und Psychotherapie sowie die Kompatibilität ihrer Konzeptansätze und Methodiken zu betrachten. Der Erkenntnisgewinn an dieser Stelle bezieht sich darauf, wie sich die Integration originär therapeutischer Ansätze in die generalistisch veranlagte sowie alltags- und lebensweltorientierte Soziale Arbeit gestalten lässt und ob dabei die Kriterien wissenschaftlicher Methodenintegration erfüllbar sind. Hierzu wurden im kurzen und groben Überblick exemplarisch die Grundlagen des Engagings, der Verhaltensmodifikation sowie der klinischen Sozialarbeit betrachtet.

¹⁹⁹ Bundesministerium für Justiz, 2001, o. S.

²⁰⁰ Vgl. Pauls, 2011, S. 25

Zusammenfassend – und damit für andere therapeutische Ansätze verallgemeinerbar – kann festgestellt werden, dass insbesondere dort eine sinnvolle und bereichernde Integrationsleistung möglich scheint, wo therapeutische Konzepte nicht einfach als solche pragmatisch in die Kontexte Sozialer Arbeit gestellt, sondern tatsächlich in Theorie, Praxis und Methodik für die Ansprüche, Aufgaben und potentiellen Problemlagen Sozialer Arbeit adaptiert und modifiziert werden. Essentiell erscheint hierbei, dass diese modifizierten Methoden nicht in der Lage sind – und im Wesentlichen auch nicht den Anspruch besitzen – originäre Konzepte und Methoden Sozialer Arbeit zu ersetzen, sondern vielmehr dort eine Erweiterung des Handlungsspielraumes durch hilfreiche Perspektiven und effiziente Interventionen bieten, wo eine differenzierte Indikation gegeben ist. In diesem Sinn ist klinische Sozialarbeit auch dann Soziale Arbeit, wenn sie sich eines integrativen psychosozialen Therapiekonzeptes bedient. Unerlässlich bleibt dabei die theorie- und praxisgeleitete Reflexion der professionellen Verortung. Die Verwendung therapeutischer Konzepte in der Sozialen Arbeit darf keinem Selbstzweck unterliegen, wie etwa der von Galuske genannten Erhöhung des Status oder des Images,²⁰¹ und muss sich von einer funktionalen Psychotherapie abgrenzen, welche explizit die Heilung einer psychischen Störung mit ausschließlich psychologischen Mitteln im Sinne der klassischen Therapiekonzepte intendiert.

Darüber hinaus impliziert das Paradigma der Allzuständigkeit und Lebensweltorientierung Sozialer Arbeit sowie die damit notwendiger Weise verbundene Methodenoffenheit, dass die pragmatische Reduktion auf ein therapeutisches Konzept und dessen Theorie(n) zur Persönlichkeitsentwicklung, oder wie Galuske es nennt ein „geschlossenes Weltbild“,²⁰² eine ungünstige Perspektive darstellt. Hier sollte die Integration therapeutischer Ansätze und Methoden die Ergebnisse der Psychotherapieforschung beachten und multimodale integrative Konzepte in den Kontext einer lebensweltorientierten Sozialen Arbeit setzen, wie es die klinische Sozialarbeit aufzeigt.

5. Pro und Contra therapeutischer Ansätze in der Sozialen Arbeit

Zum Pro und Contra therapeutischer Konzepte und Methoden in der Sozialen Arbeit wurden bereits an verschiedenen Punkten, insbesondere im ersten und zweiten Zwischenfazit sowie in der Einschätzung der jeweiligen Integrationskonzepte, Aussagen getroffen. Dies erschien insofern wichtig, als dass hierdurch der jeweilige Erkennt-

²⁰¹ Vgl. Galuske, 2009, S. 133

²⁰² Vgl. ebd.

nisgewinn als Grundlage für folgende Betrachtungen sequentiell zur Verfügung stand. Zusammengefasst wurde so bisher konstatiert, dass:

- die Integration originär therapeutischer Konzepte und Methoden in die Soziale Arbeit unter bestimmten Prämissen möglich ist und als Option des Speziellen innerhalb des Generalistischen dort sinnvoll erscheint, wo es die Problematik erforderlich werden lässt,
- originär therapeutische Ansätze dabei nicht die genuinen Konzepte und Methoden der Sozialer Arbeit ersetzen, sondern diese bereichern und erweitern können,
- eine gelungene Integration daher einer Adaption auf den Ebenen der Theorie, Praxis und Methodik beansprucht und
- die Anwendung therapeutischer Methoden im klinischen und sozialtherapeutischen Kontext einer biopsychosozialen Indikation bedarf.

An dieser Stelle wird mit Blick auf die bisherigen Darlegungen nicht noch einmal explizit auf die kritischen (Contra-) Positionen von Galuske, Thiersch und anderen, oder auf die befürwortenden Positionen von Pauls, Deoie, Bartmann etc. eingegangen. Vielmehr werden noch einmal einzelne Aspekte betrachtet, welche quer zum aktuellen Fachdiskurs liegen, sich also in diesem, aber auch in einer Betrachtung der Praxis wieder finden können. Diese Bestandsaufnahme kann dabei aufgrund der Breite des Themas keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben.

Darüber hinaus stellen Pro und Contra Kategorien dar, welche eine Bewertung enthalten. Es gibt aber viele Wahrheiten, oftmals wird diese Bewertung daher eine Frage der jeweils zu erörternden Perspektive sein. Die weiteren Ausführungen erfolgen daher nicht im Sinn einer kategorialen Zuordnung einzelner Aspekte zu genannten Gegenpolen, sondern anhand einer Betrachtung der Vorteile, aber auch der kritischen Momente therapeutischer Ansätze, mit Blick auf die Problemlagen und Mandate, Methoden, die Protagonisten und die Rahmenbedingungen Sozialer Arbeit.

5.1. Problemlagen und Mandate

Der dritte Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung bestätigt die Annahmen der Kausalität sozialer sowie psychischer Problemlagen und beschreibt, was in der Praxis der Sozialen Arbeit längst Realität ist. Demnach sind Kinder und Jugendliche aus sozial schwachen Familien sowie deren Angehörige und Alleinerziehende

überdurchschnittlich oft von psychischen Problemlagen betroffen. Insbesondere prekäre Lebenslagen wie Überschuldung, Armut und soziale Ausgrenzung, Wohnungslosigkeit, Arbeitslosigkeit und Bildungsferne bergen ein erhöhtes Risiko für emotionale Instabilität, psychosoziale Destabilisierung, Verhaltensauffälligkeiten sowie psychische Störungen. Gleichzeitig sind eine Zunahme der Beschäftigung in prekären Arbeitsverhältnissen im Niedriglohnsektor, ein deutlicher Anstieg der erwerbstätigen Hilfebedürftigen im SGB II Bezug, ein steigendes Armutsrisiko, eine wachsende Abwanderung von mittleren in niedrige Einkommensschichten und eine Erweiterung des Personenkreises ohne Berufsabschluss etc. zu verzeichnen.²⁰³ Markant im Sinn der These von ‚hard-to-reach‘ Klienten erscheint dabei, dass ca. einundsechzig Prozent der Befragten angaben, bei Schulden notwendige Arztbesuche zu unterlassen, ca. fünfundsechzig Prozent berichteten verschriebene Medikamente nicht zu kaufen.²⁰⁴ Die These der Kausalität sozialer und psychischer Problemlagen scheint damit genauso bestätigt, wie die Indikation eines ganzheitlichen Vorgehens, welches insbesondere in sozialtherapeutischen Kontexten die biopsychosoziale Dimension der Problemlagen erfassen und behandeln kann.

Die soziale Ungleichheit wächst und mit ihr die Zahl der Adressaten Sozialer Arbeit, welche eine interventionsbedürftige psychosoziale Problematik oder psychische Störung aufweisen, die aktuell nicht oder nur unzureichend behandelt wird. Die Gründe hierfür sind in der Praxis unterschiedlicher Natur. Manchmal werden Störungen mit einem Ich-syntonen Charakter aufgrund eines mangelnden Feedbacks im eigenen sozialen Umfeld von der Person nicht also solche wahrgenommen, häufig fehlen die Motivation und Ressourcen um in der aktuellen Lebenslage, mit ihren kaum zu überschauenden multiplen Problemlagen, psychologische Hilfe in Anspruch nehmen zu können und letztendlich ist die Zugänglichkeit psychologischer und psychotherapeutischer Hilfen oft kaum gegeben. Eine Terminvergabe ist mit langen Wartezeiten verbunden und um diese, vor allem in akuten Krisen, überstehen zu können, sind soziale Sicherheit und Ressourcen notwendig, welche häufig nicht gegeben sind.²⁰⁵

Spätestens nach einem gelungenen Beziehungsaufbau werden Sozialarbeiter auch außerhalb sozialtherapeutischer Arbeitsfelder mit diesen Problemlagen konfrontiert; sei es durch die Konfrontation mit originären bzw. devianten Verhaltensweisen oder

²⁰³ Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2008, passim

²⁰⁴ Vgl. a. a. O., S. 52 f

²⁰⁵ Hier handelt es sich um praktische Erfahrungen des Verfassers, welche keinen repräsentativen Charakter beanspruchen, dennoch aber eine Tendenz aufzeigen können. Von daher erscheinen die unwissenschaftlichen Umschreibungen wie ‚manchmal‘ oder ‚oft‘ etc. als ausreichend.

durch die Schilderung eines Leidensdrucks mit dem Anliegen Hilfe zu erhalten. Hier ist es primäre Aufgabe einer generalistisch veranlagten Sozialen Arbeit, den Zugang zu Behandlungsmöglichkeiten zu eröffnen und die für eine Psychotherapie notwendigen Ressourcen sowie Behandlungsmotivation zu schaffen. Der dritte Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung verweist dazu bspw. darauf, dass sich in der Arbeit mit Straßenkindern „vor allem aufsuchende und akzeptierende Angebote der Straßensozialarbeit [...] und die psychosoziale Beratung“²⁰⁶ für die Integration in betreute Wohnformen bewährt hat.

In verschiedenen Kontexten wird allerdings nicht nur durch Klienten ohne ausreichende therapeutische Versorgung Hilfe erwartet, sondern auch ein gesellschaftliches Mandat für therapeutische Wirksamkeit erteilt. Als Beispiel seien hier die Suchtkrankenhilfe oder therapeutische Wohngruppen in der stationären Kinder- und Jugendhilfe genannt.

Vor diesem Hintergrund, der sich offensichtlich verändernden oder erweiternden Aufgabenstellungen Sozialer Arbeit, erscheint die von Galuske und anderen festgestellte Attraktivität therapeutischer Konzepte und Qualifikationen in einem anderen Licht, als dem eines Imagegewinns oder der Flucht vor „der Diffusität der Allzuständigkeit.“²⁰⁷ Vielmehr wird eine therapeutische Zusatzqualifikation oft darauf abzielen, eine dem realpraktischen Handlungsbedarf gegenüber adäquate Handlungsfähigkeit herzustellen. Genau dies fordern die ethischen Prinzipien Sozialer Arbeit auch ein; „es wird von Sozialarbeitern/innen erwartet, dass sie die erforderliche Fertigkeiten und Fähigkeiten, um ihre Arbeit ausüben zu können, weiterentwickeln und aufrechterhalten.“²⁰⁸ Auch wenn die Soziale Arbeit primär aufgefordert bleibt soziale Notlagen zu bearbeiten und soziale Benachteiligung zu verhindern, stellen die aufgezeigten Problemlagen, deren biopsychosozialer Kausalität und deren zunehmende Bedeutung eine klare Indikation für die Integration therapeutischer Konzepte und Methoden, insbesondere im Rahmen der klinischen Sozialarbeit und Sozialtherapie, dar. Darüber hinaus muss eine verantwortungsvolle Soziale Arbeit der Verschärfung sozialer Ungleichheit und damit verbundenen Problemlagen auch mittels sozialpolitischer Einflussnahme entschlossen entgegentreten.

²⁰⁶ Vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2008, S. 259

²⁰⁷ Galuske, 2009, S. 40

²⁰⁸ IFSW, 2004, o. S.

5.2. Methodik, Effizienz und Zweckdienlichkeit

Gerade zur Methodik wurden in den vorgehenden Punkten bereits vielfältige Ausführungen getroffen. Die Kritik, dass therapeutische Konzepte die notwendige Offenheit der sozialarbeiterischen Methodik beeinträchtigen, wurde dabei u. a. insofern widerlegt, als dass therapeutische Methoden als bedarfsgerechte Option Sozialer Arbeit gesehen werden können. Darüber hinaus steht mit Blick auf die Effizienz unspezifischer Wirkfaktoren einem integrativen Konzeptansatz klinischer Sozialarbeit nichts entgegen.

Im Zusammenhang mit der Frage nach der Qualifikation von Sozialarbeitern, ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten muss auf Studien zur Äquieffektivität der Laienhilfe hingewiesen werden, welche nach Müller-Kohlenberg belegen, dass „zwischen unausgebildeten Helfern [...] im psychosozialen Bereich und den Angehörigen entsprechender akademischer Berufsgruppen, wie z. B. klinischen PsychologInnen, SozialpädagogInnen oder PsychotherapeutInnen [...] hinsichtlich der Wirksamkeit ihrer Hilfeleistung kein nennenswerter Unterschied [besteht]. Eine akademische Ausbildung bewirkt nicht die Steigerung der Qualität der Hilfeleistung, die man erwarten könnte.“²⁰⁹ Schay relativiert dieses, um dabei den Fakt an sich zu bestätigen; danach ist die Wirksamkeit nur direkt nach der Intervention vergleichbar und es muss sich um strukturierte Methoden handeln, welche auf unspezifische Aktivitäten des Alltags abzielen.²¹⁰

In diesem Sinn soll es sich hier nicht um einen Aufruf zur antiakademischen Simplifizierung der Psychotherapie oder anderer psychosozialer Hilfen handeln, eine gute Ausbildung ist und bleibt, wie oben gefordert, notwendig.

Herwig-Lempp bezeichnet Theorien als Werkzeuge und stellt fest „wer welches Werkzeug verwendet und für nützlich hält, ist nicht so sehr eine Frage des Werkzeugs, sondern vor allem der Person und ihrer Absichten: je nachdem, was ich vor habe und wie gut ich die einzelnen Werkzeuge kenne, mit ihrem Gebrauch vertraut bin, desto besser kann ich entscheiden, welches ich verwende.“²¹¹ Wenn Theorien Werkzeuge sind, um wie viel mehr muss dieses für Methoden und Techniken gelten!? Mit Blick in die Praxis und auf die Studien zur Äquieffektivität wird es trotzdem einen Unterschied darstellen, ob ein Werkzeug von einem Laien oder einem Professionellen benutzt wird, welcher eine dementsprechend fundierte Ausbildung besitzt.

²⁰⁹ Müller-Kohlenberg, 1998, S. 19

²¹⁰ Vgl. Schay, 2006, zitiert nach Deloie, 2011, S. 128

²¹¹ Herwig-Lempp, 2009, S. 5

Von einem Sozialarbeiter, welcher psychotherapeutische Methoden und Techniken anwendet, muss erwartet werden können, dass er eine Qualifikation besitzt, welche ihn dazu befähigt.

Dennoch scheint die Frage gerechtfertigt, warum auf therapeutische Interventionen in der Sozialen Arbeit, außer aus berufsständischen Gründen wie Pauls es anspricht,²¹² verzichtet werden sollte, wenn diese zweckdienliche Wirksamkeit zeigen. Wesentlich erscheint viel eher, dass die Soziale Arbeit sich bei der Integration psychotherapeutischer Konzepte evidenzbasierter Ansätze bedient und deren Wirksamkeit vor dem Hintergrund der eigenen Praxis aus verschiedenen Perspektiven reflektiert.

Um ein Beispiel für diese praxisrelevanten Perspektiven zu nennen und dabei eine weitere Annäherung an das Pro und Contra zu erreichen; die oben erwähnte Möglichkeit, therapeutische Konzepte und Theorien als hermeneutisches Instrument zu nutzen, kann insofern als positiv angesehen werden, als dass dieses die intuitive Wahrnehmung des Gegenübers und der Situation strukturiert, konzeptionell verankertes Erklärungswissen anbietet und so Handlungen sowie Situationen erfahrbar und begründbar werden lässt.

Andererseits besteht durch die Konzeptgebundenheit die Gefahr des Verlustes der Offenheit und der Einengung der Sichtweise, wodurch nicht Passendes auch nicht wahrgenommen oder unpassend interpretiert wird und letztendlich die bekannte Methodik und nicht der tatsächliche – vielleicht ausschließlich sachbezogene – Bedarf die Art der Intervention im Sinn einer Prokrustessituation bestimmt. Diesen Selbstzweck meint Galuske, wenn er zum Thema Expertokratisierung einen unbekanntem Verfasser zitiert, welchem jedes Problem zum Nagel gerät, seit er einen Hammer besitzt.²¹³

Allgemeiner stellt sich bezüglich der Methodik wieder die Frage nach der Beliebigkeit, mit welcher Klient und Sozialarbeiter zusammenfinden. Empfehlungen, den richtigen Psychotherapeuten zu finden, welcher ein zu dem Problem und dem Klienten passendes Therapieverfahren anbietet, existieren viele und es besteht im Rahmen der Möglichkeiten Wahlfreiheit.²¹⁴ Klienten Sozialer Arbeit werden aber – in Abhängigkeit vom Setting – nur selten und sehr eingeschränkt eine solche Option besitzen. Damit bleibt es zumindest in allgemeinen Kontexten Sozialer Arbeit aus der Sicht des

²¹² Vgl. Pauls, 2011, S. 131

²¹³ Vgl. Galuske, 2009, S. 141

²¹⁴ Vgl. exemplarisch Kraft, 2002, passim

Klienten ein Produkt des Zufalls, ob der Sozialarbeiter eine therapeutische Ausbildung besitzt, welcher Art diese ist und wie viel davon den Verlauf der Hilfe bestimmt. Dieser Umstand mag so lange legitim – also pro, aber kritisch zu sehen – sein, wie therapeutische Vorgehensweisen im Sinn des Klienten und transparent erfolgen, nicht manipulativ sind, sich an der Problemlage orientieren und ein „Produkt der Aushandlung zwischen SozialpädagogInnen und KlientInnen“²¹⁵ bleiben.

Letztendlich scheinen die Möglichkeiten therapeutischer Methoden die kritischen Aspekte zu überwiegen, wobei die qualitative Realität in der Praxis von den dort in der Situation Handelnden abhängig ist.

5.3. Protagonisten, Indikation und Rahmenbedingungen

Wenn es darum geht, das Für und Wider therapeutischer Konzepte und Methoden in der Sozialen Arbeit zu diskutieren, ist es notwendig, den Fokus noch einmal explizit auf die in die Hilfeprozesse involvierten Protagonisten, sprich die Klienten und die Sozialarbeiter, sowie auf die Rahmenbedingungen zu legen.

Das oben soziale Problemlagen und ein steigendes Risiko psychischer Störungen in einen Zusammenhang gestellt werden, geschieht im Sinne eines Plädoyers und will keinesfalls in der stigmatisierenden Weise einer Generaldiagnose unterstellen, dass Klienten Sozialer Arbeit gezwungenermaßen eine erhöhte psychische Vulnerabilität oder entsprechende Störungen aufweisen und generell therapeutische Hilfen benötigen. Vielmehr wird die Mehrheit der Klienten einen ausschließlich und vielleicht nur kurzfristigen, beratenden, sach- oder leistungsbezogenen Hilfebedarf und damit keine Indikation für therapeutische Interventionen aufweisen. Hier dennoch therapeutisch vorzugehen, würde nicht nur den Hilfeprozess selbst beeinträchtigen, sondern anstatt zu Normalisierung tatsächlich zu der von Galuske befürchteten Therapeutisierung führen.²¹⁶

Aber auch ein erhöhtes Risiko sowie latent oder offen existierende psychische Beeinträchtigung stellen nicht automatisch die Indikation für therapeutische Interventionen im Rahmen einer generalistisch veranlagten Sozialen Arbeit. Es geht nicht zwingender Weise darum „dass der betreffende Klient erkennen muss, dass er ein Problem hat“,²¹⁷ wie Bartmann es fordert. Es geht vielmehr darum, sich in respektvoller Weise der Bedeutung dieses Umstandes für den sozialarbeiterischen Hilfeprozess anzunä-

²¹⁵ Galuske, 2009, S. 38

²¹⁶ Vgl. a. a. O., S. 173

²¹⁷ Bartmann, 2010, S. 69

hern und diesen gemeinsam so zu gestalten, dass die Hilfe zur Selbsthilfe angenommen werden kann und nachhaltige Wirksamkeit erzielt. Die Indikation – nicht nur für therapeutische Interventionen – kann an dieser Stelle pragmatisch darauf abstellen, für wen und für was die Intervention sinnvoll und nützlich erscheint. Spätestens hier ist der Sozialarbeiter aufgefordert, sich mit der Frage der erteilten und vielleicht widersprüchlichen Mandate auseinander zu setzen.

Die dargestellte biopsychosoziale Kausalität bedeutet für Sozialarbeiter, dass sie in der Praxis auch außerhalb sozialtherapeutischer Kontexte mit den beschriebenen Problemlagen konfrontiert sind, ob sie dies wollen oder nicht. Viele von ihnen werden sich oft notgedrungener Weise therapeutischer Techniken bedienen, ohne eine entsprechende Ausbildung absolviert zu haben. Eine therapeutische Qualifikation beinhaltet hier nicht nur in sozialtherapeutischen Kontexten die Möglichkeit, realpraktischer Problemlagen Rechnung zu tragen und ist bei verantwortungsvollem Umgang positiv zu bewerten.

Andererseits werden viele Sozialarbeiter in ihrer Praxis genauso häufig originär therapeutische Techniken ohne Bedarf und Konzeptbezug eklektisch und pragmatisch nach dem erwähnten ‚Schatzkistenprinzip‘ oder im Sinn eines Methodenkoffers anwenden, da diese effizient anmuten, aber aus beschriebener Perspektive dennoch kritisch zu sehen sind.

Für die Klienten geht ein Einlassen auf sozialtherapeutische Hilfen mit der „Veröffentlichung des Privaten“²¹⁸ einher, welchem gleichermaßen die Chance auf Hilfe, vor dem Hintergrund des doppelten Mandates und der Kontrollfunktion Sozialer Arbeit aber auch Risiken immanent sind. Sozialarbeiter sind zwar nach StGB § 203 an die Schweigepflicht gebunden,²¹⁹ besitzen aber nach StPO § 53 kein Zeugnisverweigerungsrecht, soweit sie nicht als Suchtberater tätig sind.²²⁰ Bezüglich der Schweigepflicht muss zusätzlich festgestellt werden, dass diese in der Praxis durch eine Schweigepflichtentbindung aufgehoben werden kann.

Auch bezüglich der Rahmenbedingungen gibt es verschiedene Perspektiven zum Pro und Contra therapeutischer Ansätze in der Sozialen Arbeit. Therapeutische Techniken im methodischen Sinn scheinen in vielen Kontexten Sozialer Arbeit, wie bspw. der stationären Jugendhilfe, unabhängig von den damit verbundenen Fragen nach der Indikation und der Notwendigkeit, dem Pragmatismus oder der ethischen

²¹⁸ Kleve, 2002, S. 10

²¹⁹ Vgl. Bundesministerium der Justiz, 11/2011, o. S.

²²⁰ Vgl. Bundesministerium der Justiz, 06/2011, o. S.

Dimension, aufgrund ihrer Effizienz Ressourcen, Zeit und finanzielle Mittel einsparen zu können. In klinischen und sozialtherapeutischen Arbeitskontexten, welche nicht nur therapeutische Techniken und Methoden anwenden, sondern bei einem vergleichsweise hohen Bedarf auch eine therapeutische Wirkung intendieren, erscheint dies genau diametral. Hier stellt sich die Frage einer auskömmlichen Finanzierung, mit ausreichenden Zeitkapazitäten und moderaten Fallschlüsseln. Pauls führt dazu aus, dass die Wirksamkeit der Sozialtherapie empirisch belegt ist und deren ausreichende Finanzierung mittelfristig zu mehrfachen Kosteneinsparungen führen würde, muss aber letztendlich konstatieren, dass „die Verengung des Blickwinkels der Kostenträger auf die Ausgaben von heute [...] ein ubiquitäres Problem [ist], das nachhaltigen Reformen im Weg steht und das für alle Kostenträger gilt.“²²¹

6. Fazit

Der Titel der vorliegenden Arbeit stellt in Frage, ob psychotherapeutische Interventionen und Konzepte in der Sozialen Arbeit den Charakter eines semiprofessionellen Pragmatismus besitzen oder eine multimodale Chance darstellen. Zur Beantwortung dieser Fragestellung wurden nach der Definition grundlegender Begrifflichkeiten die theoretischen Bezüge der Sozialen Arbeit und von Psychotherapie in ein Verhältnis gesetzt, deren Kompatibilität und die Bedingungen einer gelungenen Integration untersucht sowie verschiedene Konzepte der Integration therapeutischer Ansätze sowie deren Pro und Contra diskutiert.

Festgestellt wurde dabei, dass eine Kompatibilität nicht per se gegeben ist, aber geschaffen werden kann. Eine gelungene Integration, welche dem lebenswelt- und alltagsorientierten Charakter Sozialer Arbeit als professionseigenen Anspruch gerecht wird, benötigt dazu ein Integrationskonzept, welches gleichermaßen die Ebenen der theoretischen, methodischen, praktischen und nicht zuletzt ethischen Dimensionen bewusst reflektiert und adaptiert.

Vor dem Hintergrund realpraktischer Aufgabenstellungen Sozialer Arbeit, der Kausalität sozialer Ungleichheit sowie Benachteiligung und biopsychosozialer Aspekte von Gesundheit und Krankheit, scheint die von einigen Kritikern geforderte therapeutische Abstinenz in der Sozialen Arbeit zwar deren originären Charakter zu erhalten, dabei aber hilfreiche Chancen für ihre Klientel und die Weiterentwicklung ihrer Profession zu vergeben. Problematisch erscheint dagegen die Anwendung therapeuti-

²²¹ Pauls, 2011, S. 305

scher Methoden und Konzepte ohne Integrations- und Adaptionleistung sowie ohne entsprechende Indikation, unter Verlust der generalistischen Lebensweltorientierung und der sozialarbeiterischen Perspektive.

Mit Blick auf die Vehemenz, mit welcher Praktiker der Sozialen Arbeit sich offensichtlich therapeutischer Interventionen, Methoden und Konzepte bedienen, stellt sich die Frage, ob die damit einerseits verbundenen Problemlagen der fehlenden konzeptionellen Verortung und andererseits deren Kritik vielleicht von einem Theoriediskurs Sozialer Arbeit mit initiiert werden, welcher die Chancen therapeutischer Ansätze negiert und damit Handlungsspielräume der theoriegeleiteten, professionellen Modifikation und multimodalen Implementation erst recht verhindert.

Eine der Ursachen, diesen in der Praxis offensichtlich relevanten Bedarf an therapeutischer Kompetenz im Theoriediskurs zu vernachlässigen, könnte in der Professionalisierungsdebatte Sozialer Arbeit zu finden sein, da „fundierte Sonderwissensbestände; (...) autonome Fach- oder Sachautorität; (und) ein exklusives Handlungskompetenzmonopol“²²² als Professionsansprüche mit der Integration professionsfremder Methoden und Konzepte auf den ersten Blick nicht erfüllt scheinen. Kleve stellt zudem kritisch fest, dass die Soziale Arbeit „überall dort, wo dies möglich ist, ‚Hilfsbedürftigkeit‘ attestiert, um ihren Fortbestand zu sichern.“²²³

Angesichts der geschilderten Konzepte klinischer Sozialarbeit und Sozialtherapie kann hier auf originäre Ansätze Sozialer Arbeit verwiesen werden, welche wirksame Methoden nutzen und einen eigenen professionstheoretischen Zugang zur psychosozialen Bearbeitung real existierender Problemlagen geschaffen haben.

Dennoch können beide Positionen, wie auch die anderer Kritiker, nur dadurch entschärft werden, dass auch die klinische Sozialarbeit ihre Methodik und ihre Ambition auf funktionale, kurative Wirksamkeit immer wieder vor dem Hintergrund ihrer professionstypischen Theorien, Ansätze und Mandate, aber auch bezüglich ihrer Effizienz und Notwendigkeit verantwortlich reflektiert.

Insbesondere das wünschenswerte Ziel, eine psychosoziale Therapie neben der ärztlichen und psychologischen Psychotherapie zu etablieren, bedarf wie bereits dargestellt weiterer Forschung, einer verbindlichen Beschreibung der notwendigen Qualifikation und Berechtigung zur Ausübung, der Entwicklung von ebenso verbindlichen postgradualen Studiengängen und einer Evaluation ihrer Wirksamkeit.

²²² Galuske, 2009, S. 123

²²³ Kleve, 2002, S. 9

Mit Blick auf die Vielfalt therapeutischer Methoden und Konzepte sowie deren unterschiedlicher konzeptioneller Integration muss abschließend bezüglich der leitenden Fragestellung resümiert werden, dass es tatsächlich keine allumfassende und verbindliche Antwort gibt.

Ob therapeutischen Interventionen in der Sozialen Arbeit der Charakter eines semi-professionellen Pragmatismus immanent ist, hängt von vielen Faktoren ab, wie bspw. der Art der Implementierung, dem Kontext, der Indikation, der eigentlichen Zielstellung der Intervention und nicht zuletzt von den Handelnden in der Situation. Das therapeutische Konzepte in der Sozialen Arbeit zumindest das Potential einer multimodalen Chance bieten, erscheint dagegen klar. Wünschenswert bleibt daher, dass es der Sozialen Arbeit gelingt, diese Chance im Sinne ihrer Adressaten weiter auszubauen, ohne ihren professionseigenen Anspruch aufzugeben.

7. Quellenverzeichnis

Altenthan, S.; Dirrigl, W.; Gotthardt, W.; Hobmair, H.; Höhle, R.; Ott, W.; Pöll, R.; Schneider, K.-H. (1996): Maßnahmen der Erziehung. In: Hobmair, H. (1996): Pädagogik. 2. Auflage. Köln: Stam Verlag. S. 239 - 251

Bartmann, Ulrich (2010): Verhaltensmodifikation als Methode der Sozialen Arbeit. Ein Leitfaden. 3. durchgesehene und ergänzte Auflage. Tübingen: dgvt-Verlag

Belardi, Nando (2008): Beratung. In: Kreft, Dieter; Mielenz, Ingrid (Hrsg.) (2008): Wörterbuch Soziale Arbeit. Aufgaben, Praxisfelder und Methoden der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. 6. überarbeitete und aktualisierte Auflage. Weinheim und München: Juventa Verlag, S. 154 - 157

Belardi, Nando; Akgün, Lale; Gregor, Brigitte; Neef, Reinhold; Pütz, Thomas; Sonne, Fritz R. (2011): Beratung. Eine sozialpädagogische Einführung. 6. Auflage. Weinheim und München: Juventa Verlag

Biermann-Ratjen, Eva M.; Eckert, Jochen; Schwartz, Hans J. (2003): Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen. 9. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer Verlag

Bundesagentur für Arbeit (o. J.): Berufsbild Sozialtherapeut/in.

URL: <http://berufenet.arbeitsagentur.de/berufe/start?dest=profession&prof-id=58505> (letzter Zugriff 08.12.2011)

Bundesministerium der Justiz (Stand 23.10.2001): Gesetz über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung (Heilpraktikergesetz).

URL: <http://www.gesetze-im-internet.de/heilprg/BJNR002510939.html> (letzter Zugriff 08.12.2011)

Bundesministerium der Justiz (Stand 02.12.2007): Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Psychotherapeutengesetz - PsychThG).

URL: <http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/psychthg/gesamt.pdf> (letzter Zugriff 16.10.2011)

Bundesministerium der Justiz (Stand 01.11.2011): Strafgesetzbuch.

URL: http://www.gesetze-im-internet.de/stgb/___203.html (letzter Zugriff 24.11.2011)

Bundesministerium der Justiz (Stand 23.06.2011): Strafprozessordnung.

URL: http://www.gesetze-im-internet.de/stpo/___53.html (letzter Zugriff 24.11.2011)

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2008): Lebenslagen in Deutschland. Der 3. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung.

URL: [http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-](http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/forschungsprojekt-a333-dritter-armuts-und-reichtumsbericht.pdf?__blob=publicationFile)

[Publikationen/forschungsprojekt-a333-dritter-armuts-und-](http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/forschungsprojekt-a333-dritter-armuts-und-reichtumsbericht.pdf?__blob=publicationFile)

[reichtumsbericht.pdf?__blob=publicationFile](http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/forschungsprojekt-a333-dritter-armuts-und-reichtumsbericht.pdf?__blob=publicationFile) (letzter Zugriff 08.12.2011)

Bundespsychotherapeutenkammer (2009): Stellungnahme Bundesverwaltungsgericht. Wissenschaftliche Anerkennung eines Psychotherapieverfahrens erfordert Wirksamkeitsnachweis.

URL: <http://www.bptk.de/stellungnahmen/einzelansicht/artikel/bundesverwal.html> (letzter Zugriff 17.10.2011)

Bundespsychotherapeutenkammer (2011): Richtlinienverfahren.

URL: <http://www.bptk.de/presse/zahlen-fakten.html> (letzter Zugriff 17.10.2011)

Caby, Filip; Caby, Andrea (2009): Kleine Psychotherapeutische Schatzkiste. Tipps und Tricks für kleine und große Probleme vom Kindes- bis zum Erwachsenenalter. Dortmund: BORGMANN MEDIA

Callo, Christian (2005): Handlungstheorie in der Sozialen Arbeit. Hand- und Lehrbücher der Pädagogik. München, Wien: Oldenbourg Verlag

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

Frauenknecht, Sabine; Lieb, Klaus; Brunnhuber, Stefan (2005): Therapie psychischer Erkrankungen. In: Brunnhuber, Stefan; Frauenknecht, Sabine; Lieb, Klaus (Hrsg.) (2005): Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie. 5. Auflage. München und Jena: Urban und Fischer, S. 43 - 117

Freud, Sigmund (1925): Geleitwort zur ersten Auflage. In: Aichhorn, August (1987): Verwahrloste Jugend. Die Psychoanalyse in der Fürsorgeerziehung. 10., unveränderte Auflage. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber, S. 7 - 8

Fröhlich, Werner D. (Hrsg.) (1993): Wörterbuch zur Psychologie. 19. bearbeitete und erweiterte Auflage. München: Deutscher Taschenbuch Verlag GmbH & Co. KG

Galuske, Michael (2009): Methoden der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. 8. Auflage. Weinheim und München: Juventa Verlag

Gögercin, Süleyman (2008): Rezension zu Ulrich Bartmann (2007): Verhaltensmodifikation als Methode der Sozialen Arbeit. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Tübingen: dgvt – Verlag. In: socialnet Rezensionen.
URL: <http://www.socialnet.de/rezensionen/2469.php> (letzter Zugriff 18.11.2011)

Grote, Herwig (2011): Macht und Ohnmacht in der Sozialen Arbeit: Strukturen Sozialer Dienstleistungen in Berlin und Brandenburg und ihre Bedeutung für die Beschäftigungssituation der Fachkräfte. Abschlussbericht. Befragung zur sozialen und beruflichen Lage von Fachkräften der Sozialen Dienste in Berlin und Brandenburg. Berlin: Soziale Dienste Berlin-Brandenburg e.V.
URL: http://www.gew-berlin.de/documents_public/MO_Abschlussbericht_Fachkraeftebefragung.pdf (letzter Zugriff 25.10.2011)

Günter, Michael; Bruns, Georg (2010): Psychoanalytische Sozialarbeit. Praxis - Grundlagen – Methoden. Stuttgart: Klett-Cotta

Herwig-Lempp, Johannes (2009): Theorien sind Werkzeuge. Erschienen in: Birgmeier, Bernd; Mührel, Eric (Hrsg.) (2009): Die Sozialarbeitswissenschaft und ihre Theorie(n). Positionen, Kontroversen, Perspektiven. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. S. 185 – 197.

URL: <http://www.herwig-lempp.de/daten/veroeffentlichungen/0911Theorie-s-WerkzeugeJHL.pdf> (letzter Zugriff 20.11.2011)

Herwig-Lempp, Johannes (2002): Von der Familientherapie zur Systemischen Sozialarbeit. Zuerst erschienen in: Maria Nühlen (Hrsg.), Geschichte und Geschichten II, Merseburger Geschichte und andere historische Streifzüge. Merseburg 2002 (FH Merseburg), S. 162-186.

URL: <http://www.herwig-lempp.de/daten/veroeffentlichungen/0201ft-systemJHL.pdf> (letzter Zugriff 14.11.2011)

International Federation of Social Workers (IFSW) (2004): Ethik in der Sozialen Arbeit – Erklärung der Prinzipien. URL: <http://www.ifsw.org/p38000739.html> (letzter Zugriff 08.12.2011)

Jugert, Gert; Rehder, Anke; Notz, Peter; Petermann, Franz (2010): Fit for Life. Module und Arbeitsblätter zum Training sozialer Kompetenz für Jugendliche. 8. Auflage. Weinheim und München: Juventa Verlag

Kardorff, Ernst von (2004): Leben mit chronischer Krankheit und Behinderung. Zu einem neuen Gleichgewicht im Alltag finden. Kerntext basa-online Modul 09.2

Kleve, Heiko (2002): Die 'Klientifizierung' des Privaten. Ein Beitrag zur Soziologie der Sozialen Arbeit.

URL: http://www.ibs-networld.de/Ferkel/Archiv/kleve-h-02-05_klientifizierung.html (letzter Zugriff 08.12.2011)

Knoll, Andreas (2002): Die professionelle Sozialtherapie der Sozialen Arbeit. Das Sozialtherapieverständnis professioneller Arbeit Sozialer Arbeit als Ergebnis einer quantitativen Untersuchung in einem Psychiatrischen Krankenhaus. In: Eggebrecht, Frank; Pehl, Thomas (Hrsg.) (2002): Chaos und Beziehung. Spielweisen und Begegnungsräume von Sozialtherapie, Psychotherapie und Beratung. Tübingen: edition diskord, S. 205 - 233

Köckeritz, Christine (2004): Entwicklungspsychologie für die Jugendhilfe. Eine Einführung in Prozesse, Risikofaktoren und Umsetzung in Praxisfeldern. Weinheim und München: Juventa Verlag

Kraft, Ute (2002): Wegweiser Psychotherapie. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag

Kreft, Dieter; Mielenz, Ingrid (2008): Soziale Arbeit. In: Kreft, Dieter; Mielenz, Ingrid (Hrsg.) (2008): Wörterbuch Soziale Arbeit. Aufgaben, Praxisfelder und Methoden der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. 6. überarbeitete und aktualisierte Auflage. Weinheim und München: Juventa Verlag, S. 776 - 778

Lackinger Karger, Ingeborg; Altmeyer, S.; Trost, A. (2005) Psychotherapie. In: Trost, Alexander; Schwarzer, Wolfgang (Hrsg.) (2005): Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie für psycho-soziale Berufe. 3. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Dortmund: borgmann publishing KG, S. 355 - 398

Lieb, Klaus (2005): Psychiatrie und Psychotherapie. In: Brunnhuber, Stefan/Frauenknecht, Sabine/Lieb, Klaus (Hrsg.) (2005): Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie. 5. Auflage. München und Jena: Urban und Fischer, S. 1 – 1

Lütz, Manfred (2001): Der blockierte Riese. Psycho-Analyse der katholischen Kirche. München: Droemersch Verlagsgesellschaft Th. Knauer

Miller, Scott; Duncan, Barry; Hubble, Mark (2000): Jenseits von Babel. Wege zu einer gemeinsamen Sprache in der Psychotherapie. Stuttgart: Klett-Cotta

Mücke, Klaus (2003): Probleme sind Lösungen. Systemische Beratung und Psychotherapie – ein pragmatischer Ansatz – Lehr- und Lernbuch. 3. überarbeitete und erweiterte Auflage. Potsdam: Ökosysteme Verlag

Müller-Kohlenberg, Hildegard (1998): Freiwilligenkompetenz – ein Streitbares Konzept oder konstruktive Realität? Vortrag bei der Fachtagung der Akademie für Ehrenamtlichkeit am 4./5. Dezember 1998 in Berlin.

URL: http://helliwood.mind.de/~ehrenamt/web/pdf_doku/07_Vortrag_Muell-Kohlenberg.doc (letzter Zugriff 08.12.2011)

Pauls, Helmut (2011): Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psychosozialer Behandlung. 2. überarbeitete Auflage. Weinheim und München: Juventa Verlag

Rauschenbach, Thomas; Züchner, Ivo (2010): Theorie Sozialer Arbeit. In: Thole, Werner (Hrsg.) (2010): Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. 3. überarbeitete und erweiterte Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, Seite 151 - 173

Reiter, Ludwig; Steiner, Egbert (1996): Psychotherapie und Wissenschaft. Beobachtung einer Profession. In: Systemmagazin. Online-Journal für systemische Entwicklung.

URL: http://www.systemmagazin.de/bibliothek/texte/reiter_steiner_profession.pdf (letzter Zugriff 16.10.2011)

Rogers, Carl R. (1991): Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. 3. Auflage. Köln: Verlag GwG

Sachse, Rainer; Schlebusch, Peter; Sachse, Claudia (o. J.): Von der Gesprächspsychotherapie zur Klärungsorientierten Psychotherapie. Bochum: Institut für psychologische Psychotherapie. URL: <http://www.ipp-bochum.de/> (letzter Zugriff 08.12.2011)

Schwendtner, Rolf (2000): Einführung in die Soziale Therapie. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie

Seithe, Mechthild (2008): Engaging. Möglichkeiten Klientenzentrierter Beratung in der Sozialen Arbeit. Lehrbuch. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften

Thiersch, Hans (2009): Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Gastvortrag im Rahmen der Vorlesung: Einführung in die Theorien der Sozialen Arbeit. Hochschule Esslingen.

URL: http://www2.hs-esslingen.de/public/Didaktikzentrum-Media/www/SAGP/_public/Gastvortrag/Thiersch3/Thiersch2.html (Zugriff 11.12.2009)

Thole, Werner (2010): Die Soziale Arbeit – Praxis, Theorie, Forschung und Ausbildung. In: Thole, Werner (Hrsg.) (2010): Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. 3. überarbeitete und erweiterte Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, Seite 19 - 70

Viehäuser, Ralph (2009): Verhaltenstherapie. Grundlagen. Vorlesung „Klinische Sozialarbeit.“

URL: http://people.fh-landshut.de/~rviehh/Download_students/LV-SS11/Klinische%20Sozialarbeit-PDF/KlinSA3-Verhaltenstherapie-Grundlagen.pdf (letzter Zugriff 02.11.2011)

Wendt, Torsten (2009): Diesseits von Babel? Eine Betrachtung von Theorie und Praxis Sozialer Arbeit. GRIN Verlag 2012

Wendt, Torsten (2009 a): Klientenzentrierte Gesprächsführung als Methode Sozialer Arbeit. Seminararbeit Hochschule Fulda

Zwilling, Michael (2008): Zum Umgang mit methodischen Trends in der Sozialen Arbeit. In: SozialAktuell. Ausgabe September 2008: Methoden und Trends in der Sozialen Arbeit.

URL: http://www.avenirsocial.ch/sozialaktuell/sozial_aktuell_7013_7017.pdf (letzter Zugriff 19.10.2011)