

André Bräutigam

Ein interpersonell und intrapersonell integrierendes Vorgehen in der Klinischen Sozialarbeit - Geht das?

Eine Betrachtung der Integrationsmöglichkeit
des Mentalisierungskonzepts in die psycho-sozial behandelnde Tätigkeit
und den disziplinären Rahmen der Klinischen Sozialarbeit

Schriften zur psychosozialen Gesundheit

André Bräutigam

Ein interpersonell und intrapersonell integrierendes Vorgehen in der Klinischen Sozialarbeit - Geht das?

Eine Betrachtung der Integrationsmöglichkeit des
Mentalisierungskonzepts in die psycho-sozial behandelnde Tätigkeit
und den disziplinären Rahmen der Klinischen Sozialarbeit



Impressum

CIP-Titelaufnahme der Deutschen Bibliothek:

André Bräutigam

Ein interpersonell und intrapersonell integrierendes Vorgehen in der Klinischen Sozialarbeit -
Geht das?

Eine Betrachtung der Integrationsmöglichkeit des Mentalisierungskonzepts in die psycho-
sozial behandelnde Tätigkeit und den disziplinären Rahmen der Klinischen Sozialarbeit

Goßmannsdorf/Ochsenfurt: ZKS-Verlag

Alle Rechte vorbehalten

© 2017 ZKS-Verlag

ISBN 978-3-947502-03-5

Technische Redaktion: Meike Kappenstein

Lektorat: Tony Hofmann

Cover-Design: Leon Reicherts / Tony Hofmann

Anschrift:

ZKS-Verlag / Verlag für psychosoziale Medien

Winterhäuser Str. 13

97199 Goßmannsdorf/Ochsenfurt

Kontakt:

info@zks-verlag.de

www.zks-verlag.de

Tel.: +49 (0) 6430 - 9257766

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	3
2. Beratung, Therapie, Klinische Sozialarbeit – Einblick in den Diskurs	8
3. Der theoretische Bezugsrahmen und Verortung	22
3.1 Das Individuum im System - Der Capability Approach.....	23
3.2 Empowerment und Befähigung	33
4. Multimodale Vorgehensweisen und ihre Voraussetzungen	38
4.1 Die soziale Dimension von Gesundheit und Krankheit	40
4.2 Soziale Unterstützung	45
4.3 Die multimodalen Ansätze der Klinischen Sozialarbeit	50
4.3.1 Bifokaler Ansatz nach Rauchfleisch	51
4.3.2 Zweispuriger Ansatz klinisch sozialarbeiterischer Hilfen nach Pauls	53
4.3.2.3 Trifokaler Behandlungsansatz nach Deloie	56
4.4 Ein sozialtherapeutisches Kompetenzprofil und Empathie	58
4.5 Zwischenfazit.....	61
5. Das Mentalisierungskonzept	62
5.1 Theorie	65
5.1.1 Bindung, Entwicklung des Selbst	66
5.1.2 Affektregulation, Repräsentanz-Entwicklung.....	68
5.1.3 Wahrnehmungsmodi der Realität.....	69
5.2 Mentalisierung in der Sozialen Arbeit.....	73
5.2.1 Adaption in der internationalen Clinical Social Work.....	75
5.2.2 Rezeption in der deutschsprachigen Sozialen Arbeit.....	76
6. Überlegungen zur Integrationsmöglichkeit.....	79
6.1 Alles eine Frage der Haltung?.....	85
6.2 Mentalisierung als Paradigmenwechsel?	89
7. Fazit.....	93
Literaturverzeichnis.....	97
Abbildungsverzeichnis.....	104

„Mir schiene für viele schwer seelenkranke Menschen der rasche Verlust ihres Vermögens und die Erschütterung ihres Glaubens an die Heiligkeit des Geldes durchaus kein Unglück, sondern die sicherste, ja einzige mögliche Rettung zu bedeuten, und ebenso erscheint mir inmitten unseres heutigen Lebens, im Gegensatz zum alleinigen Kultus der Arbeit und des Geldes der Sinn für das Spiel des Augenblicks, das Offenstehen für den Zufall etwas durchaus Wünschenswertes, woran wir alle sehr Mangel leiden . . . Wir sollen nicht aus der Vita activa in die Vita contemplativa fliehen, noch umgekehrt, sondern zwischen beiden wechselnd unterwegs sein, in beiden zuhause sein, an beiden teilhaben.“

– Hermann Hesse – Das Glasperlenspiel

1. Einleitung

Die Worte von Hermann Hesse ebnen den Einstieg in die thematische Auseinandersetzung zu den interpersonellen und intrapersonellen Aspekten der Klinischen Sozialarbeit. Ein Zusammenhang mag auf den ersten Blick, aufgrund der vielen Assoziationsmöglichkeiten, nicht ersichtlich erscheinen. Die Intention zur Wahl des Zitats soll anhand folgender Deutung veranschaulicht werden.

Die Gedanken von Hesse können als Kritik an gesellschaftlichen Wertevorstellungen, des Leistungsprinzips, der Überhöhung des Wertes und des zu erstrebenden Ziels von Geld, Status und Macht verstanden werden, die als alleiniges Mittel zum Erreichen eines guten Lebens nicht ausreichen. Wer psychisch erkrankt ist, hat es schwer in dieser Leistungsgesellschaft zu bestehen. Die Wahrnehmung der Welt hat sich geändert, das Äußere passt nicht mit dem Inneren zusammen. Die Sinneseindrücke, Gedanken und Gefühle stehen einer äußeren Realität gegenüber, die nicht zu der eigenen Wirklichkeit zu passen scheint. Innere Zerrissenheit zeugt von erlebten Widersprüchen zwischen verfolgtem Lebensstil und gesellschaftlicher Übereinkunft von Normalität. Der Kontakt zu anderen erschwert sich, bringt Konflikte mit sich. Als Folge stehen nicht zuletzt der Verlust des Arbeitsplatzes, finanzielle Nöte, innere sowie Konflikte mit den Mitmenschen und drohende soziale Isolation. Die Verfolgung der eigenen Ziele und Wünsche sind in weite Ferne gerückt und wirken unerreichbar. Diese Interpretation fiktiver Literatur ist für viele Klienten Sozialer Arbeit Realität.

Mit der überspitzten Behauptung, dass dies kein Unglück sei, soll hier in keiner Weise das Leid der Menschen herabgewürdigt werden. Die Betrachtung, auf die hier abgezielt wird, sieht in diesem Verlust auch keine „Rettung“, wie sie Hesse beschreibt. Die Polemik lenkt den Blick auf etwas, das nicht mehr wahrgenommen wird, das aus den Augen verloren wurde: „der Sinn für das Spiel des Augenblicks“. Das beinhaltet die Herausforderung und die Möglichkeit sich dieser innerpsychischen Welt (wieder) zu widmen und als Ressource zu nutzen. Hesses Vorschlag ist es, dies als Chance zu begreifen, nicht zwischen der *Vita activa* oder der *Vita contemplativa* entscheiden zu müssen. Es stellt eine Abkehr von dem Entweder-oder dar, an dessen Stelle ein Sowohl-als-auch treten soll. Als Absicht soll hier vorgeschlagen werden, in beiden Aspekten, im Gesellschaftlichen und im Persönlichen, für sich selbst Sinnvolles und Notwendiges zu erkennen und nutzbar zu machen.

„Es ist die Dichotomie zwischen einer *Vita activa*, einem aktiven Leben, und einer *Vita contemplativa*, einem beschaulichen Leben“ (Harnack 2011: 1). „Beide [Vitae, d.Verf.] wurden in der abendländischen Geistesgeschichte immer wieder als aufeinander bezogen gedacht [...] [und lassen, d.Verf.] sich aus dieser anthropologischen Grundbedingung des Menschseins als sowohl nach außen als auch nach innen handelnd verstehen“ (ebd.).

Die *Vita activa* und die *Vita contemplativa* sind nicht als jeweilige Lebensweisen zu verstehen, die sich für den Menschen gegenseitig ausschließen oder sich für eine entschieden werden muss und die andere ausgeblendet wird, sondern als zwei Ausprägungen derselben menschlichen Existenz. Auf der einen Seite ist es durch das Streben nach innerer Erkenntnis und Erleben geprägt. Auf der anderen Seite zielen Handlungen auf Veränderung in der äußeren Welt ab, mit der Intention, durch das eigene Zutun sein Leben und sein Umfeld zu gestalten. Die Beziehung von Innerem und Äußerem steht ebenso in einem Verhältnis zum innerpsychischen Erleben und Handeln und dem darüber hinausgehenden alltäglichen Verhalten (vgl. ebd.: 3).

„Es handelt sich dann um eine anthropologische Grunddimension mit ihren beiden Seiten, einer Außen- und Innenseite, die sich in verschiedenen Lebenssituationen unterschiedlich akzentuieren, unterschiedlich wichtig werden“ (Harnack 2011: 3).

Die vorangegangene Deutung der Gedanken von Hermann Hesse verweisen, im Sinne der hier vertretenden These, auf eine Interdependenz von interpersonellen und intrapersonellen Aspekten in Theorie, Methodik und daher auch in Disziplin, Profession und Selbstverständnis Klinischer Sozialarbeit. Es wird kaum Widersprüche geben, wenn die Soziale Arbeit proklamiert interpersonell zu denken und zu handeln. Der hergeleitete Zusammenhang von inter- und intrapersonellen Bestandteilen eines Menschen machen deutlich, dass eine Trennung nur künstlich und nicht dem Blick auf das Gesamte zuträglich wäre.

An diesem Punkt setzt die Klinische Sozialarbeit an. Die Fachdisziplin versteht sich als integrierten professionellen Ansatz, der vor dem Hintergrund von zunehmend seelisch stark gefährdeten, chronisch kranken und mehrfach belasteten Menschen, die psycho-soziale Passung zwischen Klient und Umwelt zu verbessern versucht (vgl. Pauls: 2013 17). Die Dualität von Individuum und System (Umwelt) steht im besonderen Fokus der Klinischen Sozialarbeit und äußert sich in einem bio-psychosozialen Grundverständnis, der Person-in-Environment-Perspektive und resultiert in einer multimodalen Vorgehensweise. Die dargelegte Herleitung mündet in der These, dass eine Befähigung der multiproblembelasteten Klienten zu einem nachhaltig verbesserten Leben insbesondere die Fähigkeit zur Nutzung der im Individuum und

in dem sozialsystemischen Kontext liegenden Ressourcen nur durch eine umfassende Perspektive erreicht werden kann. Diese setzt nicht nur an der interpersonellen Ebene an, sondern muss ausdrücklich auch die intrapersonellen Faktoren der Klienten einbeziehen. Einerseits scheint dadurch eine plausible Einheit zu entstehen und eine Lücke in der Behandlung geschlossen zu werden. Andererseits kommt Kritik bei der Verbindung der inter- und intrapersonellen Ebene aus der Sozialen Arbeit oder auch aus anderen Disziplinen und Professionen auf. Denn der intrapersonelle/psychische Bereich wird mit Therapie assoziiert und ist damit an verschiedenen Bedingungen verknüpft. Während die interpersonelle Ebene vorrangig mit der Beratung, also der Sozialen Arbeit in Verbindung steht.

Zur Ausübung der Sozialen Arbeit bedienten sich Disziplin und Profession, ab den 1970er Jahren, therapeutischer Methoden. Dieses Vorgehen wurde in dem Sinne kritisiert, dass die Identität der Sozialen Arbeit verloren ginge, als auch die einverleibten Theorien und Methoden anderer Disziplinen partiell nicht direkt anschlussfähig zum Gegenstandsbereich der Sozialen Arbeit wären (vgl. Galuske 2013: 133ff). Eine sich professionalisierende Soziale Arbeit sollte sich daher nicht durch einen wilden Eklektizismus an Theorien und Methoden bedienen, sondern ihren Gegenstandsbereich sozialarbeitswissenschaftlich begründen. Einem übergeordneten Theorierahmen folgend, sollten auch die anhängenden Methoden sich widerspruchlos in diesen Rahmen einpassen und wissenschaftsbasierte Verfahrensweisen zur Durchführung der Sozialen Arbeit in der Praxis anbieten.

Allen Theorien der Sozialarbeitswissenschaft ist gemein, dass sie versuchen den Gegenstand der Sozialen Arbeit zu definieren und ein Gebiet zur Handlung abzustecken. Die verschiedenen Theorien verfolgen dabei unterschiedliche Ansätze und erfassen die Soziale Arbeit und ihre Charakteristika durch eine bestimmte Sicht, die sich daraufhin in dem ausgearbeiteten Konstrukt widerspiegelt. Befähigung und Gerechtigkeit stellen dabei die Eckpfeiler der Sozialen Arbeit als Disziplin und Profession dar (vgl. Röh 2011: 103). Der in vielen Bereichen (z.B. Ökonomie, Philosophie) bekannte Capability Approach wurde bisher kaum in der Theoriebildung der Sozialen Arbeit berücksichtigt. Dieter Röh (2011: 104) nahm dies zum Anlass den Ansatz für eine Handlungstheorie der Sozialen Arbeit nutzbar zu machen. Als übergeordneter theoretischer Rahmen, der zugleich auch den Gegenstand der Sozialen Arbeit definiert, wird der Capability Approach nach Röh für diese theoretische Auseinandersetzung herangezogen. Der Ansatz bietet sich an, da er nicht nur die für die Soziale Arbeit wichtigen Aspekte Befähigung und Gerechtigkeit integriert, sondern er durch Röh auch eine bifokale Perspektive einnimmt, die Individuum und System in den Blick nimmt. Der Ansatz der Befähigung von Individuen und Gruppen

zur selbstverantwortlichen Partizipation am gesellschaftlichen Leben ist kein Novum und wird unter anderem in dem in der Sozialen Arbeit viel zitierten Empowerment Ansatz proklamiert. Doch bleibt beim Empowerment eine konkrete methodische Erreichung der Befähigung der Menschen weitestgehend offen. Indes fragt der Capability Approach nicht nur danach, über wie viele Ressourcen jemand verfügt oder wo die gerechte Verteilung für ein gutes Leben gegeben ist, die zentrale Frage besteht darin, was der Einzelne tatsächlich in der Lage ist zu tun (vgl. Röh 2011: 107).

Sollten auf der sozialsystemischen Ebene vorhandene (oder wiederhergestellte) Ressourcen und Verwirklichungschancen von dem Individuum allerdings nicht genutzt werden, laufen auch die optimalsten Umweltveränderungen ins Leere. Intrapersonelle Elemente, wie biografische Erfahrungen, erlernte Hilflosigkeit, negative Selbstwirksamkeitsüberzeugungen und eine der individuellen, innerpsychischen Struktur zugehörenden Eigensinnigkeit der Menschen, können der tatsächlichen Nutzung von Ressourcen, im Sinne der Befähigung, im Wege stehen (vgl. Röh 2011: 119). Für die Bearbeitung derartig komplexer Zusammenhänge bedarf es nicht nur Interventionen auf der interpersonellen Ebene, sondern explizit auch welche auf der intrapersonellen Ebene. Diese Bedingung macht eine methodische Kompetenz für die Praxis, die anschlussfähig ist an die Disziplin der Sozialen Arbeit, erforderlich. Zur Bekräftigung einer inter- und intrapersonellen Verbindung der Klinischen Sozialarbeit und zur methodischen Förderung der Selbstwahrnehmung und Befähigung der Klienten soll hier der Ansatz der Mentalisierung vorgeschlagen werden.

Mentalisieren bedeutet, dass „imaginative Wahrnehmen und Interpretieren eigenen und fremden Verhaltens unter Bezugnahme auf zugrundeliegende intentionale mentale Zustände“ (Bateman / Fonagy 2015: 583). Durch das Mentalisieren interpretieren wir unser Verhalten und das anderer Menschen. Die Fähigkeit die innere Welt, also Beweggründe, Emotionen und Überzeugungen, anderer Menschen zu erkennen, ist unterschiedlich ausgeprägt und wird durch die jeweilige Situation und das Stressniveau beeinflusst. Gelingende Mentalisierung erzeugt in Beziehungen Sicherheit, da Gefühlslage und Motive besser eingeschätzt werden können, und trägt daher zur Verständigung bei. Fehlgeschlagene Mentalisierung führt zu Missverständnissen und falschen Annahmen und diese führen zur Konfusion, was sich wiederum in starken Gefühlen, sozialem Rückzug, Feindseligkeiten, Konflikte, kontrollierendem Verhalten und Zurückweisungen niederschlagen kann (vgl. Kirsch o.J.).

Eine dieser Ausarbeitung begleitende Hypothese ist, dass wenn der Klinische Sozialarbeiter¹ auf der intrapsychischen Ebene an der Mentalisierungsfähigkeit mit dem Klienten zusammenarbeitet und es in der Dyade gelingt sie zu steigern, könnte sich der Wahrnehmungshorizont und die zwischenmenschliche Kompetenz beider erweitern. Das daraus folgende Resultat könnte eine Grundlage für die Selbstermächtigung und Befähigung für den Klienten und ein gelingendes Leben bedeuten.

Innerhalb des hier dargestellten Bezugsrahmens soll überprüft werden, ob der Mentalisierungsansatz anschlussfähig und gewinnbringend für die Klinische Sozialarbeit ist. Die methodische Untersuchung entspricht einer literaturbasierten Theoriearbeit.

Die hieraus abgeleitete forschungsleitende Fragestellung lautet:

Können Ansätze des Mentalisierungskonzepts, als inter- und intrapersonelles Bindeglied, zur Befähigung der Klienten zur Ressourcenerweiterung und Nutzung in die Klinische Sozialarbeit integriert werden?

Einleitend wird auf den Diskurs zwischen Therapie und Beratung und die Position der Klinischen Sozialarbeit analysierend eingegangen, um aufzuzeigen, unter welchen Gesichtspunkten eine Methodenintegration erfolgen muss und gegenüber welcher Kritik sie sich zu behaupten hat. Auf dieser Grundlage wird der Capability Approach als metatheoretischer Rahmen für die inter- und intrapersonelle Vorgehensweise herangezogen und ergänzend, unter Berücksichtigung der Befähigung, der Empowerment-Ansatz kritisch hinterfragt. Darauf folgend werden die Faktoren der sozialen Dimension von Gesundheit und Krankheit und die Bedeutung der sozialen Unterstützung, die als Voraussetzungen für eine Vorgehensweise mit doppeltem Fokus gelten, herausgestellt. Neben der Darstellung etablierter multimodaler Ansätze Klinischer Sozialarbeit, wird eine sich in Entwicklung befindliche sozialtherapeutische Konzeption, hinsichtlich ihres derzeitigen intrapsychischen Veränderungspotentials, erörtert. Auf dieser Basis werden die theoretischen Grundlagen des Mentalisierungskonzepts vorgestellt und weiterführend auf die Anschlussfähigkeit und ihren Ertrag, als inter- intrapersonell verbindende Methodik, diskutiert. Bevor weitere Überlegungen zur Integrationsmöglichkeit angestellt werden, wird ein Überblick über die bisherige Adaption und Rezeption des Ansatzes im nationalen und internationalen Raum gegeben. Abschließend werden die Ergebnisse zusammengetragen und zur Beantwortung der forschungsleitenden Fragestellung herangezogen.

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden die männliche Form gewählt, jedoch die weibliche explizit mit eingeschlossen.

2. Beratung, Therapie, Klinische Sozialarbeit – Einblick in den Diskurs

Eine These, die dieser Arbeit zugrunde liegt, ist, dass eine nachhaltige, zielführende, für den Klienten lebensverbessernde Intervention durch Klinische Sozialarbeit auf der alleinigen interpersonellen Ebene zu kurz greift. Demgemäß müssen spezifische innerpsychische Veränderungen auf der intrapersonellen Ebene als weitere Voraussetzung gelten, um die Menschen zu verstehen und zu erreichen, um die Probleme grundständig zu bearbeiten und Ressourcen nutzen zu können. Auf Basis dieser These ist ein entsprechender Ansatz notwendig, um während der interpersonellen Grundbehandlung die begleitenden intrapsychischen Veränderungen zu erreichen. Inhaltlich berührt diese These einen schon länger in der Fachwelt geführten Diskurs. Zur Diskussion stehen dabei Kompetenzbereiche und Gegenstandsdefinitionen verschiedener Professionen und Disziplinen im Spannungsfeld von Beratung, Therapie und Sozialer Arbeit. Der immer wiederkehrende Diskurs, der durch viele Interessen (Berufsstand, Identitätsverständnis, rechtliche Bedingungen etc.) geprägt ist, soll im Folgenden ausschnittsweise nachgezeichnet werden. Die diskursive Bezugnahme ist als Bedingung zu verstehen, durch die erst eine Methodenintegration in den disziplinären Rahmen möglich wird.

In der Fachliteratur besteht seit geraumer Zeit eine Diskussion um das Verhältnis von Therapie und Sozialer Arbeit, mit sehr unterschiedlichen Ansichten und Absichten. Der Ursprung ist in den 1970er Jahren zu finden. In dieser Zeit kam es zum „Psychoboom“ als Folge auf die Methodenkritik innerhalb der Sozialen Arbeit. Die noch junge Profession zeigte sich verunsichert, da nicht mit Gewissheit auf zielsichere, problemadäquate Handlungsinstrumente, also professionsspezifischen Methoden und Techniken, zurückgegriffen werden konnte. Durch die Adaption von therapeutischen Methoden sollte diese Verunsicherung aufgehoben werden. Als wirkliche Innovation kann dies nicht gelten, da schon die klassischen Methoden der Einzelfallhilfe und Gruppenarbeit auf psychotherapeutische Konzepte Bezug genommen haben. Bis heute haben, mal stärker mal schwächer ausgeprägt, therapeutische Methoden in der Sozialen Arbeit nicht an Bedeutung verloren. Deutlich zu erkennen auch an dem Fortbildungswillen der Sozialarbeiter im therapeutischen Sektor (Systemische Therapie, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie etc.) (vgl. Galuske 2013: 133).

Michael Galuske (ebd.: 135) nimmt sich auch dem Verhältnis von Therapie und Beratung an. Er will festgestellt haben, dass einigen Parteien in der Fachdiskussion keine Unterschiede zwischen therapeutischen und sozialarbeiterischen Handlungs-

strukturen zu bemerken scheinen. Teilweise würden die Begriffe synonym verwendet, in anderen Fällen würden sie nicht explizit differenziert. In dem Diskurs sieht er überwiegend zwei Seiten. Auf der einen wird eine systematische Trennung als nicht sinnvoll erachtet und Soziale Arbeit solle sich von therapeutischen Einflüssen befruchten lassen. Während auf der anderen Seite eine starke Differenzierung der beiden Handlungsansätze präferiert wird (vgl. Galuske 2013: 135f). Im Allgemeinen sieht er Gemeinsamkeiten zwischen Sozialer Arbeit und Therapie. Beiden sei die Hilfe zu einer besseren Lebensbewältigung gemein, also sie verfolgen mit ihren Interventionen das Ziel, dass „[...] die Klienten mit sich, ihren Problemen, ihrem Leben, und ihren Alltag besser zureckkommen“ (ebd.: 135). Ergänzend dazu sieht er auch eine Verbindung in gewissen Handlungskontexten, bei der die Bearbeitung von Problemen durch gemeinschaftliche Arbeit von Sozialarbeitern, Therapeuten und Psychologen erfolgt (vgl. ebd.: 135f).

Der Fachliteratur attestiert Galuske (ebd.: 137) eine problematische Betrachtungsweise, bezogen auf eine Hierarchie der Problemlagen. Soziale Arbeit wäre demnach für die alltäglichen und banaleren Probleme zuständig, während die Therapie für die schweren und chronifizierten Störungen verantwortlich sei. Hier bewege man sich in subjektiven Dimensionen von größer und kleiner und schwerwiegend und nicht so schwerwiegend, ohne dies objektiv bewerten zu können. Letztlich ließe sich der schwere Grad eines Problems von außen schwer analysieren, zu dem sei die subjektive Bewertung des Individuums über seine Lebenslage bedeutender. Demgegenüber sind allerdings auch Stimmen zu vernehmen, die dieses Verhältnis umgekehrt verstehen. So lägen die komplexen Fälle bei der Sozialen Arbeit und die Behandlung der unkomplizierten bei den Psychotherapeuten (vgl. Pauls 2013: 124).

Bewusst provozieren wollen Johannes Herwig-Lempp und Ludger Kühling (2012: 51ff), die vor dem Hintergrund der Komplexität der Arbeitsfelder und der Vielfalt an Handlungsoptionen behaupten, dass Soziale Arbeit anspruchsvoller, schwieriger und verantwortungsvoller sei als Beratung und Therapie. Sie wollen eine Diskussion anregen, da Soziale Arbeit ihrer Meinung nach häufig im Vergleich zu Beratung und Therapie unterbewertet wird und Sozialarbeiter selbst oft ihre berufliche Identität unterschätzen. Die komplexen Situationen, mit denen Sozialarbeiter konfrontiert sind, erfordern meist mehr als eben nur Beratung und sie sehen somit die „Soziale Arbeit als Königsdisziplin im psychosozialen Feld“ (ebd.: 51). Jürgen Beushausen (2012: 121ff) ist dem Aufruf zur Diskussion gefolgt und fragt danach, ob es wirklich nützlich sei, Soziale Arbeit als anspruchsvoller als Psychotherapie zu bezeichnen. Er sieht die zugespitzte These von Herwig-Lempp und Kühling als Möglichkeit aufzurütteln und dazu selbstbewusst die Identität der Sozialen Arbeit zu vertreten. Es

ginge dabei nicht um ein besser oder schlechter, sondern um eine verbesserte und respektvolle Kooperation, anstatt eines Streits zwischen diversen Schulen und Berufsständen. Die Berechtigung zur Behandlung sieht er aufgrund von wiederzuerkennenden Wirkfaktoren in den psycho-sozialen Interventionen der Sozialen Arbeit. Eine klinische Aufgabenstellung erfordere eine differenzierte Vorgehensweise und wird dabei immer auf eine Kombination von psychischen und sozialen Interventionen und damit auf die Soziale Arbeit zurückgreifen müssen (vgl. Beushausen 2012: 127).

Für Rainer Ningel (2011: 76f) bestehen die primären Ziele und Aufgaben der Psychotherapie in der Heilung krankheitswertiger seelischer Probleme und die der Sozialen Arbeit in der Lösung psychischer und sozialer Konflikte. Er schließt sich ebenfalls der Behauptung an: „Klinische Sozialarbeit leistet mehr als Psychotherapie“ (ebd.: 77).

Einer interdisziplinären Zusammenarbeit und einer rationalen wissenschaftsbasierten Auseinandersetzung sind solche polemischen Ansagen wohl weniger dienlich. Doch verweist er damit auf die Situation, dass vermehrt Psychologen Positionen im Gesundheitswesen besetzen, die dem originären Bereich der Sozialen Arbeit zuzuschreiben sind. Nach Nigel (ebd.) kann die Psychotherapie einer besonderen Menschengruppe nur bedingt Hilfe leisten, denn laut Gesetz (PsychThG §1 Abs. 3 Satz 4) ist sie nicht für die Bearbeitung sozialer Konflikte zuständig. Es geht um Menschen in sozial schwierigen Lebenslagen, die nicht über ein ausgeprägtes Maß an sprachlicher Intelligenz, Introspektionsfähigkeit sowie über entsprechende soziale und materielle Ressourcen verfügen. Doch eben diese sind, verbunden mit der eigenen Motivation, Voraussetzung für eine Psychotherapie, bei der an ihren Gedanken, Gefühlen und Erinnerungen gearbeitet wird, um wieder das eigene Leben bewältigen zu können. Darin liegt nicht nur die Chance der Klinischen Sozialarbeit, sondern damit ist sie nach Ningel (ebd.) auch begründet, durch alltagspraktische Unterstützung, Einbezug von Ressourcen außerhalb des Klientensystems und flexibler psychosozialer Beratung. Im Fokus der Medizin steht die Krankheit, bei der Psychologie sind es die innerpsychischen Strukturen, die sozialen Aspekte sind das Feld der (Klinischen) Sozialarbeit. Das verbindende Element ist die Anerkennung des Auftrages zur Bearbeitung von multiplen psycho-sozialen Problemen und zur Arbeit mit Menschen, die ihren Hilfebedarf nicht immer in angebrachte Weise mitteilen können: „alte Menschen, physisch und psychisch Schwache, sozial nicht integrierte Menschen, Psychotiker, Wohnungslose, Gefangene, junge Menschen mit Problemen in der Familie, Menschen in akuten Krisensituationen, Traumatisierte und Entwicklungsgestörte, Menschen mit problematischen Entwicklungen aufgrund

sexueller Neigungen usw.“ (Ningel 2011: 77). Auch bei dem etablierten Modell der multifaktoriellen Genese von Krankheiten und in diesem Zusammenhang die nur berechtigte Forderung nach einer Multiprofessionalisierung der Behandlung bedeutet dies nicht, dass die Kompetenzen und Zuständigkeiten klar abgesteckt sind (vgl. ebd.: 78).

Sichtbar wird die Bedeutung der Multiprofessionalität an der Erkenntnis der ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten, dass Menschen mit einem niedrigeren sozio-ökonomischen Status seltener eine Psychotherapie in Anspruch nehmen und diese auch häufiger abbrechen. Verbunden ist diese Wahrnehmung mit der Intention die Ursachen aufzudecken und in die therapeutische Behandlung einfließen zu lassen (vgl. Sonnenmoser 2012: 412). Die Feststellung, dass der therapeutische Prozess von der unterschiedlichen Schichtzugehörigkeit beeinflusst wird, durch eine soziale und hierarchische Distanz zwischen Therapeut und Klient, führt zu einer Einbeziehung eines Blickwinkels auf das Soziale. Für die therapeutische Arbeitsbeziehung wird geschlussfolgert: „Um die Distanz zu reduzieren, ist es unerlässlich, den Patienten deutlich Achtung und Respekt entgegenzubringen und ihr Leben zu würdigen“ (ebd.: 413). Das ist in der Sozialen Arbeit bekannt und ebenfalls ist ihr die Schlussfolgerung nicht fremd, dass der Klient als Experte für seine Probleme und Lebenswelt und die Wahrnehmung dieser gesehen werden sollte. Die Fokusverschiebung von den Schilderungen über psychisches Leiden hin zu einer Raumöffnung für Themen aus der Lebenswelt und deren Umstände (Stress, Isolation, Diskriminierung, usw.) der Patienten kommt der Bedeutung zu, als dass „[...] diese Faktoren psychische Erkrankungen häufig auslösen oder aufrechterhalten“ (ebd.). Abschließend zur Psychotherapie mit Menschen aus anderen sozialen Schichten werden Lernerfahrungen für den Psychotherapeuten herausgestellt. Es bietet sich ein Zugang zu Lebenswelten, zu denen sie sonst keinen Zugriff hätten, an dem sie sich auch selbstreflexiv weiterentwickeln könnten, also Grenzen des eigenen Horizonts durch Selbsterfahrung aufdecken und erweitern und weiterhin werden Resilienzfaktoren von Menschen, die mit härteren Lebensumständen umzugehen haben, deutlich (vgl. ebd.). Eine Sensibilisierung der Psychotherapie für soziale Aspekte (z.B. die Lebenswelt) ist für eine ganzheitlichere Behandlung und Kooperation der Professionen zu wünschen. Doch neben diesen Chancen könnte auch die Gefahr bestehen, dass Kompetenzen und Zuständigkeiten einen Zuwachs der Trennungunschärfe erfahren oder aber die soziale Expertise der Sozialen Arbeit in der Psychotherapie aufgeht, bzw. von ihr einverleibt wird.

In der Lebensweltperspektive sieht Galuske (2013: 137) eine weitere Unterscheidung im Handlungssetting, also dem Verhältnis der Interventionen im Alltag der Kli-

enten. Soziale Arbeit legt den Schwerpunkt auf die Komplexität des Alltags und die damit verbundenen Widersprüche, Krisen und Probleme. Die inkludierten Problem-lagen umfassen viele Themen und Probleme, die zum Gegenstand der Sozialen Arbeit werden können. Demgegenüber stellt er die therapeutischen Hilfen, die je nach therapeutischer Schule, die Komplexität spezifisch reduzieren. Die Konzentration liegt hierbei auf entsprechenden Schlüsselproblemen. Zusammenfassend wird die Differenz nach Galuske (2013: 137) dahin gehend definiert, dass die therapeutische Gegenstandsbestimmung individualistisch, Problem ausgrenzend, auf bestimmte Charakteristika reduzierend arbeitet und die Soziale Arbeit ganzheitlich und Lebenswelt orientiert. In diesem Sinnzusammenhang finden die sozialarbeiterischen Interventionen im Alltagsgeschehen der Klienten statt, also auch an dem Setting der Problemgenese. Der Ort, an dem die Klienten leben, in sozialen Netzwerken eingebunden sind, an dem die Ressourcen bestmöglich genutzt werden sollen und der Klient auch nach der Intervention ein gelingendes Leben führen soll. Die Settings können durch Streetwork im Sozialraum, Beratungsstellen oder aufsuchende ambulante Hilfen im Wohnraum des Klienten sehr unterschiedlich sein. Auch wenn im Alltag des Klienten gearbeitet werden soll, wird doch ein künstlicher sozialarbeiterischer Alltag für den Klienten erzeugt, der jedoch sehr nah am Klientenalltag liegt. Die für Galuske (ebd.: 138) problematische Differenz zur Sozialen Arbeit liegt darin, dass therapeutische Hilfen tendenziell alltagsfern sind. Sie kreieren je nach therapeutischer Schule (z.B. die Couch der Psychoanalyse, die Glasscheibe der systemischen Therapie) einen künstlichen Raum der Hilfe, der theoretisch geleitet und bewusst eine Trennung von der Alltagswelt der Klienten anstrebt. Galuske beschreibt das in einer Metapher: „Therapien konstituieren sich strukturell als 'Inseln', die den Besuchern mittels bestimmter Leistungen Erkenntnisse und Kraft vermitteln wollen, um mit dem Leben jenseits der 'Insel' besser zu Recht zu kommen“ (ebd.: 139). Seine entschiedene Trennung von Therapie und Sozialer Arbeit wird an diesem Zitat deutlich und ist auch in seiner anknüpfenden Kritik erkennbar. Er bezweifelt, dass die neuen Bewältigungsmuster und Deutungen, die im „künstlichen“ Therapieraum erworben und in den Alltag übertragen wurden, dort auch nachhaltig ins Alltägliche integriert werden können. Allerdings auch, ob die Übertragung des Therapiefortschritts von der „Insel“ ohne Weiteres in den komplexen Alltag mitgenommen werden kann. Dies sei zwar die logische Konsequenz, aber nicht garantiert. Die Gefahr der Sozialen Arbeit sei nun sich in der Komplexität des Alltags zu verlaufen und die der Therapie, durch die Komplexitätsreduktion das Ziel zu verfehlen (vgl. ebd.).

Galuske (2013: 141) bewertet die Motivation zur Einbindung therapeutischer Methoden als paradox. Der Wunsch nach zielsicheren und problemadäquaten Handlungsinstrumenten für die Soziale Arbeit, die man in der Geschlossenheit und technischen Qualität der therapeutischen Vorgehensweisen zu finden glaube, sei ein Resultat der Komplexitätsreduktion der Lebenswelt der Klienten. Allerdings sei gerade diese Komplexität der Ansatz der Sozialen Arbeit. Hinzu käme es durch die Geschlossenheit der therapeutischen Deutungssysteme zu einer Hierarchie zwischen Therapeut und Klient. Ebenso sieht Galuske (ebd.) kein gleichberechtigtes Verhältnis zwischen behandelndem Sozialarbeiter und Klient. Würde der Sozialarbeiter seine Diagnose mitteilen, könne er nicht davon ausgehen, dass beide über dieselbe Problemdefinition verfügten, da der Klient nicht dazu in der Lage sei eine gleichberechtigte Beurteilung durchzuführen, da ihm entsprechende Mittel fehlen würden. Er sieht darin eine Machtasymmetrie durch Herrschaftswissen. Die Reflexion von ungleichen Machtverhältnissen (z.B. Sozialarbeiter – Klient) gehört, nach Meinung des Autors, zum professionellen Selbstverständnis, doch lassen sich auch auf diese Weise Machtasymmetrien nicht gänzlich auflösen und bleiben beeinflussend.

Als problematisch betrachtet er den engen Fokus der therapeutischen Methoden und befürchtet bei einer einfachen Übertragung auf sozialarbeiterische Praxis, dass hierdurch der lebensweltorientierte Blick verloren gehen könnte. Problembehandlungsprozeduren, die der vielfältigen Alltagswelt gerecht werden sollen, würden durch den methodischen Blick der Therapie eingeengt. Was durch therapeutische Methoden nicht bearbeitet werden kann, würde übersehen oder als Problem so umdefiniert, dass es wieder therapeutisch zu bearbeiten möglich wäre (vgl. ebd.: 142). „Seitdem ich einen Hammer besitze, gerät mir seltsamerweise jedes Problem zu einem Nagel!“ (ebd.: 143).

Die zum Teil gezwungen wirkende Unterscheidung von Therapie und Sozialer Arbeit von Galuske (ebd.: 136) will er selbst nicht als Therapiekritik verstanden wissen. Eher ginge es ihm durch die Zuspitzung darum die Umrisse schärfer zu zeichnen, um sie vor allem didaktisch vermitteln zu können. Die Trennung ist mehr künstlich und in der Realität wohl eher als fließend zu verstehen. Zur Relativierung des Verhältnisses trägt auch seine Bemerkung bei, dass es nicht um besser und schlechter gehe, sondern es in beiden Richtungen passende und unpassende Handlungsmodelle gibt. Auf diese Weise lässt sich auch sein „Hammer-Beispiel“ besser einordnen. Schließlich sollte ernsthaft das professionelle Selbstverständnis eines Sozialarbeiters infrage gestellt werden, wenn er jegliches sozialarbeiterische Problem versucht mit therapeutischen Mitteln zu lösen. Dessen scheint sich auch

Galuske (2013: 143) bewusst zu sein, in dem er die Gleichzeitigkeit von den Bedürfnissen einer lebensweltorientierten Offenheit und einer methodischen Spezialisierung anerkennt. Somit ist ein begründeter Eklektizismus für das fallspezifische Setting einem zu eng geführtem Methodenbestand vorzuziehen, sofern es nicht zu einer Pathologisierung führt. Letzten Endes röhrt Galuskes (ebd.: 143) Sicht auf das Verhältnis von Therapie und Beratung von einer Sorge um die eigene berufliche Identität Sozialer Arbeit. Es scheint als befürchte er, dass das professionelle Selbstverständnis, das Selbstbewusstsein und der originäre Gegenstand der Sozialen Arbeit mit seinen spezifischen Theorien und Methoden verloren gehen könne.

Der vorhergehende Einblick des Diskurses konzentrierte sich überwiegend auf das Verhältnis von Therapie, Beratung und Sozialer Arbeit im Allgemeinen. Jedoch ist auch die Klinische Sozialarbeit mit ihrem doppeltem Fokus im Speziellen, Teil dieses Diskurses, der mit Tobias Ruttner (2012) und Johannes Lohner (2013) insbesondere mit einem scharfen Ton geführt wird. Der Erziehungswissenschaftler Ruttner (2012: 335) verfolgt in seinem Artikel in der „neuen praxis“ die Absicht, die Klinische Sozialarbeit disziplinär zu verorten und den Entwicklungsweg auf seine Sinnhaftigkeit zu hinterfragen. Die Klinische Sozialarbeit sei durch ihren Anspruch auf Behandlung, ein kontroverses Konstrukt, da sie sich damit in Konfrontation mit den Disziplinen der Medizin und Psychologie begibt. Den Behandlungsanspruch negiert er nicht durch einen fachlichen Einwand, sondern durch eine Reduktion auf rechtliche Gegebenheiten, bei dem ein Nachweis zur Krankenbehandlung erbracht werden sollte, um Therapie durchführen zu können. Andernfalls müsse man die Tätigkeit als Beratung etikettieren. Die Aufgabe der Psychotherapie liegt in der Behandlung von seelischen Erkrankungen, wobei für die als Betroffenen als Leid empfundenen Symptome, diagnostiziert und durch therapeutische Interventionen minimiert werden sollen. Respektive durch die Umstrukturierung der Persönlichkeit (vgl. ebd.: 337f). Demzufolge liegt seine Unterscheidung in der Aufteilung des intrapsychischen Bereichs für die Psychotherapie und sieht „[...] die Problematiken der Klientel der Sozialen Arbeit eher außerhalb der Person angesiedelt, da die KlientInnen häufig in sozio-ökonomischen Benachteiligungsprozessen eingebettet sind“ (ebd.: 338). Für ihn liegt das oberste Primat der Sozialen Arbeit in der „sozialen Integration“, nicht aber in einer „personalen“. Es scheint ihm möglich diese beiden Ebenen zu trennen. Aus seiner strikten Trennung leitet er nun die Begründung zu den unterschiedlichen Handlungsansätzen ab, die daher auch unterschiedlich zu sein haben. Sich berührende Bereiche kann er dann jedoch nicht von der Hand weisen: „Während die Psychotherapie auf die Heilung seelischer Erkrankungen fokussiert ist, widmet sich die Soziale Arbeit den möglichen Folgen, wie etwa soziale Isolation, die

mit einer psychischen Erkrankung zusammenhängen können“ (Ruttert 2012: 338). Zum einen ließe sich hier ein hierarchisches Verhältnis von Psychotherapie und Sozialer Arbeit ablesen, welches nicht zuletzt nach Ruttert (ebd.: 337) zu einem Identitätsverlust und Minderwertigkeitsgefühlen seitens der Sozialarbeiter führe. Die Reproduktion dieses Verhältnisses, das er auf eben diese Weise kritisiert, führt er nun an, um den Behandlungsanspruch zu diskreditieren. Auf der anderen Seite scheint Ruttert (ebd.: 338) fremd zu sein, obwohl er Rauchfleisch zur Trennung von Therapie und Soziale Arbeit zitiert, dass gerade Rauchfleisch (1996: 80ff) nicht nur die Notwendigkeit einer bifokalen Vorgehensweise herausstellt, sondern auch unmissverständlich auf die wechselseitige Abhängigkeit von Wirkungen und Ursachen sozialer und psychischer Probleme hinweist.

Ruttert (ebd.: 338f) bezieht sich zur Kritik am „Psychoboom“ und der unreflektierten Integration psychotherapeutischer Methoden auf Galuske und kommt zu der Schlussfolgerung, dass eine therapeutische Sichtweise für die Soziale Arbeit eher hinderlich sei. Die Argumentationslogik von Galuske und seiner Absicht für die Soziale Arbeit wurde auf den vorherigen Seiten bereits skizziert. Dagegen scheint Ruttert die drängende Bedeutung der Trennung Galuskes nicht wahrgenommen zu haben, sowie das eine adäquate (eine angepasste und nicht einengende) Methodenintegration, unter Wahrung der sozialarbeiterischen Handlungslogiken, auch sinnvoll und begründet ist. Zur Diskussion stellt Ruttert auch eine nach ihm nicht vereinbare Verflechtung von Behandlung und Lebensweltorientierung, die er mit folgendem Beispiel zu erklären versucht:

„Der Zugang zu sogenannten Multiproblemfamilien dürfte sich mit Sicherheit erschweren, wenn plötzlich nicht mehr Sozialpädagogische FamilienhelferInnen, sondern Klinische SozialarbeiterInnen – mit einem Anspruch auf Behandlung – vor der Tür stehen“ (ebd.: 340).

Die Lebensweltorientierung, die Ruttert für geeigneter hält, ist zweifelsfrei ein Bestandteil der Klinischen Sozialarbeit. Er lässt offen, woher die Disparität bzw. Diskrepanz ihren fachlich begründeten Ursprung haben soll. Dass das Alltägliche mit all seinen Facetten und die Lebenswelt wichtiger Bestandteil in der Klinischen Sozialarbeit sind, sollte fraglos feststehen. Schließlich wird von ihm die Klinische Sozialarbeit diskutiert, nicht die Klinische Psychologie. Weiterhin wird der Lebensweltbezug bei Pauls (2013: 118; 176; 214; 223), auf den sich Ruttert ebenfalls beruft, offensichtlich.

Nicht nur ein fachliches Maß überschreitend, sondern auch ethisch zweifelhaft ist die Kritik der Klinischen Sozialarbeit, insbesondere der psycho-sozialen Diagnostik, von Joachim Weber (2011: 147ff). Auf Foucault berufend definiert er Diagnostik, im

Kontext von angeblicher moderner klinischer Denkweise, als ein Ordnungsinstrument, „das Abweichungen von unterschiedlichsten Normalitätskategorien misst, klassifiziert und damit die Menschen mit derartigen Symptomen etikettiert und ,behandelt“ (Weber 2011: 152). Er thematisiert die Soziale Arbeit nach Auschwitz, der Instrumentalisierung der Sozialen Arbeit und Medizin (und damit auch die Diagnostik) im nationalsozialistischen Regime. Die Arisierungsprozesse und Rassenpolitik und Hygiene haben die Zwangssterilisierung und massenhafte Vernichtung in Auschwitz und der Aktion T4 ermöglicht. Dass diese Professionen (und damit diagnostische Verfahren) daran beteiligt waren, steht außer Frage. Allerdings ist zweifelhaft, aufgrund dessen einen verkürzten Bogen zu schlagen und mit dieser Begründung folgende Kritik anzubringen:

„Insofern ist eine klinische Sozialarbeit nach Auschwitz undenkbar. Die Definition von Problemen als Diagnosen an Klienten, die auf dieser Grundlage behandelt wird, aus einer fachwissenschaftlichen Inanspruchnahme von Objektivität heraus, trägt in sich bereits den Keim von Auschwitz“ (Weber 2011: 153).

Derartige Vergleiche sind nicht mehr fraglich und einem wissenschaftlichen Diskurs unwürdig, sie sind demagogisch. Weiterhin nicht nachvollziehbar, da wieder Pauls zitiert, scheinbar aber nicht gelesen wird (vgl. ebd.) und ebenso haltlos ist die Kritik an der psycho-sozialen Diagnostik, sie sei normalisierend, pathologisierend, kategorisierend und würde das Problem ausschließlich dem Individuum zuschreiben. Darauf ist nochmals auf Pauls (2013: 198ff) zu verweisen, um deutlich zu machen, dass psycho-soziale Diagnostik nicht dem Bild einer klassifikatorischen psychiatrischen Diagnostik entspricht. Es geht vielmehr um die Analyse der Lebenslagen, dem Verstehen von Zusammenhängen. Das geschieht in einem kommunikativen Prozess von Sozialarbeiter und Klient, wodurch die zu bearbeitenden Aufgaben herausgestellt, die Interventionen geplant werden können. Denn erst durch die psycho-soziale Diagnostik kann die fallspezifische Komplexität erfasst und ein weiteres Vorgehen strukturiert werden, um die vereinbarten Ziele zu erreichen (vgl. ebd.: 198). Wobei im Kontext der Psychiatrie der Umgang mit psychiatrischen und kategorischen Diagnosen immer reflektierend betrachtet werden muss.

Rutter (2012: 341) stellt in seinem Fazit fest, dass Klinische Sozialarbeit noch immer eine Kontroverse ist. Aufgrund der aufgezeigten unzulänglichen, nicht stichhaltigen Argumente, lässt sich fragen, ob sie das nur ist, weil sie zu einer Kontroverse gemacht wird? Der Klinischen Sozialarbeit gesteht er eine Kompetenzerweiterung, als auch eine therapeutische Wirkung zu, allerdings sei die Verortung ausschließlich in der Psychiatrie oder an deren Schnittstellen zu verorten. Hierbei nennt er auch konkret sozialtherapeutische Einrichtungen, wodurch seine Verweigerung einer therapeutischen Dimension der Klinischen Sozialarbeit als fragwürdig erscheint. Außer

Frage steht für Ruttert (2012: 341), „[...] dass ein Masterstudium [...] den Wissenshorizont erweitert“ (ebd.) „[...], dass ein Masterstudium der Klinischen Sozialarbeit die Studierenden soweit sozialisiert, dass der Behandlungsanspruch habitualisiert wird“ (ebd.: 342), ist für ihn im Bereich des Möglichen, aber noch rein spekulativ. Demgegenüber belegt eine aktuelle Studie zum subjektiven Kompetenzgewinn, dass die Absolventen des klinischen Masterstudiengangs der Katholischen Hochschule Aachen den Behandlungsanspruch verinnerlicht haben. Weiterhin konnte im Abgleich zwischen den Praxisanforderungen und dem subjektiven Kompetenzerwerb ein signifikanter Kompetenzgewinn festgestellt, als auch aufgezeigt werden, dass die Absolventen in der Praxis psycho-sozial behandelnd tätig sind (vgl. Bräutigam / Deimel / Dreweskracht 2015: 12ff).

Wenngleich er im klinischen Profil einen Gewinn für die Soziale Arbeit in der Psychiatrie sieht - und nur dort - offenbart doch seine Begründung dafür eine andere Motivation für seine Kritik und Verortung der Klinischen Sozialarbeit, „[...] da die klinische Perspektive den, für das Alltagsgeschehen wichtigen, sozialpädagogischen Blick verdrängen könnte“ (Ruttert 2012: 342). Befürchtungen von einer voranschreitenden und sich professionalisierenden Klinischen Sozialarbeit verdrängt oder abgewertet zu werden, scheinen Unsicherheiten der eigenen Identität gegenüber auszulösen. „Sowohl die Erziehungswissenschaft als auch die Sozialpädagogik an sich, will braucht und kann gar nicht behandeln“ (Ruttert 2013: 71). Seinem Professionsverständnis folgend, käme der Behandlungsanspruch der Klinischen Sozialarbeit „[...] einer Bankrotterklärung sowohl grundständiger Sozialer Arbeit im speziellen als auch der Pädagogik im allgemeinen gleich“ (ebd.: 72).

Den Ausführungen des Diskurses ist abzulesen, dass der kontroversen Diskussion um eine inter- und intrapersonelle Behandlung der Klinischen Sozialarbeit mannigfaltige Ursprünge zugrunde liegen. Ängste und Sorgen, um die eigene berufliche Identität und die Betrachtung der Klinischen Sozialarbeit von einem anderen Professionsstandpunkt aus, können einen fachlich begründeten Austausch überlagern. Eine „Therapeutisierung“ von Pädagogik, Sozialer Arbeit und Unternehmensberatung kann durchaus kritisch diskutiert werden, doch wäre in einer aufgeheizten Auseinandersetzung ebenso folgender Ratschlag zu berücksichtigen:

„Umgekehrt kann man aber besonders praktisch tätigen Betriebswirten und akademisch tätigen Erziehungswissenschaftlern empfehlen, ihre Ängste vor dem Wort »Therapie« zu überwinden“ (Schweitzer 2004: 226).

Wie ist also die Klinische Sozialarbeit innerhalb dieses Diskurses fachlich zu verorten? Johannes Lohners Replik auf Rutterts Sichtweise gibt einige konkrete Hinweise. Bei dem Versuch Rutterts das „Klinische“ zu definieren, setzt er dies mit einer

ganzheitlichen Orientierung gleich. Lohner (2013: 65) greift das auf und spricht anstelle, des in der generalistischen Sozialarbeit für viele Ansichten benutzten Begriff der Ganzheitlichkeit von dem bio-psycho-sozialen Fokus. Die Klinische Sozialarbeit ist keine Neuerfindung, sie bezieht sich auf eine lange Tradition der Sozialen Arbeit. Das „Neue“ ist nach Lohner eher der Anspruch und das Streben nach „[...] Fachlichkeit durch Spezialisierung und Professionalisierung und hinsichtlich ihrer spezifischen theoretisch-methodischen Fundierung, unter Rückgriff auf hilfreiche Bezugs-wissenschaften“ (ebd.). Angelehnt an die Ausführungen Lohners wird dieser Anspruch durch das Heranziehen des bio-psycho-sozialen Modells deutlich, denn dieses Modell stellt menschliche Zusammenhänge fachlich differenzierter und nachvollziehbarer dar. Demgegenüber scheint „Ganzheitlichkeit“ eine alles tangierende, einschließende und somit auch undurchsichtige Verantwortlichkeit auszudrücken. Nebenbei bemerkt müssten nicht nur die inter- und intrapersonellen Bezugspunkte in dem bio-psycho-sozialen Modell zu finden sein, sondern auch in einem ganzheitlichen Verständnis. Folglich wäre es verwunderlich, wenn „ganzheitlich“ gedacht wird, aber innerpsychische Aspekte des Menschen ausgeklammert werden würden.

Wie dargestellt sieht Ruttner den einzig wahren Handlungsort der Klinischen Sozialarbeit in der Psychiatrie. Sicherlich ist der psychiatrische Bereich ein passender Zweig, allerdings stellt das für Lohner (ebd.) eine unzulängliche Verkürzung dar. Der Behandlungsanspruch zielt eben nicht direkt auf somatische oder psychische Störungen ab. Es soll nie die Aufgabe eines Klinischen Sozialarbeiters sein die Vitalfunktionen von Patienten zu stabilisieren oder die Psychotherapie von Zwangsstörungen zu übernehmen und auf diese Weise mit anderen Disziplinen zu konkurrieren. Es geht um ein „Mit-Behandeln“ (ebd.) im Kreis einer multiprofessionellen Behandlung von psychischen, somatischen und multiplen Störungen, wobei das Zentrum die soziale Dimension der jeweils vorliegenden Störung ist. Diese Mitbehandlung kann sich durchaus auch als Therapie manifestieren, indem auf therapeutische Methoden und Theorien zurückgegriffen wird, an der Stelle, wo dies sinnvoll und angebracht ist. Selbstverständlich sollte das primäre Behandlungsvorgehen immer dann zu einer spezialisierten Profession wechseln, wenn in den Erkrankungsursachen oder akuten, im Vordergrund stehenden Symptomen, eine somatisch, psychische oder soziale Dimension an Bedeutung gewinnt (vgl. ebd.).

Jochen Schweitzer (2004: 222f) sieht in der Nutzung des Therapie Begriffs weitere Möglichkeiten. Eine Ebene der Therapie beschreibt das, was tatsächlich fachlich getan wird. Eine andere Ebene fragt nach der Nützlichkeit und den Folgen bzw. was erreicht werden soll, wenn etwas als Therapie beschrieben wird. Im konstruktivistischen Sinne erzeugt die Verwendung des Therapie Begriffs bei Klienten, Angehöri-

gen, Kollegen, anderen Professionen etc. unterschiedliche Erwartungshaltungen, die Optionen eröffnen oder reduzieren können. Ist man sich dessen bewusst, ergeben sich weitere Handlungsmöglichkeiten, als nur zu sagen, etwas sei Therapie und etwas anderes sei keine. Zur Relativierung der Bedeutungsschwere von Therapie ginge es nicht um die Frage, ob etwas Therapie sei, sondern um eine Aufklärung der vielfältigen Erwartungen, die damit verknüpft sind (vgl. Schweitzer 2004: 222f).

„Wenn eine Psychiaterin eine psychotische Klientin zur Klärung ihrer beruflichen Zukunft an den sozialpsychiatrischen Dienst überweist und wenn die Mitarbeiterin dort Familiengespräche darüber nötig findet, warum die Angehörigen der Frau ihr zu Hause jegliche Arbeitsmotivation durch Überbehaustung ersparen, so kann es oft für die konfliktfreie Kooperation mit der Psychiaterin nützlich sein, diese Gespräche als »Arbeitsberatung unter Einbezug der Angehörigen« zu deklarieren – und dann in diesen Gesprächen das Gleiche zu tun, was jede Familientherapeutin auch tun würde. In diesem Beispiel könnte das Etikett »Arbeitsberatung« eine rollenkonforme Arbeitsteilung verdeutlichen, das Wort »Familientherapie« hingegen womöglich Konkurrenzbefürchtungen erzeugen. Natürlich kann es sein, dass unsere Sozialarbeiterin der Psychiaterin zeigen will, dass Therapie gerade kein Ärzteprivileg ist – dann eignet sich »Familientherapie« natürlich besser (Schweitzer 2004: 225).“

Einerseits zeigt das Beispiel, dass Sozialarbeiter behandelnd tätig sind, insofern es zur Erfüllung ihres Arbeitsauftrages zielführend ist therapeutisch zu handeln. Andererseits erzeugt die Nutzung des Begriffs Therapie, Fragen, die Interessen der eigenen Identität und die des berufsständischen Verhältnisses berühren. Diesbezüglich wird nach Lohner (2013: 66) nur zu oft eine unzulässige Gleichsetzung von Psychotherapie und Behandlung hergestellt und als Kritik geäußert. Für ihn steht fest, dass Sozialarbeiter Klienten und Systeme behandeln. Dies sei auch notwendig, da sie sich schwierigem Klientel in Multiproblemlagen gegenübersehen, welches im psychiatrischen Bereich zu finden ist, aber eben nicht nur dort. Viele Arbeitsfelder können von klinischen Aspekten profitieren². Wissenschaftlich anerkannte therapeutische Ansätze zur Beziehungsgestaltung, Diagnostik, Fallverständen, Motivation und Intervention bieten Sicherheit und Kompetenz für eine professionelle Arbeit. Die Beziehungsarbeit mit traumatisierten Menschen ist für den Klienten und den Sozialarbeiter eine Herausforderung. Daraus folgert Lohner (ebd.), dass ein Verzicht auf die eben beschriebene Methodik und das Wissen, die Effektivität der Arbeit mindert, wenn nicht sogar durch Unwissenheit zu einer Verschlimmerung führen, aber auch die Belastung und Frustration der Sozialarbeiter erhöhen könnte. Da bereits viele Sozialarbeiter seit langer Zeit sich in (psycho-) therapeutischen Ausbildungen weitergebildet haben, wäre es nach Lohner (2013: 66) nur logisch die Notwendigkeit und den Wunsch nach Kompetenz nicht in fachfremden Weiterbildungen zu suchen. Zur Identitätsbildung der Sozialarbeiter wäre es demnach wichtig, dieses therapeutische Wissen in einer klinisch sozialarbeiterischen Ausbildung einfließen zu lassen,

² Siehe hierzu auch Pauls (2013: 17)

um gerade der Kritik des Identitätsverlustes aus dem Weg zu gehen. Unter dem Bezugspunkt der Sozialen Arbeit könnte dieses Wissen gezielt eingesetzt werden und nicht durch spezifische Psychotherapieschulen entfremdet werden (vgl. Lohner 2013: 66).

Mangelndes Selbstbewusstsein gefolgt von Selbstabwertung sind Charakteristika der Identitätsdebatte oder der Suche nach Identität in der Sozialen Arbeit. Beushausen (2012: 126) kann diese Faktoren teilweise bereits bei Sozialarbeitsstudenten feststellen. Wenn er die Studierenden danach befrage, was denn bei einem suizidalen Klienten zu beachten sei, käme die Antwort, diesen Menschen an einen Psychologen weiterzuvermitteln.

Geringes Vertrauen in die eigenen personalen und disziplinären Fähigkeiten kommt hier zum Tragen, aber auch eine selbstreferentielle Aufrechterhaltung und Reproduktion von Zuschreibungen von Handlungskompetenzen. Eigene Kompetenzen werden negiert und anderen Fachbereichen zugeschrieben, die dann besser wüssten was zu tun sei. Diese Verunsicherung mag allerdings auch in einem Mangel an konkreter Methodik und Wissensbeständen begründet sein. Nebulöse Handlungskonzepte, den Menschen ganzheitlich zu betrachten und zu befähigen (Empowerment), können in einem solchen Fall verunsichern. Als Resultat wird an die vermeintliche kompetentere Profession verwiesen, womöglich auch, weil nicht auf benötigtes Wissen zurückgegriffen werden kann.

Diesem Prozess tritt die Klinische Sozialarbeit durch eine Entwicklung von fachspezifischer Fach- und Wissenskompetenz entgegen. Die Fachdisziplin für dieses Anliegen zu kritisieren, sie in ihrer Professionalisierung zu beschränken, kann nicht damit begründet werden, dass die generalistische Soziale Arbeit andernfalls nicht ihre Identität behalten könne. Der Bedarf an Weiterentwicklung ist vorhanden und muss forciert werden. Aus vermeintlichen Identitätsverlustängsten Professionalisierungsbestrebungen zu beschneiden, würde wohl eher zur Stagnation des Fortschritts und die Soziale Arbeit in die Bedeutungslosigkeit führen (vgl. Lohner 2013: 68). Ausdifferenzierung und Spezialisierung können identitätsstiftend und als fachwissenschaftliche Weiterentwicklung verstanden werden. Mit Blick auf die Entwicklung der Medizin, hat ihre Ausbildung von Fachbereichen, der Allgemeinmedizin nicht ihrer Existenzberechtigung beraubt (sie ist eines der Fachgebiete), sondern der gesamten Medizin zur Professionalisierung verholfen.

Bezogen auf die „Psychoboom“ Kritik, steht für Lohner außer Frage, bei allen Unterschieden und Gemeinsamkeiten von Psychotherapie und Klinischer Sozialarbeit, dass eine „[...] wissenschaftliche fundierte Modifikation von andernorts erprobten

Behandlungsmethoden (auch psychotherapeutischer, wie bspw. bereits mit sog. »Frühgestörten« gängige Praxis), unter dem Aspekt der Anpassung an vorgefundenes Setting, Klientel, Problem/Ressourcen etc.“ (Lohner 2013: 67) erfolgen muss. Lohner (ebd.) bleibt nicht nur bei dieser Voraussetzung, er sieht ausdrücklich eine Einzigartigkeit in der (Klinischen) Sozialarbeit und ihrer wissenschaftlichen Kompetenz, nützliche Methoden zu modifizieren und zu integrieren. Mit Blick auf das folgende Kapitel könnte das Bestreben Röhs (2013), den Capability Approach als Theorie für die Soziale Arbeit nutzbar zu machen, als Beweis gelten, der diese These stützt, auch wenn es sich nicht um eine Methode handelt.

Nach Lohner (2013: 67) ist es das Ziel der Klinischen Sozialarbeit die komplexen Lebenslagen zu bearbeiten, unter Einbezug von Ansätzen der Ressourcenorientierung und Salutogenese und dem bio-psycho-sozialen Modell. In dem sozialen Feld, der Lebenswelt, durch Sozialtherapie neue Verhaltensweisen zu erlernen, ist als besondere Stärke hervorzuheben. Eine alleinige Kompetenz, die sich von anderen Behandlungsbeteiligten absetzt, ist die Bearbeitung und Fokussierung auf die Schwellen und Übergänge in Lebenskrisen. Folgt man Lohner (ebd.) fallen diese oftmals aus dem Blick anderer Professionen. Ergänzend fügt er an, dass beispielsweise die Pflegewissenschaft originäre Aufgaben der Sozialen Arbeit zu übernehmen versucht. Als Folge leitet er daraus ab, dass zur Identitätsbildung und -sicherung, als auch zur Abgrenzung von anderen Disziplinen/ Professionen, es von hoher Bedeutung ist, spezifische Fähigkeiten beanspruchen und vorweisen zu können. Eine klinisch sozialarbeiterische Mitbehandlung würde demnach, durch die Expertise über die soziale Dimension, die Betrachtungsweisen von Störungen und Behandlungspotenzialen erweitern. Die Klinische Sozialarbeit zeichnet nach Lohner (2013: 68) aus, dass sie den sozialarbeiterischen Blick in die Behandlung einbringt, die soziale Dimension herausstellt und darüber eine Verbesserung der Lebenslage anstrebt. Der sozialarbeiterische Blick verweist darüber hinaus nicht nur die Kritik an der klinischen Sichtweise, ausschließlich individumszentriert zu sein, in die Schranken, sondern zeigt auch die multimodale Vorgehensweise auf. Neben individumsorientierter Arbeit werden ebenso gesellschaftspolitische Rahmenbedingungen integriert. Keineswegs sollen Probleme schlicht individualisiert und Gesellschaftskritik vernachlässigt werden. Durch die Behandlung von Individuen können sozialsystemische Ursachen der Problemgenese herausgestellt werden. Diese sind als Forderungen an die demokratische Öffentlichkeit zu formulieren. Abseits der behandelnden Tätigkeit sind diese Forderungen in einem anwaltschaftlichen Klient-Sozialarbeiter Verhältnis zu vertreten (vgl. ebd.). Die Kritik an der Fachsozialarbeit ist vielseitig, aber wie aufgezeigt wurde, kaum fachlich zu begründen.

3. Der theoretische Bezugsrahmen und Verortung

Therapeutische Ansätze und Methoden haben das Potential sinnvoll und bereichernd für die Soziale Arbeit zu sein, sofern sie nicht pragmatisch als weiterer Baustein neben andere Modelle gesetzt werden. Die Belange der Adaption und Modifikation gelten für die Theorie, Methoden und die Praxis der Sozialen Arbeit (vgl. Wendt 2013: 49). Diese Voraussetzungen, hinsichtlich des Mentalisierungskonzepts, sollen in den nächsten Kapiteln erarbeitet und überprüft werden.

Um als Methode gelten zu können, müssen bestimmte Kriterien erfüllt sein. Eine Methode ist demnach beschreibbar, nachvollziehbar, lehr- und lernbar, überprüfbar, zielgerichtet, theoretisch und wissenschaftlich fundiert. Weiterhin sollten Angaben zum Handlungsrahmen und dem Arbeitsfeld bestehen - eine direkte Praxistauglichkeit somit nachweisbar sein (vgl. Ningel 2011: 11). Die Methodenentwicklung (Abb.1) der Sozialen Arbeit hat sich inhaltlich als auch parallel stetig weiterentwickelt.

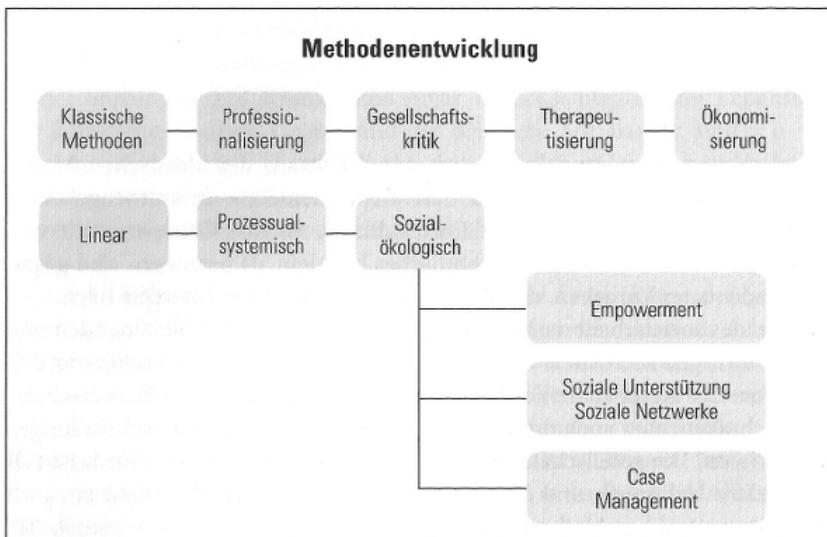


Abb. 1: Übersicht der Paradigmen- und Methodenentwicklung Quelle: Ningel (2011:12)

Die vorliegende Entwicklungslinie zeigt einen Wechsel von einer Defizit- zu einer Ressourcenorientierung, beiliegend eine Verschiebung von der individualisierten Sicht auf Probleme zu einer systemischen Perspektive, die die Probleme in den gesellschaftlichen Strukturen sieht. Diese Paradigmenwechsel vermittelten den Eindruck, dass alles Bisherige an Bedeutung verliert und nur das neue Paradigma das Allheilmittel der Sozialen Arbeit sei. Kritik an dieser Sicht, auch ideologisch begründet, führte zu Ansätzen, die individuelle und systemische Aspekte integrieren (vgl. Ningel 2011: 12).

Analog zum Diskurs über eine behandelnde Klinische Sozialarbeit und der ihr inbegriffenen Auseinandersetzungen, Vorbehalte, Interessen usw., wird auch die sozialarbeitswissenschaftliche Theoriebildung von einer stetigen Diskussion vorangetrieben. Anpassungen an neue gesellschaftliche Bedingungen und wissenschaftliche Erkenntnisse führen zu neuen Theorien. Die Konsequenz daraus ist, dass die Integration eines Ansatzes, der inter- und intrapersonell verbindend sein soll, sich in eine Metatheorie einpasst, die eben einen solchen Fokus auch sozialarbeitswissenschaftlich fundieren kann. Als eine Theorie der Sozialen Arbeit, die dem Paradigma einer individuellen und systemischen Perspektive zu integrieren weiß, wird nachführend der Capability Approach herangezogen.

3.1 Das Individuum im System - Der Capability Approach

In der Generalversammlung der International Federation of Social Workers (IFSW) und der International Association of School of Social Work (IASSW) im Juli 2014 wurde die neue Version der „Global Definition of Social Work“ verabschiedet. In der deutschen Übersetzung der Definition des Deutschen Berufsverbandes für Soziale Arbeit e.V. (DBSH) heißt es unter anderem wie folgt:

„Soziale Arbeit ist eine praxisorientierte Profession und eine wissenschaftliche Disziplin, dessen bzw. deren Ziel die Förderung des sozialen Wandels, der sozialen Entwicklung und des sozialen Zusammenhalts sowie der Stärkung und Befreiung der Menschen ist. [...] Gestützt auf Theorien zur Sozialen Arbeit, auf Sozialwissenschaften, Geisteswissenschaften, und indigenem Wissen, werden bei der Sozialen Arbeit Menschen und Strukturen eingebunden, um existenzielle Herausforderungen zu bewältigen und das Wohlergehen zu verbessern.“ (DBSH o.J.: 1)

Im angefügten Kommentar des DBSH (o.J.: 1) werden die zentralen Aufgaben der Sozialen Arbeit detaillierter vorgestellt. Das Ziel der Stärkung und Befreiung der Menschen erfordere ein kritisches Bewusstsein zur Betrachtung struktureller Einflüsse und mache demnach die Entwicklung von Maßnahmen erforderlich, die im Sinne einer emanzipatorischen Praxis, strukturelle und persönliche Hindernisse beseitigen. Bezuglich des sozialen Wandels wird der Handlungsraum der Sozialen Arbeit konkretisiert und erfolgt demzufolge auf persönlicher Ebene, familiärer Ebene, im Bezug auf Gruppen, größere Gemeinschaften und die Gesellschaft. Zur Steigerung des Wohlergehens, der Förderung der sozialen Entwicklung und der Gerechtigkeit sollen laut DBSH Interventionsstrategien herangezogen werden, die auf einem bio-psycho-sozialen Verständnis beruhen und „[...] die Mikro-Makro-Kluft überwinden [...]“ (ebd.: 2) sollen. Die internationale Definition, insbesondere der Kommentar des DBSH, verweisen auf die enge Verknüpfung von Individuum und Gesellschaft, die gleichermaßen im Capability Approach aufgegriffen wird.

Der Capability Approach (Befähigungsansatz) nach Amartya Sen (2010: 259) fokussiert den individuellen Vorteil einer Person, im Verhältnis zu seiner Befähigung, die Sachen zu verwirklichen, welche die Person für sich selbst als wichtig erachtet und damit den Wert erhält, diese Ziele zu erreichen. Kann eine Person die Sachen, Ziele, welche sie für erstrebenswert hält, aufgrund niedriger wirklich vorhandener Chancen nicht erreichen, so wird ihre Befähigung in diesem Ansatz als gering eingestuft. Der Kernpunkt des Befähigungsansatzes liegt daher auf der tatsächlichen Freiheit einer Person, die Dinge zu verwirklichen, die ihr individuell von hoher Bedeutung sind. Wobei die Freiheit stets mit den möglichen Chancen einhergeht. Das ist die Grundlage dessen, was Amartya Sen als ein gutes Leben beschreibt.

Sen (ebd.: 260) beschreibt den Befähigungsansatz als einen Allgemeinen, der individuelle Vor- oder Nachteile im Verhältnis zu den real vorliegenden Verwirklichungschancen, innerhalb eines breit angelegten Spektrums, das die Bereiche der Armut, Behinderung genauso wie Probleme der kulturellen Freiheit einschließt, sieht. Im Gegensatz zu seinem allgemeinen Ansatzpunkt verweist er auf Martha Nussbaum, die einen spezifischeren Ansatz verfolgt, wodurch der Befähigungsansatz zur sozialen Einschätzung herangezogen werden kann.

Einen wichtigen Beitrag soll der Ansatz durch die breite Betrachtung der Informationen leisten, welche einer sozialen Ungerechtigkeit zugrunde liegen können und darauf folgend verdeckte Ursachen aufzeigen und sie zur Überwindung einbinden. In besonderer Weise schenkt der Ansatz der Lebensführung und der Funktionsweise (functionings) Aufmerksamkeit, nach der Menschen bestrebt sind und die in ihrer Ausformung und Bewertung höchst unterschiedlich ausfallen können. Die Befähigung stellt die Fähigkeit dar, die mannigfaltigen Arrangements von Funktionsweisen zu erreichen, die die Person für sich als gut und sinnvoll bewertet (vgl. ebd.). Für Sen steht daher das gesamte Menschenleben mit seiner tatsächlichen Freiheit im Zentrum, eingeschlossen der tatsächlichen Fähigkeit einer Person die Ziele umzusetzen, denen ein bedeutender Wert beigemessen wird und nicht nur die Grundgüter, wie Einkommen, Besitz, Macht und Privilegien, die häufig in wirtschaftlichen und auch sozialwissenschaftlichen Kontexten als Maßstab für ein erfolgreiches Leben gesehen werden. Der Aufmerksamkeit auf den Lebensunterhalt, die Verbrauchs- und Bedarfsgüter sowie der Besitz und der Nutzung von Ressourcen, setzt der Ansatz die spezielle Betrachtung der tatsächlichen Lebenschancen entgegen (vgl. ebd.: 281). Grundgüter und Einkommen stehen nicht für sich allein und sind dementsprechend nicht zu hoch zu bewerten, sondern sind im Befähigungsansatz danach einzuschätzen, welchen Wert sie haben den Menschen dabei zu unterstützen ein gutes und lebenswertes Leben zu verwirklichen (vgl. ebd.: 254). Der Nutzen der

Befähigungsperspektive liegt in der Erweiterung des Betrachtungsblickwinkels: Mittel und Güter an sich stellen noch keinen Grund für ein gutes Leben dar, denn das Wohlbefinden eines Menschen mit einer Körperbehinderung oder Krankheit stellt sich nicht automatisch durch seine hohen Einkünfte ein. Wobei der Zugriff auf eine gute Finanzausstattung sicherlich ein Mittel für ein gutes Leben darstellen kann, doch können die gesundheitlichen Schwierigkeiten die Umsetzung oder das Genießen eines guten Lebens erschweren (vgl. Sen 2010: 262).

Nach Sen (ebd.: 282) ist es ebenfalls unzulänglich, die oft herangezogene Gleichsetzung von Einkommen und Armut bzw. Wohlstand weiterhin zu bedienen. Denn unterschiedliche Menschen weisen auch unterschiedliche Chancen auf, Einkommen oder andere Grundgüter in ein gutes Leben und Freiheit zu transferieren. Ferner ist beispielsweise das Verhältnis von Ressourcen und Armut nicht statisch und insbesondere von der Eigenheit der jeweiligen Individuen, ihrer Fähigkeiten und Ressourcen und von ihrer sozialen Umwelt abhängig.

Diese Herangehensweise ist mit dem einführenden Zitat von Hermann Hesse zu vergleichen, wenn er den alleinigen Kultus von Geld und Arbeit infrage stellt. Eine gute und gerechte Verfügbarkeit von Grundgütern ist bedeutsam, doch nicht das Alleinstellungsmerkmal für Glück und ein gutes Leben. Die externen Güter und Mittel müssen im Einklang mit den inneren Ressourcen, Vorstellungen und Möglichkeiten stehen, um befähigt zu sein, ein gutes Leben zu verwirklichen.

Eine Besonderheit wie Sen seinen Capability Approach formuliert, liegt in der Art und Weise der Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Theorien und Zugängen zu Themen wie Freiheit, Gleichheit und Chancen. Er greift theoretische Positionen auf, diskutiert und kritisiert diese und gleicht sie mit seiner Idee der Gerechtigkeit ab. Dabei lässt er konkurrierende, teils auch widersprüchlich anmutende Konstrukte gewähren, wodurch er sein Blick öffnet und für die komplexen Details zugänglich wird. Denn sein Anliegen, Befähigungen in einem breiten Spektrum zu erfassen, erfordert auch verschiedene Zugänge, um nicht simplifizierte Schlüsse zu ziehen. Ein Anliegen, insbesondere durch die formulierten Ziele der vorgestellten Definition, dass von Wert für die Soziale Arbeit ist. Die Erörterung zur Gleichheit, bzw. Chancengleichheit, von Sen lässt diese Vorgehensweise ersichtlich werden.

Sen (ebd.: 322) leitet aus der Prämisse, dass Gleichheit wichtig und Befähigung ein bedeutendes Merkmal der menschlichen Existenz ist, die Frage ab, ob es nicht dann empfehlenswert sei, generell Befähigungs- und Chancengleichheit zu fordern. Diese Frage verneint er und erklärt sich anhand folgenden Beispiels. Bei symmetrischer Gesundheitsversorgung Leben Frauen im Großen und Ganzen länger als

Männer. Würde es, in diesem Fall, ausschließlich darum gehen Chancen, im Besonderen um die Gleichheit der Chancen, gehen, ließe sich das Argument anführen, Männern eine bessere Gesundheitsversorgung zukommen zu lassen als Frauen. Auf diese Weise könnte die natürliche Benachteiligung harmonisiert werden. Frauen jedoch bei gleichen Gesundheitsproblemen eine geringere Versorgung zukommen zu lassen ist eine eklatante Missachtung der Verfahrensgleichheit. Weiterhin wird der Forderung unterschiedlichen Menschen die gleiche Behandlung zukommen zu lassen untergraben. Besonders wenn es um Leben und Tod geht, ist ein derartiges Argument oder Verfahrensweise moralisch und ethisch nicht zu vertreten (vgl. Sen 2010: 323). Die Forderungen nach Gleichheit und Freiheit werden von der Sozialen Arbeit als Menschenrechtsprofession vertreten, doch im komplexen Feld der sozialen Gerechtigkeit, darf eine Forderung nach Gleichheit nicht die Freiheit beschneiden. In diesem Fall rückt die Chancengleichheit in den Hintergrund und es sollte der Freiheit, auf freien Zugang zum Versorgungssystem, Vorrang gewährt werden. Eine ausschließliche Konzentration auf ein Element, das als Kriterium eines guten Lebens gelten mag, darf und sollte nicht andere wichtige Bereiche ausschließen oder in der Rangfolge herabstufen. Der Capability Approach kann die Soziale Arbeit als Instrument unterstützen, die verwobenen Belange von Individuum und Gesellschaft, bezogen auf normativ-ethische Bereiche der Gleichheit, Freiheit und Befähigung, in komplexen Szenarien, differenziert zu betrachten.

Vor diesem Hintergrund kann Befähigung nicht als in sich einheitliches Ziel mit entsprechender Vorgehensweise definiert werden, da beispielsweise zwischen Handlungsfreiheit und der Freiheit zum Wohlergehen unterschieden werden muss (vgl. ebd.: 324). Grundsätzlich kann die Soziale Arbeit von dem Capability Approach keine konkreten Handlungsanweisungen erwarten. Der Befähigungsansatz stellt keinen Katalog an Gewichtungen zur sozialen Einschätzung bereit, von dem vorbestimmte Funktionsweisen über kategorisierte und relevante Befähigungen abgelesen werden können. Das widerspricht nicht seiner Nützlichkeit, sondern ist der demokratischen und ethischen Orientierung zu verdanken, das Werte und Gewichtungen immer wieder erneut überprüft und diskutiert werden müssen (vgl. ebd.: 270). Ein konstanter Wertekatalog könnte den moralisch-ethischen Ansprüchen eines andauernden sozialen Wandels und den komplexen Verhältnissen der Mikro-Makro-Ebene nicht gerecht werden.

Unterschiedliche Menschen haben durch ihre persönlichen Eigenschaften, unter dem Einfluss geografischer, kultureller Bedingungen und der sozialen Umwelt, auch unterschiedliche Chancen, Ressourcen (Einkommen, Güter etc.) in Befähigungen und in tatsächliches Handeln, umzuwandeln (vgl. ebd.: 289). Weiterhin ist ein inter-

personeller Nutzenvergleich, aufgrund der Unterschiedlichkeit der Menschen, äußerst schwierig. Denn das Glück eines Menschen kann nicht ohne Weiteres mit dem eines anderen verglichen werden, so Sen (2010: 305) denn, was in einem Menschen vorgeht, ist für andere nicht zu erkennen und Gefühle können nicht vereinheitlicht werden. Dennoch ist Sen (ebd.: 306) der Ansicht, dass daraus nicht der Schluss erwachsen sollte, keine interpersonellen Vergleiche anzustellen, bzw. sie nur auf einen Nutzen zu reduzieren, da bekanntlich wir Menschen nicht isoliert von einander leben. Bei aller Schwierigkeit eines Vergleichs sind gesellschaftliche Ungleichheiten und die daraus resultierenden Folgen für Einzelne durchaus vergleichbar.

Die vorangegangene Beschreibung berührt einen weiteren Kernpunkt des Capability Ansatzes: der Fokussierung auf die Verbindung von Individuum und Gesellschaft sowie ihrer wechselseitigen Abhängigkeit (vgl. ebd.: 272f). Auf individueller Seite untersucht der Ansatz die Lebensführung von Menschen und das, was sie wertschätzen. Weiterhin wird ermittelt, welche Einflüsse ihre Entscheidungen, Werte, Normen, Ziele und Wünsche prägen und diese sind unumgänglich gesellschaftlich geprägt. Hervorgehoben wird, dass das Denken und Handeln eines Individuums in der Gesellschaft von der Funktionsweise seiner Lebenswelt beeinflusst wird. Die doppelte Perspektive zeigt die Relevanz der Gesellschaft, da die Meinungen von Individuen nie abgekoppelt und unbeeinflusst von ihrer Gesellschaft sind. So sieht Sen (ebd.: 273) in der Betrachtung des Denkens und Handelns auch erst den Beginn der Erkenntnis, die weiterführend nur Sinn gebend erscheint, wenn der Einfluss der Gesellschaft auf unsere Denk- und Handlungsmuster berücksichtigt wird. In Übereinstimmung mit der Definition, dem Selbstverständnis und der Vorgehensweise der Sozialen Arbeit, im Besonderen der Person-Environment Perspektive der Klinischen Sozialarbeit, erklärt Sen: „[...] warum und wie die Person diese Aktivitäten vollzieht, wäre ohne ein gewisses Verständnis ihrer sozialen Beziehungen kaum zu verstehen“ (ebd.: 273).

Ein weiterer bedeutsamer Punkt des Befähigungsansatzes besteht in der Achtung der Entscheidungsfreiheit des Individuums. Die Freiheit der Befähigung, über die Möglichkeit zur Umsetzung seiner Vorstellungen zu verfügen, aber nicht gezwungen zu sein, seine Chancen auch nutzen zu müssen. Aufgabe der staatlichen Politik wäre es den Bürger die Freiheit zum Wohlergehen zu ermöglichen, also Handlungsfreiheit zu generieren, jedoch Handlungserfolge nicht vorauszusetzen (vgl. ebd.: 316).

„Wird allen Bürgern die Chance geboten, ein wenigstens minimal annehmbares Leben zu führen, muss dieses Angebot nicht mit der Forderung verbunden sein, dass jeder alle vom Staat eingeräumten Chancen nutzt; dass jeder das Recht auf eine ausreichende Ernährung hat, muss nicht mit einem staatlichen Fastenverbot verknüpft sein“ (Sen 2010: 316).

Die Befähigung eines Menschen kann in der Freiheit zum Wohlergehen und in der Handlungsfreiheit unterschieden werden. So ist es eine persönliche Entscheidung, ob das persönliche Wohlbefinden verfolgt werden soll oder ob dem Streben nach seinen Zielen, die er für sich selbst als wichtig und gut erachtet, Vorrang erhält (vgl. Sen 2010: 316).

Martha Nussbaum (2012: 57) stimmt mit Amartya Sen darüber ein, dass die Ausrichtung der staatlichen Politik auf die Ermöglichung und Bereitstellung von zusammenhängenden Fähigkeiten/Verwirklichungschancen (capabilities) und nicht auf die tatsächlich ausgeübten Tätigkeiten (functionings) abzielen müsse. Nussbaum spezifiziert den Capability Approach, indem sie Grundfähigkeiten des menschlichen Lebens, die als Grundbedingung für ein gutes Leben stehen, konzeptualisiert. Nussbaum (ebd.: 48) beschreibt sie als eine offene Liste, aufgrund der Möglichkeit, dass Aspekte unbeachtet blieben oder durch Veränderungen noch weitere hinzugefügt werden müssten. Die Offenheit erlaubt es durch einen Austausch, das Annahmen über den Menschen korrigiert und andere Merkmale des Lebens, die als zu begrenzt dargestellt wurden, überdacht werden. Sie formuliert die Fähigkeiten:

1. [...], ein volles Menschenleben bis zum Ende zu führen; nicht vorzeitig zu sterben oder zu sterben, bevor das Leben so reduziert ist, daß es nicht mehr lebenswert ist.
2. [...], sich guter Gesundheit zu erfreuen; sich angemessen zu ernähren; eine angemessene Unterkunft zu haben; Möglichkeiten zu sexueller Befriedigung zu haben; sich von einem Ort zu einem anderen zu bewegen.
3. [...], unnötigen Schmerz zu vermeiden und freudvolle Erlebnisse zu haben.
4. [...], die fünf Sinne zu benutzen, sich etwas vorzustellen, zu denken und zu urteilen,
5. [...], Bindungen zu Dingen und Personen außerhalb unser selbst zu haben; diejenigen zu lieben, die uns lieben und für uns sorgen, und über ihre Abwesenheit traurig zu sein; allgemein gesagt: zu lieben, zu trauern, Sehnsucht und Dankbarkeit zu empfinden.
6. [...], sich eine Vorstellung vom Guten zu machen und kritisch über die eigene Lebensplanung nachzudenken.
7. [...], für andere und bezogen auf andere zu leben, Verbundenheit mit anderen Menschen zu erkennen und zu zeigen, verschiedene Formen von familiären und sozialen Beziehungen einzugehen.
8. [...], in Verbundenheit mit Tieren, Pflanzen und der ganzen Natur zu leben und pfleglich mit ihnen umzugehen.
9. [...], zu lachen, zu spielen und Freude an erholsamen Tätigkeiten zu haben.
10. [...], sein eigenes Leben und nicht das von jemand anderem zu leben.
- 10a. [...], sein eigenes Leben in seiner eigenen Umgebung und seinem eigenen Kontext zu Leben.“ (Nussbaum 2012: 57f)

Nussbaum (2012: 58) sieht in dem Fehlen bereits eines Punktes, die Konsistenz eines (guten) menschlichen Lebens infrage gestellt. Davon ausgehend sei es bedeutend diese Fähigkeiten (capabilities) in den Fokus zu setzen, um Strategien für ein gutes Leben zu entwickeln, die staatlich und sozial-systemisch umgesetzt werden können. Ihre Punkte bestehen nicht getrennt voneinander, sie vermischen sich, sind voneinander abhängig. Die Bewertung der Lebensqualität muss daher an der Gesamtheit dieser Dimensionen vollzogen werden (vgl. ebd.: 59). Die Spezifizierung des Capability Approach lässt eine politische und ethische Betrachtung der vielen Lebensbereiche zu, die von hohem Wert für die Befähigung und ein gutes Leben der Klienten Sozialer Arbeit sind. Infolgedessen wird der Ansatz den ethisch-normativen Anforderungen einer auf soziale Gerechtigkeit bedachten Sozialen Arbeit gerecht.

Dieter Röh (2013: 13) hat dieses Entwicklungspotential des moralphilosophischen Capability Approach, im Kontext aktueller neoliberaler Strömungen, für die Soziale Arbeit erkannt und leitet daraus seine Handlungstheorie ab. Er folgt, ganz im Sinne des Befähigungsansatzes und dem vorherrschenden Paradigma der Sozialen Arbeit, einer Subjekt- und Gesellschaftsorientierung, die von einer gegenseitigen Beeinflussung ausgeht. Die materielle, soziale und kulturelle Umwelt spielt für die Lebensführung eine Rolle, ebenso wie die biografische Erlebnisse und die subjektive Lebensführungskompetenz, die mit der Umwelt verwoben ist. In Einklang mit der internationalen Definition Sozialer Arbeit geht Röh (ebd.: 14) von einem engen Zusammenspiel systemischer und sozialökologischer, also struktureller und verhältnisbezogener Faktoren und der individuellen Möglichkeiten zur Lebensbewältigung innerhalb eben dieser Umwelt aus. Die theoretische Verortung Sozialer Arbeit ist demgemäß folgender Abbildung zu entnehmen.

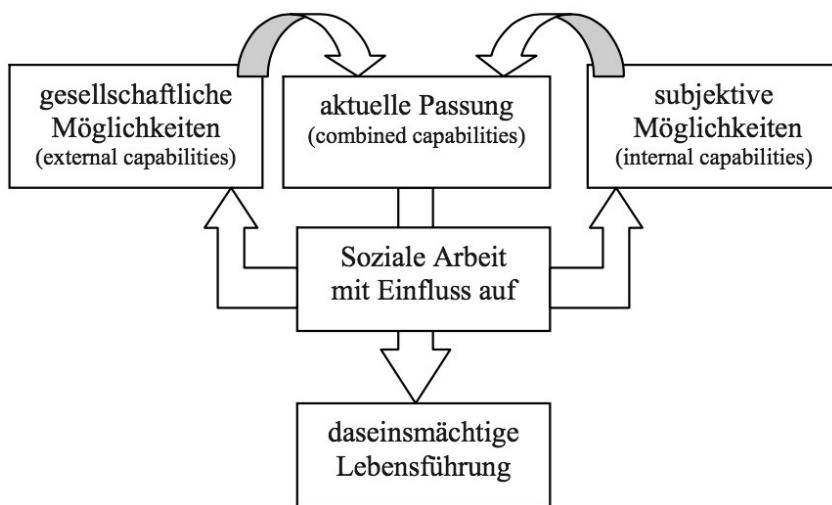


Abb. 2: Ein systemisches Modell daseinsmächtiger Lebensführung Quelle: Röh (2013: 181)

Die Soziale Arbeit schaut auf die Passung zwischen Gesellschaft und den subjektiven Möglichkeiten und muss daher in beiden Bereichen intervenieren, um die Klienten bei der Verwirklichung einer daseinsmächtigen Lebensführung zu unterstützen. Politische Einflussnahme, Kritik der Verhältnisse und Veränderungen von Strukturen auf der gesellschaftlichen Seite stehen der Befähigung auf der Seite des Individuums gegenüber. Von besonderem Interesse für diese Ausarbeitung ist diese doppelte Perspektive, die zugleich durch den Capability Approach eine metatheoretische Begründung für ein inter- und intrapersonelles Vorgehen der Klinischen Sozialarbeit erfährt.

Die Capabilities müssen auf sozial-struktureller Ebene vorhanden sein, damit das Individuum überhaupt erst die Wahlmöglichkeit zur Verwirklichung seiner Ziele zur Verfügung hat und ferner zu einer tatsächlich ausgeübten Tätigkeit (functioning) kommen kann. Doch die Frage des Capability Approach, nach dem was ein Mensch tatsächlich in der Lage ist zu tun, umfasst nicht nur die externen Capabilities sondern explizit auch die internen Capabilities. Das Vorhandensein der internen (auch intrapsychischen) Kompetenzen, Fähigkeiten und Ressourcen entscheidet darüber, wie und in welchem Maß externe Möglichkeiten umgesetzt bzw. überhaupt erst als Chance erkannt werden können. Daraus ergibt sich die Folgerung, dass über eine inter- und intrapersonelle Vorgehensweise der Klient insbesondere zu innerpsychischen Veränderungen angeregt werden muss. Aufgrund der fehlenden Befähigung zur Nutzung von Verwirklichungschancen könnten andernfalls sozial-systemische Veränderungen nicht angenommen und die Situation des Klienten nicht als daseinsmächtige Lebensführung verstanden werden. Folglich ist von einer psycho-sozialen Behandlung zu sprechen, wenn Veränderungen auf beiden Ebenen angestrebt werden.

Dieter Röh (2013: 192) hebt neben den Ressourcen- und Chancenansprüchen, die aus dem Capability Approach abzuleiten sind, ebenfalls Beschränkungen der Handlungsfreiheit und Handlungsfähigkeit bei der subjektiven Ressourcen- und Chancennutzung der Individuen hervor. Die weiter oben diskutierten Betrachtungsweisen von Freiheit und Chancen lassen sich in philosophischen Fragen formulieren: Handeln Menschen aufgrund eines freien Willens, welchen Grenzen unterliegt dieser und welche Verantwortung erwächst daraus? Diese offenen Fragen, zu der auch in der Philosophie bisher keine endgültige Aussage getroffen werden konnte, berühren in einer moralischen Dimension die Soziale Arbeit. Auch wenn in der Neurobiologie die Existenz eines freien Willens mit Skepsis gesehen wird, so wird im juristischen Kontext der Handlung ein Wille zugrunde gelegt, der in seiner Folge juristische Konsequenzen nach sich ziehen kann. Inwieweit der Mensch ein Opfer sozialer Ver-

hältnisse ist oder freier Akteur, kann moralisch wiederum anders bewertet werden. Eine allgemeine Antwort kann es daher nicht geben und ist insbesondere in der Praxis der Sozialen Arbeit immer wieder zu diskutieren. In diesem Kontext besteht darüber hinaus das Spannungsfeld zwischen Selbst- und Fremdbestimmung. Im Rahmen der Befähigung kann der Mensch, als Individuum in der Gesellschaft, nicht gänzlich einer der beiden Pole zugerechnet werden. Der Mensch ist nicht vollkommen autopoietisch, im Gegenteil, er ist immer auch abhängig und beeinflusst, sei es biologisch, sozial oder kulturell (vgl. Röh 2013: 193ff). Zumal es sich empfiehlt von einer Annahme absoluter Kontrolle, bei der Einschätzung der Handlungsfreiheit und Handlungsfähigkeit, Abstand zu nehmen. Bezogen auf die Entscheidungswahl und tatsächlich folgender Handlung und daraus resultierendem Erfolg, spielt auch eine (un-)glückliche Fügung eine beeinflussende Rolle (vgl. ebd.: 196f). Weiterhin ist die menschliche Eigensinnigkeit zu bedenken. Der eigenen Identität entsprechend werden Wünschen und Zielen ein individueller Sinn zugeschrieben. Die Eigensinnigkeit ist für die Soziale Arbeit ein zentrales Thema, da sie als Risiko, aber auch als Ressource verstanden werden kann. Widerstand gegen sozial ungerechte Situationen kann als berechtigt und als positive Ressource bewertet werden (vgl. ebd.: 199ff). Andernfalls und in einem dysfunktionalen Verständnis, können sich Entwicklungschancen auch verbaut werden, wenn Empfehlungen aufgrund befürchteter persönlicher Einschränkungen, widerstanden wird. Diese Abwehrreaktion, die in der Psychologie als Reaktanz beschrieben wird, will die sich anbahnenden Veränderungen verhindern, um mögliche Freiheiten nicht zu gefährden oder sie wiederherzustellen. Dabei sind die möglichen Verbesserungen der Lebensqualität für das Individuum nicht ersichtlich. Innerer und äußerer Druck sowie die Bewahrung der Autonomie, vor angenommener oder auch realer Einschränkung resultieren in einer Widerstandshaltung (vgl. ebd.: 201). Aufgabe der Sozialen Arbeit ist es die Beweggründe, Befürchtungen und Optionen mit dem Klienten zu bearbeiten. Ferner nennt Röh (ebd.: 202) adaptive Präferenzen als weitere Besonderheit bei der Betrachtung subjektiver Handlungsfreiheit und beruft sich dabei auf Sen und Nussbaum. Adaptive Präferenzen beschreiben die Wünsche und Ziele eines Menschen, die dieser nur bevorzugt, da ihm der Zugang zu anderen als unerreichbar erscheint oder er der Meinung ist, dass ihm der Zugang verwehrt wird. Dieser Einschränkung ähnlich ist das Konzept der erlernten Hilflosigkeit, bei dem Menschen trotz wiederholter Anstrengung, immer wieder Niederschläge und Ohnmacht erleiden mussten und in einen Fatalismus verfallen (vgl. ebd.: 205). Die Soziale Arbeit kann diesen Hindernissen mit Bildungs-, Identitäts- und Motivationsarbeit begegnen, um die personalen Kompetenzen zu fördern. Insbesondere ist ein Vorgehen zu wählen, dass das Re-

flexionsvermögen erhöht und damit die Perspektive erweitert. Die Begründung ist darin zu suchen, „[...] dass Menschen lernen können, was sie beanspruchen bzw. was sie wählen dürfen [...]“, dass umfasst auch, „[...] dass die falschen Dinge gewählt werden oder auch die falsche Menge von Dingen.“ (Röh 2013: 203).

Im Vorgriff zur Auseinandersetzung mit dem Mentalisierungskonzept, ist auf die Rolle der Emotionen auf Entscheidungsprozesse und eine Reflexion dieser Funktion zu verweisen. Dies ist gerade dann besonders, wenn Röh (2013: 203) die Kritik von Sen am Rational-Choice-Modell aufgreift und auf die begrenzte Rationalität des Menschen hinweist, immer die anscheinend bessere Wahl zu treffen. Die Kritik richtet sich nicht generell an die Fähigkeit des Menschen rational zu denken, sondern an der ständigen Verfügbarkeit aller notwendigen Informationen. Weiterhin, das werden die folgenden Kapitel zeigen, beschränken biografische Erlebnisse, emotionale Erregungszustände und weitere intrapsychische Vorgänge das Vermögen stetig die rational beste Entscheidung zu treffen. Das Ziel der Befähigung zur daseinsmächtigen Lebensführung der Klienten erfordert nach Röh die Absicht der Sozialen Arbeit, „[...] mehr Kontrolle über die eigenen Entscheidungen durch ein reiferes und möglichst autonomes Nachdenken [...]“ (Röh 2013: 204) zu erwirken.

Viele der dargestellten Punkte der Handlungsbeschränkungen konnten hier nur erwähnt werden, auch wenn ihre Bedeutung eine tiefer gehende Erörterung erfordern würde, so sollte die verfolgte Intention verdeutlicht werden, dass zur Befähigung des Klienten viele Faktoren zu berücksichtigen sind, die zum Ziel der klinisch-sozialarbeiterischen Interventionen werden können.

Der Urheber des Capability Approach nennt selbst einen Hinweis, wie persönliche Hinderungsgründe im Befähigungskontext ihre Berücksichtigung finden könnten. Amartya Sen (2010: 303) sieht es für die demokratische, nicht paternalistische Auseinandersetzung mit Ungleichheiten, sei es im Gesundheitssystem, Fragen zur Einwanderung, Stellung der Frauen, als bedeutsam an, „[...] die fraglose Vormacht von »Gefühlen« und ungeprüften Empfindungen [...]“ (ebd.) zu hinterfragen. Die Auseinandersetzung mit Ungleichheitsstrukturen mit dem Ziel Wohlergehen und Befähigung zu stärken, erfordere „[...] über die Verlässlichkeit unserer Überzeugungen und mentalen Reaktionen nach[zu]denken, um sicherzugehen, dass unsere spontanen Regungen nicht irreführen“ (ebd.). „Wie notwendig es ist, spontane Gefühle aus kritischer Distanz zu überprüfen [...]“, um gängige gesellschaftliche Praxis zu hinterfragen, erfordert teils auch, „[...] dass wir den Platz wechseln, also uns in andere versetzen müssen, um unsere eigenen Neigungen einschätzen zu können [...]“ (ebd.). Sen setzt damit eine Fähigkeit in Verbindung zur sozialen Gerechtigkeit und der Befähigung diese zu erreichen, die zur methodischen Umsetzung hier vorge-

schlagen werden soll – die Mentalisierung. Doch bevor ein möglicher Beitrag des Mentalisierungsansatzes zur Befähigung diskutiert wird, soll im nächsten Kapitel der Befähigungsbeitrag des Empowerment-Konzepts betrachtet werden.

Resultierend aus diesen Ausführungen kann der Capability Approach als bereichernder Ansatz für die Soziale Arbeit angesehen werden. So gewährleistet der Ansatz, dem Paradigma, einer Individuums- und Gesellschaftsorientierung folgend, die theoretische Fundierung für eine multimodale Vorgehensweise der Klinischen Sozialarbeit. Weiterhin werden die verwobenen Mikro-Makro-Strukturen unter einer normativ-ethischen Perspektive betrachtet, die für eine gerechtigkeitsorientierte Soziale Arbeit unerlässlich ist. Ein besonderes Merkmal stellt die Befähigung unter Berücksichtigung der Verwirklichungschancen dar. Denn der Capability Approach als Handlungstheorie hebt insbesondere die individuellen Beschränkungen der Handlungsfreiheit und Handlungsfähigkeit hervor. Er bereitet den übergeordneten theoretischen Rahmen, der für eine inter- und intrapersonelle Behandlung notwendig ist. Aufgrund dessen kann die methodische Bearbeitung von intrapsychischen Faktoren, welche der Befähigung für eine selbstverantwortliche und gelingende Lebensführung entgegen stehen, begründet bzw. eine darauf abzielende Methode erst integriert werden.

3.2 Empowerment und Befähigung

In diesem Kapitel wird untersucht, welcher methodische Nutzen von der Empowerment-Konzeption zur Befähigung der Klienten, im Kontext einer multimodalen Perspektive, zu erwarten ist.

Laut Lambers (2015: 311) werden in der sozialarbeitswissenschaftlichen Theoriebildung überwiegend die Ursachen der sozialen Probleme, und damit einhergehend die Ressourcenausstattung und der Zugriff auf diese, nicht beim Individuum verortet, sondern in gesellschaftlichen Strukturen. Im disziplinären Rahmen wird in diesen Zusammenhängen des Öfteren der moderne Begriff des Empowerment (der Ermächtigung), zur theoretischen Fundierung und Professionsbestimmung, herangezogen. Weiterhin bietet Empowerment für die Praxis eine Leitorientierung zum Professionsverständnis Sozialer Arbeit, wird allerdings auch in therapeutischen Handlungsfeldern verwendet. Neben der IFSW bezieht sich auch der DBSH auf das Empowerment (vgl. ebd.: 312). Wobei der Begriff keine einheitliche Verwendung findet und in seiner Anwendung häufig für diverse Inhalte als Etikettierung herhalten muss. Dieser scheinbare Trend in der Sozialen Arbeit bescheinigt der Begriffsdefinition eine gewisse Ungenauigkeit. Die Definition der Begrifflichkeit lässt beträchtliche

Ähnlichkeiten zu anderen Hilfemodellen erkennen, wie die der radikalen Selbstorganisation und bei der Unterstützung zur Selbstwirksamkeit (vgl. Lambers 2015: 315f).

Der aus der amerikanischen Bürgerrechtsbewegung stammende Empowerment-Ansatz wurde in den 1990er Jahren durch Norbert Herriger in die Soziale Arbeit eingeführt. Das Konzept legt seinen Fokus auf das Erleben der Selbstwirksamkeit, der sozialen Gerechtigkeit und Partizipation, sprich der Selbstermächtigung der Bürger, um ihre Interessen durch Selbstverantwortung durchsetzen zu können. Aus der Perspektive der Sozialen Arbeit stellt Empowerment eine Grundhaltung dar, die als soziale Unterstützung zur Selbstermächtigung unter Einbezug von Solidaritätserfahrungen verstanden werden kann. Das Verhältnis von Individuum und Gesellschaft wird bei diesem Ansatz unter den von Ulrich Beck skizzierten Individualisierungsprozessen der Risikogesellschaft betrachtet. Der Prozess ist geprägt von der Auflösung von Sicherheiten, wodurch viele Lebensoptionen für das Individuum entstehen, zwischen denen er nun zu wählen hat. Im Sinne des Empowerment wird der Mensch nicht als hilfebedürftig und defizitgeprägt gesehen, sondern als handlungsmächtiger Akteur, der dazu in der Lage ist, selbstwirksam seine Lebensgestaltung zu vollziehen. Daher werden den sozialen Ungleichheitsstrukturen die Selbststeuerungsfähigkeiten des Individuums entgegengesetzt (vgl. ebd.: 313).

Das Ziel der Sozialen Arbeit obliegt nun darin, die Klienten dahin gehend zu unterstützen, dass sie ihre Rechte und Interessen wahrnehmen und selbstverantwortlich durchsetzen können. Der Sozialarbeiter versteht sich als Initiator von Partizipationsprozessen und Solidaritätserfahrungen mittels Einbindung der Menschen in soziale Netzwerke. Hierzu zählen auch Bildungsaufgaben zur Förderung eines politischen Bewusstseins, dem politisches Handeln in einem demokratischen System folgen soll. Dementsprechend zeichnen sich Unterstützung zur Selbstermächtigung und der Ausbau von Selbstwirksamkeitserfahrungen als Grundlage der Anwendung von Empowerment in der Sozialen Arbeit aus. Empowerment ist daher im weiteren Sinne als eine professionelle Grundhaltung zu verstehen, die über einer konkreten Methodik steht (vgl. ebd.: 313f).

Die Unschärfe von Definition und Inhalt des Empowerment wird auch daraus ersichtlich, dass Michael Galuske (2013: 7f) in seinem mehrfach aufgelegtem Standardwerk „Methoden der Sozialen Arbeit“ mittlerweile auf die Aufführung des Empowerment als Methode ausdrücklich verzichtet. Galuske sieht Empowerment als eine normative Orientierung und nicht als eine klassische Methode der Sozialen Arbeit.

Eine fortsetzende fehlende Präzision wird unter einer wissenschaftstheoretischen Betrachtung ersichtlich. Empowerment präsentiert sich nicht als eigene Theorie, sondern unter eklektizistischen Gesichtspunkten wird sich auf verschiedene Theorien berufen. Beispielsweise sind Lebensweltorientierung, das ökosoziale Paradigma, Biografisierung und Milleubildung, Systemtheorie und Modernisierungstheorie zu nennen (vgl. Lambers 2015: 314). Laut Lambers (ebd.) liegt die Funktion der Sozialen Arbeit darin, über diese Grundhaltung und Strategie Selbstwirksamkeit für die Klienten erlebbar zu machen. Damit inbegriffen ist die Einbettung in soziale Netze, wodurch der Mensch ein politisches Bewusstsein erhalten soll und in diesem Sinn politisch am demokratischen Prozess partizipieren kann. Auf diesem Wege sollen die sozialen Strukturen, die für die schlechte Ausgangslage des Klienten als ursächlich angesehen werden, bearbeitet werden.

Doch vernachlässigen die Empowerment-Befürworter bei der Fokussierung auf die sozial-strukturellen Bedingungen eines. Bezogen auf das Menschenbild eines kompetenten Akteurs bleibt fraglich, inwieweit das Konzept einer Bürgerrechtsbewegung, tatsächlich auch auf die Klienten der Sozialen Arbeit, insbesondere auf die „hard to reach“ Klienten mit Multiproblemlagen der Klinischen Sozialarbeit, zutrifft. Die Ressourcenorientierung soll hier nicht angefochten werden, doch wenn aufrechterhaltende inter- und intrapersonelle Defizite nicht aufgedeckt und bearbeitet werden, stellen sie ein bedeutendes Hindernis für die Selbstermächtigung der Klienten dar. Derartige Hindernisse wurden im vorherigen Kapitel aufgegriffen. Diesbezüglich stellt Galuske (2009: 265f) Defizite und Widersprüche in dem Selbsthilfebezug des Ansatzes fest, die nicht aufgelöst werden. Er verweist dabei auf die Sichtweise des Empowerment auf seine Adressaten. Diese werden als autonome und erfolgreiche Individuen beschrieben, welche die Fähigkeit besitzen, ihre Interessen und Ziele, in der Kooperation mit anderen, zu verfolgen. Als Kritikpunkt merkt Galuske (ebd.: 266) an, dass in dem breiten Spektrum der Handlungsfelder der Sozialen Arbeit nun eben nicht selbstverständlich die Haltung vertreten werden kann, dass ihre Klienten immer als autonome und erfolgreiche Akteure gelten können. Die Selbstermächtigung des Individuums, soll im weiteren Verlauf des Empowerment, durch Gruppenbildung ergänzt werden, um die gemeinsamen Ziele zu erreichen. Für dieses Vorgehen gelten jedoch bestimmte Bedingungen, die vom Einzelnen vorausgesetzt werden müssen. Das Individuum muss über eine entsprechende Motivationslage verfügen, beispielsweise das eigene Interesse zur aktiven Teilnahme an einer Gruppenarbeit. Weiterhin sind für diesen Prozess kognitive und sprachliche Kooperations-, und Konfliktfähigkeiten als Voraussetzung zu nennen. Daher bleiben die Konsequenzen für den Interventionsprozess der Sozialarbeiter offen bzw. es ist

unklar, wie zu verfahren ist, wenn die Klienten diese Qualifikationen nicht vorweisen können. Galuske führt seinen vorherigen Kritikpunkt gedanklich fort und stellt einen konkreten methodischen Nutzen der Konzeption für die Praxis der Sozialen Arbeit infrage:

„Da die Vertreter des Empowerment sich ausdrücklich gegen ein methodisch akzentuiertes Verständnis wenden, sondern vielmehr „Haltungen“ erzeugen wollen, geraten sie in ein Dilemma, das viele Handlungskonzepte der Sozialen Arbeit kennzeichnet: Sie lässt die Sozialarbeiter mit der Umsetzung der neuen Philosophie“ sozialarbeiterischen Handelns weitgehend allein. Nun ist die Sozialarbeit in ihren Konzepten wahrlich nicht arm an proklamierten „Haltungen“, an ethischen Rahmen etc.“ (Galuske 2009: 266).

Wie Galuske (2009: 266f) fragt auch Lambers (2015: 315) nach den wirklichen Neuerungen des Konzepts, da die Betrachtung der Selbstwirksamkeit und Selbstermächtigung bereits seit Jahrzehnten auch Bestandteil der Hilfe zur Selbsthilfe sind. Ebenso verhält es sich mit dem Wandel von der Defizit - hin zur Ressourcenorientierung, die in den modernen sozialarbeitswissenschaftlichen Theorien integriert ist. Nicht vollends geklärt ist, ob Empowerment als professionelle Haltung zu verstehen ist, die dem Handeln einen konzeptionellen Rahmen bietet oder doch als Methode der Sozialen Arbeit angesehen werden kann. Sollte es eine Haltung sein, bleibt offen, ob die Bedingungen, auf die sich das Empowerment bezieht bzw. erwirken will, tatsächlichen allen Klienten zugänglich ist und die notwendigen Fähigkeiten generell vorausgesetzt werden können. Als Methode bleibt offen, in welchem Maß Empowerment darüber Aufschluss gibt, welche konkreten Ursachen denn letztlich dazu geführt haben, dass Empowerment zur Anwendung kommt, um die Auslöser entsprechend bearbeiten zu können.

Festzuhalten bleibt, dass Empowerment eine große Rezeption innerhalb der Sozialen Arbeit erfährt, aber verschiedene Annahmen darüber herrschen, wie es in sozialarbeitswissenschaftlichen Theorien zu verorten ist. Teils wird es als theoretisch-praktisches Modell gesehen, um das professionelle Handeln zu strukturieren, dann wiederum erfährt es Kritik, aufgrund der mangelhaften Ausarbeitung und der alleinigen Bereitstellung eines ethischen Rahmens. Der letzte Kritikpunkt ist mit der Forderung verknüpft, dass der Empowerment-Ansatz methodisch weiterentwickelt werden müsste³ (vgl. Lambers 2015: 316). Denn offensichtlich bietet das Konzept eine professionelle Haltung, die dem Handeln einen Rahmen bietet. Mit der Zielvorstellung der Selbstermächtigung bleibt es jedoch schuldig, wie dies zu erreichen ist. Die Unschärfe dieses Ansatzes, inklusive der offenen Methodik, ist nach Ansicht des Autors, ein Hinderungsgrund für die disziplinäre und professionelle Weiterentwicklung der Sozialen Arbeit. Neben den in vielen Theorien in der Sozialen Arbeit inte-

³ Siehe hierzu auch Galuske (2009: 267)

grierten Haltungen zur Förderung der Selbstermächtigung, Selbstwirksamkeit und der Ressourcenorientierung, bedarf es eines schlüssigen theoretischen Rahmens, der diese Aspekte integriert, ohne dabei widersprüchliche Konzeptionen zu den eigenen theoretischen Ansätzen aufzubauen. Diesem Gedanken folgend wird eine differenzierte, je nach Handlungsfeld anwendbare Methodik erforderlich. Die Selbstwirksamkeit ist zwingend verbunden mit innerpsychischen Prozessen und die Steigerung dieser ist nicht nur durch Veränderungen der sozialen Strukturbedingungen zu erreichen. Aufgrund der dargestellten Kritik, die verdeutlicht, dass der Ansatz die in Kapitel 3 dargestellten Anforderungen an eine Methodik nicht erfüllen kann, verbleibt der Nutzen des Empowerment bei einer Haltung zur Befähigung. Für eine methodisch angeleitete Umsetzung ist er unbrauchbar. Dennoch besteht kein spezieller Anlass zur Einnahme einer Haltung der Befähigung auf das Empowerment zurückzugreifen, da bereits der Capability Approach diesen Themenkomplex detailliert beschreibt. Möglicherweise kann ein zusätzlicher Verweis auf Empowerment zur besonderen Betonung der Ermächtigung und Ressourcenorientierung dienen. Ein Alleinstellungsmerkmal erscheint hier aufgrund der vielen Lücken im Konzept nicht ersichtlich. Wodurch das Bestreben, den Mentalisierungsansatz auf Potentiale und Integrationsfähigkeit zu überprüfen, bestärkt wird.

4. Multimodale Vorgehensweisen und ihre Voraussetzungen

Im vorherigen Kapitel ist die übergeordnete Systematik des Capability Approach als handlungsleitende Theorie herangezogen worden. Neben einer theoretischen Verortung sind für eine wissenschaftliche Fundierung der multimodalen Vorgehensweise Klinischer Sozialarbeit weitere fachliche Begründungen anzubringen. Die soziale Dimension von Gesundheit und Krankheit sowie die soziale Unterstützung werden nachfolgend als Voraussetzungen für eine inter- und intrapersonelle Vorgehensweise aufgeführt, die ebenfalls ihre Notwendigkeit belegen sollen. Der beträchtliche Stellenwert der sozialen Dimension auf die menschliche Entwicklung wird in diesem Kapitel behandelt.

In der Regel beginnt die Sozialisation eines Menschen in der Familie. Das Familien- system folgt seinen internen Regeln, die zugleich als Basis für unsere Denk- und Handlungsmuster gelten. Aus den Familienregeln begründen sich die unterschiedlichsten Lebensformen. Innerhalb des Familiensystems verläuft durch Selbstsozialisation auch die Entwicklung des psychischen Systems, das sich durch Austausch- prozesse wie Kommunikation auch auf das soziale System bezieht. Selbstreferentiell werden Regeln aufgenommen, reproduziert und verinnerlicht. Erweiterungen werden im Verlauf des Lebens durch andere soziale Systeme, wie Schule, Freunde- skreise und Berufsleben erfahren. Die Irritation der Systeme ist ein stetig andauernder Prozess. Wobei nicht nur die sozialen Systeme eines Menschen im wechselseitigen Bezug zueinanderstehen (vgl. Ruf 2005: 38). Die Entwicklung des sozialen Systems wird vom biologischen und psychischen System beeinflusst und wirkt desgleichen auf die beiden anderen Systeme ein. Die wechselseitige Beeinflussung besteht für jedes einzelne System und vollzieht sich über die gesamte Lebensspanne. Genetische Informationen lassen in der frühen biologischen Entwicklung neuro- niale Verschaltungen entstehen und sind die Grundlage der Hirnreifung. Im weiteren Entwicklungsverlauf des Menschen treten die genetischen Vorgaben in den Hintergrund und die Einflüsse des psychischen und sozialen Systems gewinnen an Bedeutung (vgl. ebd.: 30f). Synaptische Veränderungsprozesse dauern das ganze Leben über an. Die Fähigkeit der Neuroplastizität baut häufig benutzte Strukturen aus, stabilisiert die zweckmäßigen, unbenutzte entwickeln sich zurück, und dysfunktionale stellen die Funktion ein. Defizitäre Sozialisationserfahrungen und ihre neuro- niale Manifestation können durch Alternativerfahrungen korrigiert werden. Die in der frühen Kindheit durch Lernprozesse geprägten neuronalen Verschaltungen zeichnen sich durch eine hohe Plastizität aus (vgl. Leuzinger-Bohleber 2009: 27ff). Somit

sind Veränderungen in dieser Lebensphase wirkungsvoller als in späteren Lebensabschnitten. Sind die Verbindungen erst gefestigt, kann es nur durch lang anhaltende und emotionale Einwirkungen zu gradueller Verstärkung oder Abschwächung kommen. Die neuronalen Ressourcen stehen in einem Konkurrenzverhältnis zueinander, dysfunktionale Verhaltensweisen haben entsprechende Verknüpfungen aufgebaut, wodurch ein Umlernen auch schwieriger ist als ein Neulernen. Diese neurobiologischen Bedingungen sind insbesondere für den weiteren Entwicklungsverlauf des Menschen, bezogen auf die frühen Bindungserfahrungen und der Ausbildung von Ressourcen, Kompetenzen und im weiteren Verlauf ebenfalls für die Genese von Psychopathologien von Bedeutung (vgl. Leuzinger-Bohleber 2009: 27ff). Allerdings werden durch die Neuroplastizität neuronale Strukturen nicht nur aktualisiert und verwaltet, es entstehen durch die Neurogenese auch neue Neuronen. Dieser Prozess vollzieht sich bis ins hohe Alter (vgl. Roth / Strüber 2014: 253ff; 380). Bereits in der pränatalen Phase ist die Mutter-Kind-Dyade äußerst bedeutend für die Entwicklung des psychischen Systems des Kindes und dessen spätere Konstruktion von Wirklichkeit. Anhand von Lernerfahrungen in dem sozialen Umfeld nimmt das Kind Unterscheidungen vor. Die darüber generierten Informationen werden mit Emotionen zu einem affektiv-kognitiven Schema zusammengeführt. Durch diesen Verlauf baut das Kind eigene Strukturen auf und grenzt sich von der Umwelt ab (vgl. Ruf 2005: 33). Der Prozess der Autonomisierung und Bildung einer psychischen Homöostase ist gekoppelt an eine bestimmte Beständigkeit des Verhaltens im unmittelbaren Umfeld. Die frühen Bindungserfahrungen konstituieren darüber Annahmen von der Wirklichkeit und Vorstellungen über andere Menschen. Die Folgen dieser Entwicklung bestimmen auch das Verhalten im Erwachsenenalter mit. Jedoch sind die in den ersten Lebensjahren von Mutter und Vater geprägten Bindungsmuster nicht absolut determiniert. Weiterhin bedingen bio-psycho-soziale Faktoren die Coping-Fähigkeiten und Strategien zum Umgang mit Stress und stellen eine Grundlage für ein gesundes Leben dar (vgl. ebd.).

Aufgrund positiver Erfahrungen kann das Kind Vorstellungen von sich und der Welt aufbauen, die wiederum ein gesundes Leben begünstigen. In dem Ansatz der Salutogenese von Aaron Antonovski (1997: 16) wird in diesem Zusammenhang von dem Kohärenzgefühl gesprochen. Es ist ein fortwährendes Vertrauensgefühl, das mit der Einstellung einhergeht, dass die einen betreffenden Lebensumstände (interne und externe) nicht nur erklärbar sind, sondern auch Ressourcen vorhanden sind, um den Herausforderungen entgegenzutreten. Die positive Grundhaltung hierbei vermittelt das Gefühl, dass das Bearbeiten der Belastung die Bemühungen wert sind.

Die bio-psycho-sozialen Zusammenhänge sind von der Geburt bis zum Tod eines Menschen untrennbar mit einem andauernden Entwicklungsprozess verbunden. Die Bedeutung und die Korrelation sind daher im weiteren Verlauf stets mit zu denken.

4.1 Die soziale Dimension von Gesundheit und Krankheit

Der Verlauf des Lebens ist geprägt von Übergängen und Schwellen im sozialen System. Als solche Lebensphasen sind beispielsweise, der Auszug von den Eltern, Aufnahme eines Studiums, der Berufseinstieg, Wohnortwechsel, die Gründung einer Familie und der Renteneintritt zu bezeichnen. Begleitet werden die Übergänge auch von Krisen, Tod von Angehörigen, Trennungen von Freunden und Partnern, Konflikte mit der Familie, Freunden und Kollegen, aber auch von Traumata auslösenden Erlebnissen wie Missbrauch. Derartige Veränderungen des sozialen Systems ziehen Anpassungsleistungen des biologischen und psychischen Systems nach sich (vgl. Ruf 2005: 39). Bei diesen Übergängen stehen die Menschen der Herausforderung gegenüber sich von dem bisher gewohntem Leben mit seiner spezifischen Logik, sozialer Rahmung und erlernten Verhaltensweisen, auf eine neue unbekannte Lebensweise einzustellen. Das Narrativ des bisherigen Lebens wird auf die Probe gestellt und es müssen Antworten gefunden werden, um eine identitätsstiftende Erzählung der eigenen Lebensgeschichte fortführen zu können.

Heiner Keupp (2012: 35) erkennt in der Folge technischer und ökonomischer Prozesse des globalen Kapitalismus Veränderungen in den Lebens- und Innenwelten der Menschen. Die Normalbiografien können in der postmodernen Gesellschaft, in Zeiten sozialer Umbrüche, nicht mehr mit bestehenden Deutungsmustern kompensiert werden, wodurch er Auswirkungen der Globalisierung auf den Alltag und das psychische Befinden der Menschen ausmacht. Erwartungen würden an das Selbst gestellt, das Leben als Projekt zu verstehen, dass in einem unternehmerischen Sinne wohl organisiert und unter optimalen Ressourceneinsatz geplant werden müsse. Begleitet von einer Beschleunigung (u.a. verkürzte Schulzeit, Verschulung des Studiums) werde verlangt stets fit, flexibel und mobil zu sein. Die Entraditionalisierung von Rollen macht die Identitätsbildung zu einem ziellosen Projekt (vgl. ebd.: 36f). Belastungen, Risiken und Chancen sind Eigenschaften der „fluiden Gesellschaft“ (ebd.: 38) die Ambivalenzen durch Individualisierung, Pluralisierung, Dekonstruktion von Geschlechterrollen, Wertewandel, Disembedding (Entwurzelung), Globalisierung und Digitalisierung erzeugen (vgl. ebd.: 38). Der Druck erhöht sich, da ein Scheitern keine Option ist: es wird tabuisiert und nicht thematisiert, dagegen wird funktionieren gesellschaftlich favorisiert (vgl. ebd.: 41). Reicht die Anpassungsleis-

tung an diese Erwartungen nicht aus, können Brüche im Leben zu schweren Krisen und nachhaltigen Problemen führen. Dabei werden im Zuge der Beschleunigung die Anforderungen und Möglichkeiten der Gesellschaft immer komplexer: Die Rollenbilder werden differenzierter, die Arbeitsbelastung steigt und die berufliche und soziale Mobilität erhöht sich, wie auch die Forderung nach Flexibilität (vgl. Ruf 2005: 40). Die Anpassungen an neue komplexe Strukturen und Rollen sind risikobehaftet, da die für die Übergänge notwendigen neuen Strukturen nicht zwangsläufig von dem bisherigen auf das neue soziale System übertragbar sind. Veränderungen des sozialen Systems oder die Einnahme einer neuen Rolle, beispielsweise der Schritt vom Pubertierenden zum Erwachsenen können verunsichern, da auf keine Verhaltensvorlage zurückgegriffen werden kann (vgl. ebd.: 40f).

Die Umstände, die diese Übergänge mit sich bringen, können nicht nur doppeldeutig sein, sondern auch widersprüchlich. Das Individuum befindet sich in der Ablösung von der einen Phase, ist einer anderen aber noch nicht zugehörig. Gefordert ist eine hohe Ambiguitätstoleranz, um solch intensiven Umbruchszenarien begegnen zu können. An den Schwellen, die von Ängsten und Ambivalenzen geprägt sind, stehen Entscheidungen für oder gegen etwas Neues oder Altes an. Das Verhalten, wie nun auf eine solche Unsicherheit und anstehende Entscheidung reagiert wird, ist von den frühen Lebenserfahrungen geprägt. Also den vorhergegangenen (rudimentär) dargestellten psycho-sozialen Zusammenhängen, insbesondere ihrer neurostrukturellen Manifestation im Gehirn. Wenn in einer Übergangsphase widersprüchliche Erfahrungen mit den Erlebnissen der früheren Lebensphasen und der aufgebauten Wirklichkeitskonstruktion nicht vereinbar erscheinen, kann es zu intrapsychischen Ambivalenzen kommen. Wenn diese von dem Individuum nicht ausgehalten werden können, wird der Versuch unternommen, sie zu reduzieren (vgl. ebd.: 42).

Die Fähigkeit zum ambivalenten Denken, dem Abwägen zwischen den Optionen innerhalb eines entsprechenden Zeitraumes, stellt den Regelfall dar, um die Erregung der intrapsychischen Ambivalenzen zu regulieren. Unterstützend wirkt dabei der offene Austausch im Familiensystem. Abseits von den ambiguitätstoleranten Denk- und Verhaltensmustern gibt es viele verschiedene dysfunktionale Möglichkeiten der Organisation von intrapsychischen Ambivalenzen. Wenn die unterschiedlichen Pole im Spannungsfeld der Entscheidung nicht aufgelöst oder in Einklang mit den Bedürfnissen gebracht werden, können maladaptive Lösungsstrategien herangezogen werden (vgl. ebd.: 42). Dysfunktionale Bearbeitungsversuche stehen nicht nur der gesunden, selbst ermächtigten Lebensführung entgegen, sie können dar-

über hinaus auch einen pathologischen Wert entwickeln, wie das nachfolgende Szenario erläutert (vgl. Ruf 2005: 42).

Befindet sich eine Person in einem Beziehungsgefüge zu einer ihm sehr wichtigen Bezugsperson, das sehr stark von Loyalität, Treue und Solidarität geprägt ist, werden eigene Wünsche zurückgestellt, um die Beziehung nicht zu gefährden. In diesem Kontext kann es unmöglich erscheinen, den starken inneren Konflikt offen zu besprechen. Als Folge werden die Entscheidungsmöglichkeiten nicht angemessen ausbalanciert und nur ein Pol der Ambivalenz kann offen ausgelebt werden. Die andere, nicht gelebte Seite der Ambivalenz steigert die innere Anspannung und kann sich als psychisches Symptom äußern. Das Symptom verhindert in diesem Fall das Verlangen nach Durchsetzung von Autonomie. Die autonome Lebensführung wird beschränkt, da die Beziehung nicht gefährdet werden soll (vgl. ebd.: 43). Anzumerken ist, dass größere Autonomie ebenfalls mit gesteigerten Anforderungen an die Selbstregulierung der Emotionen einhergeht (vgl. Kirsch 2014: 8). Es findet keine Auflösung des Konflikts statt, sondern die Sehnsucht nach Autonomie wird nun in dem Symptom gelebt. Auf diese Weise wird eine Beziehungsgefährdung umgangen, da die psychischen Symptome als Krankheit verstanden werden können und für eine Erkrankung kann die betroffene Person schließlich nicht zur Verantwortung gezogen werden. Ergänzend dazu wird die betroffene Person aufgrund der Symptome vom sozialen System geschont. Diese dysfunktionale Lösungsstrategie löst den ambivalenten Konflikt nicht auf. Eigene Bedürfnisse (Wunsch nach Autonomie) werden zurückgestellt und resultieren in einem psychischen Leiden. Gleichwohl konnte auf diese Weise ein möglicher Konflikt durch die offene Thematisierung der eigenen Wünsche und Ambivalenzen umgangen werden. Denn denkbar wäre eine Gefährdung oder Beendigung der geschätzten Beziehung. Derartige Bewältigungsmuster sind bei stoffgebundenen Abhängigkeiten, Depressionen, dissoziativen, somatischen, Angst- und Zwangsstörungen zu finden (vgl. Ruf 2005: 43).

An dieser Stelle ist an das Beispiel von Jochen Schweitzer (S.20) zu erinnern. Der Auftrag zur Klärung der beruflichen Zukunft der Klientin machte eine therapeutische Intervention im Sozialsystem, aufgrund der Überbehütung der Angehörigen und dem damit einhergehenden Verlust der Arbeitsmotivation der Betroffenen, nötig. Die Analogie dieser Beispiele verweist auf zwei Faktoren. Zum einen auf die soziale Dimension (gesellschaftliche und sozialsystemische Faktoren) der Pathogenese von psychischen Störungen und die damit zusammenhängende bio-psycho-soziale Verbindung von Gesundheit und Krankheit. Die sozialsystemischen und innerpsychischen Elemente sind aufeinander bezogen. Die erforderliche inter- und intrapersönelle Behandlung, man mag sie auch therapeutische Intervention nennen, führt zum

anderen in Schweitzers Beispiel zu der Frage, wie mit dem Behandlungsaspekt „Therapie“ umgegangen werden soll. Berufsständisches Selbstverständnis spielt dabei eine tragende Rolle. Davon abgesehen ist das therapeutische Vorgehen auch fachlich zu begründen. Hier ist an den Standpunkt von Lohner (S. 22) zu denken, der die Bearbeitung von Schwellen und Übergängen als Spezialkompetenz der Sozialen Arbeit heraushebt.

Als Konsequenz für die Krise des eigenen Narrativs hebt Keupp (2012: 45f) für die Soziale Arbeit die Arbeit an den Identitätserzählungen hervor. Mittels einer psychosozialen Konzeption sieht er viel Potential für die Soziale Arbeit Klienten, bei Identitätsentwürfen in gesellschaftlichen Umbruchphasen, zu unterstützen. Soziale Unterstützung bei der Neuorientierung, Reflexion und Selbstorganisation und Netzwerkinintegration, kann einerseits als Krisenintervention und andererseits auch als präventive Gesundheitsförderung verstanden werden. Das Kohärenzgefühl ist eng verbunden mit den Erzählungen der eigenen Identität und daher mit salutogenetischen Faktoren, die den Umgang mit Entscheidungen und Umbrüchen mitgestalten. Die durch Ambivalenzen ausgelösten Anspannungen setzt Antonovski (1997: 17) in das Verhältnis von Gesundheit und Krankheit bzw. von Stress und Coping. Für die Auseinandersetzung mit Menschen in einer stressbehafteten Gesellschaft sieht er vorzugsweise auch therapeutisch tätige Sozialarbeiter, die unter salutogenetischen Gesichtspunkten arbeiten, als prädestiniert an. Für ihn steht außer Frage, dass Stressoren und Coping in einem deutlichen Zusammenhang mit makrostrukturellen gesellschaftlichen Faktoren stehen. Nach Antonovski (ebd.) wäre es bedenklich, aufgrund des sozialen Zusammenhangs, diesen Bereich nur den Psychologen zu überlassen.

Es gilt als gesichert, dass die Ursachen sowie die Aufrechterhaltung von Gesundheit und Krankheit als multifaktoriell und mehrdimensional angesehen werden muss. Beteilt sind daher genetische, somatische Einwirkungen und psychosoziale Faktoren, wie gesellschaftliche Einflüsse und Erlebnisse in der Familie (vgl. Hülshoff 2011: 281). Genetische Dispositionen und neurophysiologische Bedingungen beeinflussen die Hirnentwicklung und damit auch die psycho-sozialen Aspekte. Ebenso wirken soziale und Umwelterfahrungen über einen Wandel im Neurotransmitterhaushalt auf die Entstehung und Veränderung von neuronalen Verschaltungen und dementsprechend auf die Hirnphysiologie ein. Funktionale wie dysfunktionale Bindungserfahrungen wirken auf die Verarbeitungsweise der Psyche, auf das soziale Geschehen und hinterlassen genetische und somatische Spuren. Das komplexe Bedingungsgefüge prägt uns und wir prägen andere durch eine transgenerationale Weitergabe (vgl. Roth / Strüber 2014: 370ff). Die Persönlichkeit, das Temperament

damit inbegriffen die Wahrnehmungs- und Entscheidungsstrukturen, also unser ganzer Bewusstseinskomplex, ist das ganze Leben über Veränderungen ausgesetzt (vgl. Roth / Strüber 2014: 370ff).

Die dargelegte dysfunktionale Organisation von Ambivalenzen, ist unter anderem bedingt durch das biologische Stressverarbeitungssystem und zeigt im gleichen Zug die somatischen Reaktionen von Stress sowie diese individuell erlebt und verarbeitet werden. Im Umkehrschluss ist das Stressverarbeitungssystem, in seiner individuellen Ausformung, wieder psycho-sozial durch die psychische Verarbeitung von Stress bei Entscheidungen und durch die sozialen Rahmenbedingungen, geprägt. Bindungserfahrungen, Selbstsozialisation der Psyche, Regeln und Strukturen des Familiensystems wirken auf den Umgang mit Entscheidungen in Schwellen und Übergangsphasen im Leben ein. Demgemäß entwickelt sich eine Struktur, nach der die Reaktionen auf und der Umgang mit Stress reguliert wird (vgl. ebd.).

Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell verdeutlicht, dass einige Menschen durch eine erhöhte Verletzlichkeit bei starkem Stress in Krisen geraten und (psychische) Krankheiten ausgelöst werden können. Wo hingegen andere eine Resilienz aufweisen und bei gleichem Stressniveau und geringerer Vulnerabilität gesund bleiben. Im Falle einer Psychose reichen genetische Faktoren nicht zur Krankheitsauslösung aus. Erst die Zusammenkunft mit somatischen und psychosozialen Faktoren steigern das Risiko zur Auslösung einer Psychose (vgl. Hülshoff 2011: 281). Belastende Lebensereignisse, die sogenannten Life-Events (wie weiter oben beschrieben), sind zwar nicht direkt die Ursache einer Psychose, können diese aber auslösen. Umbruchphasen gepaart mit Überforderung mit neuen Lebensaufgaben, Verlust, Frustration etc. sind Belastungen, die durch den psychosozialen Stress einschlägig krankheitsauslösend sind (vgl. ebd.: 283f). Ein problematisches soziales Umfeld und schwerwiegende Life-Events erhöhen das Risiko eine psychische Störung zu entwickeln. Statistisch konnten folgende soziale Risikofaktoren für die Ausbildung einer psychischen Störung als relevant erhoben werden:

„niedriger sozioökonomischer Status, schlechte Schulbildung der Eltern, Arbeitslosigkeit, große Familien und sehr begrenzter Wohnraum, Kontakte mit Einrichtungen der ‘sozialen Kontrolle’ (z.B. Jugendamt), Kriminalität oder Dissozialität eines Elternteils, chronische Disharmonie in der Primärfamilie, mütterliche Berufstätigkeit im ersten Lebensjahr, psychische Störungen oder schwere körperliche Erkrankungen der Mutter/des Vaters, chronisch kranke Geschwister, allein erziehende Mutter, autoritäres väterliches Verhalten, Verlust der Mutter, längere Trennung von den Eltern in den ersten sieben Lebensjahren, anhaltende Auseinandersetzungen infolge Scheidung bzw. Trennung der Eltern, häufig wechselnde frühe Beziehungen, sexueller und/oder aggressiver Missbrauch, schlechte Kontakte zu Gleichaltrigen in der Schule, Altersabstand zum nächsten Geschwister < 18 Monate“ (Ruf 2005: 43).

Die Bearbeitung der Themen Gesundheit und Krankheit bestätigt eine hohe Relevanz der sozialen Dimension. Physiologisches Geschehen wirkt auf psychosoziales und psychosoziales Geschehen wirkt wiederum auf Physiologisches, das bekräftigt die Verquickung von bio-psycho-sozialen Faktoren.

Nach dem bio-psycho-sozialen Modell sind Gesundheit und Krankheit auf der somatischen, psychischen und sozialen Ebene als gleichrangig zu bewerten. Schlussfolgernd sind Krankheiten auch immer bio-psycho-sozial zu verstehen, da soziale Belastungen auf andere Ebenen einwirken und sich als psychische oder somatische Störung manifestieren können. Soziale Störungen können darüber hinaus einen pathologischen Wert entwickeln, der eine medizinische oder psychotherapeutische Behandlung notwendig werden lässt. Die Gleichrangigkeit der Systemebenen des Modells wird bei dem International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) der WHO erkenntlich. Im Kontext der Entwicklung und Aufrechterhaltung von gesundheitlichen Störungen und Behinderungen misst das Klassifikationssystem den sozialen Faktoren dieselbe Bedeutung wie den somatischen bei (vgl. Ortmann / Röh 2012: 232f). Eine konstruktive und konsequente Anwendung des bio-psycho-sozialen Modells verzichtet folglich auf einen biologischen Reduktionismus, eine Überhöhung der psychischen Aspekte durch eine Psychotherapeutisierung, allerdings ebenso auf eine ausschließliche Fokussierung auf das Soziale, bei dem alles sozio-ökonomisch und sozialpolitisch bedingt ist (vgl. Pauls 2013: 111).

4.2 Soziale Unterstützung

Unter dem gleichrangigen Verständnis des Modells steht für den Klinischen Sozialarbeiter die soziale Dimension im Vordergrund. Die Integration von Menschen in soziale Systeme, mit ihren gesellschaftlichen und sozial-kulturellen Zusammenhängen, erfordert nach Sommerfeld, Hollenstein und Krebs (2008: 13) eine Kopplung von psychischen und sozialen Prozessen. Sie beschreiben das zirkuläre Zusammenspiel von individueller Musterbildung und der Reproduktion sozialer Systeme. In aufeinander bezogenen Abläufen sind psychische Entwicklungen mit den ordnungsbildenden sozialen Prozessen zu synchronisieren. Eine nachhaltige, fallspezifische Problemlösung erfordert die Synchronisation individueller und sozialer Prozesse, von dem „Drinnen“ (bio-psycho-sozial) und dem „Draußen“ (sozio-psycho-biologisch). Sommerfeld, Hollenstein und Krebs sind der Ansicht, wenn eine psychische Störung aus dem synchronisierten Zusammenspiel sozialer und psychischer Prozesse entsteht, „[...] dann ist es sinnvoll auch die Behandlungsdimension Therapie und Soziale Arbeit in ähnlicher Weise miteinander zu verschränken [...]“ (ebd.).

Im Kontext der Schwellen und Übergänge ist die Integration von Menschen in soziale Systeme an psychische und soziale Prozesse gekoppelt. Weiterhin ist der sozialen Dimension und der ihr inbegriffenen sozialen Ressourcen sowie der sozialen Unterstützung, ein hoher Wert für einen gelingenden Prozess beizumessen.

Die in dem „Draußen“ zu suchende soziale Ungleichheit ist ein weiterer Beeinflussungsfaktor von Lebensqualität, Salutogenese und Pathogenese. Diese „Drinnen“ (bio-psycho-sozial) und „Draußen“ (sozio-psycho-biologisch) Kopplung bildet ein verbindendes Element zum Capability Approach und der Mikro-Makro-Verknüpfung, also der Einwirkung von individuellen und sozialen Faktoren auf die Lebensqualität. Ein ausreichendes Maß an materieller Güterausstattung stellt neben der personalen und sozialen Befähigung zur Transformation dieser Güter, durch soziale Beziehungen und real vorhandenen Verwirklichungschancen, die Grundlage für eine gerechte Gesellschaft dar (vgl. Ortmann / Röh 2012: 231).

Kritisch muss die einseitige Ausrichtung des deutschen Sozial- und Gesundheitsversorgungssystems, das die soziale Notlage mit einer materiellen Notlage gleichsetzt und Beziehungs- und Unterstützungsnotlagen dahin gehend rechtlich weitestgehend ausklammert, gesehen werden. Überwiegend sind daher in den Sozialgesetzbüchern finanzielle Unterstützungsleistungen beschrieben. Im Vergleich zu ärztlichen und psychotherapeutischen Hilfen sind aber nur wenige Leistungen festgeschrieben, die im Speziellen soziale Störungen durch Beratung und Behandlung angehen sollen (vgl. ebd.: 233). Da das medizinische und psychotherapeutische Versorgungssystem jedoch nicht auf die Bearbeitung sozialer Probleme ausgerichtet ist (siehe hierzu auch das Kapitel Diskurs) besteht noch Nachholbedarf für eine angemessene Integration der sozialen Dimension. Viele empirische Forschungen bestätigen die enge Verbindung von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit (vgl. ebd.: 234).

Das Robert Koch-Institut (2014: 1) schlussfolgernd aus den Ergebnissen, der von ihr durchgeführten Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2012“, dass psychosoziale Ressourcen, im Besonderen soziale Unterstützung, einen beträchtlichen Einfluss auf die Gesundheit haben. Sozialer Unterstützung werden - individuell und kontextbezogen - protektive Wirkfaktoren zugeschrieben. Die Einbindung in soziale Netzwerke vermag es durch Stresslinderung direkt das psychische Befinden zu verbessern und die Effekte problematischer Life-Events zu reduzieren. Soziale Unterstützungsleistungen werden, aufgrund der in der Studie erhobenen Daten, in vier Bereiche differenziert:

Emotionale Unterstützung: Liebe, Obhut, Sympathie und Verständnis, die eine Person von anderen erhält

Instrumentelle Unterstützung: Unterstützung und Hilfe in der Bewältigung täglicher Aufgaben durch Zuwendung, Geld oder Arbeit

Unterstützung bei der Bewertung und Einschätzung: Beratung und Unterstützung bei Entscheidungsfindungsprozessen

Informationelle Unterstützung: Informationen zu bestimmten Belangen, Erteilung von Ratschlägen (Robert Koch-Institut 2014: 1)

Diese vier herausgestellten Wirkbereiche der Studie stehen im Einklang mit der im vorherigen Kapitel dargelegten Relation der sozialen Dimension von Gesundheit und Krankheit. Deutlich wird der protektive Faktor der Unterstützung bei Entscheidungsfindungsprozessen im Kontext der Ambivalenzen der Schwellen und Übergangsphasen. In diesem Zusammenhang sind die instrumentellen und informationellen Bereiche in Verbindung mit der emotionalen Unterstützung hervorzuheben, denn daraus wird die Beziehung zwischen den verschiedenen inter- und intrapersonellen Ebenen der sozialen Unterstützung ersichtlich.

Unter dem bio-psycho-sozialen bzw. sozio-psycho-somatischen Verständnis wurden Hinweise zur Wechselwirkung zwischen biologischer und sozialer Ebene herausgefunden⁴. Kardiovaskuläre, neuroendokrine und immunologische Körperfunktionen sind biologische Faktoren bezüglich des Einflusses gesundheitlicher Aspekte der sozialen Unterstützung. Fehlende soziale Unterstützung oder Menschen, die sich nicht unterstützt fühlen, (unterstreicht die subjektive Dimension von Unterstützung) können psychosoziale Belastungen schlechter bewältigen. Das Resultat ist eine erhöhte Anfälligkeit gegenüber Krankheiten und das Mortalitätsrisiko steigt (vgl. Robert Koch-Institut 2014: 1). Folglich ist soziale Unterstützung als bedeutende Ressource bei der Bewältigung von krankheitsbedingtem Stress anzusehen. Mit steigendem Alter sinkt die Verfügbarkeit von sozialer Unterstützung von Männern und Frauen. Die geschwächte Funktion sozialer Unterstützung in dieser fortgeschrittenen Lebensphase wird, angesichts des demografischen Wandels, zu einer enormen gesellschaftlichen Herausforderung (vgl. ebd.: 2). In einem ausreichenden Maß müssen Güter, Mittel und Dienste im Sinne der Gerechtigkeit des Capability Approaches zur Verfügung gestellt werden, damit die persönlichen Verwirklichungschancen genutzt werden können. Der Studie des Robert Koch-Instituts (ebd.) zu

⁴ Eine detaillierte Beschreibung zu Wirkfaktoren der sozialen Unterstützung und den biologischen, psychologischen und sozialen Zusammenspiel und Unterstützungseffekten ist bei Weinhold & Nestmann 2012 nachzulesen.

folge steigt der Anteil der Menschen, die auf weniger sozialer Unterstützung vertrauen können, mit sinkendem Bildungsniveau. Zum einen ist dies in einem gesamtgesellschaftlichen Zusammenhang zu stellen, bei dem die soziale Ungleichheit im Zugang zur Bildung deutlich wird. Zum anderen steht der Bildungsaspekt in einem Zusammenhang mit der selbst wahrgenommenen Verfügbarkeit sozialer Unterstützung, also der persönlichen Befähigung. Soziale Ungleichheit, soziale Unterstützung sowie Gesundheit und Krankheit sind im Spannungsfeld von Individuum und Gesellschaft zu denken. Demgemäß verweist die Studie (vgl. Robert Koch-Institut 2014: 2) auf den Zusammenhang zwischen sozialem Kapital und Gesundheit, was der Bedeutung gleichkommt, dass Bevölkerungsgruppen mit erhöhten Gesundheitsproblemen einen geringeren Zugriff auf die Bewältigungsressource der sozialen Unterstützung haben.

Von dieser kontextuellen Basis aus begründen Ortmann und Röh (2012: 230ff; 2014: 71ff) die Sozialtherapie als ein Handlungskonzept der Klinischen Sozialarbeit. Der Fokus zielt auf die normativ-gerechtigkeitstheoretische und akteursbezogene Ebene. Neben sozio-ökonomischen und ökologischen Ressourcen und Chancen ist der zweite Aspekt, der sozialtherapeutischen Klinischen Sozialarbeit, die Befähigung zur Ressourcennutzung der Klienten. Die Kompetenzentwicklung wird mit der sozialen Dimension von Gesundheitsstörungen zusammengebracht und soll in einer sozialen Mitbehandlung resultieren. Ansen (2008: 53f) hebt als Behandlungsbeitrag der Klinischen Sozialarbeit bei Krankheit die subjektive Dimension hervor. Das subjektive Erleben und die Reaktionen auf Diagnosen und Behandlungen rufen bei Patienten sehr unterschiedliche Reaktionen hervor. Das Spektrum reicht von eklatanten Bedrohungsgefühlen bis zur Ausblendung von Gefahren im Krankheitsverlauf und ist bei heilbaren als auch bei chronischen Erkrankungen festzustellen. Die persönliche Wahrnehmung und Verarbeitung ist entscheidend für den Krankheitsverlauf und für die Compliance. Aufgabe der sozialen Beratung kann es daher sein, durch Psychoedukation eine angebrachte Wahrnehmung der Erkrankung aufzubauen und somit das Bewältigungsverhalten zu verbessern. Ergänzend zur kognitiven Unterstützung (Aufklärung, Rückmeldungen, korrigierende Hinweise) sind persönliche Hilfen durch emotionale Unterstützung in der sozialen Beratung unerlässlich. Begleitend bestehen oftmals auch soziale und materielle Bedenken (Arbeitsplatzverlust, Kostenübernahme, Stigmatisierungen etc.), die dem Heilungsprozess entgegen stehen. Überdies sind begleitende sozio-ökonomische Sorgen und Nöte in der sozialen Beratung zu beachten. Die Grundlage der sozialen Beratung im Behandlungskontext bilden eine konstruktive und sichere Arbeitsbeziehung und eine umfassende psycho-soziale Diagnostik (vgl. ebd.: 59). Daran anknüpfend werden

Interventionen zur Sicherung der Lebensgrundlage, Förderung der sozialen Unterstützung und persönlicher Fähigkeiten forciert. Zur persönlichen Unterstützung gilt es, die Krankheitsfolgen in den alltäglichen Kontext zu stellen und aufzuklären. Kommunikations- und Interaktionskompetenzen mit Angehörigen, Professionellen, sprich dem gesamten Umfeld, sind zu stärken. Gemeinsame Reflexionen über die Veränderungen und deren Bedeutungen für den Alltag wirken zudem Stress reduzierend. Ängste, negative Zukunftserwartungen und Rollenveränderungen in der Familie und im Beruf können aufkommende Themen sein, bei denen Wahrnehmungen und Sichtweisen einer Realitätsprüfung und einem Reframing unterzogen werden können. Der komplexe individuelle Sachverhalt ist in einen biografischen Bezugsrahmen zu stellen. Diese Vorgehensweise erlaubt es krankheitsbedingte Faktoren, wie familiäre Probleme, berufliche Überforderung, durch vielfältige Methoden der Gesprächsführung, zu bearbeiten und die Klienten zu befähigen (vgl. Ansen 2008: 66).

Die Förderung der sozialen Unterstützung dient der Inanspruchnahme belastbarer zwischenmenschlicher Beziehungen, um mit alltäglichen Belastungen und Krankheiten besser zurechtzukommen. Soziale Unterstützung ist eine wesentliche Bedingung zur Bewahrung der Gesundheit, Verbesserung des Wohlbefindens und fördert eine gelingende Lebensführung und die Bewältigung von Problemen in den verschiedensten Lebensbereichen. Intakte Beziehungen zu den Mitgliedern des sozialen Netzwerkes bieten einen psychologischen Rückhalt. Es wird, unabhängig der Situation, belastend oder nicht, Sicherheit und Wertschätzung erfahren. Ein Zugehörigkeitsgefühl und die Erfahrung als Mensch geschätzt zu werden steigern zusätzlich das Kohärenzgefühl. Anerkennung und Respekt gehen daher mit einem gesteigerten Selbstwertgefühl und Bewältigungsoptimismus einher. Eine belastende Stresssituation, die psychische und physiologische Spannung nach sich zieht, würde alleine, aufgrund fehlender Ressourcen, unlösbar erscheinen. Die soziale Unterstützung bietet durch die Solidarität der engen Bezugspersonen die Gewissheit, dass die Herausforderung nun zu bewältigen ist (vgl. Weinhold / Nestmann 2012: 54ff).

Daraufhin erscheint es nicht weiter verwunderlich, wenn Bernd Röhrle und Anton-Rupert Laireiter (2009: 23ff) funktionale Äquivalenzen von Wirkfaktoren und positive Ergebnisse zwischen Psychotherapie und sozialer Unterstützung ausmachen. Einflüsse auf dieses Zusammenwirken sind Klientenfaktoren (Störungsausmaß, Zuversicht, Persönlichkeit etc.), externe Rahmenbedingungen (berufliche Situation, soziales Umfeld, Belastungen etc.), Qualität der therapeutischen Beziehung (Intensität, Bindung etc.) und eine Verbesserungserwartung sowie spezifische Methoden.

Äquivalente sehen sie in den Interventionen und beschreiben „Psychotherapie als eine Form der sozialen Intervention“ (Röhrle / Laikeiter 2009: 24). Neben vergleichbaren Interventionen sehen Röhrle und Laikeiter (ebd.) Gemeinsamkeiten bei den Wirkfaktoren: intensive emotionale Beziehung, Verbindung zur Gesellschaft und Umwelt, Reduktion von Demoralisation, Vermitteln von Unterstützung, Klärung von Hintergründen und soziale Bewältigung. Die funktionale Gleichwertigkeit, die Röhrle und Laikeiter beschreiben, zeigt auf, dass der sozialen Unterstützung, die bereits zu den Kernbereichen der Klinischen Sozialarbeit zählt, eine therapeutische Dimension zukommt, die innerpsychische Erlebnisweisen und soziale Beziehungen vereint behandelt.

Diese Hinweise auf Gemeinsamkeiten machen ein Beispiel aus der Entwicklung der Verhaltenstherapie interessant. In den Anfängen der Verhaltenstherapie, die sich stark auf den Behaviorismus bezog, wurden alle nicht empirisch erfassbaren Faktoren abgelehnt. Subjektive innere Erlebensweisen und Emotionen wurden abgelehnt, da sie sich in einer nicht überprüfbaren „Black Box“ abzuspielen schienen. Diese nicht tragbare Haltung wurde im Entwicklungsverlauf der Verhaltenstherapie aufgegeben (vgl. Morschitzky 2007: 223). Diese Einsicht ist als Kontrapunkt zu deuten, dass intrapersonelle Aspekte gerade nicht auszuklammern sind. Der vorherigen Diskussion liegen die Argumente zur Fundierung der multimodalen Vorgehensweise der Klinischen Sozialarbeit zugrunde.

4.3 Die multimodalen Ansätze der Klinischen Sozialarbeit

Eine auffallende Schwierigkeit, bei der Arbeit mit multiproblembelasteten Klienten, ist die Separation der äußereren, materiellen und sozialen sowie der inneren, psychischen Realität. Erschwerend kommt die teils institutionell verankerte Aufteilung hinzu - in Einrichtungen, die ihre Unterstützung vornehmlich im äußeren Bereich anbieten und welche, die ihre Schwerpunktsetzung in der reinen Psychotherapie sehen. Multimodale Vorgehensweisen verbinden durch zweigleisiges methodisches Handeln die sozio-ökonomische Ebene mit der intra- und interpsychischen Problematik. Demzufolge ist der Klinische Sozialarbeiter gleichzeitig auf zwei Prozessebenen tätig. Fallspezifisch und situationsabhängig kann eine Ebene den Vorrang bekommen. Es wird parallel gearbeitet oder die Ebenen gehen ineinander über (vgl. Klein 2006: 3). Die sozial beeinträchtigten und psychisch kranken Menschen sind gegenüber den sozialen Diensten oft misstrauisch. Aus der Perspektive der psychosozialen Anbieter gelten sie als schwer erreichbar und werden in Fachkreisen als „hard to reach“ beschrieben. Zu beachten ist, dass diese Definition eine Konstruktions-

on darstellt, namentlich die der Professionellen. Der professionelle Habitus verlangt nach einer Reflexion dieses Verhältnisses und somit der Einnahme eines Perspektivwechsels. Denn aus Sicht der Klienten können auch die Professionellen schwer erreichbar sein. Es kann eine große Hürde sein, die eigenen Belange den psycho-sozialen Diensten zu vermitteln oder auch erst in Kontakt zu kommen. Die Schwierigkeiten bestehen für beide Seiten und sind fortwährend zu reflektieren (vgl. Beushausen 2014: 6). Diesen Gedanken folgend haben hard to reach Klienten einen erschwerten Zugang zur Psychotherapie und insgesamt ist der Unterstützungsbedarf als unzureichend zu bezeichnen. Jürgen Beushausen (ebd.: 9) stellt fest, dass in der Psychotherapie eher leicht erkrankte Patienten (z.B. mit höherem Bildungsniveau) bevorzugt werden und die Behandlung chronisch Kranke teilweise sogar abgelehnt wird. Eine ausbleibende Kostenübernahme seitens der Kostenträger wird als Begründung herangezogen. Überdies werden die Kosten für Menschen, die generell eine erhöhte Kompetenz vorweisen und das durch die Leistungserschließung auch nachweisen können, übernommen. Der Verband der Ersatzkassen kritisiert ebenfalls derartige Vorgehensweisen der ambulanten Psychotherapie (vgl. ebd.). Versorgungsstrukturen weisen einen Selektionsvorgang auf, der teilweise auch von Psychotherapeuten selbst vorgenommen wird, wodurch der benötigte Zugang zum Versorgungssystem den hard to reach Klienten erschwert wird. Seit Langem sind Sozialarbeiter beraterisch und sozialtherapeutisch im Kontext der schwierigen Klientel tätig. Nach Beushausen (ebd.: 11) reicht es nicht aus, diesen Missstand durch erhöhte Behandlungskapazitäten zu kompensieren, da auch die Psychotherapeuten selbst an der Selektion beteiligt sind. Daher fordert er, neben interdisziplinären Behandlungsansätzen, welche alle beteiligten Professionen inkludieren, eine selbstbewusste Hervorhebung der Kompetenzen der Sozialen Arbeit in diesem Bereich.⁵ Der Sozialen Arbeit wird die schwierige und schwer erreichbare Klientel anvertraut und sie kann nach Beushausen (ebd.: 37) auf vielfältige Konzepte der Sozialtherapie zur Unterstützung von hard to reach Klienten zurückgreifen.

4.3.1 Bifokaler Ansatz nach Rauchfleisch

Bereits Ende der 1990er Jahre erklärte Rauchfleisch (1996) die Notwendigkeit einer bifokalen Vorgehensweise mit der Begründung, dass die Betreuung und Behandlung von Menschen mit schwerwiegenden psychosozialen Problemen keine Begrenzung allein auf die soziale oder die psychische Dimension erfahren darf. Für

⁵ Beushausen (2014) gibt in seinem Beitrag einen Überblick über Wirkfaktoren, Konzepte und theoretische Begründungen für die Kompetenz der psycho-sozialen Behandlung der Sozialen Arbeit von hard to reach Klienten.

Rauchfleisch (ebd.: 130) ist es unabdingbar, dass beide Dimensionen beständig und in der gleichen Weise beachtet werden. Für Sozialarbeiter und Psychotherapeuten gilt gleichermaßen, dass das Entweder-oder einer Berücksichtigung beider Aspekte weichen muss, auch wenn nach primärer Grundausbildung gewisse Prioritäten gesetzt werden. Rauchfleisch (1996: 82) sieht eine außerordentliche Offenheit für die Nachbardisziplinen, die teils auch ausdrückliche Grenzüberschreitungen in nebenliegende Bereiche vorsieht, und eine interdisziplinäre Zusammenarbeit, als eine zentrale Voraussetzung für seinen Ansatz an. Das ineinander greifen von sozialen und psychischen Problemen bei hard to reach Klienten stellt für sein bifokales Behandlungsmodell die Voraussetzung dar.

„Der sich daraus ergebende Teufelskreis führt häufig zu einer Eskalation der psychischen Symptomatik (Ängste, Depressionen, Beziehungsprobleme, narzisstische Störungen usw.) und zugleich zu einer immer tieferen Verstrickung in soziale Schwierigkeiten wie Arbeitslosigkeit, Verschuldung und Wohnungsproblemen mit ihrer unheilvollen Eigendynamik. Dabei fällt es in der Regel schwer zu entscheiden, ob die Verschärfung der sozialen Probleme Grund für die Zunahme der psychischen Störung ist, oder ob die Ursache für die Eskalation der sozialen Probleme vor allem bei den psychischen Schwierigkeiten dieser Menschen zu suchen sind. Diese Frage lässt sich – wenn überhaupt – nur in der ganz konkreten Situation eines bestimmten Klienten beantworten. Oft gelingt es uns aber beim besten Willen nicht, Ursache und Wirkung eindeutig zu identifizieren. Wir müssen vielmehr im Sinne der *Systemtheorie* [...] von einer *engen Wechselwirkung zwischen der sozialen Realität und den psychischen Symptomen* ausgehen, die je Ursache und Wirkung zu gleich sind“ (Rauchfleisch 1996: 81).

Die Herausforderungen, die multiproblembelastete Klienten mit sich bringen, münden oftmals in der Überforderung und Ablehnung aller beteiligten Dienste. Psychotherapeuten würden erklären, dass vordergründig schwerwiegende soziale Probleme bestünden, die in einer Psychotherapie nicht gelöst werden können. Psychotherapie wäre erst indiziert, wenn die sozialen Probleme gelöst sind. Weiterhin würde vorgeschoben, die Klienten seien nur an sozialer (materieller) Unterstützung interessiert und es ließe sich keine Motivation erkennen. Ähnliche Anzeichen von Überforderung, so Rauchfleisch (ebd.: 27f), seien auch von den Sozialdiensten zu vernehmen. Es würde sich der sozialen Schwierigkeiten angenommen, doch bei der Verwirklichung der sozial-ökonomischen Maßnahmen (z.B. Schuldensanierung, Rehabilitationsmaßnahmen) würden sie bei den nach Hilfe suchenden Klienten auf Widerstände⁶ stoßen, die in den emotionalen Problemen gesehen werden. Seitens der Klienten würde immer ein Grund gefunden werden, der die lange professionelle Arbeit hinfällig macht. Ärger, Resignation und die Annahme, sozialarbeiterische Hilfen seien nicht zielführend, sind das Resultat. Als Folge wird eine psychotherapeutische Behandlung als Vorbedingung verstanden. Denn erst wenn die emotionalen

⁶ Die Schilderungen aus der Praxis illustrieren, die in Kapitel 3.1 theoretisch begründeten persönlichen Beschränkungen der Handlungsfreiheit, die im Zuge der inter- und intrapersonellen Vorgehensweise zu bearbeiten sind.

Probleme bearbeitet wurden, würde der sozialen Integration kein Hindernis mehr im Wege stehen (vgl. Rauchfleisch 1996: 27f). Damit diese Klienten nicht durch Versorgungssystem fallen und ihnen die Unterstützung zu kommt, die sie benötigen, fordert Rauchfleisch (2006: 7) die Integration psychotherapeutischer Aspekte und Ansätze in die Ausbildung Klinischer Sozialarbeiter. Dabei solle die Soziale Arbeit nicht zu einer „kleinen Psychotherapie“ verkommen. Durch das erweiterte Kompetenzprofil können innerpsychische Belange adäquat erfasst und unter Berücksichtigung der Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse, angemessen interveniert werden. Die soziale Dimension beeinflussenden psychischen Faktoren werden handhabbar und als Folge können, für einer sozialen Integration hinderliche, emotionale Probleme gelöst werden. Der Klinische Sozialarbeiter arbeitet zugleich an sozialen und psychischen Problemen. Ferner gelte es, sozialarbeiterische Kompetenzen in die Ausbildung von Psychotherapeuten zu integrieren. Von daher gelänge es beiden Disziplinen bifokal zu arbeiten und durch ein verbessertes, gegenseitiges Verständnis könnte die Zusammenarbeit verbessert werden. Rauchfleisch (1996: 154) betont, dass bei der inter- und intrapersonellen Verbindung, die Arbeit nicht bei dem Individuum verbleiben dürfe. Wenn in diesem Zusammenhang auf Grenzen gestoßen wird, ist sich weitergehend dazu sozialpolitisch zu engagieren.

4.3.2 Zweispuriger Ansatz klinisch sozialarbeiterischer Hilfen nach Pauls

Die generalistische Soziale Arbeit weißt im Gegensatz zur Therapie eine Besonderheit auf. Die sozialen Probleme werden nicht, wie in der Psychotherapie, individualisiert, sondern der soziale Kontext wird hervorgehoben und die sozialen Wechselwirkungen analysiert. Die Probleme sollen folglich in dem sozial-ökologischen Zusammenhang erfasst und bearbeitet werden. Damit weißt die generalistische Soziale Arbeit einen besonderen Fokus auf, die Sozialsystemorientierung. Einer solchen Perspektive mag, aus individual-zentrierter Sicht der Therapie, anzumerken sein, sie würde die Probleme externalisieren. Die individuellen Symptome werden nicht dem Individuum zugeschrieben und seine psychische Struktur wird nicht als Urheber angesehen. Die Probleme werden in der zwischenmenschlichen Interaktion und Kommunikation und in den sozialen Systemen sowie den sozio-ökologischen Bedingungen verortet. Während also der Schwerpunkt der Psychotherapie darauf liegt, das Innere, die Psyche, umzustrukturieren, liegt im Zentrum der sozialsystemorientierten Sozialen Arbeit, die sozialstrukturelle Veränderung mit dem Ziel, Partizipation an sozial-kommunikativen Prozessen zu erreichen und exkludierende Strukturen offen zu legen und abzubauen (vgl. Pauls 2013: 125). Die einseitige sozialsystemi-

sche Fokussierung könnte zu dem zu kurz gefassten Schluss führen, äußere Veränderungen am sozialen System (auf der interpersonellen Ebene) seien ausreichend, um die Probleme der Klienten zufriedenstellend zu bearbeiten. Die Externalisierung des Problems, auf die sozialsystemische Ebene, würde demgemäß auch regelmäßig dazu führen, dass die zur Problemlösung benötigten Ressourcen individuell und automatisch internalisiert werden oder bereits vorhanden sind. Alleinige Veränderungen im sozialsystemischen Kontext, einschließlich der begleitenden sozial-ökologischen Interventionen, können nicht als hinreichend gelten. Auf der interpersonellen Ebene sind die Austauschmöglichkeiten, im Umfeld des Individuums, davon abhängig, welche Potentiale hier verborgen sind und akquiriert werden können (vgl. Pauls 2013: 126). Die sozialen Umfeldpotentiale und die Problembehandlung auf sozial-systemischer Ebene reichen nicht aus, „[...] um die im Verlauf der Biografie internalisierten Folgen psycho-sozialer Probleme durch Soziale Arbeit zu lösen“ (ebd.). Denn die tatsächliche Nutzung der Möglichkeiten, des sozialsystemischen Umfelds durch das Individuum, ist maßgeblich dadurch bedingt, welche Möglichkeiten auf der intrapersonellen Ebene, der inneren psychischen Struktur, bereitgestellt werden können (vgl. ebd.).

Die Argumentationslinie von Pauls ergründet das Verhältnis von der inter- zur intrapersonellen Ebene, insbesondere ihre enge wechselseitige Verquickung zu einander. Pauls (ebd.: 257) begründet seinen zweispurigen Ansatz daher in Abgrenzung zur scheinbar festen Verortung von Beratung und Therapie. Er bezieht sich auf das Verständnis von Hilke und Aschenbach, um das Verhältnis zu entkräften und deren „fließenden“ Charakter offen zu legen. Nach Hilke und Aschenbach sind Beratung und Therapie nicht, als zwei voneinander unabhängige Entitäten zu sehen, sondern als zwei Pole einer Dimension, so Pauls (ebd.). Demgemäß wird Beratung tätig bei Mittel- und Orientierungsproblemen, allerdings ohne emotionale Involvierung. Durch das Einbringen von Mittelwissen sollen Handlungsvorschläge erarbeitet werden, die zur Problemlösung führen sollen. Therapie hingegen legt den Fokus, unter emotionaler Involvierung, auf den Prozess der Selbstverständnisbildung. Bei der Beratung gehe es generell um konkrete Ziele, die ebenfalls konkretere Handlungsmöglichkeiten begründen, so gäbe es in der Therapie hingegen eher abstraktere Zielvorstellungen. Bereits dieser Ausschnitt zeugt von einer diesem Verhältnis innewohnenden fehlenden Trennschärfe. Pauls (ebd.: 258) sieht in dieser Festlegung eine relevante Bedeutung, attestiert jedoch auch einen fehlenden Realismus. Die Bedeutung liegt darin, dass die sozialarbeiterische Bearbeitung von sozio-ökonomischen Problemen notwendiger Handlungsregeln bedarf. Der fehlende Realitätsbezug wird damit begründet, dass bei psycho-sozialer Fallarbeit mit klinischer Aufgabenstellung, Men-

schen besonders emotional involviert sind und dies nicht exkludiert werden kann. Weiterhin bleibt bestehen, dass diese Menschen nach Orientierung und sozio-ökonomischen Mitteln suchen, um ihr Problem zu lösen. Eben diese Gleichzeitigkeit der Bedürfnisse der verschiedenen Ebenen macht ein multimodales Vorgehen so bedeutend. Pauls formuliert diese Verschränkungen wie folgt:

„Gerade in der Klinischen Sozialarbeit geht es häufig um ganz grundlegende Lebensorientierungsfragen, die sich zunächst als Mittelprobleme (z.B. Schulden) präsentieren und die nicht rein argumentativ beratend angegangen werden können. [...] Bei klinischen Aufgabenstellungen geht es darum, den Klienten/Patienten sowohl relativ konkrete Mittel anzugeben, als auch mit ihnen gemeinsam Orientierungs- und Handlungsmöglichkeiten in Bezug auf Merkmale ihrer sozialen Lebenssituation zu erarbeiten *und* mit dem emotionalem Geschehen umzugehen – und oft in umgekehrter Reihenfolge“ (Pauls 2013: 258).

Demzufolge wird der Wiederaufbau von zerstörten Grundüberzeugungen, als eine innerpsychische Veränderung, zum Auftrag Klinischer Sozialarbeit. Denn nicht wenige Klienten erleben sich als machtlos, psychisch verletzlich und zeigen sich überwältigt von ihrer Situation, die sie nicht mehr überblicken können. Darüber hinaus können sie zu einer negativen Selbstbewertung neigen und aufgrund dieser immer wieder selbst erlebten und vollzogenen Narration, erlauben es ihnen die festgelegten Strukturen nicht, positive und wertschätzende Rückmeldungen anzunehmen (vgl. Pauls 2013: 264). Eine respektvolle und wertschätzende Reaktion des Sozialarbeiters kann, aufgrund der dysfunktionalen Grundüberzeugung, nicht angenommen werden oder werden mit der Behauptung abgetan, man würde von dem Gegenüber nicht richtig verstanden. Ferner können auch andersartige Intentionen unterstellt werden: So seien die netten Worte nur ein Vorwand, mit denen ein hinterhältiges Ziel verfolgt werde (vgl. ebd.).

Weiterführend leiden viele Klienten unter ambivalenten Impulsen und Selbstbewertungen, die eine Reduzierung der innerpsychischen Konflikte für den Klinischen Sozialarbeiter zur Aufgabe werden lässt. Innere Konflikte haben meist ihren Ursprung in schwierigen sozialen und familiären Verhältnissen. Wird ein Kind zur gleichen Zeit von den Eltern gebraucht, im selben Zug aber auch benutzt und emotional weggestoßen, können solche Erfahrungen des Kindes als internalisierter interpersoneller Konflikt im späteren Erwachsenenalter weiter getragen werden (vgl. ebd.: 265).

Die wechselseitige Bedeutung und Abhängigkeit von intrapersonellen und interpersonellen Ressourcen, mit dem Potential die Stärken und Fähigkeiten des Individuums zu erweitern und daraus neue Möglichkeiten entstehen zu lassen, wird übereinstimmend auch von Daniel Gassmann und Klaus Grawe (2009: 107f) akzentuiert. Demnach bewerten sie die systemtherapeutischen Ansätze, welche individuelle und

systemische Eigenschaften zusammenbringen, als sehr fruchtbar - vergleichbar mit den übergreifenden Behandlungsformen, der individual- und Systemorientierung, der Klinischen Sozialarbeit (vgl. Pauls 2013: 192). Eine, für die Klinische Sozialarbeit modifizierte, psychotherapeutische Sicht und Vorgehensweise bietet Grundkenntnisse über die innerpsychischen Vorgänge der Klienten. Die psycho-soziale Behandlung nach Pauls (ebd.: 126) erhält darüber die Methodenkompetenz zur Erlebnisverarbeitung und Verhaltensänderung. Aufgrund der individuell entwickelten psychischen Struktur sieht sich jeder Mensch, während seiner gesamten Lebenszeit, vor der Herausforderung Life-Events, Umbrüche, Ambivalenzen und Veränderungen der Lebenslage psychisch zu verarbeiten. Beratendes und sozialtherapeutisches Vorgehen trägt der Dualität Rechnung und betrachtet soziale Benachteiligung, sozioökonomische und institutionell-strukturelle Lebensbedingungen zusammen mit der inneren Erlebens- und Verarbeitungsstruktur, unter Einbezug von Kompetenzen, Defizite und psychosozialen Ressourcen, der Menschen. Die Relevanz dieser Beziehung macht für Pauls (ebd.) einen zweispurigen Ansatz notwendig, der durch die folgende Abbildung schematisch dargestellt wird.

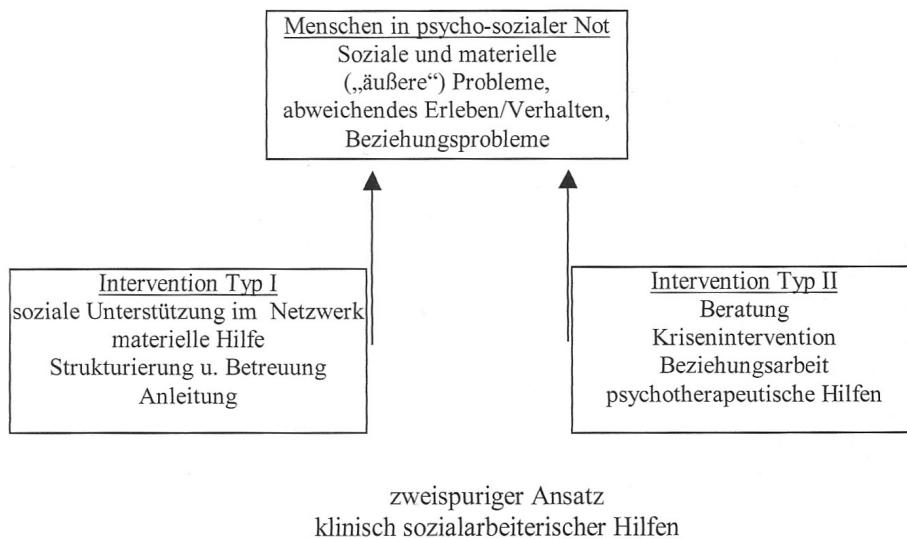


Abb. 3: Zweispuriger Ansatz klinisch sozialarbeiterischer Hilfen Quelle: Pauls (2013: 179)

4.2.3 Trifokaler Behandlungsansatz nach Deloie

Dario Deloie (2011: 191) hat den bifokalen Ansatz von Rauchfleisch aufgegriffen und daraus seinen trifokalen Ansatz der Sozialen Psychotherapie als Klinische Sozialarbeit entwickelt. Seine trifokale Therapie ist für psychosoziale, krankheitsrelevante Störungen entworfen. Die Diagnostik und Behandlung seiner Modifikationsform integriert psychotherapeutische und sozialarbeiterische Elemente. Sie werden je nach Indikation zeitweilig wechselnd oder parallel verwendet. Betont wird aus-

drücklich die besondere Betrachtung der sozialen Dimension. Er unterscheidet dabei nicht in zwei Dimensionen, wie Pauls und Rauchfleisch, sondern in drei. Die Interventionsebenen sind die Intrapersonelle, Interpersonelle und die Sozio-ökonomische. Diese sind zur differenzierteren Betrachtung der Abbildung 4 zu entnehmen.



Abb. 4: Trifokales Behandlungsmodell Sozialer Psychotherapie Quelle: Deloie (2013: 9)

In Abgrenzung zu Rauchfleisch, der eine psychoanalytische Vorgehensweise vorschlägt, definiert Deloie (2011: 192) seinen trifokalen Ansatz als offen für verschiedene therapeutische Ansätze und beruft sich auf die Psychotherapieforschung. Die theoretische und methodische Vielfalt soll eine Auswahlmöglichkeit bieten, um den Klienten eine individuell passende Behandlung zukommen zu lassen. Indem Deloie die besondere Notwendigkeit der multimodalen Vorgehensweise für hard to reach Klienten hervorhebt, teilt er die Ansicht von Rauchfleisch. Deloie (ebd.: 193) sieht in diesem Adressatenbereich durchaus den Schwerpunkt, will aber andere Handlungsbereiche nicht ausschließen. Zum einen sieht er einen Handlungsbereich dort, wo die Krankheiten als ursächlich oder zumindest als mitverursachend auf psycho-soziale Faktoren zurückgeführt werden können. Zum anderen dort, wo vordergründig somatische und psychologische Faktoren der Krankheitsentstehung ursächlich sind, aber begleitende oder daraus folgende psycho-soziale Probleme entstehen können. Zur Begründung bezieht er sich auf verschiedene Modelle der Pathogenese, in denen psycho-sozialen Faktoren eine bedeutende Rolle zur Ätiologie beigemessen wird.

Deloie (ebd.: 194) sieht in dem trifokalen Ansatz einen Rahmen, der je nach Möglichkeit und Notwendigkeit fallspezifisch angepasst werden kann oder muss. Die Ressourcenorientierung, die er als Spezialgebiet der Sozialen Arbeit ansieht, trage

demnach nicht nur zur guten therapeutischen Wirkung bei, sondern beuge einer Verengung der Behandlung auf nur wenige Indikationskriterien vor. Zugleich halte die Lebensweltorientierung, als Strukturmerkmal von Theorie und Praxis Sozialer Arbeit, dazu an, sich auf die eigenwilligen Erlebnisse der Klienten einzulassen. Damit trägt die Lebensweltorientierung dazu bei, den offenen sozialarbeiterischen Blick in der Klinischen Sozialarbeit und dem trifokalen Ansatz beizubehalten und normalisierenden und pathologisierenden Entwicklungen vorzubeugen (vgl. Deloie 2011: 175). Im Zentrum verbleibt der Alltag des Klienten im Gegensatz zur eher alltagsfernen klassischen Psychotherapie. Aufgrund dieser Abgrenzung erlangen die sozialarbeiterischen Methoden ein besonderes Gewicht, da sein Ansatz alltagsnah, durch aufsuchende Hilfen, oder alltagsnachbildend, in therapeutischen Wohngemeinschaften und in der Sozialpsychiatrie, praktiziert werden soll (vgl. ebd.: 176).

4.4 Ein sozialtherapeutisches Kompetenzprofil und Empathie

Sozialtherapie wird als Teil der Klinischen Sozialarbeit verstanden, insbesondere wenn über eine Behandlung, unter Berücksichtigung der sozialen Dimension, eine Gesundheitsförderung beabsichtigt wird (vgl. Binner / Ortmann 2008: 72). In der Disziplin wird das Ziel angestrebt, die Sozialtherapie zu definieren und ein inhaltliches Kompetenzprofil zu erstellen, sodass im Rahmen der Klinischen Sozialarbeit sozialtherapeutische Beratung gelehrt und trainiert werden kann (vgl. Pauls / Stockmann 2013:12f). Sozialtherapie verfolgt ebenfalls den doppelten Fokus, der gleichzeitigen Reflexion gesellschaftlicher und psychischer Ursachen, um die daraus entstandenen Leiden über ein vielfältiges Methodenrepertoire zu lindern (vgl. ebd.: 14).

„Im engeren Sinne bietet sozialtherapeutische Beratung im Rahmen eines dialogischen Interaktionsprozesses Orientierungs- und Handlungshilfe, die durch Klärung, Kompetenzförderung, Emotionsbearbeitung, Ressourcenaktivierung und menschenrechtlich fundiertes Empowerment die Betroffenen bei Veränderungen ihrer konkreten sozialen Situation unterstützt“ (Pauls / Stockmann 2013:17).

Das Konzept stützt sich auf Interventionen, die Innerpsychisches, die Umwelt und die Interaktionen zwischen Person und Umwelt verändern sollen (vgl. ebd.: 17). Damit übereinstimmend hebt der zweispurige Ansatz von Pauls hervor, dass die Emotionen elementarer Bestandteil der Arbeit sein müssen. Reicherts und Pauls (2013: 84) greifen zur Erlebens- und Emotionsbearbeitung auf das Konzept der emotionalen Offenheit zurück, das auf Emotionstheorien von Davidson, Scherer und Goldsmith aus dem Jahr 2013 basiert. Ihre Interventionsansätze sind der emotionsfokussierten Therapie von Greenberg 2002, Elliot, Watson, Goldman und Greenberg 2004 entlehnt. Auf dieser Grundlage definieren sie die Kompetenzen zur Diag-

nostik und Intervention der sozialtherapeutischen Beratung und Behandlung (vgl. Reicherts / Pauls 2013: 84). Pauls und Stockmann (2013:11ff) befinden sich in dem Prozess einen Kompetenzrahmen für die sozialtherapeutische Beratung und Behandlung abzustecken. Ihr Vorhaben, der theoretisch fundierten Ausdifferenzierung, ist derzeit noch in einem anfänglichen Stadium. Das theoretische und methodische Kompetenzprofil der Erlebens- und Emotionsorientierung verbleibt daher bisher in einer Phase des Überblicks. Sie selbst sehen es als ersten Schritt und es bleibt noch viel theoretische und methodische Fundierungs- und Integrationsarbeit zu leisten.

Für Reicherts und Pauls (2013: 94f) sind die affektiv-emotionalen Prozesse Auslöser und Ergebnisse von zwischenmenschlichen Interaktionserfahrungen und sind von hoher Bedeutung für die psychische Selbstregulation und die Saluto- und Pathogenese. Die soziale Dimension ist affektiv-emotional begründet und nimmt eine entscheidende Rolle in sozialen Zusammenhängen sowie der Integration und Exklusion ein. Der Abbau von maladaptiven Mustern und die Etablierung von neuen adaptiven psychosozialen Erfahrungen geht über eine Problembewältigung hinaus und erfordert, nach der Person-in-Environment Perspektive, eine Veränderung in der Wechselwirkung von individuellen Handlungen und lebensweltlichen Bezügen. Belastende Situationen entstehen durch Störungen der Emotionsverarbeitung in interpersonellen Beziehungen, wodurch die Arbeit mit dem Individuum auf das gesamte soziale System (unterschiedliche Gruppen, Netzwerke etc.) ausgedehnt wird. Nach Reicherts und Pauls (ebd.) ist die Indikation für emotionsorientierte sozialtherapeutische Interventionen immer dann gegeben, wenn sie bestehende Interventionsformen, sozialsystemische, sozial-ökonomische, verhaltens- und kognitionsorientierte, bereichern kann.

Der Bedeutung dieser Zusammenhänge ist entsprechend der bisherigen Argumentationslinie nur zuzustimmen, doch bleiben sie in ihrer Ausarbeitung oftmals vage. Beispielsweise benennen Reicherts und Pauls (ebd.: 92) Empathie als ihre Basisintervention. Ihre Definition dazu ist: „*Empathie* umfasst das Erkennen, Verstehen und Mitteilen von Erlebnisinhalten oder Gefühlen des Klienten in seinen *inneren Bezugsrahmen* (Rogers, 1957; Bohart & Greenberg, 1997)“ (Reicherts / Pauls 2013: 92). Weiter fügen sie an, als Professioneller solle man nicht bei einem bloßen Spiegeln verbleiben, sondern es sind Vermutungen zu verbalisieren, die man meint, verstanden zu haben. Desto umfassender die empathische Verbalisierung der emotionalen Inhalte vollzogen wird, desto konkreter könnten die affektiven Anteile des Klienten erfasst und bearbeitet werden und würde darüber hinaus die Selbstexploration steigern. Ihren emotionsfokussierten Ansatz erweitern sie um die emphatischen Explo-

rationstechniken des explorativen Spiegelns, evokativen Spiegelns und der explorativen Fragen. In Verbindung mit den Grundhaltungen der positiven Wertschätzung und der Kongruenz sei Empathie ein wichtiger Faktor für eine vertrauensvolle Beziehung (vgl. Reicherts / Pauls 2013: 93). Doch bleiben diese Ausführungen hinter der Intention zurück, einen professionellen Kompetenzrahmen zur Verfügung zu stellen. Die Erlebnisweisen der Klienten herauszuarbeiten ist wesentlich für den beraterischen Prozess, da wie bereits hervorgehoben wurde, die affektiven Anteile eine wichtige Rolle einnehmen. Daher verweisen die beiden Autoren (ebd.: 94) auf eine Weiterentwicklung der Empathie, das Explizieren nach Sachse 1996. Die Erklärung und Formulierung verbleibt jedoch oberflächlich. Aufgrund des frühen Entwicklungsstadiums des Kompetenzrahmens sind diese Hinweise und Wertungen nicht als Kritik zu verstehen. Es soll aufgezeigt werden, dass noch viel Entwicklungspotential für inhaltliche Differenzierungen vorhanden ist. Dieses Vorhaben wird hier unterstützt, in dem das Mentalisierungskonzept als Erweiterung oder Ergänzung zur theoretischen Fundierung und methodischen Vielfalt beitragen soll, insbesondere da der Bezug zum Empowerment in der Definition zur Sozialtherapie (Zitat weiter oben), durch die Erörterung in Kapitel 3.2, als methodisch ausbaufähig zu bezeichnen ist. Denn wenn Empathie als das Identifizieren der Emotionen anderer Menschen und darauf entsprechendes emotionales Antworten verstanden wird, geht das Mentalisieren⁷ darüber hinaus: „Mentalisieren umfasst mehr als die Empathie im engen Sinn, nämlich sowohl Empathie mit sich selbst als auch mit anderen“ (Bateman / Fonagy 2015: 581). Zwar wird nach Ulrich Schultz-Venrath (2015: 82) Empathie in der Forschung durchaus in kognitive, motorische und affektive Empathie differenziert, doch verbleibt ein Blick, der ausschließlich auf den Anderen gerichtet ist. Zumal die tiefer gehende Betrachtung von Empathie nur selten vollzogen wird, bleibt der Aspekt des Mentalisierens, sich über den eigenen psychischen Zustand, durch Nachdenken und Nachempfinden aufzuklären, außen vor. Empathie nimmt eine große Rolle in dem Selbstverständnis der Sozialen Arbeit ein und ist bedeutend für die professionelle Haltung des Sozialarbeiters im Kontakt mit Klienten. Dazu führt Niko Katsivelaris (2012: 1) die fehlende definitorische Klarheit, welche auch in Standardwerken der Sozialen Arbeit nicht aufgearbeitet werde, als Kritik an. Daher ist die alleinige Verwendung des Empathiekonzepts, in dem disziplinären Rahmen und praktischem Handeln der Sozialen Arbeit, zu problematisieren, aufgrund definitorischer Defizite, den einseitigen Fokus des Einfühlens und nicht hinreichender theoretischer Begründungen und methodischer Verfahrensweisen für die multimodale Vorgehensweise der Klinischen Sozialarbeit.

⁷ Eine tiefer gehende Auseinandersetzung zum Verhältnis von Empathie und Mentalisierung ist bei Allen / Fonagy / Bateman (2011: 86ff) zu finden.

4.5 Zwischenfazit

Bisher wurde anhand der diskursiven Erörterung aufgezeigt, dass die Kritik am psycho-sozialen Behandlungsanspruch der Klinischen Sozialarbeit einer fachlichen Prüfung nicht standhält. Ihre Kritik trifft nicht den Kern der Behandlung, sondern ist meist durch andere Intentionen geprägt (unbegründete Ängste des Identitätsverlusts Sozialer Arbeit, berufsständische Interessen, Sorge um eine wiederholte unreflektierte Übernahme psychotherapeutische Methoden, wie zu Zeiten der Therapeutisierung etc.). Multimodale Vorgehensweisen wurden durch verschiedene Autoren für die Klinische Sozialarbeit, unter dem immerwährenden Bezugspunkt des eigentlichen Gegenstandsbereiches, herausgearbeitet. Weder die einseitige Externalisierung noch die Internalisierung von sozialen Problemen ist als Lösung zu betrachten, sondern der bifokale Blick auf beide Seiten ist zu verfolgen. Die Behandlungsvo-raussetzung und Notwendigkeit ist mit den bio-psycho-sozialen Zusammenhängen, unter Berücksichtigung der sozialen Dimension und sozialer Unterstützung begrün-det worden. Weiterhin ist die metatheoretische Eingliederung durch den Capability Approach erfolgt. Wodurch der Zusammenhang von Individuum und Gesellschaft und damit die inter- und intrapersonelle Interdependenz eine sozialarbeitswissen-schaftliche Fundierung erfährt. Die Kritik am Empowerment stellte den Haltungscha-rakter heraus. Jedoch bleibt die konkrete methodische Umsetzung, zur Befähigung der Klienten im multimodalen Vorgehen, weitestgehend offen. Ebenso bestehen noch theoretische und methodische Lücken, des im Entstehungsprozess befindli-chen sozialtherapeutischen Profils, bezogen auf die konkrete Bearbeitung von Emo-tionen, respektive unter dem Einbezug der Empathie. Zur Schließung der Lücken bei der Betrachtung der innerpsychischen Bearbeitung und der daraus verfolgten Befähigung soll im Folgenden das Mentalisierungskonzept vorgeschlagen und auf Kompatibilität der Integrationsmöglichkeiten überprüft werden, und zwar in dem Sinn, den auch Pioniere dieses Ansatzes verfolgen:

„This article attempts to bridge two seemingly different and yet related worlds, the in-tra-psychic and the interpersonal, by viewing systemic practice(s) through a mentali-zation-based lens“ (Asen / Fonagy 2012: 347).

5. Das Mentalisierungskonzept

Die Fähigkeit zu Mentalisieren ermöglicht es Unterschiede und Zusammenhänge zwischen dem Inneren und dem Äußeren zu erkennen, emotional und kognitiv (vgl. Schultz-Venrath 2015: 85f). Das verbindende als auch wechselnde Spiel von Innen- und Außenwelt, Verstand und Gefühlen, Veranlagung und Erfahrung sowie der Einbezug der Kultur (vgl. Bolm 2015: 45), macht das Konzept für die multimodale Vorgehensweise der Klinischen Sozialarbeit so interessant und wertvoll.

„Mentalisieren heißt, äußerlich wahrnehmbares Verhalten in einem bedeutungsvollen Zusammenhang mit innerpsychischen („mental“) Zuständen und Vorgängen zu erleben und zu verstehen und umgekehrt. Bei dieser inneren Realität handelt es sich z.B. um Gefühle, Gedanken, Bedürfnisse, Wünsche, Begründungen, Bedeutungen und ganz persönliche Lebenserfahrung. Darüberhinaus ist Mentalisieren die imaginative Fähigkeit, sich differenziert innere Vorstellungen über die Psyche und ihre Wechselwirkungen mit Erlebens- und Verhaltensweisen inkl. Beziehungsgestaltungen zu machen. Dies gilt in Bezug auf einen selbst und andere und erlaubt, mit Bedeutungen spielen und die Perspektive wechseln zu können“ (Bolm 2015: 45).

Das Einfühlen und Reflektieren gegenüber der eigenen Person, aber auch gegenüber anderen, ermöglicht nicht nur einen nachhaltigen Beziehungsaufbau, sondern resultiert auch in der Verantwortungsübernahme gegenüber den eigenen Handlungen (vgl. ebd.: 45). Die bewusste Übernahme der Verantwortung bzw. das Erkennen der Handlungsfreiheiten und Verwirklichungschancen ist, im Bezug zum Capability Approach, ausschlaggebend für die Befähigung und die Minderung der persönlichen Einschränkungen.

Mithilfe einer gut entwickelten Mentalisierungsfähigkeit erlangen wir ein Bewusstsein darüber, dass unsere Wahrnehmung der äußeren Realität durch unsere Innere beeinflusst wird. Im Umkehrschluss bedeutet das wiederum, dass unsere intrapsychische Struktur und unser psychisches Befinden von der äußeren Welt beeinflusst werden. Mentalisieren bedeutet zum einen, zu erkennen, dass mentale Zustände für uns und andere wichtig sind und zum anderen, dass ein Verständnis, bzw. ein Wissen darüber vorhanden ist, wie solche Prozesse bei einem selbst und bei anderen ablaufen. Die Kopplung des Verständnisses 1. und 2. Ordnung ist, insbesondere in Verbindung mit der Metakognition, das darüber Nachdenken, und dem Nachempfinden, die Voraussetzung für die Mentalisierungsfähigkeit. Darüber hinaus ist eine gute Mentalisierungsfähigkeit durch das Wissen gekennzeichnet, dass die Erlebens- und Verhaltensmuster individuell, durch verschiedene Lebenserfahrungen, geprägt und daher unterschiedlich sind. Weiterhin sind die Muster situativ bedingt und werden je nach Lebenslage abgerufen (vgl. ebd.: 46). Die folgende Tabelle veranschaulicht die Ausprägungen der Mentalisierungsfähigkeiten.

Darstellung der Mentalisierungsfähigkeiten	
<p>Quelle: in Anlehnung an Bateman / Fonagy (2015: 83f) und Kirsch (2014: 29f)</p>	
Gutes Mentalisieren zeigt sich durch:	Schlechtes Mentalisieren zeigt sich durch:
<p>Sicherheit beim Erforschen innerer Zustände. Interessierte Offenheit zur Exploration auch negativer Erinnerungen/Erfahrungen. Ein Bewusstsein für innere Konflikte erzeugt autobiografische Kontinuität.</p>	<p>Vorherrschen unreflektierter, naiver, verzerrter automatischer Annahmen.</p>
<p>Fähigkeit, Stressoren in Beziehungen zu regulieren und sich nicht überwältigen zu lassen, da ein gewisses Bewusstsein über Auswirkungen von Affekten besteht.</p>	<p>Ungerechtfertigte Gewissheit über eigene und oder fremde mentale Zustände.</p>
<p>Echtes Interesse an eigenen und fremden mentalen Zuständen und an der Beziehung, die sich zwischen eigenen und fremden Zuständen entwickelt. Gut entwickelte Fähigkeiten zu erklären und zuzuhören sowie Respekt anderen gegenüber.</p>	<p>Unnachgiebiges Beharren auf dem eigenen Standpunkt oder übermäßiges flexibles Wechseln der Perspektive.</p>
<p>Neugier auf die Sichtweisen anderer Menschen und die Erwartungen, dass sie den eigenen Blickwinkel und Verständnis erweitern können.</p>	<p>Übertriebene Konzentration auf äußere oder innere Merkmale des Selbst und anderer oder vollständige Missachtung eines oder beider Aspekte.</p>
<p>Anerkennung der Veränderbarkeit mentaler Zustände und des unbewussten und vorbewussten Geschehens. Anerkennung, dass die eigene Bindungsgeschichte die aktuelle Einstellung zum Selbst und zu anderen beeinflusst und Anerkennung, dass Annahmen anderer durch unterschiedliche Erfahrungen entstanden sind (Haltung des Nicht-Wissens).</p>	<p>Unfähigkeit, gleichzeitig sowohl die eigene Perspektive als auch den Blickwinkel anderer zu bedenken.</p>
<p>Fähigkeit, eigenes Erleben zu beschreiben, statt die Erlebensweise oder die Intention anderer Menschen definieren zu wollen.</p>	<p>Betonung kognitiver oder affektiver Aspekte des Mentalisierens: übertrieben analytische Einstellung oder Überwältigung durch eigene und oder fremde mentale Zustände.</p>
<p>Bereitschaft, das Selbst als Urheber des eigenen Verhaltens anzuerkennen, statt zu glauben, dass es einem zustößt. Wissen das die eigenen Gedanken, Gefühle und Handlungen andere beeinflussen und umgekehrt.</p>	<p>Fehlendes Interesse an mentalen Zuständen oder defensive Versuche, Mentalisieren durch aggressives oder manipulatives Verhalten, durch Verleugnung, Themenwechsel oder anderer Formen der Kooperationsverweigerung („Ich weiß nicht“) zu vermeiden.</p>
<p>Fähigkeit, entspannt und flexibel zu denken und zu handeln und sich nicht auf einen Standpunkt zu versteifen. Demütige Haltung bei dem Wechsel von Perspektiven. Fähigkeit zu liebevollem Humor.</p>	<p>Fokussierung auf ausschließlich verhaltensbezogene Persönlichkeitsbeschreibungen (müde, faul etc.) und auf äußere Faktoren (Regierung, Schule, Kollegen, Nachbarn usw.).</p>
<p>Fähigkeit, Probleme durch Verständigung über die eigene Perspektive und den Blickwinkel anderer zu lösen, durch Kompromissbereitschaft, Verantwortlichkeit und Zuverlässigkeit.</p>	<p>Extrem dürftiges oder exzessiv detailliertes Mentalisieren.</p>

Bei der Betrachtung der Mentalisierungsfähigkeiten liegt die Folgerung nahe, dass eine dysfunktionale Mentalisierungsfunktion entscheidend zu sozialen Konflikten beiträgt. Die Mentalisierungsfähigkeiten ergänzen die inter- und intrapersonellen Problemzusammenhänge der Klienten Klinischer Sozialarbeit, die bereits in den vorherigen Kapiteln beschrieben wurden. Das soziale Umfeld, insbesondere die frühen Bindungsbeziehungen, prägen die innerpsychische Welt und die damit einhergehende Verarbeitungs- und Erlebensstruktur. Das Innerpsychische wird wiederum im sozialen Kontakt und im Austausch mit der Umwelt als beeinflussender Faktor nach außen getragen. Konflikte zwischen der inter- und intrapsychischen Welt können Menschen in Konflikte und Krisen stürzen. Unter Rückbesinnung auf die soziale Dimension von Gesundheit und Krankheit (in Entstehung und Verlauf) wird die (professionelle) soziale Unterstützung zum protektiven und heilenden Faktor. Dass Klinische Sozialarbeiter demzufolge psycho-sozial behandelnd tätig werden müssen, um den Klienten die entsprechende Unterstützung zu kommen zu lassen, ist nicht zuletzt durch Rauchfleisch, Pauls und Deloie deutlich geworden.

Demgemäß sehen Binner und Ortmann (2008: 81) die Indikation für Sozialtherapie bei Menschen, die sozial isoliert sind, die in chronifizierten und konfliktträchtigen Beziehungen leben, die über geringe soziale Kompetenz verfügen, die von sozialen Anpassungsstörungen betroffen sind und die durch soziale Missstände exkludiert werden. Neben der Indikation zur Sozialtherapie im Allgemeinen wird mit Bezug zur Mentalisierungsfähigkeit, auch die Integration und Indikation von mentalisierungsbasierten Interventionen in die Klinische Sozialarbeit und damit als eine sozialtherapeutische Methode unverkennbar. Zumal Binner und Ortmann (ebd.) ebenfalls diese Menschen als oft schwer zu erreichen und schwierig im Umgang beschreiben. Sie gelten daher nicht im klassischen Sinn als therapiefähig und sind somit schlecht versorgt. Weiterhin ist ihre gesellschaftliche Teilhabe ausgeschlossen oder zumindest eingeschränkt. Sie sind psychisch oder auch körperlich krank und haben Schwierigkeiten ihre Bedürfnisse zu vermitteln und für ihre Interessen und Rechte einzutreten. Doch der weit bedeutungsvollere Zusammenhang für die Indikation einer mentalisierungsbasierten Intervention sind ihre Hinweise auf die Kommunikations- und Bindungsdefizite: „[...] können sich nicht gut artikulieren, haben nicht gelernt, anderen zuzuhören... [...] können schlecht Kontakte aufbauen und halten, brechen Beziehungen ab“ (ebd.: 81). Zum Verständnis derartiger Relationen soll nachfolgend ein Überblick über die theoretischen Basiselemente des Konzepts in Grundzügen⁸ dargestellt werden.

⁸ Für eine umfassendere Auseinandersetzung mit der Theorie und Praxis des Mentalisierungskonzepts wird die zitierte Literatur empfohlen.

5.1 Theorie

Peter Fonagy, Mary Target und Anthony Bateman haben in den 1990er Jahren das Mentalisierungskonzept am Anna Freud Center in London entwickelt (vgl. Kirsch 2014: 8). Es basiert auf Erkenntnissen der Psychotherapieforschung, Psychoanalyse, Theory of Mind, Bindungstheorie, Entwicklungspsychopathologie und Neurobiologie. Allen, Fonagy und Bateman (2011: 27) ist es wichtig zu betonen, dass die mentalisierungsfokussierte Behandlung kein neues Therapieverfahren darstellen soll. Mentalisieren als basale menschliche Fähigkeit und dementsprechend mentalisierende Interventionen, sollen nicht als „Verpackung“ für eine neue Therapieform oder Methode dienen oder als solche angeboten werden. Das Ziel liegt darin, den Fokus auf das Mentalisieren zu stärken bzw. die Fähigkeit zu verbessern und das in bereits bestehenden Settings und Ansätzen. Folglich wird die Arbeit an der gehemmten Mentalisierungsfähigkeit zum Schwerpunkt der Behandlung, wenn sie als weitreichendes Problem identifiziert wird. Durch gutes Mentalisieren allein werde kein Problem gelöst und keine Störung geheilt, allerdings, und das ist die bescheidene Zielsetzung der Autoren, wird die Fähigkeit verbessert, die unbefriedigende Situation oder Krise zu bewältigen. Passend für die Klinische Sozialarbeit steht daher nicht die Integration einer Therapiemethodik im Vordergrund, sondern ein interdisziplinär angelegtes und überprüftes Konstrukt, das die Befähigung der Klienten, ihrer Kompetenzen und Optionen, ins Zentrum der Aufmerksamkeit stellt.

Eine offene, durch spielerische Neugier geprägte mentalisierende Haltung zeichnet sich durch das Interesse an den eigenen mentalen Zuständen und den anderer Personen aus (vgl. ebd.: 28). Die Ambiguitätstoleranz, wie in vorherigen Kapiteln bereits beschrieben, ist die Fähigkeit mit Unsicherheiten und widersprüchlichen Situationen umgehen zu können, als auch eine Grundlage psychischer Gesundheit. Eine gut ausgebildete Ambiguitätstoleranz ist nach Allen, Fonagy und Bateman (ebd.) vorauszusetzen, um mentalisieren zu können. Überdies machen schwierige Lebenssituationen (Schwellen und Übergänge) und dementsprechende Krisenbewältigungen gerade diese Ambiguitätstoleranz nötig und infolgedessen auch die Fähigkeit zu Mentalisieren. Nimmt der Sozialarbeiter eine mentalisierende Haltung ein, regt er darüber den Klienten zum Mentalisieren an.

Daher ist die sozialarbeiterische Relevanz, mentalisierende Haltungen und Interventionen einzusetzen, im Rahmen der sozialen Integration und Befähigung der Klienten (z.B. in Schwellen und Übergängen), in der Förderung der Bindungs- und Kontaktfähigkeit, als auch in der Verbesserung der Sozialarbeiter-Klient Beziehung, begründet.

5.1.1 Bindung, Entwicklung des Selbst

Die Bindungstheorie nach Bowlby beschreibt die kognitiven, emotionalen, sozialen und körperlichen Entwicklungen der Bindungsbeziehungen. Daran anknüpfend bilden sich innere Arbeitsmodelle aus. Diese Modelle bestimmen die Wahrnehmung und den Umgang mit der Realität durch den Rückgriff auf erlernte Erlebens- und Interpretationsmuster. Durch Angst wird das Bindungssystem aktiviert. Steigert sich die Angst, wird beispielsweise ein Kind unmittelbar nach der physischen Nähe der Bezugsperson suchen. Die inneren Arbeitsmodelle steuern das Verhalten des Kindes, damit es sich in dieser beängstigenden Situation mit der Bezugsperson zurechtfinden kann (vgl. Bolm 2015: 42). Ist durch Angst der Erregungszustand (Arousal) hoch, wird das Bindungssystem aktiviert und das Explorieren und Mentalisieren ist eingeschränkt. Durch eine sichere Bindung wird wiederum das Bindungssystem deaktiviert und die Explorations- und Mentalisierungsfunktion wieder aktiviert. Aufgrund der sicheren Basis, zur primären Bezugsperson, kann sich das Kind der Erforschung von Neuem und Unbekanntem widmen. Die Exploration bezieht sich auf die Umwelt als auch auf die innere Realität. Durch eine sichere Bindung können die inneren Arbeitsmodelle angepasst und korrigiert werden (vgl. ebd.: 43).

Dieser Sozialisationsprozess ist die Grundlage für die Entwicklung des Selbst, des Kohärenzgefühls, der Subjekt- und Objektrepräsentanzen und unterstützt die Bildung eines konsistenten Identitätsgefühls. Von einer sicheren Bindung ausgehend, sind diese Prozesse auch von hoher Bedeutung für die Entwicklung konstruktiver sozialer Beziehungen. Die Mentalisierungsfähigkeit und eine Störung dieser, steht daher in Verbindung zum Beziehungskontext und bezeugt, dass das Mentalisieren eine inter- und intrapersonelle Fähigkeit ist. Übertragen auf die Arbeitsbeziehung⁹ in der Klinischen Sozialarbeit, ist wiederholt darauf hinzuweisen, dass die Qualität der Mentalisierungsfunktion des Sozialarbeiters sich auf die des Klienten auswirkt und umgekehrt. Bei der Biografiearbeit mit den Klienten, bei der sie ihre eigene Narration und Emotionen explorieren, können Affekte und unsichere innere Bindungsrepräsentationen reaktiviert werden, welche das Bindungssystem aktivieren und die Mentalisierung einschränken (vgl. Kirsch 2014: 33). Bei unsicher-ambivalenten und desorganisierten Bindungsmustern ist das Bindungssystem konstant aktiviert, die Nähe zur Bezugsperson bekommt Vorrang vor der Reflexionsfähigkeit. Die Anpassung an die Bezugsperson führt zur Übernahme fremder Anteile in die eigene innere Welt (vgl. ebd.: 32). Klammerndes und forderndes Verhalten in Beziehungen, als hyperaktivierende Strategien, sind Ausdruck von unsicher-ambivalenten Bindungs-

⁹ Auf das in diesem Zusammenhang bedeutende Konzept der therapeutischen Allianz wird im folgenden Kapitel 6 eingegangen.

mustern. Deaktivierende Strategien, auf Distanzierung bedachtes Verhalten und Streben nach Autonomie in Stresssituationen, sind Ausdruck von unsicher-vermeidenden Bindungsmustern. Aus neurobiologischer Sicht werden bei steigendem emotionalen Arousal verschiedene Hirnregionen aktiviert. Bei geringem und mittlerem Arousal kommt überwiegend der präfrontale Cortex (kognitiver und reflexiver Bereich, für Verhaltenskontrolle zuständig) in der Problemlösung zum Tragen. Hoher Stress, ergo hoher Arousal, aktivieren posteriore und subkortikale Hirnbereiche, wie das limbische System (Schwerpunkt der Verarbeitung von Emotionen). Dieser Vorgang resultiert in der Reduzierung der reflexiven Fähigkeiten und Steigerung des automatischen Kampf- oder Fluchtverhaltens (vgl. Kirsch 2014: 34; Bateman / Fonagy 2015: 29f; 68f). Die Hirnentwicklung und entsprechend die Entwicklungsphasen des Menschen sind keineswegs auf diese determiniert. Hirnareale, die mit der Verarbeitung von Emotionen bedacht sind, bleiben das Leben lang erheblich formbar. Bindungsbeziehungen und professionelle Unterstützung können folglich die Entwicklung von Emotionen und deren Regulationsmechanismen lebenslang beeinflussen (vgl. Bateman / Fonagy 2008: 136).

Besonders sozialer Stress kann zu Schwierigkeiten führen den sozialen Kontext zu verstehen, als auch in voreiligem und schnellem Handeln enden, da die Gedanken und Emotionen anderer ausgeblendet werden. Die eingeschränkte Fähigkeit in sozialen Kontexten zu mentalisieren, ist ein Hinweis auf eine beschädigte Selbstorganisation. Mentalisierung, als Hervorbringung eines inneren Selbstanarrativs, steht in enger Verbindung mit dem bewussten Gefühl der Autonomie (vgl. Bateman / Fonagy 2015: 30). Bateman und Fonagy (ebd.) sprechen in diesem Zusammenhang von dem „Selbst als Urheber“, also das eigene Verhalten steuern und lenken zu können. Ist das Selbstanarrativ lückenhaft oder gar nicht vorhanden, resultieren daraus Unterbrechungen im Selbsterleben. Wird ein Mensch von seinen negativen Affekten überwältigt, ist es nicht mehr möglich sich als (bewusster) Urheber zu verstehen. In der Folge sehen Bateman und Fonagy (ebd.: 30f) eine auftretende Identitätsdiffusion, ein Gefühl der „Inauthentizität“ und Inkohärenz, beispielsweise gekennzeichnet durch ein Gefühl der Leere oder des Unvermögens, Verpflichtungen einzugehen. Eklatante Schwierigkeiten im sozialen Kontext sind das Resultat: Betroffene irritieren, verstören oder vertreiben Menschen, mit denen sie eine Beziehung eingehen wollen, sind zugleich aber nicht dazu fähig, ihre sozialen Probleme selbst zu lösen. Die interpersonellen Beziehungen werden geschwächt und die Kohärenz des Selbsterlebens gestört, damit einhergehend auch das Narrativ, welches nur durch passendes Mentalisieren entsteht (vgl. Bateman / Fonagy 2015: 31).

Derartige Vorgänge, die Beeinträchtigungen der Mentalisierungsfähigkeit eingeschlossen, sind Dispositionen der Psychopathologie und damit an Entstehung und Aufrechterhaltung von psychischen Störungen (z.B. Schizophrenie, Depression, Autismus) beteiligt (vgl. Bateman / Fonagy 2015: 31).

5.1.2 Affektregulation, Repräsentanz-Entwicklung

Die Entwicklung eines normalen Selbsterlebens ist an die Bedingung geknüpft, dass die emotionalen Signale des Säuglings zutreffend durch die Bezugsperson gespiegelt werden. Bateman und Fonagy (2015: 28) weisen jedoch darauf hin, dass eine Affektspiegelung, die zeitliche, räumliche und emotionale Wesensanteile aufweist, nicht ausreichend ist. Sie sprechen von einer notwendigen Markierung. Der Affekt des Kindes wird von der Bezugsperson aufgenommen und quasi „verdaut oder vorgekaut“ und in einer leicht übertriebenen und verzerrten Form wieder zurückgegeben. Auf diese Weise kann der Säugling verstehen, dass das, was er wahrnimmt, nicht die Emotionen der Bezugsperson sind, sondern durch die modifizierende Markierung, seinen eigenen psychischen Zustand widerspiegeln soll. Auf derartiger Grundlage kann ein Repräsentationssystem innerer Zustände entwickelt werden, in dem die Widerspiegelung der erlebten Repräsentanzen internalisiert wird. Das Ausbleiben der markierten Spiegelungen kann zur Folge haben, dass eine dysfunktionale Affektregulation gefördert wird, da die sekundären Repräsentanzen, des emotionalen Erregungszustandes, keine Stabilität entwickeln können. Diese Inkonsistenz hemmt die Kontrollfunktion und kann dazu führen, dass Affekte unvorhersehbar, unzusammenhängend in ihrer Stärke und Art, ohne Filterung, auftreten können. Die Entstehung der sekundären Repräsentanzen geht mit der Mentalisierungsfähigkeit einher, also innere Zustände zu benennen, ihre Bedeutung zu erkennen und die Emotionen, Ansichten und Intentionen anderer Menschen als nicht die eigenen zu identifizieren (vgl. ebd.). Versagt die Mentalisierungsfähigkeit, kann ein empfindlicher sozialer Nachteil daraus entstehen, also wenn Erlebnisse, die das Selbst nicht ertragen kann, nicht in einer Bindungssituation verarbeitet werden können. Kommt es zu keiner markierten Spiegelung durch die Bezugsperson, kann keine Repräsentanz des eigenen Erlebens entwickelt werden. Das Abbild (als unverarbeitete Reaktion) der Bezugsperson wird als Teil der eigenen Selbstrepräsentanz („fremdes Selbst“) internalisiert. Unerträgliche Erlebnisse, die nicht markiert gespiegelt wurden, lassen einen bestimmten Modus, also Sicht auf die Realität entstehen (vgl. ebd.: 55f). Auf derartige Modi, zur Verarbeitung und zum Umgang mit der inneren und äußeren Realität, wird im Folgenden eingegangen.

5.1.3 Wahrnehmungsmodi der Realität

Nachstehend werden verschiedene Wahrnehmungsmodi der Realität, wie sie wahrgenommen und gedeutet werden, dargestellt und begleitend dazu, wird auf die theoretische Ergiebigkeit für die Soziale Arbeit hingewiesen. Diese Modi entwickeln sich in bestimmten Phasen, gehen jedoch ein Leben lang ineinander über, wechseln sich ab oder treten in den Vorder- oder Hintergrund (vgl. Bolm 2015: 49).

Äquivalenzmodus

Im Äquivalenzmodus werden die mentale und äußere Realität gleichgesetzt. Gefühle und Gedanken können nicht von der äußeren Realität unterschieden werden, da eine kognitive Verarbeitung unter Bezugnahme des Selbstkonzepts nicht stattfindet. Daher werden Emotionen intensiv und schnell existenziell erlebt. Der daraus entstehende Stress führt geradewegs zu somatischen Reaktionen und diese umgehend zu einem emotionalen Ausdruck (vgl. ebd.: 50). Bei Kindern unter vier Jahren sind der Anschein und die Wirklichkeit ein und dasselbe. Das hat zur Folge, dass die Fantasie auslösenden Ängste als real empfunden werden und überwältigend sein können. Beispielsweise ist das imaginierte Gespenst unter dem Bett echt und die Angst davor real. Das Verständnis, dass mentale Zustände durch die Psyche generiert werden (z.B. bei Träumen und paranoiden Wahnvorstellungen), ist nicht vorhanden (vgl. Allen / Fonagy / Bateman 2011: 130).

Teleologischer Modus

Im teleologischen Modus wird von einer Handlung direkt auf die Absichten des Verursachers geschlossen. Hierbei zählen nur die unmittelbar erfahrenen Ergebnisse einer Handlung und sind ausschlaggebend für die Bewertung der Absichten in gut oder schlecht. In der teleologischen Deutung der Realität werden die Intentionen und Motivationen des Gegenübers nicht durch Worte, in einem kommunikativen Austausch, erfragt. In diesem Modus hängt die Realität von dem Ergebnis ab, sie erwächst nur aus dem, was real erlebt wird und nichts anderem (vgl. Bolm 2015: 51). Ein sich im teleologischen Modus befindliches Kind muss zur Beruhigung die Mutter direkt spüren, andernfalls wäre sie für das Kind nicht in der Nähe. Von außen betrachtet wirken Menschen in diesem Modus als manipulativ, kontrollierend und dominierend, obwohl diese Personen dies nicht unbedingt mit einer bewussten Absicht verfolgen. Demgegenüber sehen sich Menschen im teleologischen Modus der Schwierigkeit gegenüber, dass sie die mentalen Zustände anderer Menschen nicht erkennen können und daher auf deren wahrnehmbaren Handlungen angewiesen sind (vgl. ebd.: 52).

Als-ob-Modus

Die beiden vorherigen Modi können intensive emotionale Anspannungen und Ausdrücke nach sich ziehen, die innerhalb des Als-ob Modus eine andere Verarbeitungsweise erfahren. Dieser Modus bildet sich durch die fortgeschrittene kognitive Entwicklung im Kindesalter und macht ein Gedankenspiel, dass „so tun als ob“, möglich (vgl. Bolm 2015: 52). In dem Als-ob-Modus wird die Gleichsetzung von innerer und äußerer Welt voneinander getrennt, wodurch die physische Welt eine eigene darstellt, ebenso wie die imaginierte im Spiel des Kindes. Auf diese Weise sind die im Spiel vorgestellten Gedanken und Vorgänge ungefährlich. Negative Vorstellungen können, unter Anleitung einer Bezugsperson, durchgespielt werden. Das Kind kann so lernen, dass Ideen nur Ideen sind und sie nicht unmittelbar real werden müssen (vgl. Kirsch 2014: 24f). Im weiteren Verlauf kann auf diese Weise erlernt werden, dass die eigenen Wahrnehmungen und Vorstellungen sich von anderen unterscheiden und Ideen anderer auch Irrtümer sein können. Bei einem längeren Verbleiben im Als-ob-Modus, bei fehlender Integration von Emotionen, können sich Zustände der inneren Leere, Fantasielosigkeit und Dissoziationen einstellen (vgl. Bolm 2015: 52f).

Reflexiver (mentalisierender) Modus

Die dargestellten Modi sind für sich genommen und in ihrer Funktionsweise nicht ausreichend, um die Interpretation und Verarbeitung der inneren und äußeren Realität sowie ihrer Beziehung zueinander optimal gerecht zu werden. Beispielsweise ist der Modus der psychischen Äquivalenz zu real und der Als-ob-Modus zu stark von der Realität getrennt. Wird gelernt die Modi, innerhalb einer normalen Entwicklung, zu integrieren, ergibt sich der Reflexionsmodus bzw. die Mentalisierungsfähigkeit. Dass Gedanken und Gefühle nun als Repräsentationen wahrgenommen werden, bereitet die Möglichkeit zur Unterscheidung zwischen innerer und äußerer Realität. Begleitet von dem Bewusstsein, dass obwohl ein Zusammenhang besteht, sie dennoch unterschiedlich sind, können die Realitäten also weder gleichgesetzt noch voneinander getrennt werden (vgl. Bateman / Fonagy 2008: 123). Die Besonderheit, die in der Funktion der Repräsentanz liegt, ist die Fähigkeit zur Einnahme multipler Perspektiven. Das mentale „Spielen“, das Hineinversetzen in verschiedenen Sichtweisen, bezogen auf eine einzige interpersonelle Situation, macht es möglich sich auf die Realität zu beziehen, sich aber nicht an sie zu binden: „Vater fährt zu schnell, weil er rücksichtslos ist *oder* weil er sich beeilen will *oder* weil er frustriert ist“ (Allen / Fonagy / Bateman 2011: 131). Eine voll entwickelte Mentalisierungsfähigkeit weist neben dem Perspektivwechsel, auch ein implizites oder explizites Bewusstsein bzw.

eine Annahme über die Beziehung des Psychischen zur Realität aus. Die implizite oder explizite Erkenntnis lässt die Handlungen anderer Menschen durch ihre mentalen Zustände in einem situativen Kontext verstehbar werden (vgl. Allen / Fonagy / Bateman 2011: 132).

Explizites Mentalisieren ist ein bewusster, das heißt ein vorsätzlicher, langsamer, verbaler und reflexiver Vorgang. Eine unsichere Bindung stört die narrative Fähigkeit und kann auf eine Beeinträchtigung des expliziten Mentalisierens zurückgeführt werden. Erkennbar wird es durch ein Verharren auf einer unveränderlichen Geschichte, dass einen das Erlebte überwältigt, nicht aber in einer Geschichte formuliert werden kann, also kein Narrativ gefunden wird, dass es vermag, schwerwiegende Erlebnisse zu integrieren. Eine sichere Bindung dagegen verbessert die Bildung von Narrativen und ist der Genesung zuträglich (vgl. ebd.: 50). Bereits in Kapitel 4.1 konnte das Narrativ, die Erzählung des eigenen Lebens und die Bedeutung für die Identitätsbildung in Schwellen und Übergängen, mit dem Kohärenzgefühl und somit der Genese von Gesundheit und Krankheit in Verbindung gebracht werden.

In interpersonellen Situationen wird allerdings überwiegend implizit mentalisiert, das heißt automatisch, schnell und nicht reflexiv (vgl. ebd.: 51). Im Alltag ist daher oft das implizite Mentalisieren gefragt, da es erlaubt sich anzupassen und flexibel zu bleiben. Erst wenn es notwendig wird reflexiv und kontrollierend zu mentalisieren, wird in den expliziten Modus umgeschaltet. Anzumerken ist, dass die beiden Arten in unterschiedlichen Hirnregionen stattfinden, ähnlich der Aktivität bei der Verarbeitung von Stress (siehe Kapitel 5.1.1). Problematisch kann es daher sein, wenn nur implizit, zu simpel oder einseitig mentalisiert wird. Beispielsweise gehen sicher gebundene Menschen erst bei einem hohen emotionalen Arousal in den impliziten Modus über, können aber aufgrund ihrer Bindungsart und innerer Arbeitsmodelle, das Bindungssystem schnell wieder deaktivieren und in den expliziten Modus wechseln (vgl. Kirsch 2014: 34). Während bei Menschen mit einem desorganisierten Bindungsstil, bei dem sich deaktivierende und hyperaktivierende Strategien abwechseln können, die Rückkehr in den expliziten Modus länger dauert. Menschen mit narzisstischen und antisozialen Persönlichkeitsstörungen sind häufig dazu fähig mentale Prozesse kognitiv zu erfassen, können aber keine Verbindung zu den entsprechenden Emotionen aufbauen. Diese Störung der Mentalisierungsfähigkeit, das Hypermentalieren, ist nur schlecht von echter zu unterscheiden. Ein solches Narrativ entspricht dem Als-ob-Modus, da die reflexiven Gedanken nicht mit der Realität bzw. den Emotionen in Verbindung stehen. Menschen im teleologischen Modus (Gleichsetzung von beobachtbarem Verhalten, Gefühlen und Absichten) hingegen sind schnell überwältigt von dem impliziten Modus, da sie es nicht vermögen, inner-

halb der affektiv gesteuerten Mentalisierung, die emotionalen Erfahrungen mit kognitivem Wissen (und der Wahrnehmung des Außen) in einen Zusammenhang zu setzen (vgl. Kirsch 2014: 35f).

Demgemäß ist für die Klinische Sozialarbeit abzuleiten, dass ein erhebliches Verständnis darüber benötigt wird, welche Situationen einen intensiven emotionalen Arousel auslösen, und wie sie bio-psycho-sozial Ablauen können. In der psycho-sozialen Behandlung wird die implizite Mentalisierung beeinflusst und zu expliziter aufgefordert. In diesem Prozess kommt es zu einem Wechsel zwischen den verschiedenen Modi der Realitätswahrnehmung (Äquivalenzmodus, teleologische Modus, Als-ob-Modus). Der intersubjektive Kommunikationsverlauf zwischen Sozialarbeiter und Klient sollte als stressfrei gekennzeichnet sein, wenn Interventionen zu Mentalisierungsförderung greifen sollen. Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass ein zu nahes Beziehungsangebot, das Bindungssystem des Klienten aktivieren kann, was wiederum die Mentalisierungsfähigkeit einschränkt und zum Abruf von Abwehrstrategien („Kampf/Flucht“) führen könnte. Ein individuelles Nähe-Distanz-Verhältnis und eine aufmerksame, interessierte Haltung des Nachfragens kann hier zuträglicher sein, als schweigen und bei einer bestehenden Beziehungskonstellation zu verbleiben (vgl. Kirsch 2014: 36f). Nach Bolm ergeben sich folgende Punkte, die jeder mentalisierungsbasierten Intervention¹⁰, zur Förderung eben dieser, zugrunde liegen sollten:

- „1. Sicherheit vermitteln, hyperaktives Bindungssystem deaktivieren
- 2. Neugier vermitteln, Explorationssystem aktivieren
- 3. Austausch fördern, Explorationsprozess sichern
- 4. Kohärenzerleben und intersubjektive Realitätssicht fördern
- 5. Dialektischen Prozess eingehen zwischen hinreichendem Sicherheitserleben und Mut zur Konfrontation mit unbekannten oder belastenden Erfahrungen“ (Bolm 2015: 101)

Welcher der Realitätsmodi gerade im Vordergrund steht oder welche Schwierigkeiten daraus entstehen und zu behandeln sind, muss an den zu bewältigenden Aufgaben im Hier und Jetzt entschieden werden. Demgegenüber wirkt sich ebenfalls der protektive Faktor der sozialen Unterstützung auf die Wahl der verschiedenen Modi ein und wirkt belastungslindernd. Hieran zeigt sich die wechselwirkende Interdependenz der inter- und intrapersonellen Bezüge und die Fähigkeit des Mentalisierungskonzepts die beiden Aspekte zu verbinden (vgl. Bolm 2015: 54). Denn wer gut Mentalisieren kann, „[...] vergrößert intrapsychische Bewältigungsressourcen und verbessert die Chancen, sich ein interpersonelles Sicherheitsnetz zu knüpfen“ (ebd.).

¹⁰ Weitere Aspekte, die eine mentalisierungsfördernde Intervention beinhalten sollte, sind bei Kirsch (2014: 38) und Allen / Fonagy / Bateman (2011: 219) nachzulesen.

Die theoretische Grundlage bietet für die Klinische Sozialarbeit ein Konstrukt, das eingebettet in die Disziplin und Profession, methodisch zur Befähigung der Klienten angewendet werden kann (Abb. 5). Sie können befähigt werden sich ihrer inneren Welt, ihrer eigenen Geschichte und der Wechselbeziehung mit der Umwelt, also dem Kontakt mit anderen mentalen Prozessen, bewusst zu werden. Eine mentalisierende Betrachtung auf die Situationen, die einen Aufbau oder Aufrechterhaltung von Beziehungen erschwert oder verhindert, können neu gedeutet und funktionale Lösungsmöglichkeiten gefunden werden. Die Zunahme der Reflexionsfähigkeit könnte mit einer Steigerung der sozialen Kompetenz einhergehen. Darauf aufbauend kann sich der Klient ein besseres soziales Netz aufbauen, das ihn dann unterstützt und auffängt, wenn es zu Krisen und Umbrüchen in seiner Lebensgestaltung kommt.

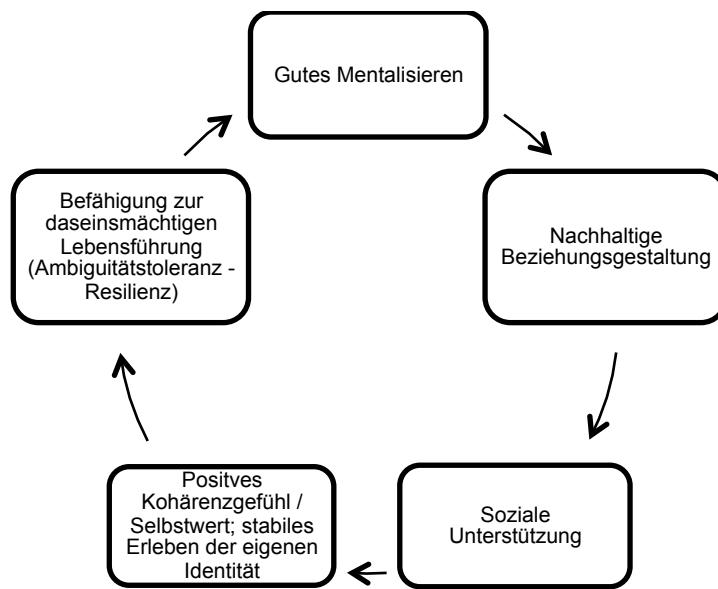


Abb. 5: Mentalisierung im Kreislauf der Befähigung (Eigene Darstellung)

5.2 Mentalisierung in der Sozialen Arbeit

Die Entwicklung der Realität des Menschen und der Mentalisierungsfähigkeit vollzieht sich von außen nach innen. Die interpersonellen Prozesse auf der sozialen Ebene werden in intrapersonelle Prozesse im Individuum übersetzt (vgl. Allen / Fonagy / Bateman 2011: 109). Internalisierte Bindungsstile und Repräsentanzen der Mutter-Kind-Dyade, mit ihrer außerordentlichen Bedeutung für die Mentalisierung, finden ihren Ausdrucksweg von der inneren Welt wieder ins interpersonelle Geschehen. In psychotherapeutischen Einzeltherapien werden die Bindungsbeziehun-

gen somit zum Ausgangspunkt der Veränderungen. Es ist nicht weiter verwunderlich, wenn Allen, Fonagy und Bateman (2011: 403) sich nicht auf diesen individual-psychologischen Rahmen beschränken und weitergehend ihren Ansatz auf Veränderungen des Familiensystems und Beziehungen der gesamten Umwelt des Klienten ausweiten. Schließlich verbessern die Beziehungen des sozialen Netzes die Mentalisierungsfähigkeit des Individuums und regen diese Funktion an. Von daher ist es nur konsequent weitergedacht, wenn die mentalisierungsbasierte Arbeit in die sozialen Systeme getragen wird und in diesem größeren sozialen Zusammenhang ihr Potential entfalten kann. Der Einfluss des Sozialen zeigt, dass Bindungsbeziehungen nicht nur individuell betrachtet werden können, was ganz dem sozialarbeiterischen Verständnis entspricht. Beispielsweise kann der soziale Austausch in nicht mentalisierenden sozialen Umwelten als teleologisch bezeichnet werden, wenn der soziale Einfluss nur durch Handlungen übermittelt und nicht in einem verbal-kommunikativen Prozess ausgehandelt wird. Die Ausschöpfung von Potentialen in einer nicht mentalisierenden sozialen Umwelt wird verhindert und die Ressourcen können nicht genutzt werden. Der Begegnung des Problems durch nicht mentalisierende Interventionen führt nicht etwa zu einer Dekonstruktion des Problems oder Lösung, es kann es noch verschärfen (vgl. ebd.: 422).

Dem Verständnis der multimodalen Vorgehensweise der Klinischen Sozialarbeit folgend, ist nochmals zu bestärken, „[...] dass die klinische und die soziale Perspektive nicht voneinander getrennt werden können [...]“ (ebd.: 423). Diese Aussage gewinnt, unter den normativ-ethischen Gesichtspunkten des Capability Approach mit seiner kombinativen Gesellschafts- und Subjektorientierung, bezüglich des Integrationsvermögens weiter an Bedeutung. Diese Nähe zur Sozialen Arbeit blieb nicht unbeachtet. Zumal Allen, Fonagy und Bateman (ebd.: 404ff) selbst zwei Projekte mit mentalisierenden Interventionen gegen Gewalt an mehreren Schulen durchgeführt haben. Psychische und physische Gewalt, ob in der Ausführung oder dem Erleiden, ist durch transgenerationale Abläufe bestimmt, wirkt traumatisierend und hängt mit reduzierter oder gar nicht stattfindender Mentalisierung zusammen. Ein Projekt hatte zum Ziel Schüler einer Highschool mittels Psychoedukation vor möglicher, traumatisierender Gewalt zu schützen. Ein weiteres wurde mit dem Schwerpunkt der Gewaltprävention an einer Grundschule durchgeführt. Bei beiden Projekten konnten signifikante Verbesserungen erreicht und durch empirische Studien überprüft und belegt werden. So konnte z.B. im ersten Projekt die Selbstregulationsfähigkeit der Jugendlichen verbessert werden, sodass sie in prägnanten Situationen sich selbst bewusster wahrnehmen und ihre eigene Biografie, sowie eigene Gewalterlebnisse besser einordnen konnten. Darüber konnten sie sich in entspre-

chenden Situationen deeskalierend verhalten. Im zweiten Projekt zeigte sich, durch einen Follow-up Studie, dass sich nicht nur das Aggressionspotential der Schüler gesenkt hatte, sondern dass sich auch die Noten deutlich verbessert hatten. Der Leistungsanstieg ging mit der Reduktion des störenden Verhaltens im Unterricht einher (vgl. Allen / Fonagy / Bateman 2011: 404ff).

5.2.1 Adaption in der internationalen Clinical Social Work

Während in den Gründungsjahren noch häufig auf die Clinical Social Work aus den USA Bezug genommen wurde, so haben nach Pauls (2015: 6) die deutsche und europäische Klinische Sozialarbeit, bis auf die historische Basis, ein eigenständiges Profil entwickelt. Gleichwohl muss die hiesige Klinische Sozialarbeit keine Scheuklappen tragen und darf durchaus einen interessierten Blick auf die Kollegen anderer Orts werfen. So wird in Lehr- und Grundlagenbüchern, wie von Kevin Corcoran und Albert R. Roberts (2015) auf die mentalisierungsbasierte Behandlung Bezug genommen. Eine tiefer gehende Auseinandersetzung nimmt Christine Fewell (2010: 113ff) vor. Sie stellt die Bedeutung der Bindungsbeziehung in mentalisierungsisierten Interventionen heraus, im Besonderen bei der Unterstützung von hard to reach Klienten. Bei allen positiven Effekten der Unterstützungsleistung, wie die Verbesserung der Selbstregulationsfähigkeiten bei psychischem Stress, die eine Integration des Konzepts in die Klinische Sozialarbeit hervorbringt, stellt sie auch fest, dass noch eine Menge Arbeit zu leisten ist. Vornehmlich das Verständnis betreffend, wie Ergebnisse der Bindungsforschung in klinische Interventionen umgesetzt werden können (vgl. ebd.: 124). In der Psychoanalytic Social Work wurde zwischen Randolph Luente (2009: 87ff) und Theresa Aiello (2009: 100ff) eine Fallbesprechung diskutiert. Zwar wurde in dem Fall der Fokus auf die Mentalisierung in der therapeutischen Beziehung bzw. auf den therapeutischen Prozess gelegt, allerdings ist die Analyse und Vorgehensweise auffallend psychotherapeutisch ausgelegt. Sicherlich ist dies ein legitimer Zugang oder auch gangbare Umsetzung des Mentalisierungsansatzes, doch dessen ungeachtet, und wie Pauls (2015: 6) bereits feststellte, haben die US-amerikanische und deutsche Klinische Sozialarbeit unterschiedliche Entwicklungslinien verfolgt. Das stark an die Psychotherapie angelehnte Profil widerspricht dem Selbstverständnis der deutschsprachigen Klinischen Sozialarbeit. Damit einhergehend gilt dies zugleich auch für die Integrationsbemühung des Mentalisierungsansatzes in den dieser Orts vorherrschenden theoretischen Rahmen, der Haltungen und Sichtweisen, der Methodik und Praxis der Sozialen Arbeit. Eine Integration kann daher nur in Abgrenzung zum amerikanischen Modell vollzo-

gen werden. Gerade auch, um unmissverständlich darzulegen, dass keine erneute Therapeutisierung der Sozialen Arbeit, durch eine willkürlich vorgenommene, eklektische Methodenintegration, angestrebt wird.

Eine dem europäischen Verständnis von Sozialer Arbeit näherliegende Umsetzung ist in der Adolescent Mentalization-Based Integrative Therapy (AMBIT) zu finden, die am Anna Freud Zentrum in London entwickelt wurde. Der teambasierte Ansatz hat die Mentalisierungsförderung der hard to reach Klienten und aller an der Behandlung beteiligten Personen zum Ziel. Im Gegensatz zu der eben angemahnten psychotherapeutischen Fokussierung ist AMBIT im Gemeinwesen und aufsuchend angelegt. Des Weiteren soll die Koordination der an dem Fall beteiligten unterschiedlichen Professionen verbessert werden. Oftmals stehen der Klient und sein Familiensystem im Mittelpunkt und werden von den Helfern umgeben. Durch fehlende Abstimmung, schlechte Kommunikation und beeinträchtigtes Mentalisieren aller Beteiligten, kann sich die Situation des Klienten verschlechtern oder er fühlt sich durch die vielen unterschiedlichen und unkoordinierten Helfer überwältigt. Deshalb bezieht der Ansatz einen Keyworker (z.B. ein Sozialarbeiter), der die unterschiedlichen Helfer untereinander abstimmt, mit ein. Der Keyworker wird zugleich auch der Hauptbezugspunkt zum Klientensystem (vgl. Bevington u.a. 2013: 46ff).

Es bleibt festzuhalten, dass Mentalisierung im internationalen Kontext in der Disziplin rezipiert und durch Interventionen in der Praxis adaptiert wird.

5.2.2 Rezeption in der deutschsprachigen Sozialen Arbeit

Im deutschsprachigen Raum ist eine systematische Auseinandersetzung mit dem Mentalisierungskonzept in der Sozialen Arbeit, bis auf die Monografie von Holger Kirsch (2014), bisher ausgeblieben. Wenngleich dort ein zielgerichteter Abgleich und eine Auseinandersetzung mit bestehenden sozialarbeiterischen Theorien und Methoden weitestgehend ausbleiben. Desgleichen ist Alexander Trost (2015) zu nennen, der Ansätze der Mentalisierung in die Klinische Sozialarbeit einführt, diese jedoch einem bindungsorientierten Schwerpunkt unterordnet.

Dabei betonen Bateman und Fonagy (2015: 274), dass die Eigenschaften, die für eine erfolgreiche Behandlung benötigt werden, nicht einer professionellen Gruppe vorbehalten sind. Ergänzend fügen sie hinzu, dass ihr Ansatz eine besondere Offenheit mitbringt, die es ermöglicht ihn in viele Bereiche und Settings der psycho-sozialen Behandlung zu integrieren - zumal nicht spezifische Behandlungstechniken fokussiert werden, sondern die Ergebnisse der Interventionen. Das ermöglicht den

Professionellen ihre bestehende Praxis zu modifizieren, anstatt schlicht ein neues Therapieverfahren zu erlernen (vgl. Bateman / Fonagy 2015: 270). Diese Sachlage spiegelt sich auch in der Fortbildungslandschaft wieder. Bei der deutschen AIDS-Hilfe (o.J.) und dem Institut für Traumabearbeitung und Weiterbildung (o.J.) sind Fort- und Weiterbildungen zum Mentalisierungskonzept zu finden, die explizit auch die Soziale Arbeit als Zielgruppe vorsehen. Zu Bedenken ist dabei jedoch, dass es sich um hochschulferne Fortbildungen handelt und sie dadurch nicht zwangsläufig in die Denk- und Verfahrensweise der Disziplin und Profession der Sozialen Arbeit eingepasst sind.

Das methodische Integrationspotential hat Kirsch (2014: 7ff) dazu veranlasst das Konzept auch für die Soziale Arbeit bekannt zu machen, gerade weil er auch die Zweckmäßigkeit für sozialarbeiterische Handlungsfelder sieht. Dabei hat er feststellen können, dass im deutschsprachigen Raum die überwiegende Anzahl der Veröffentlichungen sich auf psychotherapeutische Behandlungen bezieht, jedoch kaum welche auf sozialwissenschaftliche oder sozialarbeiterische Kontexte (vgl. ebd.: 59). Kirsch (ebd.: 56ff) versteht Mentalisierung als Bildungsprozess, der situationsspezifisch von Sozialarbeitern angewandt werden kann. Gerade weil mentalisierungsfördernde Interventionen, in und außerhalb von klinischen Settings, zum Tragen kommen können und die entwicklungsfördernde Wirkung zur seelischen Gesundheit und Resilienz beiträgt. Darauf aufbauend führte Kirsch (2014) mit Studenten des Masterstudiengangs Soziale Arbeit der Evangelischen Hochschule Darmstadt mehrere Praxisprojekte durch. Mentalisierende Interventionen wurden in Feldern der Erziehungsberatung, bei Erzieherinnen, der Gewaltpräventionen an Grundschulen, der Psychoedukation bei psychisch Kranken und zur Ermächtigung von mehrfachbehinderten Menschen erprobt.

Tanja Kalbfuss, Aydin Polat und Swantje Urbanek (2014: 115ff) haben für Patienten einer psychiatrischen Institutsambulanz eine mentalisierungsbasierte Psychoedukation angeboten. Ihre Konzeption hatte die Verbesserung der Selbstregulationsfähigkeit und der Beziehungsgestaltung zum Ziel. Indem die eigenen Emotionen besser wahrgenommen und andere Menschen besser verstanden werden, sollte in zukünftigen Stresssituationen auch anders reagiert werden. Übereinstimmend mit der Argumentationsrichtung dieser Ausarbeitung, entlehnten sie ihre professionelle Haltung dem Empowerment Ansatz und verstanden Mentalisierung als methodische Umsetzung bzw. als Mittel zur Befähigung der Klienten. Das Projekt umfasste sieben Treffen innerhalb von drei Monaten und war für chronisch psychisch kranke Menschen zugeschnitten. Deren mehrfache Benachteiligung ließ sich auf verschiedenste prekäre Lebensverhältnisse und auf ein sehr marginalisiertes soziales

Unterstützungssystem zurückführen. Selbstkritisch äußerten die Verantwortlichen, dass sie in der konkreten Umsetzung durchaus Schwierigkeiten hatten und es nicht einfach war, die Zielgruppe zur Teilnahme zu motivieren. Dennoch konnten sie Erfolge und Veränderungen bei den Klienten feststellen oder diese selbst konnten davon berichten. Resümierend ordnen sie das bindungstheoretische und mentalisierungsorientierte Vorgehen als bedeutendes Element in der sozialtherapeutischen Unterstützung ein (vgl. Kalbfuss / Polat / Urbanek 2014: 115ff).

Die kleinen, aber sichtbaren Erfolge eines solchen Pilotprojekts sind in ihrer Reichweite nicht überzubewerten, aber dennoch als Motivation zu verstehen, diese ersten Versuche aufzugreifen und theoretisch und praktisch weiterzuentwickeln. Denn zur Rechtfertigung der Notwendigkeit, der Verfahrensweise und zur fortschreitenden Professionalisierung der Praxis Sozialer Arbeit braucht es „[...] die gezielte und methodisch angeleitete Bewertung sowie [...] eine gezielte und reflektorisch begleitete Weiterentwicklung der »Güte« sozialarbeiterischer oder sozialpädagogischer Handlungsweisen [...]“ (Merchel 2015: 26) mittels eines Qualitätsmanagements. Abgesehen von einer systematischen Evaluation von Projekten, ist auch die Forderung nach einer qualitativen und quantitativen Erforschung der konkreten Wirkung mentalisierungsbasierter Interventionen innerhalb der Sozialen Arbeit zu stellen. Einerseits werden nach Joachim Merchel (ebd.: 17) die Umwelterwartungen zur Durchführung von Evaluationen immer intensiver und die Organisationen der Sozialen Arbeit können und sollten sich dem nicht verschließen. Sei es zur Legitimation von Projekten und Angeboten bei Kostenträgern oder Auftraggebern oder zur Außendarstellung der Organisation. Andererseits kann das gesicherte und überprüfte Vorgehen auch inneren Ansprüchen der Sozialen Arbeit zur Behauptung gegenüber anderen Professionen dienen. Soll die methodische Basis zur Selbstverständnisbildung herangezogen werden, so kann in deren Konsequenz eine gelingende und begründbare Integration von Ansätzen des Mentalisierungskonzepts, neben einer theoretischen Prüfung der Anschlussfähigkeit, letztlich nur durch empirische Fakten bestätigt werden. Infolgedessen können Sozialarbeiter ihren multiproblembelasteten Klienten Unterstützungsangebote unterbreiten, von denen sie selbst wissen, dass sie eine bestimmte Wirkung erzielen und zur Befähigung und Ressourcennutzung herangezogen werden können. Die Behauptung liegt nahe, dass dies ganz dem Interesse der Klienten entsprechen mag. Für den deutschsprachigen Raum bleibt festzuhalten, dass Mentalisierung im Kontext Sozialer Arbeit bisher nicht über eine zaghafte Rezeption hinausreicht. Erste Schritte zur theoretischen und praktischen Integration wurden gemacht und weitere sollten folgen.

6. Überlegungen zur Integrationsmöglichkeit

An dieser Stelle sollen weitere Gedanken zur theoretischen Anschlussfähigkeit sowie ertragreiche Faktoren für die Klinische Sozialarbeit vorgestellt werden. Sie sind als weitere Überlegungen zu bezeichnen, da bereits bei der Vorstellung des Mentalisierungskonzepts, im vorherigen Kapitel, die theoretische Kompatibilität und die methodische Anwendungsmöglichkeit herausgearbeitet wurden.

Das bio-psycho-soziale Modell

Das theoretische Grundgerüst des Mentalisierungsansatzes greift, wie aufgezeigt wurde, auf Erkenntnisse verschiedener Disziplinen zurück, beispielsweise auf die Psychotherapieforschung, Bindungstheorie und auf die Neurobiologie. Die Eingliederung der verschiedenen Disziplinen stellt dabei nicht nur das Erklärungswissen zur theoretischen Fundierung. Die wechselseitigen Beziehungen werden durch die Abläufe im Mentalisierungsprozess deutlich, bei dem neurologische, neurophysiologische, somatische, psychologische und sozial-ökologische Dimensionen ineinander verwoben sind. Sie bedingen sich gegenseitig und Auswirkungen auf der einen Ebene haben Folgen auf einer anderen Ebene, sie sind bio-psycho-sozial verbunden. Auf der Hand liegt die Analogie zum bio-psycho-sozialen Modell von Gesundheit und Krankheit, auf das sich die Klinische Sozialarbeit beruft bzw. unter Zuhilfenahme dieses Modells versucht die bio-psycho-sozialen Verknüpfungen der psycho-sozialen Behandlung zu begründen.

Die Klinische Sozialarbeit, als eine sich entwickelnde Fachdisziplin der Sozialen Arbeit, mit ihrer Veränderungsabsicht zur Passung von Individuen im Kontext von Umwelt- und Lebensbedingungen, geht eng mit dem bio-psycho-sozialen Modell zusammen (vgl. Gahleitner u.a. 2014: 16ff). An den Herausforderungen der Professionalisierung und Weiterentwicklung der Klinischen Sozialarbeit muss sich daher auch das bio-psycho-soziale Modell messen lassen. So fordern Silke Gahleitner, Anna Lena Rademaker und Gernot Hahn (2015: 11), dass das Modell sich nur als wissenschaftstheoretisches Leitbild oder sogar als handlungsleitendes Paradigma bewähren kann, wenn es einen integrierenden Rahmen für die biologischen, psychologischen und sozialen Dimensionen und für die Theorie und Praxis ein schlüssiges Gesamtkonstrukt anbieten kann. Die Integrationsfähigkeit der verschiedenen Ebenen des Mentalisierungsansatzes kann als Bindeglied zum bio-psycho-sozialen Modell gesehen werden und bestärkt daher die Anschlussfähigkeit an die disziplinären Bedürfnisse und Anforderungen der Klinischen Sozialarbeit. Darüber hinaus könnte der Ansatz, durch die Offenheit gegenüber Theorien, neuen Forschungser-

kenntnissen und der empirischen Überprüfung der eigenen Postulate (vgl. Bateman / Fonagy 2015: 13; Kirsch 2014: 13), einen wertvollen Beitrag zur wissenschaftlichen Fundierung des bio-psycho-sozialen Modells leisten.

Die Person-in-Environment-Perspektive

Der mehrdimensionale sozialarbeiterische Blick, dem das bio-psycho-soziale Modell zugrunde liegt, richtet sich auf die Situation, in der sich ein Mensch befindet. Die Situation umfasst das Verhalten und Erleben des Menschen in seiner Gesamtheit, respektive der nicht bewussten oder vorbewussten psychischen Vorgänge. Der psychosoziale Blick auf die Situation schließt die materiellen Aspekte ebenso mit ein, wie die soziale Umwelt inklusive der vielen unterschiedlichen subjektiven Wahrnehmungen von ihr. Die psycho-sozialen Probleme, die einer Behandlung bedürfen, sind individueller, sozialer und umgebungsstruktureller Natur, wobei die einzelnen Teile als auch das Gesamte ineinander verwoben sind. Einzelne Elemente offenbaren ihren Sinnzusammenhang bei der Betrachtung des Ganzen. Das Interesse der Sozialen Arbeit, den Zusammenhang und den Rahmen interpersoneller Beziehungen zu verstehen, wird erst durch die Betrachtung der Person in der Situation verständlich, denn das Verhalten einer Person ist maßgeblich durch seine Interpretation der Situation, also der Verarbeitung der Umgebungsreize, bestimmt. Die strukturelle Kopplung von Individuum, sozialer und physikalischer Umwelt greift das transaktionale Person-in-Environment Konzept auf. Die Klinische Sozialarbeit bezieht sich auf diese interaktionistische Konzeption, um den Fragen nach den Beschreibungen, Wahrnehmungen und der Verarbeitung von der Person in der Situation nachzugehen (vgl. Ningel 2011: 50f; Pauls 2013: 70). Bereits die Hinführung zur Person-in-Environment-Perspektive entspricht einem mentalisierenden Verständnis, einer inter- und intrapersonellen Verbindung und zeigt in diesem Sinne die Anschlussfähigkeit an ein weiteres Konstrukt, dass von der Klinischen Sozialarbeit herangezogen wird, auf.

Das Person-in-Environment oder auch Person-in-Situation Konzept fokussiert folgende Ansätze der strukturellen Kopplung. Bezogen auf die individuellen Bedürfnisse und Motivationen beinhaltet ein Ansatz der Betrachtung die subjektiven Wahrnehmungen, Interpretationen und Verhaltensschemata. Überdies fällt auch die körperliche Dimension in den Blickwinkel, einschließlich des subjektiven Empfindens und den sozialen Austausch darüber. Darüber hinaus sind materielle und objektive Bedingungen (gesellschaftliche Strukturen, Institutionen, Unterstützungssysteme) ebenso Teil der Person-in-der-Situation, die ferner auf die sich daraus ergebenden Chancengleichheiten und soziale Ungerechtigkeiten überprüft werden (vgl. ebd.).

Die Wechselwirkungen der verschiedenen Ebenen werden zum Ausgangspunkt der Disziplin und Profession, woraus Ningel (2011: 52) und Pauls (2013: 71) übereinstimmend die Forderung für die Handlungslehre der Klinischen Sozialarbeit ableiten, Interventionen und Methoden zu entwickeln, die an diesen Schnittstellen ansetzen. Im Ergebnis spannt die Betrachtung der Person-in-Environment-Konzeption, ähnlich der Handlungstheorie des Capability Approach, den Bogen von individuellen zu gesellschaftlichen Bedingungen, woraus der Anspruch erfolgt, möglichst viele Einflussfaktoren aller Ebenen der menschlichen Existenz zu berücksichtigen. Die nachfolgend aufgeführten Ansatzpunkte klinisch sozialarbeiterischer Interventionen sind herauszustellen, da gerade mentalisierungsbasierte Interventionen ihre Indikation und Wirkung auf dieser Ebene erbringen können:

„die sozialen Beziehungen mit ihren Kommunikationsmustern und Interpretationen im Rahmen von Interaktionsstrukturen, interindividuellen Bindungen, sozialen Beziehungsnetzen und Unterstützungssystemen im Rahmen des gesellschaftlichen Kontextes, die in der Lebensbewältigungs- und Entwicklungsaufgabenperspektive (Coping) die wichtige Funktion der sozialen Unterstützung haben“ (Pauls 2013: 71).

Mit dem theoretischen Erklärungswissen bringt der Mentalisierungsansatz die Bedingungen mit, um den von Ningel und Pauls geforderten Ansatzpunkt methodisch, im klinisch sozialarbeiterischen Kontext, behandelbar zu machen. Diesbezüglich spricht sich Ningel (2011: 53), um dem komplexen Sachverhalt des Gegenstandsbereichs gerecht zu werden, für eine „Methodenvielfalt auf der Grundlage eines hinreichend kohärenten integrativen Handlungskonzepts“ aus. Nach Ansicht des Autors schließt diese Forderung Mentalisierung mit ein.

Die Wirkfaktoren und therapeutische Allianz

In Kapitel 5.2.2 wurde die Bedeutung der Wirkung mentalisierungsbasierter Interventionen herausgestellt und mit Bezug zu Bateman und Fonagy der Stellenwert des Ergebnisses im Vergleich zu den spezifischen Techniken hervorgehoben. Zwar stehen noch explizite Untersuchungen zu den Wirkfaktoren der Sozialen Arbeit aus, aber nach Beushausen (2014: 23ff) sind die von Grawe untersuchten allgemeinen Wirkfaktoren, auf die psycho-sozialen Interventionen der Klinischen Sozialarbeit zu übertragen. Gassmann und Grawe (2009: 101) schreiben 40 % der schulenübergreifenden therapeutischen Wirkfaktoren der Ressourcenaktivierung zu. Der nächstgrößere Teil fällt mit 30 % auf die Qualität der therapeutischen Beziehung (Allianz). Erwartungs- und Placeboeffekte beanspruchen 15 %. Die ausbleibenden Anteile für die problemorientierten therapeutischen Techniken betragen nur lediglich 15 %. Gassmann und Grawe (ebd.) ziehen aus dem geringen Anteil der spezifischen, auf das Problem angepassten Techniken und Interventionen, dass sie nur einen unwesentlichen Anteil an der Wirkung einer psycho-sozialen Behandlung ha-

ben. Damit relativiert sich deren Einfluss auf einen erfolgreichen Unterstützungsprozess. Der Mentalisierungsansatz stimmt mit diesen Erkenntnissen überein, wenn er den Stellenwert der Ergebnisse mehr Priorität zuweist, als der formalen Anwendung spezieller Techniken. Im Kontext der Integrationsbestrebungen ist der Ertrag der Mentalisierung nicht hauptsächlich in strikten therapeutischen Abläufen zu suchen, insbesondere da wie bereits erwähnt wurde, die mentalisierungsbasierten Elemente in die jeweilige bestehende Vorgehensweise integriert werden können. Es kann von daher nicht von einer Verfremdung sozialarbeiterischer Inhalte gesprochen werden. Mit 40 % weitaus wichtiger und dem Charakter der Klinischen Sozialarbeit entsprechend, erweist sich die Ressourcenaktivierung und die damit einhergehende Befähigung des Klienten. Kapitel 5 insbesondere der Abbildung 5 ist der gewinnbringende Beitrag der Mentalisierung zur Ressourcengenerierung und Aktivierung zu entnehmen, wobei die Fähigkeit zur inter- und intrapersonellen Verbindung, inklusive der innerpsychischen Ressourcensteigerung und der dadurch ermöglichten Nutzung der protektiven und heilsamen Wirkung der sozialen Unterstützung zu unterstreichen ist. Weiterhin ist dem Arbeitsbündnis, durch seinen Wirkungsanteil von 30 %, eine hohe Relevanz beizumessen. Der Ertrag der Mentalisierung liegt in dem Potential begründet, eigene und fremde mentale Zustände zu ergründen und seine Handlungen daran anzupassen. In dessen Folge kann sich die Beziehungsfähigkeit verbessern (siehe Kapitel 5.1). Die Befähigung zum Aufbau und Aufrechterhaltung von sozialen Beziehungen, respektive die Qualitätssteigerung dieser, bezieht sich nicht nur auf die Kontakte vom Klienten zu seinem sozialen System, sondern explizit auch auf die Arbeitsbeziehung zwischen Klient und Sozialarbeiter. Nicht zuletzt, da das mentalisierende Vorgehen des Sozialarbeiters die Mentalisierungsfunktion des Klienten anregt. Die Etablierung eines stabilen und sicheren Arbeitsbündnisses kann durch den Einbezug der Mentalisierung erheblich verbessert werden. Im Zusammenspiel der therapeutischen Allianz mit dem Beitrag zur Ressourcenaktivierung, ist der Nutzen des Ansatzes, für einen erfolgreichen und zielführenden Ausgang einer psycho-sozialen Behandlung, als außerordentlich ergiebig einzuschätzen.

Als diese Behauptung stützend erweist sich eine Studie, bei der gezeigt werden konnte, dass die reflexive Kompetenz von Psychotherapie-Ausbildungskandidaten durch ein mentalisierungsbasiertes Training, im Vergleich zu einem reinen didaktischen Training, erheblich verbessert werden konnte. Die Fähigkeit zu Mentalisieren wird verbessert, wenn diese Kompetenz bereits zu Beginn der Ausbildung vermittelt wird (vgl. Kirsch 2014: 37f). Demzufolge können Therapeuten und Berater eine bessere therapeutische Allianz aufbauen und Ergebnisse erzielen, wenn sie gelernt

haben ihre eigenen mentalen Zustände und die ihrer Klienten besser zu explorieren und zu verstehen (vgl. Kirsch 2014: 37f). Diesen Zusammenhängen nachkommend, muss die Forderung an die Ausbildungsverantwortlichen gestellt werden, frühzeitig Mentalisierung in der Lehre der Sozialen Arbeit zu thematisieren.

Die Bindungsorientierung der Sozialen Arbeit als Anknüpfungspunkt

Aufgrund der Nähe des Mentalisierungsansatzes zur Bindungstheorie müsste die Integration in die Lehre, einschließlich Disziplin und Praxis, keine größere Hürde nehmen. Zumal die Bindungsorientierung zunehmend an Bedeutung in der Sozialen Arbeit gewinnt und bisher schon einen hohen Stellenwert besitzt. Beispielsweise überträgt Karl Heinz Brisch (2014) die Bindungstheorie, respektive neurobiologischer Erkenntnisse, auf die Soziale Arbeit und zeigt Handlungsaspekte für eine bindungsorientierte Soziale Arbeit auf. Die hier vorgestellten theoretischen Grundlagen werden auch in der Akzentuierung der Bindungstheorie hervorgehoben. Bindungsstörungen und dysfunktionale Selbst- und Objektrepräsentanzen beeinflussen die Wahrnehmung und die Handlungen der Klienten. Nebenstehend ist daher auch der Appell an den Sozialarbeiter bekannt, dass er sich der wechselseitigen Beeinflussung und den Übertragungsmustern in der Beziehung zum Klienten bewusst sein sollte. Die Etablierung einer sicheren Bindung ist daher ebenso wichtig wie die Berücksichtigung der Nähe-Distanz-Wünsche bei aktivierten oder deaktiviertem Bindungssystem (vgl. ebd.: 24f). Die hier nur in Grundzügen dargestellte Übereinstimmung veranlasst Brisch (ebd.: 36) sein Anliegen zu formulieren, dass Sozialarbeiter weiter in diesen Kompetenzen geschult werden sollten, um ihre sichere Bindungsrepräsentationen als Ressource zur Autonomie- und Entwicklungsförderung für sich selbst und darüber auch für die Klienten zu nutzen. Brisch (ebd.) bezieht sich auf die Empathie- und Beziehungsfähigkeit, doch wie herausgearbeitet werden konnte, ist in diesem Wirkungszusammenhang die ausschlaggebende Dimension der Mentalisierungsfunktion hinzuzurechnen. Auf der Basis der erfolgenden Adaption der Bindungstheorie in die Soziale Arbeit, bietet sich eine passende Anschlussstelle für die Eingliederung der Mentalisierung. Die gewinnbringenden Faktoren und zuvor dargelegte Fakten werden folgend in einen Zusammenhang gestellt.

Wenn sich der Sozialarbeiter an den Zielen und Ressourcen des Klienten orientiert, steigt die Wahrscheinlichkeit, dass dieser sich angenommen und kompetent beraten und behandelt fühlt. Daraus entsteht die Grundlage für eine gute therapeutische Allianz, die wiederum maßgeblich für ein gutes Ergebnis der psycho-sozialen Behandlung ist (vgl. Gassmann / Grawe 2009: 102). Unter einer salutogenetischen Denkweise ist für die gesundheitsfördernde Klinische Sozialarbeit von Bedeutung,

dass die Kompetenz zur Selbstreflexion, also die Mentalisierungsfunktion, als resilenter Faktor zu verstehen ist, denn diese Fähigkeit hemmt die transgenerationale Weitergabe von unsicheren Bindungsmustern (vgl. Kirsch 2014: 42). Studien über die Verbindung von Mentalisieren, Bindung, Stressregulation zeigten positive Ergebnisse in der Behandlung von Depressionen. Daraus konnte abgeleitet werden, dass die Resilienz gegenüber Krisensituationen, durch interpersonelle Erlebnisse, darunter fällt auch die therapeutische Allianz, wesentlich gesteigert werden konnte, im Gegensatz zu einer reinen medikamentösen Behandlung (vgl. Bateman / Fonagy 2015: 448). Bindungs- und Reflexionsförderung findet im selben Zug statt. Gahleitner (2014: 56ff) führt in der professionellen Beziehungsgestaltung der Klinischen Sozialarbeit die individuellen, biopsychosozialen Kompetenzen mit den ökonomischen und sozial-ökologischen Ressourcen im Kontext der sozialen Unterstützung zusammen. Ihren Gedanken folgend wird die Bedeutung der Bindung ersichtlich, wenn sie die Bindungs- und Beziehungsarbeit nicht nur als wichtigen Faktor beschreibt, sondern als Variable, die jeden Bereich im sozialarbeiterischen Kontakt durchdringt (vgl. ebd.: 65). Demzufolge ist im Rahmen der Professionalisierungsbemühungen und einer adäquaten Integration neuer Konzepte, nicht bei einem Bewusstsein über die dargelegten Zusammenhänge zu verbleiben. Innerhalb der psychosozialen Diagnostik sind auch Bindungs- und Mentalisierungsqualitäten zu erfassen, um darauf aufbauend entsprechende Interventionen einleiten bzw. die Beziehung besser gestalten zu können. Ein bindungsorientierter Blick und die Bindungstheorie als Grundlage können nur zu einer treffenderen Einschätzung der Beziehungsdynamik, höherem Verständnis für den Klienten, als auch zu einer effektiven Herangehensweise, insbesondere der Auswahl der Unterstützungsleistungen, führen so Trost (2015: 53), wenn sie auf einer Beziehungs- und Situationsdiagnostik basiert. Zur Einschätzung der Bindungsqualitäten und der zu erwartenden Arbeitsbeziehung schlägt Trost (ebd.) den Bielefelder Fragebogen zu Partnerschaftserwartungen (BFPE) und das Adult Attachement Interview (AAI) für die Klinische Sozialarbeit vor. Bateman und Fonagy (2015: 85f) greifen zur Erfassung der Mentalisierungsfähigkeit auf das AAI zurück, um über einer Reflective Functioning Scale das Mentalisieren differenzierter analysieren zu können.

Pauls bezeichnet Klinische Sozialarbeiter als wissenschaftliche Praktiker und verweist auf, „[...] die Fähigkeit, nach wissenschaftlichen Kriterien entwickelte und begründete Methoden (in Diagnostik und Intervention) anzuwenden [...]“ als auch „[...] die Fähigkeit, empirische Forschungsergebnisse auf die praktische Arbeit zu beziehen“ (Pauls 2013: 26). Vor dem Hintergrund der Soziogenese von Störungen und Krisen und der Bewältigung durch sozialprofessionelle Unterstützung ist, nach Pauls

(2013: 25), die Klinische Sozialarbeit auf die pragmatische Integration von Wissensbeständen der Bezugswissenschaften und auf eigene Forschung angewiesen. Die wissenschaftlichen Praktiker sehen sich der Herausforderung gegenüber, aus dem eigenen Praxiskontext heraus zu entscheiden, welche Methode aus der Sozialen Arbeit oder ihren Bezugsdisziplinen herangezogen werden kann. Die Komplexität der psycho-sozialen Behandlung erschwert die Wahl der „passendsten“ Intervention, zumal sich nicht an normierten Verfahrensweisen orientiert werden kann und die sozialarbeiterischen Handlungslogiken gewahrt werden müssen (vgl. ebd.: 28). Neben einer fachlichen und persönlichen Kompetenz wird vom wissenschaftlichen Praktiker auch eine ethische Fundierung¹¹ erwartet. Die Kompetenzanforderungen von Pauls sind Kriterien zur Fundierung der eigenen Praxis und gelten als Maßstab zur Legitimierung und Weiterentwicklung der Fachdisziplin. In der Studie zum subjektiven Kompetenzerwerb von Absolventen eines klinischen Masterstudiengangs von Bräutigam, Deimel und Dreweskracht (2015: 12ff) konnte ein Mehrwert von diesen, insbesondere zur Methodenintegration benötigten, wissenschaftlichen Qualifikationen nachgewiesen werden. Im Speziellen sind die Kompetenzen zu nennen: wissenschaftliche Ergebnisse/Konzepte praktisch umsetzen, die Herstellung von Begründungs- und Reflexionszusammenhängen und die gesteigerte Kompetenz zur Evaluation und empirischer Forschungsmethodik.

6.1 Alles eine Frage der Haltung?

Der Absicht folgend, das Mentalisierungskonzept in die Klinische Sozialarbeit zu integrieren, lässt Fragen aufkommen wie, welche Elemente übernommen werden sollten oder ob sie kompatibel zu denen der Sozialen Arbeit sind. Der anfängliche Diskurs hat die Befürchtung offenbart, es könnten bei einer nicht hinreichend modifizierten Integration therapeutischer Komponenten, beispielsweise Haltungen, übernommen werden, die den Grundprinzipien der Sozialen Arbeit widersprechen oder ihrer originären Identität zuwiderlaufen. Kritiker könnten hellhörig werden, wenn es sich nun um ein der Psychoanalyse nahestehendes Konzept handelt. Deutungen von Bewusstem, Unbewusstem und Vorbewusstem sind einer der Kernpunkte der Analyse. Derartige Deutungen, auch wenn sie in der psychoanalytischen Gemeinschaft zunehmend kritisch gesehen werden, weisen eine Asymmetrie zwischen Therapeut und Klient auf. Auf der einen Seite der Wissende und auf der anderen Seite der Nicht-Wissende, der sich dem Experten unterordnen muss (vgl. Schultz-

¹¹ Zur ethischen Fundierung können beispielsweise die berufsethischen Bestimmungen und die Definition der Sozialen Arbeit vom DBSH und die ethischen Prinzipien des Capability Approach gezählt werden.

Venrath 2015: 52f). Als Kritiker dieser Konstellation wurde im Diskurs auf Galuske (S.14) hingewiesen, der auf diese Machtasymmetrie und die unterschiedliche Haltung aufmerksam macht (z.B. die Passivität des Schweigens, anstatt eines intersubjektiven Austausches), welche einem sozialarbeiterischen Handeln entgegenstehen würde. Innerhalb des Diskurses der Psychoanalyse werden Deutungen zunehmend in ihrem anscheinendem objektiven Wahrheitsgehalt hinterfragt. Deutungen sind Konstruktionen, Hypothesen und nur dann sinnvoll, wenn sie zur inneren Welt des Klienten passen, von ihm angenommen und verarbeitet werden können. Doch auch eine Annahme der Hypothese vom Klienten kann nicht als Beweis gelten, dass der Therapeut richtig liegt. Aufgrund des asymmetrischen Verhältnisses kann es leichter fallen, dem Experten zuzustimmen. Weiterhin wird hinterfragt, warum eine lange Analyse besser sein sollte, als eine kurze oder warum Schweigen und Zuhören sinnvoller sein sollten als ein kommunikativer Austausch (vgl. Schultz-Venrath 2015: 58). Diese Kritik aufgreifend, grenzt sich die Mentalisierung von dem klassischen psychoanalytischen Prozess ab. Mentalisierung ist ein hochgradig interaktiver Prozess, der zudem im Hier und Jetzt stattfindet und nicht den Fokus auf die Aufarbeitung und das Durchleben erfahrener Erlebnisinhalte zum Ziel hat. Gerade in der Arbeit mit Menschen, die unsicher in ihrer Mentalisierung sind, ist langes Schweigen und freies Assoziieren, als auch fantasierendes Ausschweifen zu vermeiden (vgl. Allen / Fonagy / Bateman 2011: 273). Konträr zu festen Deutungen, steht in der Mentalisierung die Exploration vor der Einsicht, der Prozess vor dem Inhalt und den Haltungen der Sozialen Arbeit ähnlich, geht Intersubjektivität vor Objektivität (vgl. Bolm 2015: 103).

Es wurde bereits darauf hingewiesen, dass die mentalisierende Haltung des Professionellen das Mentalisieren des Klienten anregt. Denn die Störung dieser liegt nicht darin begründet, dass diese Grundfähigkeit fehlt, sondern sie verschüttet oder nicht trainiert ist oder anders formuliert: „[...] Mentalisieren bringt Mentalisieren hervor und ermöglicht ein gesünderes psychisches funktionieren“ (Bateman / Fonagy 2015: 14). Paradigmatisch wendet sich die Mentalisierung von der klassischen Psychoanalyse ab und weist ein außerordentlich starkes Profil des intersubjektiven Austausches auf. Allen, Fonagy und Bateman (2011: 402) bezeichnen die mentalisierende Haltung auch als Haltung des Nicht-Wissens¹². Es ist eine forschende Haltung der Offenheit und Neugier darüber etwas zu erfahren, was die Psyche des anderen bewegt. Diese Haltung erfordert die Toleranz gegenüber Mehrdeutigkeiten (Ambiguitätstoleranz), bei der nicht vorne ansteht, schnelle Antworten zu generieren. Denn

¹² Die Haltung des Nicht-Wissens wird neben Allen / Fonagy / Bateman (2011: 219; 240; 432) Bateman / Fonagy (2015: 168f; 169; 319ff) ebenfalls von folgenden Autoren aufgegriffen Kirsch (2014: 38; 84), Bolm (2015: 47; 103) und Schultz-Venrath (2015: 162; 222).

Hypothesen sind nur Annahmen und Deutungen müssen nicht der Wahrheit entsprechen. Mentalisieren bedeutet das Nicht-Wissen auszuhalten, offen und unvoreingenommen den vielen Möglichkeiten zu begegnen und sich bewusst zu sein, dass es der Wahrheit letzter Schluss wohl nicht geben kann (vgl. Allen / Fonagy / Bateman 2011: 402). Diese offenkundigen Parallelen, zu Ansichten und Haltungen der Sozialen Arbeit, bestärken die Anschlussfähigkeit des Mentalisierungskonzepts. Eine Haltung des Nichtwissens und deren Bedeutung für die Soziale Arbeit wird desgleichen von Heiko Kleve (2011), unter dem Paradigma der professionellen Lösungsabstinenz, beschrieben.

Er definiert das Nichtwissen als eine sozialarbeiterische Haltung, die das professionelle Handeln, unter der Maxime der Hilfe zur Selbsthilfe, erfolgreicher werden lassen kann. Das Nichtwissen als Haltung bezieht sich auf den Lösungsfindungsprozess der Klienten. Sie sollte von den Sozialarbeitern eingenommen werden, damit die Klienten, die zu ihrer eigenen Lebenswelt passenden Lösungen finden und umsetzen können (vgl. Kleve 2011: 340). Kleve (ebd.: 341) stellt seine Herleitung in einen gesellschaftlichen Kontext: In unserer Wissensgesellschaft wird stetig neues Wissen produziert, woraus die Prämisse an die Lebensgestaltung gestellt wird, sich Wissen aneignen und einsetzen zu können. Die moderne Gesellschaft ist davon getrieben neues Wissen zu erlangen, doch die Zunahme von Wissen lässt gleichzeitig Wissenslücken, das Nichtwissen entstehen. Die von der Wissenschaft produzierten Erkenntnisse zeigen zudem auf, worüber noch kein Wissen besteht, was noch zu wissen möglichen ist. Wobei eine Letztbeobachtung, die zu einem absoluten, allumfassenden Wissen führen würde, eine Unmöglichkeit darstellt. So erwachsen aus dem ansteigenden Wissen viele Möglichkeiten, aber auch viele Unsicherheiten. Scheinbar feststehende Erkenntnisse der Wissensgesellschaft können schon bald darauf revidiert werden und das Nichtwissen tritt hervor. Die Unsicherheiten, die nicht planbaren, nicht abzusehenden Folgen von Entscheidungen, der Wissensgesellschaft lassen sie zu einer Risikogesellschaft werden (vgl. ebd.). Die daraus entstehenden Ambivalenzen, zwischen Individualisierung und Pluralisierung der Lebenswelten, zeichnen sich in allen Lebensbereichen ab, ob privat, beruflich in der Freizeit, alles unterliegt einem stetigen Wandel (siehe Kapitel 4.1). Für Kleve (ebd.: 342) lässt sich aus den vielfältigen Lebenswelten, mit ihren eigenen Werten und Normen, sowie den subjektiven Deutungen der Wirklichkeiten im komplexen Zusammenspiel zwischenmenschlicher Beziehungen, kein absolutes und endgültiges Wissen für die Soziale Arbeit ableiten, was für die Lösung der Probleme ihrer Klienten genutzt werden könnte. Die divergierenden Lebenswelten lassen ein absolutes Wissen unmöglich erscheinen und erfordern das Nichtwissen und damit einen

kommunikativen Prozess, der aufklärt, über die Nöte, Belange und das, was die Klienten der Sozialen Arbeit wollen. Die Soziale Arbeit kann keine vorgefertigten Lösungen und Ratschläge anbieten, aber sie kann, über ihr methodisches Handeln, einen kommunikativen Prozess anleiten, in dem der Klient zu Lösungen kommt, die er in seiner eigenen Lebenswelt auch realisieren kann. Natürlich verfügen Sozialarbeiter über ein reichhaltiges Expertenwissen, wie z.B. über Methoden, Techniken, Problemlagen und ihrer Dynamiken. Bereits in vielen Methoden, die in der Sozialen Arbeit genutzt werden und anerkannt sind, beispielsweise in der klientenzentrierten Gesprächsführung oder lösungsorientierten Verfahrensweisen aus der Systemischen Therapie und Beratung, wird sinngemäß eine Haltung des Nichtwissens eingenommen (vgl. Kleve 2011: 343ff).

Die professionelle Haltung des Nichtwissens reguliert das Expertenwissen des Sozialarbeiters. Die Einnahme dieser Haltung kann als sokratisches¹³ Eingeständnis verstanden werden, indem der Sozialarbeiter sich eingestehst, dass er weiß, dass er über die Innere- und Lebenswelt seiner Klienten nichts weiß. Fraglos sollte sein Wissen darin bestehen, eine professionelle Beziehung aufzubauen. Davon ausgehend kann der Klient in einem kommunikativen Prozess dazu angeregt werden, selbst über sich und seine Wünsche, Ziele, Sichtweisen, Probleme und Lösungen nachzudenken. Begleitet durch das Rahmenwissen des Professionellen (sozialrechtliche Belange etc.) erhöht die Lebensweltverankerung die Chance, dass die gefundenen Lösungen nicht nur vom Klienten angenommen, sondern er sie auch in seine (soziale) Realität überführen und verwirklichen kann. Das Nichtwissen wird in der Mentalisierung ebenfalls so konzeptualisiert, „[...] dass der Therapeut die Un durchsichtigkeit der mentalen Zustände seines Patienten respektiert, statt, unge rechtfertigte Annahmen zu formulieren“ (Bateman / Fonagy 2015: 582).

Die Haltung des Nichtwissens, in Mentalisierung und Sozialer Arbeit, beinhaltet folglich das Potential, das Kohärenzgefühl und das stabile Identitätserleben der Klienten, zu stärken. Da nicht der Experte, aus einer Machtposition heraus, Herrschaftswissen nach seinem Ermessen preisgibt, den Lösungsfindungsprozess in seiner Annahme von bester Richtung vorgibt, sondern sich an den Maßstäben, Werten, Normen und vor allem an der Lebenswelt der Klienten orientiert. Die Erfahrung des Klienten, durch eigene Leistung befähigt zu sein Probleme zu lösen, kann sich zudem positiv auf das Narrativ seiner Selbst auswirken und den Selbstwert und die Selbstwirksamkeit fördern. Das durch Mentalisierung veränderte Narrativ kann die Herangehens- und Sichtweise auf zukünftige problematische Situationen verändern,

¹³ In Anlehnung an das Zitat: „Ich weiß, dass ich nichts weiß.“, das im Allgemeinen und in dieser Formulierung Sokrates zugeschrieben wird.

indem nicht voreilig problematisiert oder schneller Lösungsmöglichkeiten gefunden werden. Mentalisierung als Medium aktiviert in der sozialarbeiterischen Intervention, begleitend von der Haltung des Nichtwissens, die Ressourcen des Klienten durch die Etablierung einer guten therapeutischen Beziehung. Die Fähigkeit zu einem Perspektivwechsel lassen Probleme in einem anderen Licht erscheinen, woraufhin neue (eigene) Lösungsansätze entstehen können. Dieser Prozess wird in Abbildung 5 veranschaulicht.

6.2 Mentalisierung als Paradigmenwechsel?

In der Psychotherapielandschaft ist ein Diskurs entbrannt, über einen möglichen Paradigmenwechsel, ausgelöst durch das Konzept der Mentalisierung. Die bestehenden Paradigmen (psychoanalytisch, kognitiv-behavioral, systemisch, humanistisch) der Psychotherapie könnten von dem der Mentalisierung abgelöst werden (vgl. Eckert / Schultz-Venrath 2011: 79ff). Bei allen Ähnlichkeiten und Überschneidungen der Paradigmen, könnten die verschiedenen Paradigmen, durch die Integrationskraft des Mentalisierungskonzepts, in einem Neuen aufgehen und die Schulen Streitigkeiten *ad acta* legen. Ein Kennzeichen des Ansatzes ist, dass es wissenschaftliche Erkenntnisse aus den verschiedensten Bereichen integriert, sich darüber in einem stetigen Weiterentwicklungsprozess befindet und sich nicht als geschlossen versteht (vgl. Schultz-Venrath 2015: 63). Wenn das Mentalisierungskonzept innerhalb der Psychotherapiegemeinschaft als neues, leitendes Paradigma diskutiert wird, bzw. die Möglichkeit in sich trägt die vorherrschenden Paradigmen abzulösen, erscheint es angebracht, sich die Definition eines solchen anzuschauen.

Als Paradigmen bezeichnete Thomas Kuhn „[...] allgemein anerkannte wissenschaftliche Leistungen [...], die für eine gewisse Zeit einer Gemeinschaft von Fachleuten Modelle und Lösungen liefern“ (Kuhn 1967: 11). Die außergewöhnlichen Leistungen eines Paradigmas fasziniert nicht nur eine Gruppe von Fachleuten. Die nunmehr neuen Anhänger finden, abseits ihrer bisherigen wissenschaftlichen Vorgehensweise, ein Modell vor, das offen genug ist, um neue Lösungen auf bestehende Probleme anzuwenden. Durch einen Wechsel des Paradigmas entwickelt sich, aus neuen Theorien und ihrer methodischen Anwendung, eine neue Tradition, die in Folge zur vorher bestehenden die nun dominierende im Diskurs wird (vgl. ebd.: 28f).

Während in der Psychotherapie bereits über einen Paradigmenwechsel diskutiert wird, stellt sich unter dieser hier vorliegenden Integrationsbemühung die Frage, welche Konsequenzen oder Bedeutungen sich daraus für die Klinische Sozialarbeit

ergeben? Die Antwort auf diese Frage ist eine hervorragende Möglichkeit auf die Unterschiedlichkeit dieser beiden Bereiche hinzuweisen. Mentalisierung als psychotherapeutisches Paradigma steuert und erklärt die gesamte Vorgehensweise einer Psychotherapie. Es ist damit eine in sich geschlossene Therapie, die nach gewissen Regeln und Vorgaben in einem gewissen Rahmen durchgeführt wird. Ganz im Gegenteil zu den möglichen Verwendungszwecken in der Klinischen Sozialarbeit. Es ist außerordentlich zu betonen, insbesondere als Anmerkung an die Kritiker, dass im Falle der Integration in die Klinische Sozialarbeit keine bestehenden Paradigmen der Sozialen Arbeit ersetzt werden sollen, wie es in der Psychotherapie zum Teil diskutiert wird. Zumal Kuhn eine Einschränkung zur Erklärungskraft abgibt:

„Um als Paradigma angenommen zu werden, muß eine Theorie besser erscheinen als die mit ihr im Wettstreit liegenden, sie braucht aber nicht – und tut es tatsächlich auch niemals – alle Tatsachen, mit denen sie konfrontiert wird, zu erklären“ (Kuhn 1967: 37).“

Die Paradigmen gelten als erfolgreicher, als die mit ihr konkurrierenden Theorien, wobei Thomas Kuhn darunter eine Voraussage von Erfolg versteht, die an ausgewählten und noch unzureichenden Mustern angelegt wird. Die Reichweite und Anwendbarkeit eines neu erschienenen Paradigmas kann daher zu Beginn sehr begrenzt ausfallen (vgl. Kuhn 1967: 44f).

Die Paradigmen- und Methodenentwicklung der Sozialen Arbeit wurde im dritten Kapitel (Abb. 1) dargelegt. Dem hier zugrundeliegenden Verständnis steht Mentalisierung nicht in direkter Konkurrenz zu einem vorherrschenden Paradigma der Sozialen Arbeit. Als solches wird hier eine Metatheorie verstanden, die den Gegenstandsbereich und die Handlungslogik der Sozialen Arbeit theoretisch erfasst und beschreibt. Der derzeitige Entwicklungsstand wird von einem Verständnis dominiert, das sowohl individuums- als auch systemorientiert ist und unter diesem Gesichtspunkt fällt der Capability Approach als Handlungstheorie Sozialer Arbeit. Mit der sozialen Unterstützung und dem Case-Management, wie in der Abbildung aufgeführt, steht die Mentalisierung ebenfalls nicht in Konkurrenz. Zum einen, da aufgezeigt wurde, dass die soziale Unterstützung zu dem zentralen Wirkbereich der Klinischen Sozialarbeit zählt und damit elementarer Bestandteil der multimodalen Vorgehensweise ist. Zum anderen, weil Ansätze der Mentalisierung ein Teilelement der Befähigung der Klienten innerhalb der Förderung sozialer Unterstützung sind (siehe Abb. 5). Ein differenzierteres Bild ergibt sich im Verhältnis zum Empowerment. Wird unter Empowerment mehr verstanden als eine professionelle Haltung zur Ermächtigung der Klienten, dann könnte an der Schnittstelle zur methodischen Umsetzung sich ein paradigmatischer Wechsel hin zur Mentalisierung anbieten. Das theoretisch begründete, empirisch weitreichend überprüfte Konzept mit seiner bio-psychosocialen Dimension ist in der Klinischen Sozialarbeit insofern ein Paradigma, als es die Vorgehensweise bestimmt.

sozialen Passung enthält darüber hinaus Möglichkeiten zur methodischen Anwendung. Ferner betrifft das die teilweise noch nicht umfassend ausgearbeitete sozialtherapeutische Konzeption zur Erfassung und Bearbeitung innerpsychischer Faktoren, welche die interpersonellen Aspekte der Klinischen Sozialarbeit und ihrer Klienten berühren und beeinflussen. Derzeit erscheinen theoretische und methodische Aspekte, die für ein sozialtherapeutisches Vorgehen vorgeschlagen werden, nicht konkret genug zu sein. Diese könnten von dem spezifischen Mentalisierungsansatz profitieren - nicht zuletzt, da der diskutierte Ansatz über die begrenzte Dimension der Empathie hinausreicht. Demnach ist Mentalisierung im Sinne Kuhns ein methodisches Paradigma mit begrenzter Reichweite, da nur in ausgewählten Bereichen der Sozialen Arbeit anwendbar, jedoch erscheint es erfolgreicher, als die mit ihr im Wettstreit liegenden. Das Konzept ist als überzeugende Methode zu verstehen, die eine inter- und intrapersonelle Verbindung methodisch behandelbar macht und auch diese in Theorie sowie bio-psycho-sozial zu erklären vermag. Innerhalb der Theorie, Praxeologie und Methodologie der Sozialen Arbeit könnten sich, für entsprechende fallspezifische Bereiche, mentalisierungsbasierte Methoden eingliedern - neben anderen, bereits bestehenden und erprobten Methoden und Techniken der Sozialen Arbeit. An die im dritten Kapitel ausgewiesenen Kriterien wird sich auch eine mentalisierungsbasierte Methode messen lassen müssen. Mentalisierungsbasierte Interventionen sollten beschreibbar, lehr- und lernbar, zielgerichtet, theoretisch und wissenschaftlich fundiert sein. Weiterhin sollte das Wissen darüber herausgearbeitet werden, in welchen Situationen, in welchen Settings etc. derartige Interventionen ihren praktischen Wert entfalten könnten. Von diesem Maßstab aus wird weiterer Aufwand betrieben werden müssen, um Ansätze integrieren zu können.

Thomas Kuhn (1967: 45) folgend wird es zur wissenschaftlichen Aufgabe die Voraussagen des Erfolgs, welche charakteristisch für ein neu entstandenes Paradigma sind, zur Verwirklichung zu verhelfen. Es gilt die Kenntnisse und Fakten des Paradigmas, die es als so besonders und relevant kennzeichnen, zu überprüfen, zu erweitern oder zu falsifizieren. Folglich bezieht sich die Überprüfung auf die Tauglichkeit zur Beschreibung von Erkenntnissen und auf die praktische Umsetzung. Die Sozialtherapien, die in Kliniken und Tageskliniken in Einzel- und Gruppensettings durchgeführt werden, bieten nach Schultz-Venrath (2015: 209) ein hohes Potential zur Mentalisierungsförderung. Der geschützte Raum und eine Atmosphäre, die bewusst auf eine Leistungsorientierung verzichtet, biete oftmals erst die Grundlage, Affekte und Erinnerungen auszudrücken und daher Mentalisierung zu ermöglichen. Auch wenn Schultz-Venrath (ebd.) diesen Potentialen dämpfend anmerken muss, dass die Möglichkeiten bisher kaum wissenschaftlich bestimmt wurden. Demzufolge

muss sich der praktische Nutzen des Ansatzes für die Klinische Sozialarbeit, der sich überprüfen und nachvollziehen lässt, erst noch herausstellen.

Abseits einer professionellen Haltung, die wichtig ist, aber allein nicht zur Befähigung der Klienten führt, könnten theoretisch fundierte und empirisch evaluierte mentalisierungsbasierte Methoden einen Professionalisierungsschub geben. Als auch den Sozialarbeitern Sicherheit, durch konkretes methodisches Vorgehen, vermitteln, welches sie nach außen auch theoretisch begründen könnten und damit auch die Anerkennung in der Außenwirkung sichtbar wird und die eigene Identität stärkt. Schließlich war es gerade die methodische Unsicherheit, die viele Sozialarbeiter zur unreflektierten Übernahme speziell psychotherapeutische Ansätze veranlasst hat. Doch nicht jeder Klient, nicht jede Situation erfordert zwangsläufig ein Vorgehen, das auf die Mentalisierungsfähigkeit fokussiert ist. Daher wird Mentalisierung auch nicht zum Hammer und jedes Problem zu einem Nagel, um die Metapher von Galuske (S.14) aufzugreifen. Um in der Analogie des Handwerks zu bleiben: Ein professioneller Handwerker wird für eine Torx-Schraube einen Torx-Schraubendreher benutzen. Ein nicht umfassend ausgestatteter (unprofessioneller) Handwerker würde unter zu Hilfenahme eines Schlitzschraubendrehers, die Schraube nicht festziehen oder lösen können und sie im schlimmsten Fall beschädigen. Der Vorteil des richtigen Werkzeugs für die entsprechende Schraube ist also, das perfekte ineinandergreifen der Profile, die schnelle und sachgerechte Lösung¹⁴ des Problems ohne einen Verschleiß an beiden Seiten. Wohlgernekt ist der Torx-Schraubendreher nur eines von vielen Werkzeugen in der Werkzeugkiste des Handwerkers, die je nach Voraussetzung und Problem zur Anwendung kommen.

Nach dem Verständnis Kuhns, dass ein neu aufkommendes Paradigma die bestehenden Ansichten und Verfahrensweisen einer Disziplin auf revolutionäre Weise ablöst, kann im Zuge dieser Integrationsbestrebung weder als erfüllt noch als zielvorgebend erachtet werden. Mentalisierung stellt demgemäß kein neues, allumfassendes Paradigma für die Klinische Sozialarbeit dar und grenzt sich aufgrund dessen vom psychotherapeutischen Diskurs und einer angeblich drohenden Re-Therapeutisierung der Sozialen Arbeit ab. Vielmehr passen sich, vorerst theoretisch, mentalisierungsbasierte Interventionen in das bestehende Paradigma, einer auf soziale Gerechtigkeit abzielenden Subjekt- und Gesellschaftsorientierung, der Sozialen Arbeit ein.

¹⁴ Etwaige Deutungen das „lockere Schrauben“ der Norm nach festzuziehen sind, unter einem Dogma der Reparatur von klassifikatorisch festgelegten Schädigungen und von einer daran anschließenden Übertragung auf die Soziale Arbeit im Kontext der Behandlung, ist zum einen nicht die Intention des Autors und zum anderen aufgrund der dargelegten Argumentationslinie mehr als abwegig zu bezeichnen.

7. Fazit

Der Haupttitel mag für manche eine rhetorische Frage darstellen. Zumindest für die, die der Theorie und Praxis der Klinischen Sozialarbeit nahe sind, könnte diese Annahme anfänglich plausibel erscheinen. Schließlich sind multimodale Vorgehensweisen der psycho-sozialen Behandlung seit ihrer Begründung in der Klinischen Sozialarbeit verankert und durch Rauchfleisch, Pauls und Deloie fundiert worden. Doch dass der Gewinn und die Notwendigkeit einer inter- und intrapersonellen Verbindung stets neu zu belegen und zu legitimieren ist, offenbarte die Analyse der unterschiedlichen Ansichten des Diskurses. Die eigentliche Kritik konnte nicht die fachliche Fundierung der inter- und intrapersonelle Vorgehensweisen infrage stellen. Wie aufgezeigt werden konnte, sind Befürchtungen über einen möglichen Identitätsverlust und berufsständische Konkurrenz die Beweggründe, die gegenüber einer fachlich sinnvollen Konstituierung Klinischer Sozialarbeit angebracht werden. Auch wenn die Äußerungen es nicht vermögen, die Begründungen der Klinischen Sozialarbeit bedeutend zu erschüttern, so kann die Kritik von den Verfechtern dennoch konstruktiv aufgegriffen und als Aufruf verstanden werden. Sie ermahnt dazu, nicht ungeprüft und eklektisch Methoden für eine psycho-soziale Behandlung, im klinisch sozialarbeiterischen Sinn, zu integrieren. Ermuntert von der Kritik, wird eher der Weg bestärkt, die originäre sozialarbeiterische Integrität zu wahren. Der Gewinn liegt, unter Berücksichtigung dieser Vorgehensweise, in der voranschreitenden Professionalisierung und Weiterentwicklung der Klinischen Sozialarbeit.

Ein Verzicht auf die Darlegung der bestehenden multimodalen Vorgehensweisen würde die inter- und intrapersonelle Verbindung nicht ersichtlich werden lassen. Die Ausführungen zu den bio-psycho-sozialen Zusammenhängen, unter besonderer Hervorhebung der Soziogenese von Gesundheit und Krankheit und der wertvollen Rolle der sozialen Unterstützung, bei der Bewältigung derartiger Probleme, belegt die inter- und intrapersonelle Verbindung und den Bedarf entsprechender Methoden. Die bestehende wissenschaftliche Sachlage widerspricht den Ausführungen der Kritiker und lässt die Anschlussfähigkeit des Mentalisierungskonzepts sowie ihrer berechtigten Integration, erst ersichtlich werden. Die detaillierte Ausarbeitung offenbart die Kompatibilität der Anknüpfungspunkte und bezeugt auf diese Weise eine modifizierte, geprüfte und nicht eklektische Integration einer therapeutischen Methode.

Der Capability Approach, als herangezogene Metatheorie, entspricht dem Paradigma der Individuums- und Gesellschaftsorientierung und erschließt darüber hinaus die Notwendigkeit, intrapersonell zu intervenieren. Indem der Capability Approach

danach fragt, was die Menschen tatsächlich in der Lage sind zu tun, bezieht er Beschränkungen der Handlungsfreiheiten des Menschen mit ein. Unter ethischen und gerechtigkeitstheoretischen Aspekten hat die Soziale Arbeit Veränderungen auf der sozialsystemischen Ebene ebenso anzustreben, wie die individuelle Befähigung.

Martha Nussbaums Capabilities (S.29) für ein gutes Leben sind nur durch Interventionen auf beiden Ebenen zu verwirklichen, da sie als Basiselemente der menschlichen Existenz eine inter- und intrapersonelle Verbindung aufweisen. Besonders die Punkte fünf bis sieben ihrer Liste sind Ausdruck dieser Verknüpfung, aus denen persönliche Hindernisse erwachsen können. Soziale Beziehungen und Bindungen eingehen, Emotionen wahrnehmen, verstehen und ausdrücken können sowie über sich selbst und sein Leben nachdenken zu können sind Punkte, die direkt mit der Mentalisierungsfunktion zusammenhängen. Mentalisierungsbasierte Interventionen besitzen das theoretische Potential, Klienten in diesen Punkten zu befähigen. Dieser mögliche Verdienst der Mentalisierung hat einen besonderen Wert, da Nussbaum bereits bei der Nichterfüllung eines Punktes die Konsistenz eines guten Lebens in Gefahr sieht. Die Synthese von Capability Approach und Mentalisierungsansatz weist eine höhere Aussagekraft theoretischer Zusammenhänge und der darauf folgenden methodischen Bearbeitung, gegenüber dem Empowerment auf. Aus der theoretischen Auseinandersetzung kann abgeleitet werden, dass der Mentalisierungsansatz, die im Capability Approach beschriebenen Handlungsbeschränkungen mindern oder Handlungsfreiheiten erweitern bzw. wiederherstellen könnte. Aufgrund der Einnahme verschiedener Positionen steigern sich die Optionen, aus denen tatsächlich gewählt werden kann, die bei reduzierter Mentalisierungsfähigkeit möglicherweise gar nicht erst erkannt würden. Im Bezug auf die Aspekte der Freiheit, Gleichheit und Gerechtigkeit des Capability Approach und unter Wahrung des normativ-ethischen Verständnisses können die Verwirklichungschancen erhöht und die Entscheidungsfreiheit und Handlungsfreiheit des Individuums erweitert werden. Durch die persönliche Befähigungssteigerung, über die verbesserte Mentalisierungsfunktion, werden für den Klienten nun mehrere Wahlmöglichkeiten erkennbar und er kann unter Einbezug seiner Ziele, Wünsche, Vorstellungen und seines Wohlbefinden entscheiden, was für ihn ein gutes und erstrebenswertes Leben ist.

Resümierend ist festzuhalten, dass die inter- und intrapersonelle Vorgehensweise sich nicht nur in einem Möglichkeitsrahmen befindet, sie ist eine Notwendigkeit. Denn, wie aufgezeigt werden konnte, nimmt die soziale Dimension, in Genese und Aufrechterhaltung der Problematik der Klienten Klinischer Sozialarbeit, eine herausragende Rolle ein und ist daher mit einer entsprechenden multimodalen Vorgehensweise, psycho-sozial zu behandeln. Die besondere Stellung der Klinischen

Sozialarbeit definiert sich durch die Betrachtung des Individuums in der Gesellschaft bzw. ihrer Wechselwirkungen untereinander und versucht die Passung der Person in seiner Umwelt zu verbessern. Dieser Blick, mit dem besonderen Fokus auf die soziale Dimension, ist das Alleinstellungsmerkmal der Klinischen Sozialarbeit, wodurch sie sich von anderen Professionen absetzt. Zudem erfordert eine psychosoziale Behandlung, zwischen Sozialsystem und Individuum, eine Methodik, die in diesem Rahmen, die innerpsychischen Erlebens- und Verarbeitungsweisen behandelbar macht und zur Befähigung der Klienten beiträgt.

Abschließend ist die forschungsleitende Fragestellung, zur Integrationsmöglichkeit des Mentalisierungskonzepts in die psycho-sozial behandelnde Tätigkeit und den disziplinären Rahmen der Klinischen Sozialarbeit, zu beantworten.

Die erarbeitete Argumentationslinie, zur Integrationsfähigkeit des Mentalisierungskonzepts in den disziplinären Rahmen der Klinischen Sozialarbeit, schließt mit der Bewertung ab, dass der Ansatz an die Theorie anschlussfähig ist und integriert werden kann. Neben der Zusammenführung von Mentalisierung und Capability Approach, konnte nachgewiesen werden, dass der Ansatz kompatibel zur Person-in-Environment-Perspektive und dem bio-psycho-sozialen Modell ist. Die Denkansätze sind nicht nur widerspruchslös miteinander vereinbar, durch die Vereinigung erfahren die Modelle eine gesteigerte Aussagekraft, die in der Tiefe und in der Reichweite liegt. Die Bereicherung zeigt sich in den erhöhten Wissensbeständen, auf die sich die Klinische Sozialarbeit berufen kann. Im Allgemeinen ist es ein weiterer Schritt zur disziplinären Weiterentwicklung des Erklärungswissens, wodurch die Handlungsmöglichkeiten und die Handlungssicherheiten zunehmen. Die zu erwartenden Erträge, zur Verbesserung der therapeutischen Allianz und die differenzierte Be trachtung von innerpsychischen Erlebens- und Verarbeitungsweisen, in enger Ver bundenheit zum sozialen Kontext, könnten sehr nützlich für die Entwicklung eines sozialtherapeutischen Kompetenzprofils sein - hauptsächlich da Mentalisierung über Empathie hinausgeht und Empowerment keine konsistente Beschaffenheit in Theorie und Methodik aufweisen kann.

Mentalisierung, als inter- und intrapersonelles Bindeglied, ordnet sich in das vorherrschende Paradigma der Sozialen Arbeit ein, steht in Einklang mit den originären sozialarbeiterischen Elementen und Handlungslogiken und widerspricht insofern einer befürchteten Therapeutisierung. Zumal eine mentalisierende bzw. eine Haltung des Nicht-Wissens kongruent zueinander sind und der sozialarbeiterischen Identität entsprechen.

Die Frage nach dem Beitrag zur Befähigung der Klienten, zur Ressourcenerweiterung und Nutzung, kann, gemäß einer Literaturarbeit, nur theoretisch beantwortet werden. Der theoretischen Erörterung folgend, ist jedoch die Steigerung der Reflexionsfähigkeit zusammenhängend mit dem nachhaltigen Aufbau von Beziehungen und dem Zugriff auf die Unterstützung eines sozialen Netzwerkes. Die Verbesserung der Mentalisierungsfunktion kann die soziale Kompetenz erweitern, wodurch vielfältige soziale Probleme oder Konflikte bewältigt werden können. Die Perspektiverweiterung könnte neue Verwirklichungschancen und Lösungsstrategien aufzeigen, die in der Umsetzung wiederum ein intensiviertes Selbstwirksamkeits- und ein stabiles Identitätsempfinden hervorbringen könnten. Damit einhergehend werden das Kohärenzgefühl und die Ambiguitätstoleranz gegenüber Krisen gestärkt. Davon ausgehend tragen mentalisierungsbasierte Interventionen Potentiale zur Förderung der Resilienz und Salutogenese in sich, die von einer gesundheitsfördernden Klinischen Sozialarbeit, unterstützend zur Befähigung und Umsetzung einer daseinsmächtigen Lebensführung ihrer (hard to reach) Klienten, herangezogen werden können.

Eine Einschränkung der Beantwortung liegt der noch ausstehenden methodischen Erprobung in der Praxis zugrunde und verweist zudem darauf, dass Konzeptionen für mentalisierungsbasierte Interventionen für die jeweiligen Handlungsfelder noch entwickelt werden müssen. In diesem Zusammenhang ist die Einbindung der Beobachtung der Mentalisierungsfunktion in die psycho-soziale Diagnostik zu bedenken. Erst wenn überprüft werden kann, ob eine Einschränkung der Funktion problemaufrechterhaltend ist oder den Zielen des Klienten im Weg steht, kann darüber entschieden werden, ob es sinnvoll ist, in einem bestimmten Rahmen über entsprechende Interventionen, die Mentalisierung zu fördern. Praktische Umsetzungen sind entsprechend zu evaluieren und über empirische Forschung, ist die Wirkweise noch zu überprüfen. Die Ergebnisse sind fortführend zur Weiterentwicklung der theoretischen Annahmen und der Methodik zu verwenden.

Diese Ausarbeitung konnte als ersten Schritt die theoretische Anschlussfähigkeit und deren praktischen Nutzen für die Klinische Sozialarbeit aufzeigen. Allerdings und das ist zu betonen, sind viele weitere Schritte noch zu gehen. Eine in der Praxis erprobte Integration, mentalisierungsbasierter Interventionen könnte die Daseinsberechtigung der noch jungen Fachdisziplin weiter legitimieren, die Identität und den Anspruch auf eine psycho-soziale Behandlung bestärken. Möglicherweise wird dann ein Diskurs zur Beratung, Therapie und Klinischer Sozialarbeit nicht mehr geführt werden müssen.

Literaturverzeichnis

Aiello, Theresa (2009): Commentary on Dr. Luente's Case. In: Psychoanalytic Social Work, 16, S. 100 - 104

Allen, Jon G. / Fonagy, Peter / Bateman, Anthony W. (2011): Mentalisieren in der psychotherapeutischen Praxis. Stuttgart: Klett-Cotta

Ansen, Harald (2008): Soziale Beratung in der Klinischen Sozialarbeit und ihr spezifischer Behandlungsbeitrag bei Krankheit. In: Ortmann, Karlheinz / Röh, Dieter [Hrsg.]: Klinische Sozialarbeit. Konzepte – Praxis – Perspektiven. Freiburg: Lambertus, S. 51 - 69

Antonovski, Aaron (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgvt-Verlag

Asen, Eia / Fonagy, Peter (2012): Mentalization-based Therapeutic Interventions for Families. In: Journal of Family Therapy, 34(4), November 2012, S. 347 - 370

Bateman, Anthony W. / Fonagy, Peter (2008): Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Ein mentalisierungsgestütztes Behandlungskonzept. Gießen: Psychosozial-Verlag

Bateman, Anthony W. / Fonagy, Peter (2015): Handbuch Mentalisieren. Gießen: Psychosozial Verlag

Beushausen, Jürgen (2012): Ist es nützlich, Soziale Arbeit als anspruchsvoller als Psychotherapie zu bezeichnen? Reflexion zur professionellen Identität der Sozialen Arbeit. In: Zeitschrift für systemische Therapie und Beratung. Jg. 30(3) Juli 2012, S. 121 - 128

Beushausen, Jürgen (2014): Hard to reach Klienten. (Sozial-) Therapie 2. Klasse. Coburg: ZKS-Verlag

Bevington, Dickon / Fuggle, Peter / Fonagy, Peter / Target, Mary / Asen, Eia (2013): Innovations in Practice: Adolescent Mentalization-Based Integrative Therapy (AMBIT) – a new integrated approach to working with the most hard to reach adolescents with severe complex mental health needs. In: Child and Adolescent Mental Health, 18 (1), S. 46 - 51

Binner, Ulrich / Ortmann, Karlheinz (2008): Klinische Sozialarbeit als Sozialtherapie. In: Ortmann, Karlheinz / Röh, Dieter [Hrsg.]: Klinische Sozialarbeit. Konzepte – Praxis – Perspektiven. Freiburg: Lambertus, S. 71 - 87

Bolm, Thomas (2015): Mentalisierungsbasierte Therapie. München: Reinhardt

Bräutigam, André / Deimel, Daniel / Dreweskracht, Corinna (2015): Diplom, Bachelor, Master... Hauptsache die Arbeit wird gemacht?! Das Verhältnis zwischen dem subjektiven Kompetenzgewinn der AbsolventInnen des Masterstudiengangs „Klinisch-therapeutische Soziale Arbeit“ und deren Bedeutung im Praxisbezug. In: Sozial Extra. Beruf und Qualifikation. 6, 2015, S. 12 - 15

Brisch, Karl Heinz (2014): Die Bedeutung von Bindung in Sozialer Arbeit, Pädagogik und Beratung. In: Trost, Alexander [Hrsg.]: Bindungsorientierung in der Sozialen Arbeit. Grundlagen – Forschungsergebnisse – Anwendungsbereiche. Dortmund: borgmann, S. 15 - 42

Corcoran, Kevin / Roberts, Albert R. (2015): Social Workers' Desk Reference. Third Edition. New York: Oxford University Press

DBSH (Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V.) (o.J.): Übersetzung der „Global Definition of Social Work“. https://www.dbsh.de/fileadmin/downloads/Übersetzung_der_Definition_Sozialer_Arbeit_deutsch.pdf (Letzter Zugriff: 11.01.2016)

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

Deloie, Dario (2013): Konzeption für eine Soziale Psychotherapie für den Indikationsbereich der Abhängigkeitserkrankungen. In: Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung. 9. Jg. Heft 1. Januar 2013, S. 6 – 10

Deutsche AIDS-Hilfe (o.J.): Das Konzept der Mentalisierung in der sozialen Arbeit - Aufbaukurs. <http://www.aidshilfe.de/de/aktuelles/veranstaltungen/das-konzept-der-mentalisation-der-sozialen-arbeit-aufbaukurs> (Letzter Zugriff: 07.12.2015)

Eckert, Jochen / Schultz-Venrath, Ulrich (2011): Mentalisierung. Alter Wein in neuen Schläuchen. In: Psychotherapeut. 2011/1. 56, S. 79 – 83

Fewell, Christine H. (2010): Using a Mentalization-Based Framework to Assist Hard-to-Reach Clients in Individual Treatment. In: Bennett, Susanne / Nelson, Judith Kay [Hrsg.]: Adult Attachment in Clinical Social Work. Practice, Research, and Policy. New York: Springer, S. 113 – 126

Gahleitner, Silke Birgitta (2014): Bindung biopsychosozial: Professionelle Beziehungsgestaltung in der Klinischen Sozialarbeit. In: Trost, Alexander [Hrsg.]: Bindungsorientierung in der Sozialen Arbeit. Grundlagen – Forschungsergebnisse – Anwendungsbereiche. Dortmund: borgmann, S. 55 – 72

Gahleitner, Silke Birgitta / Pauls, Helmut / Hintenberger, Gerhard / Leitner, Anton (2014): »Biopsychosozial« revisited. In: Gahleitner, Silke B. / Hahn, Gernot / Glemser, Rolf [Hrsg.]: Psychosoziale Interventionen. Klinische Sozialarbeit. Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung. Band 6. Köln: Psychiatrie Verlag, S. 16 – 35

Gahleitner, Silke Birgitta / Rademaker, Anna Lena / Hahn, Gernot (2015): Forschung in der Klinischen Sozialarbeit: Bestandsaufnahme und Perspektiven. In: Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung. 11. Jg. Heft 3. Juli 2015, S. 9 - 12

Galuske, Michael (2013): Methoden der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. 10. Auflage. Weinheim u.a.: Beltz Juventa

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

Gassmann, Daniel / Grawe, Klaus (2009): Ressourcenorientierte Psychotherapie – Schwerpunkt soziale Ressourcen. In: Röhrle, Bernd / Laireiter, Anton-Rupert [Hrsg.]: Soziale Unterstützung und Psychotherapie. Fortschritte der Gemeindepsychologie und Gesundheitsförderung. Band 18. Tübingen: dgvt-Verlag, S. 99 - 120

Harnack, Edgar W. (2011): Verhaltenstherapie und Tiefenpsychologie: Die notwendige Versöhnung von vita activa und vita contemplativa. In: e-Journal Philosophie der Psychologie (Nr.15, März 2011).
<http://www.jp.philo.at/texte/HarnackE1.pdf> (Letzter Zugriff 30.09.15)

Herwig-Lempp, Johannes / Kühling, Ludger (2012): Sozialarbeit ist anspruchsvoller als Therapie. In: Zeitschrift für systemische Therapie und Beratung. Jg. 30(2) April 2012, S. 51 - 56

Hülshoff, Thomas (2011): Basiswissen Medizin für die Soziale Arbeit. München: Reinhardt - UTB

Institut für Traumabearbeitung und Weiterbildung (o.J.): Grundlagenseminar Mentalisierung – Wie geht das? Grundlagen und praktische Umsetzung.
<http://www.institut-fuer-traumabearbeitung.de/fortbildung.html>
?&tx_kbseminars_pi1%5BshowUid%5D=88&cHash=1b636bcf791bb26e25d016a13c0b07a8 (Letzter Zugriff: 07.12.2015)

Kalbfuss, Tanja / Polat, Aydin / Urbanek, Swantje (2014): Mentalisierungsbasierte Psychoedukation mit Patienten einer psychiatrischen Institutsambulanz. In: Kirsch, Holger [Hrsg.]: Das Mentalisierungskonzept in der Sozialen Arbeit. Göttingen: Vandenhoeck & Rupprecht, S.115 – 139

- Katsivelaris, Niko (2012):** Normalisierung mit Gefühl? Empathie in der Sozialen Arbeit. In: *soziales_kapital. wissenschaftliches journal österreichischer fachhochschul-studiengänge soziale arbeit.* Nr. 8 (2012) / Rubrik „Junge Wissenschaft“ / Standortredaktion Wien, S. 1 – 10 <http://soziales-kapital.at/index.php/sozialeskapital/article/viewFile/240/374.pdf> (Letzter Zugriff 18.11.2015)
- Keupp, Heiner (2012):** Alltägliche Lebensführung in der fluiden Gesellschaft. In: Gahleitner, Silke B. / Hahn, Gernot [Hrsg.]: *Übergänge gestalten – Lebenskrisen begleiten. Klinische Sozialarbeit. Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung.* Band 4. 2. Auflage. Bonn: Psychiatrie Verlag, S. 34 - 51
- Kirsch, Holger (o.J.):** Das Mentalisierungskonzept. <http://mentalisierung.net/das-mentalisierungskonzept/> (Letzter Zugriff 13.01.2016)
- Kirsch, Holger (2014):** Das Mentalisierungskonzept in der Sozialen Arbeit. Göttingen: Vandenhoeck & Rupprecht
- Klein, Uwe (2006):** Editorial. In: *Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung.* 2. Jg. Heft 3. Juli 2006, S. 3
- Kleve, Heiko (2011):** Das Wunder des Nichtwissens. Vom Paradigma der professionellen Lösungsabstinenz in der Sozialen Arbeit. In: *Kontext. Zeitschrift für Systemische Therapie und Familientherapie.* 2011 Jg. 42, Heft 04, S. 338 - 355
- Kuhn, Thomas S. (1967):** Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen. Erstes bis viertes Tausend. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag
- Lambers, Helmut (2015):** Theorien der Sozialen Arbeit. Ein Kompendium und Vergleich. 2. Auflage. Opladen u.a.: Verlag Barbara Budrich
- Leuzinger-Bohleber, Marianne (2009):** Frühe Kindheit als Schicksal?. Trauma, Embodiment, Soziale Desintegration. Psychoanalytische Perspektiven. Mit kinderanalytischen Fallberichten von Angelika Wolff und Rose Ahlheim. Stuttgart: Kohlhammer
- Lohner, Johannes (2013):** Die Klinische Sozialarbeit geht ihren Weg. Replik auf Ruttert, T., *Klinische Sozialarbeit: Quo vadis?* (np 4/12: 335-345). In: *neue praxis.* 1/2013, S. 65 - 69
- Lucente, Randolph (2009):** Mentalizing in the Therapeutic Relationship with an Older Adolescent: The Case of Fred. In: *Psychoanalytic Social Work,* 16, S. 87 - 99

Merchel, Joachim (2015): Evaluation: Motivlagen zwischen Legitimation und Weiterentwicklung einer professionellen Praxis in der Sozialen Arbeit. In: Hahn, Gernot / Hüttemann, Matthias [Hrsg.]: Evaluation psychosozialer Interventionen. Klinische Sozialarbeit. Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung. Band 7. Köln: Psychiatrie Verlag, S. 16 - 30

Morschitzky, Hans (2007): Psychotherapie Ratgeber. Ein Wegweiser zur seelischen Gesundheit. Wien: Springer-Verlag

Ningel, Rainer (2011): Methoden der Klinischen Sozialarbeit. Bern: Haupt

Nussbaum, Martha C. (2012): Gerechtigkeit oder Das gute Leben. 7. Auflage. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag

Ortmann, Karlheinz / Röh, Dieter (2012): Gesundheitsstörungen als soziopsychosomatische Phänomene – Behandlung neu denken, Krankheiten auch sozial behandeln und Behinderungen vermeiden. In: Gahleitner, Silke B. / Hahn, Gernot [Hrsg.]: Übergänge gestalten – Lebenskrisen begleiten. Klinische Sozialarbeit. Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung. Band 4. 2. Auflage. Bonn: Psychiatrie Verlag, S. 230 - 244

Ortmann, Karlheinz / Röh, Dieter (2014): Sozialtherapie als Konzept der Klinischen Sozialarbeit – eine sozialwissenschaftliche Fundierung. In: Gahleitner, Silke B. / Hahn, Gernot / Glemser, Rolf [Hrsg.]: Psychosoziale Interventionen. Klinische Sozialarbeit. Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung. Band 6. Köln: Psychiatrie Verlag, S. 71 - 91

Pauls, Helmut (2013): Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psychosozialer Behandlung. 3. Auflage. Weinheim u.a.: Beltz Juventa

Pauls, Helmut / Stockmann, Petra (2013): Sozialtherapeutische Beratung – eine Begriffsbestimmung. In: Pauls, Helmut / Stockmann, Petra / Reicherts, Michael [Hrsg.]: Beratungskompetenzen für die psychosoziale Fallarbeit. Ein sozialtherapeutisches Profil. Freiburg: Lambertus, S. 11 – 20

Pauls, Helmut (2015): Klinische Sozialarbeit – State of the Art 2015. In: Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung. 11. Jg. Heft 3. Juli 2015, S. 6 – 8

Rauchfleisch, Udo (1996): Menschen in psychosozialer Not. Beratung . Betreuung . Psychotherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

Rauchfleisch, Udo (2006): Psychoanalytische Sozialarbeit mit dem bifokalen Behandlungsmodell. In: Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung. 2. Jg. Heft 3. Juli 2006, S. 4 – 7

Reicherts, Michael / Pauls, Helmut (2013): Erlebens- und Emotionsorientierung. In: Pauls, Helmut / Stockmann, Petra / Reicherts, Michael [Hrsg.]: Beratungskompetenzen für die psychosoziale Fallarbeit. Ein sozialtherapeutisches Profil. Freiburg: Lambertus, S. 79 – 100

Robert Koch-Institut (2014): Soziale Unterstützung. Faktenblatt zur GEDA 2012: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2012«. Berlin: RKI http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsF/Geda2012/Soziale_unterstuetzung.pdf?__blob=publicationFile (Letzter Zugriff 09.11.2015)

Röh, Dieter (2011): „...was Menschen zu tun und zu sein in der Lage sind.“ Befähigung und Gerechtigkeit in der Sozialen Arbeit: Der Capability Approach als integrativer Theorierahmen?!. In: Mührel, Eric / Birgmeier [Hrsg.]: Theoriebildung in der Sozialen Arbeit. Entwicklungen in der Sozialpädagogik und der Sozialarbeitswissenschaft. Wiesbaden: VS Verlag, S. 103 – 121

Röh, Dieter (2013): Soziale Arbeit, Gerechtigkeit und das gute Leben. Eine Handlungstheorie zur daseinsmächtigen Lebensführung. Wiesbaden: Springer VS

Röhrle, Bernd / Laireiter, Anton-Rupert (2009): Soziale Unterstützung und Psychotherapie: Zwei eng vernetzte Forschungsfelder. In: Röhrle, Bernd / Laireiter, Anton-Rupert [Hrsg.]: Soziale Unterstützung und Psychotherapie. Fortschritte der Gemeindepsychologie und Gesundheitsförderung. Band 18. Tübingen: dgvt-Verlag, S. 11 - 46

Roth, Gerhard / Strüber, Nicole (2014): Wie das Gehirn die Seele macht. Stuttgart: Klett-Cotta

Ruf, Gerhard Dieter (2005): Systemische Psychiatrie. Ein ressourcenorientiertes Lehrbuch. Stuttgart: Klett-Cotta

Ruttert, Tobias (2012): Klinische Sozialarbeit: Quo vadis?. In: neue praxis. 4/2012, S. 335 - 345

Ruttert Tobias (2013): Less is more – Plädoyer für eine »gemäßigte« Klinische Sozialarbeit. Stellungnahme von Tobias Ruttert zur Replik von Johannes Lohner. In: neue praxis. 1/2013, S. 70 - 72

Schultz-Venrath, Ulrich (2015): Lehrbuch Mentalisieren. Psychotherapien wirksam gestalten. 3. überarbeitete Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta

Schweitzer, Jochen (2004): Das Präparat »Therapie«: Nebenwirkungen, Langzeitfolgen, Alternativpräparate. Systemische Bemerkungen zur Therapeutisierung von Pädagogik, Sozialer Arbeit und Unternehmensberatung. In: von Schlippe, Arist / Kriz, Willy Christian [Hrsg.]: Personenzentrierung und Systemtheorie. Perspektiven für psychotherapeutisches Handeln. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 212 - 227

Sen, Amartya (2010): Die Idee der Gerechtigkeit. München: C.H. Beck

Sommerfeld, Peter / Hollenstein, Lea / Krebs, Marcel (2008): Entwicklungsperpektiven der Sozialen Arbeit in der Integrierten Psychiatrie Winterthur. Bericht eines kooperativen Entwicklungsprojekts.

<http://www.fhnw.ch/ppt/content/pub/entwicklungsperpektiven-der-sozialen-arbeit-in-der-integrierten-psychiatrie-winterthur.-bericht-eines-kooperativen-entwicklungsprojekts/Arbeitsbericht> (Letzter Zugriff: 05.11.2015)

Sonnenmoser, Marion (2012): Soziale Schicht und Psychotherapie: Kluft zwischen den Lebenswelten. In: Deutsches Ärzteblatt, PP, Heft 9, September 2012, S. 412 - 413

Trost, Alexander (2015): Bindungsorientierung in der Klinisch-therapeutischen Sozialen Arbeit. In: Lammel, Ute Antonia / Jungbauer, Johannes / Trost, Alexander [Hrsg.]: Klinisch-therapeutische Soziale Arbeit. Grundpositionen - Forschungsbefunde – Praxiskonzepte. Dortmund: verlag modernes lernen, S. 45 – 62

Weber, Joachim (2011): Die Epiphanie der Hölle. Gedanken zur Sozialen Arbeit nach Auschwitz. In: Widersprüche. Zeitschrift für sozialistische Politik im Bildungs-, Gesundheits- und Sozialbereich, Heft 119/120, Juli 2011, S. 147 - 171

Weinhold, Kathy / Nestmann, Frank (2012): Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung in Übergängen. In: Gahleitner, Silke B. / Hahn, Gernot [Hrsg.]: Übergänge gestalten – Lebenskrisen begleiten. Klinische Sozialarbeit. Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung. Band 4. 2. Auflage. Bonn: Psychiatrie Verlag, S. 52 - 67

Wendt, Thorsten (2013): Psychotherapeutische Interventionsmethoden und Konzepte in der Sozialen Arbeit. Semiprofessioneller Pragmatismus oder multimodale Chance? Coburg: ZKS-Verlag

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Übersicht der Paradigmen- und Methodenentwicklung S.23
Quelle: Ningel (2011:12)

Abb. 2: Ein systemisches Modell daseinsmächtiger Lebensführung S.30
Quelle: Röh (2013: 181)

Abb. 3: Zweispuriger Ansatz klinisch sozialarbeiterischer Hilfen S.57
Quelle: Pauls (2013: 179)

Abb. 4: Trifokales Behandlungsmodell Sozialer Psychotherapie S.58
Quelle: Deloie (2013: 9)

Abb. 5: Mentalisierung im Kreislauf der Befähigung S.74
(Eigene Darstellung)

Tabelle: Darstellung der Mentalisierungsfähigkeiten S.64
Quelle: in Anlehnung an Bateman / Fonagy (2015: 83f)
und Kirsch (2014: 29f)