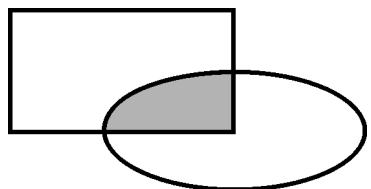


KLINISCHE SOZIALARBEIT

ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHOSOZIALE PRAXIS
UND FORSCHUNG



8. Jg. ■ Heft 4 ■ Oktober 2012

Inhalt

Themenschwerpunkt: Klinische Sozialarbeit und Psychotherapie

- 3 Editorial
- 4 *Dario Deloie*
Konzeption für eine Soziale Psychotherapie –
Klinisch-sozialarbeiterische Perspektiven
- 6 *Sabrina Blume und Matthias Nauerth*
Zur Bedeutung der Sozialen Arbeit in der
Kinder- und Jugendpsychotherapie
- 8 *Alexandra Koschier*
Beziehung als Risikopuffer? –
Ausschnitte aus einer Studie zu Risiken und
Nebenwirkungen der Psychotherapie in Österreich
- 11 Rezensionen von *Gernot Hahn, René Reichel*
und *Silke Birgitta Gahleitner*
- 2 Veranstaltungs-, Literatur- & Projekthinweise
- 2 Zu den Autoren dieser Ausgabe
- 2 Wissenschaftlicher Beirat und Impressum

Herausgeber

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



Zu den AutorInnen dieser Ausgabe

Sabrina Blume

Sabrina Blume, Masterstudentin am Rauhem Haus in Hamburg, Bachelorarbeit zum Thema »Zur Bedeutung der Sozialen Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychotherapie«, Studienforschungspunkt Kinder-/Jugendlichenpsychotherapie und Beratung.
Kontakt: sabrinablume@googlemail.com

Dario Deloie

M.A., Fachsozialarbeiter für Klinische Sozialarbeit (ZKS), Ausbildung in Integrativer Therapie/Gestaltsozio- und Gestaltpsychotherapie (FPI).
Kontakt: dariodeloie@yahoo.de

Silke Birgitta Gahleitner

Prof. Dr. phil., Professorin für Klinische Psychologie und Sozialarbeit an der Alice Salomon Hochschule Berlin und Univ.-Professorin für Integrative Therapie und Psychosoziale Interventionen an der Donau-Universität Krems.
Kontakt: sb@gahleitner.net

Gernot Hahn

Dr., Sozialarbeiter und Sozialtherapeut. Leiter einer forensischen Ambulanz in Erlangen und Aus-

und Weiterbilder von SozialarbeiterInnen. Forschungsschwerpunkte: Sozialtherapie von Sexual-/Gewaltstraftätern und Drogendelinquenten; Resozialisierung psychisch kranker Straftäter.
Kontakt: info@gernot-hahn.de

Alexandra Koschier

Klinische- und Gesundheitspsychologin, Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit, Donau-Universität Krems.
Kontakt: Alexandra.Koschier@donau-uni.ac.at

Matthias Nauerth

Prof. Dr., Diplom-Sociologe, Diplom-Sozialpädagoge, Diakon; tätig an der Evangelischen Hochschule für Soziale Arbeit und Diakonie in Hamburg.
Kontakt: matthias@nauerth.de

René Reichel

Dr. phil., MSc, Psychotherapeut (Integrative Therapie) und Supervisor (ÖVS). Fachbereichsleiter am Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit der Donau-Universität Krems.
Kontakt: rene.reichel@donau-uni.ac.at

Wissenschaftlicher Beirat

Prof. Dr. Peter Buttner

Hochschule München

Prof. Dr. emer. Wolf Crefeld

Evangel. Fachhochschule Bochum

Prof. Dr. Peter Dentler

Fachhochschule Kiel

Prof. Dr. Brigitte Geißler-Piltz

Alice-Salomon-Hochschule Berlin

Prof. Dr. Cornelia Kling-Kirchner

HTWK Leipzig, Fachbereich Sozialwesen

Prof. Dr. Albert Mühlum

Fachhochschule Heidelberg

Prof. Dr. Helmut Pauls

Hochschule Coburg

Prof. Dr. Ralf-Bruno Zimmermann

Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin

Prof. Dr. Dr. Günter Zurhorst

Hochschule Mittweida

26./27.04.2013: Jahrestagung DGSA – Call for Papers

Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit (DGSA) am 26./27.04.2013 an der Fachhochschule Frankfurt. Tagungsthema: Wahrnehmen, Analysieren, Intervenieren. Zugänge zu sozialen Wirklichkeiten.

Wie jede Profession und Disziplin ist auch Soziale Arbeit darauf angewiesen, ihren Gegenstand sachgemäß und wissenschaftsbasiert zu erfassen, zu verstehen und auf Grundlage von spezifischen Zielsetzungen, Aufträgen und normativen Handlungsstandards zu gestalten. Dies gilt für die unmittelbaren »personennahen« Interaktionen in Bildungsangeboten oder in der Arbeit mit Individuen und Gruppen und deren Vernetzung. Es betrifft aber ebenso die »personenferneren« Planungs- und Steuerungsprozesse in den institutionellen Hilfesystemen Sozialer Arbeit. Die Jahrestagung

der DGSA fragt nach dem Zusammenhang empirischer, theoretischer, ethischer und handlungspraktischer Aspekte, mit dem Ziel einer angemessenen Praxis, die den Bedürfnissen ihrer AdressatInnen gerecht wird.

Darüber soll im Rahmen der Jahrestagung der DGSA diskutiert werden. Sektionen und Fachgruppen der DGSA sind eingeladen, Panels zum Tagungsthema zu gestalten. Ebenso können Einzelbeiträge und Beiträge eingereicht werden. Die Beiträge können sowohl empirisch wie auch theoretisch ausgerichtet sein.

Kontakt

Vorschläge für Panels und Einzelbeiträge bis zum 31.10.2012 an: dgsa2013@gmx.de.

Weitere Informationen

www.dgsainfo.de/veranstaltungen/tagungen.html

Impressum

Herausgeber

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

Redaktionsteam

Gernot Hahn (Leitung)

Ingo Müller-Baron

Silke Birgitta Gahleitner

Gerhard Klug

Anzeigenakquise

G. Hahn, Virchowstr. 27, 90766 Fürth
Tel. 0175/276 1993

Anschrift der Redaktion

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

Schlussredaktion & Gestaltung

Ilona Oestreich und Bianca Heers

Druck

Ottweiler Druckerei und Verlag GmbH, Ottweiler

Erscheinungsweise

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

ISSN

1861-2466

Auflagenhöhe

2350

Copyright

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

Neuer Studiengang

Neuer Studiengang: Integrierte Versorgung psychotisch erkrankter Menschen

Zum WS 2012/13 startet der neue überregionale und weiterbildende Masterstudiengang »Integrierte Versorgung psychotisch erkrankter Menschen«.

Der Studiengang ist eine Kooperation zwischen der Charité Berlin, dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, der katholischen Hochschule für Sozialwesen KHSB und der federführenden IPU (International Psychoanalytic University) in Berlin. Durch diese Kooperation wird ein Studium möglich, bei dem sämtliche Berufsgruppen, die mit Menschen mit Psychosen arbeiten,

methodenoffen und gleichzeitig berufsgruppenübergreifend wie berufsgruppenspezifisch ausgebildet werden können.

Das Studium ist berufsbegleitend, ein Schwerpunkt ist die Fallanalyse, verbunden mit einem effektiven und vernetzten Arbeiten im Team. Außerdem werden neben einer wissenschaftlichen Beurteilung des Phänomens Psychose gesellschaftliche, professionelle und subjektive Perspektiven erarbeitet.

Weitere Informationen

www.ipu-berlin.de/studieninteressierte/studienangebot/ma-psychosentherapie.html

Die Frage nach dem Verhältnis von Sozialarbeit und Therapie lässt sich mit der Behauptung radikalisieren, »Sozialarbeit ist Therapie oder Therapie ist Sozialarbeit.« (Otto & Schreiber, 1978, S. 2)

35 Jahre nach der »Radikalisierung« des Verhältnisses von Sozialarbeit und Psychotherapie lässt sich an den in diesem Zitat aufgestellten Behauptungen nichts Radikales mehr erkennen. Klinische Sozialarbeit fokussiert in Störungsverständnis und Intervention auf die Ebenen Person und Umwelt, auf deren Alltag, und bedient sich dabei der Methodenvielfalt Sozialer Arbeit, Beratung und Psychotherapie. Die Wahl des jeweiligen Zugangs, der diagnostischen und Behandlungsmethoden erfolgt fall- und problemangemessen. Als professionelle Behandlungsform ist sie bei schweren Störungen und Erkrankungen, welche durch reine Psychotherapie nicht mehr erreicht werden können, das eigentliche Mittel zur Wahl, die »eigentliche Therapie«, insbesondere bei schweren psychosozialen Problemlagen von schwer erreichbaren Menschen. In diesem Sinn ist Klinische Sozialarbeit ein Spezialfall psychosozialer Behandlung, ebenso wie eine stärker auf das Individuum und »dessen Störung« bezogene Psychotherapie ein Spezialfall psychosozialer Behandlung ist. Soziale Arbeit und insbesondere Klinische Sozialarbeit ist i. e. S. nur dann keine Psychotherapie, wenn sie keine heilkundliche Zulassung erfährt, auch wenn sie psychosozial behandelt. In ausgeschnittenen Teilbereichen (Soziotherapie gemäß SGB V, Suchttherapie, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie) wird dieser Behandlungsanspruch gesetzlich anerkannt, in allen anderen Bereichen psychosozialer Behandlung fehlt diese Zuordnung, mit bislang schmerzlichen Folgen für die Disziplin und Profession Sozialer Arbeit im Allgemeinen und der Klinischen Sozialarbeit im Besonderen.

Mit dem vorliegenden Heft wollen wir den aktuellen Stand um eine Soziale Psychotherapie aufgreifen und skizzieren. Dafür konzeptualisiert Dario Deloie eine Soziale Psychotherapie, die einen kreativen, gesundheitsfördernden, persönlichkeitsentwickelnden Aspekt verfolgt und gesundheitliche Ungleichheit zu reduzieren versucht. Es handelt sich um

eine Psychotherapie, die sich ins Soziale ausweitet und die individualisierende Psychologische und Medizinische Psychotherapie zu überschreiten versucht. Im Zentrum der Betrachtung steht der Mensch in Bezug zu seiner Umwelt. Praxeologisch wird in Anlehnung an Rauchfleisch und die Integrative Therapie ein trifokaler Behandlungsansatz vorgeschlagen. Dieses Verfahren richtet sich hauptsächlich an AdressatInnen mit multiplen psychosozialen Notlagen und interveniert auf drei Ebenen: der intra-, der interpersonellen und der sozioökonomischen Ebene. Soziale Psychotherapie kann als Spezialisierung Klinischer Sozialarbeit im Gesundheitswesen verstanden werden, die zur weiteren Professionalisierung der Sozialen Arbeit beiträgt und exklusiv Menschen in prekären Lebenslagen behandeln kann.

Sabrina Blume und Matthias Nauerth reflektieren in einem weiteren Text den Beitrag Sozialer Arbeit für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in Geschichte und Gegenwart. Hierbei wird das spezifische Anforderungsprofil der Kinder- und Jugendpsychotherapie dem Qualifikationsprofil professioneller sozialpädagogischer Fachkräfte gegenübergestellt und auf diese Weise herausgearbeitet, dass deren multiperspektivische Gestaltung von Diagnostik und Intervention gerade in diesem Arbeitszusammenhang für die Sicherung der Versorgungsqualität unabdingbar ist.

Nach Risiken und Nebenwirkungen in Psychotherapien fragt in einem dritten Beitrag Alexandra Koschier und thematisiert unerwünschte Folgen sozialer Interaktion und Beziehungsgestaltung in diesem Behandlungsrahmen. In diesem Artikel werden einzelne Ergebnisse der in Österreich durchgeführten Studie zu Risiken, Nebenwirkungen und Schäden durch Psychotherapie herausgegriffen. Eine subjektiv positiv erlebte therapeutische Beziehung kann in einen Zusammenhang mit der Lebenszufriedenheit der PsychotherapiepatientInnen gebracht werden und somit als Indikator für und zugleich Schutz vor unerwünschten Wirkungen in der Psychotherapie fungieren. Die Forderung nach gezielter Aufklärung über die Bedeutung der wahrgenommenen Therapiebeziehung kann auch auf die Klinische Sozialarbeit im Allgemeinen ausgeweitet werden.

Die Übertragbarkeit psychotherapeutischer Strategien auf eine Vielzahl von Problemlagen, das Problem der Erreichbarkeit ganzer Bevölkerungsgruppen für psychotherapeutische Maßnahmen, die Beschränktheit psychotherapeutischer Technik in Bezug auf Multiproblemlagen und schwer erreichbare Personengruppen, wurde von den Begründern moderner Psychotherapie frühzeitig erkannt und die Notwendigkeit einer Sozialen Psychotherapie entsprechend antizipiert: »Irgendeinmal wird das Gewissen der Gesellschaft erwachen und sie mahnen, dass der Arme ein ebensolches Anrecht auf seelische Hilfeleistung hat wie bereits jetzt auf lebensrettende chirurgische. Und dass die Neurosen die Volksgesundheit nicht minder bedrohen als die Tuberkulose und ebenso wenig wie diese der ohnmächtigen Fürsorge des Einzelnen aus dem Volke überlassen werden können. ... Dann wird sich für uns die Aufgabe ergeben, unsere Technik den neuen Bedingungen anzupassen. ... Wir werden auch sehr wahrscheinlich genötigt sein, in der Massenanwendung unserer Therapie das reine Gold der Analyse reichlich mit dem Kupfer der direkten Suggestion zu legieren, und auch die hypnotische Beeinflussung könnte dort, wie bei der Behandlung der Kriegsneurotiker, wieder eine Stelle finden.« (Freud, 1919/1989, S. 248f.) Auch wenn sich Klinische Sozialarbeit kaum der Suggestion und selten der Hypnose bedienen wird, ist hier der Rahmen für eine Soziale Psychotherapie konstruiert. Mit dem vorliegenden Heft wollen wir diese Rahmenkonzeption aufgreifen und das Verhältnis Klinischer Sozialarbeit und Psychotherapie reflektieren.

Für die Redaktion:
Gernot Hahn & Silke Birgitta Gahleitner

Literatur

- Freud, S. (1989). Wege der psychoanalytischen Therapie. In S. Freud, *Studienausgabe. Ergänzungsband: Schriften zur Behandlungstechnik* (S. 239-249). Frankfurt: Fischer. (Original erschienen 1919.)
 Otto, H.-U. & Schreiber, R. (1978). Gegen verkürzte Perspektiven – Anmerkungen zu einigen scheinbaren und tatsächlichen Widersprüchen zwischen Sozialarbeit und Therapie. In S. Neumann-Mehring (Hrsg.), *Sozialarbeit und Therapie* (S. 2-6). Neuwied: Luchterhand. (Reihe: Neue Praxis - Sonderheft, Band 4.)

Konzeption für eine Soziale Psychotherapie – Klinisch-sozialarbeiterische Perspektiven

Dario Deloie

Mit dem 1999 in Kraft getretenen Psychotherapeutengesetz (PsychThG) in Deutschland wurden zwei neue Heilberufe geschaffen: der Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen und der Psychologischen PsychotherapeutInnen für den Erwachsenenbereich. Während für die Ausbildung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Sozialberufe aktuell zugelassen sind, gilt dies nicht für den Erwachsenensektor. Hier ist ein abgeschlossenes Hochschulstudium in Psychologie (Diplom/Master) mit klinischem Schwerpunkt eine Grundvoraussetzung. Die Exklusion von SozialarbeiterInnen und SozialpädagogInnen aus der Erwachsenenpsychotherapie bedeutet damit aber auch den Ausschluss ihrer Expertise in der psychosozialen Behandlung von »Hard-to-reach«-AdressatInnen sowie die Negierung der langen Traditionslinie psycho- und sozialtherapeutischer Sozialarbeit (Deloie, 2011). Psychotherapie nach dem PsychThG scheint eher als Anwendungswissenschaft der Psychologie verstanden zu werden denn als eine eigenständige Disziplin, wie dies in Österreich der Fall ist (Dittrich, 2012). Aber für die Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen sozialer Genese wird neben einer Ärztlichen und Psychologischen Psychotherapie auch eine Soziale Psychotherapie (Deloie, 2011) mit all ihren Kompetenzen gefordert sein, die den Blick nicht nur auf das Innerpsychische legt, sondern die sozioökonomische und interpersonelle Dimension (als soziale Netzwerkperspektive) einbezieht.

Gesundheitliche Ungleichheit und Psychotherapie

Die diesjährige Caritas-Kampagne »Armut macht krank« macht auf einen Aspekt der sozialen Ungleichheit in der Bundesrepublik aufmerksam, der wissenschaftlich, wie Lampert und Mielck 2008 konstatierten, keine besonders neue Erkenntnis darstellt, aber das Sozial- und Gesundheitswesen – und übergeordnet die politischen Gremien – wurden mit dem Sachverhalt konfrontiert, welche Strategien entwickelt werden müssen, um der gesundheitlichen Ungleichheit zu begegnen.

Im Gegensatz zur Praxis von psychosozialer Arbeit wird im Kontext von Psychotherapie, mit ihren Erklärungsmodellen von Gesundheit, Krankheit und Interventionen, diese soziale Dimension vernachlässigt. Fahrlässig werden insbesondere von den psychotherapeutischen Richtlinienverfahren unter anderem Untersuchungsergebnisse (Lampert & Mielck, 2008, S. 10) ignoriert, die eine Korrelation zwischen psychischen Störungen und einer prekären Lebenslage belegen und auch die salutogenetische Perspektive, dass Gleichheit mit Glück eng verbunden ist, wird nicht ausreichend beachtet (Wilkinson & Pickett, 2010).

Klassische psychotherapeutische Verfahren, mit ihrem überwiegend innerpsychischen Fokus, finden keine ausreichenden Antworten auf »Menschen in psychosozialer Not« (Rauchfleisch, 1996). Dies ist irritierend, da in der psychotherapeutischen Landschaft viel über biopsychosoziale Modelle gesprochen wird, im Sinne von metatheoretischen Konstrukten; aber die Überlegungen haben nur marginal Eingang in die psychotherapeutische Praxis gefunden. Die sozioökonomische Perspektive in der Psychotherapie, insbesondere, wenn wir Menschen in prekären Lebensverhältnissen behandeln, ist aber zentral.

Petzold und Kolleginnen (2006, S. 679f.) haben den von Grawe (1998, 2005) beschriebenen fünf Wirkfaktoren drei weitere hinzugefügt, und eine ist die »hinlänglich konsolidierte Lebenslage«. Ohne eine Verbesserung des sozioökonomischen Status bleibt einer der Hauptrisikofaktoren für psychische Störungen virulent.

Soziale Netzwerkperspektive und Soziale Unterstützung in der Psychotherapie

Aus klinisch-sozialarbeiterischer Sicht muss die Psychotherapie als weitere Dimension eine soziale Netzwerkperspektive, ganz im Sinne ihrer »Person-in-Environment«-Tradition, einnehmen. Petzold und Kolleginnen (2006, S. 679) formulieren ein »konstruktiv kooperierendes soziales Netzwerk« als weiteren bedeutsamen Wirkfaktor in der Therapie. Durch eine Netzwerk-

bzw. Konvoi-Arbeit, d. h. durch eine netzwerkbasierte Therapie, soll die sozialunterstützende Valenz im sozialen Netz erhöht werden (ebd.).

Die Netzwerk- und Soziale-Unterstützungs-Forschung konnten markant aufzeigen, dass neben potenzieller negativer Effekte (Laireiter & Lettner, 1993) von Netzwerken soziale Bindungen und personale Beziehungssysteme in mehrfacher Hinsicht für die Gesundheit und für das allgemeine Wohlbefinden in der Regel zweckdienlich sind. Diese Aspekte können allgemein gesundheitsfördernd und präventiv wirken und bei einer vorhandenen Krankheit den Heilungs- und Bewältigungsprozess beschleunigen. Sie haben auch wirksame Funktionen bei der Erholung von Belastungszuständen und tragen zur Entwicklung von Bewältigungsstrategien bei (Nestmann, 2009a, S. 955; Nestmann, 2000; Röhrle, 1994). Petzold und Kolleginnen (2011, S. 211) folgend, sind Menschen »evolutionsbiologisch betrachtet, in Polyaden – nicht in Dyaden – zu Menschen geworden, in Gruppen, Mikrosozialitäten, in ›Wirkfeldern‹«. Die Ergebnisse der »developmental social neuroscience« lassen die bindungstheoretischen Paradigmen (dyadische Perspektive) vieler Psychotherapieverfahren ins Wanken geraten (ebd.). Daraus folgend muss eine auf Klinische Sozialarbeit basierende Psychotherapie mit ihren Interventionen im interpersonellen Bereich nicht nur die Paar- und Familienebene beachten, sondern die freundschaftlichen, nachbarschaftlichen, kollegialen Netzwerke usw. einbeziehen bzw. Hilfestellung für deren Aus- und Aufbau leisten. Exemplare netzwerkorientierter Interventionen haben 1998 Röhrle und Sommer und 2009 (b) Nestmann beschrieben und bieten einer Sozialen Psychotherapie orientierende Hilfen für die Praxis.

Trifokaler Ansatz Sozialer Psychotherapie

Soziale Psychotherapie ist in der Methodik in Modifikation zu Rauchfleisch (1996, 2006) als eine trifokale Behandlung bei psychosozialen, krankheitsrelevanten Störungen konzipiert. Er hat insbesondere Menschen in psychoso-

zialer Not im Fokus, d. h., er beschreibt eine Gruppe von PatientInnen, die unter primär bedeutsamen psychischen Störungen leiden, wie beispielsweise Menschen mit schweren Persönlichkeitsstörungen oder Suchtkranke, die sich immer wieder in soziale Schwierigkeiten »verstricken« (vgl. Rauchfleisch, 2006, S. 4). Rauchfleisch hat deutlich gemacht, dass dieser Personenkreis mit einer eindimensionalen psychotherapeutischen Behandlung oder mit sozialarbeiterischen Interventionen nicht adäquat erreicht werden kann.

Wichtig ist der gleichzeitige Blick auf die psychischen und sozialen Schwierigkeiten, also eine psychosoziale Perspektive. Er gibt an, dass die Fachleute im Rahmen ihrer Ausbildungen nicht auf ein notwendiges bifokales Vorgehen vorbereitet werden. Diese »Lücke« kann m. E. eine auf Klinischer Sozialarbeit basierende Soziale Psychotherapie füllen. In Diagnostik und Therapie werden klassische, psychotherapeutische und genuin sozialarbeiterische Elemente intermittierend oder parallel indikationsspezifisch angewandt, wobei die soziale Dimension, in Abgrenzung zu Rauchfleisch, differenziert betrachtet werden muss.

Soziale Psychotherapie unterscheidet intrapersonelle, interpersonelle und sozioökonomische Dimensionen und interveniert in deren sämtlichen Ebenen. Als weitere Differenzierung zu Rauchfleisch ist der vorschlagene trifokale Ansatz als psychotherapeutisches Verfahren nicht ausschließlich an der Psychoanalyse orientiert, sondern er ist offen für die anderen psychotherapeutischen Ansätze, die die Ergebnisse der modernen Psychotherapieforschung integrieren. Dabei sind für eine Soziale Psychotherapie die folgenden Perspektiven konstituierend: »Person-in-Environment«-Perspektive, Patho- und Salutogenese, Resilienzorientierung, Soziogenese, Defizit- und Ressourcenorientierung, Lebensweltorientierung, »lifespan development approach« und Netzwerkperspektive.

Als dritte Unterscheidung zu Rauchfleisch kann der folgende Aspekt markiert werden: Bei einem trifokalen Vorgehen können nicht nur Patienten mit den sogenannten »frühen Störungen« profitieren, sondern auch solche Menschen in Not, die durch soziale Problemlagen wie Arbeitslosigkeit psychisch dekompensieren, aber keine Vorerkrankung aufweisen. Aber auch bei anderen psychischen Störungen ist in der Regel ein trifokaler Ansatz in der Diagnostik und Behandlung indiziert.

Fazit

Zurhorst (2006, S. 24) hat in der Diskussion um die Novellierung des deutschen Psychotherapeutengesetzes aus Sicht der Sozialen Arbeit zu Recht kritisiert, dass der Klinischen Psychologie und Psychotherapie ein einseitiges Wissenschaftsverständnis zugrunde liegt, mit einem Gesundheits- und Krankheitsverständnis, das die soziale und kulturelle Dimension ausschließt, psychische Problemlagen individualisiert und auf Reparatur einer funktionalen Ordnung ausgerichtet ist.

Wollen wir aber Menschen mit schweren psychosozialen Störungen sozial-psychotherapeutisch behandeln, bedarf es einer klinisch-sozialarbeiterischen Perspektive in der Theorie und Praxis (Gahleitner & Pauls, 2010; Pauls, 2011), die neben der kurativen auch die von Petzold und Orth (1999) beschriebenen die gesundheitsfördernde, die persönlichkeitsentwickelnde sowie die kultur- und gesellschaftskritische Dimension der (Psycho-)Therapie integriert. Beck und Borg-Laufs (2010) folgend, bedeutet dies, dass die derzeitigen klinisch-psychologischen Schwerpunkte in der psychotherapeutischen Ausbildung um Perspektiven aus den Sozialwissenschaften, der Sozialisationstheorie, der Biografieforschung, der Pädagogik ergänzt werden und meiner Meinung nach klinisch-sozialarbeiterische Studienabschlüsse auch in die Ausbildung zur Erwachsenenpsychotherapie in Deutschland zugelassen werden müssen, analog zur Situation in Österreich.

Literatur

- Beck, B. & Borg-Laufs, M. (2010). *Sind Sozialarbeiter nicht (mehr) gut genug? Beiträge zur Überarbeitung des Psychotherapeutengesetzes*. Mönchengladbach: Hochschule Niederrhein. (Reihe: Schriften des Fachbereichs Sozialwesen an der Hochschule Niederrhein Mönchengladbach, Bd. 50.)
- Deloie, D. (2011). *Soziale Psychotherapie als Klinische Sozialarbeit. Traditionslinien – Theoretische Grundlagen – Methoden*. Gießen: Psychosozial-Verlag. (Reihe: Therapie & Beratung.)
- Diitrich, K. (2012). Zur Lage der Psychotherapie in Europa: Österreich. *Psychotherapeutenjournal*, 11(1), 24-27.
- Gahleitner, S. B. & Pauls, H. (2010). Soziale Arbeit und Psychotherapie. Zum Verhältnis sozialer und psychotherapeutischer Unterstützungen und Hilfen. In W. Thole (Hrsg.), *Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch* (3. überarb. Aufl., S. 367-374). Wiesbaden: VS.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe – Verlag für Psychologie.
- Grawe, K. (2005). (Wie) kann Psychotherapie durch empirische Validierung wirksamer werden? *Psychotherapeutenjournal*, 4(1), 4-11.
- Laireiter, A. & Lettner, K. (1993). Belastende Aspekte sozialer Netzwerke und sozialer Unter- stützung. Ein Überblick über den Phänomenenbereich und die Methodik. In A. Laireiter (Hrsg.), *Soziales Netzwerk und soziale Unterstützung. Konzepte, Methoden und Befunde* (S. 101-111). Bern: Huber. (Reihe: Huber-Psychologie-Forschung.)
- Lampert, T. & Mielck, A. (2008). Gesundheit und soziale Ungleichheit. Eine Herausforderung für Forschung und Politik. *Gesundheit – Gesellschaft – Wissenschaft*, 8(2), 7-16.
- Nestmann, F. (2000). Gesundheitsförderung durch informelle Hilfe und Unterstützung in sozialen Netzwerken. Die Bedeutung informeller Hilfe und Unterstützung im Alltag von Gesundheitssicherung und Gesundheitsförderung. In S. Sting & G. Zurhorst (Hrsg.), *Gesundheit und Soziale Arbeit. Gesundheit und Gesundheitsförderung in den Praxisfeldern Sozialer Arbeit* (S. 128-146). Weinheim: Juventa. (Reihe: Dresdner Studien zu Erziehungswissenschaft und Sozialforschung.)
- Nestmann, F. (2009a). Netzwerkintervention und soziale Unterstützungsförderung. In K. Lenz & F. Nestmann (Hrsg.), *Handbuch Persönlicher Beziehungen* (S. 955-977). Weinheim: Juventa.
- Nestmann, F. (2009b). Netzwerkintervention und Supportförderung – Ein Plädoyer für Praxis. In B. Röhrle & A.-R. Laireiter (Hrsg.), *Soziale Unterstützung und Psychotherapie* (S. 589-621). Tübingen: DGVT.
- Pauls, H. (2011). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung* (2. überarb. u. erw. Aufl.). Weinheim: Juventa. (Erstauflage erschienen 2004.)
- Petzold, H. G. & Orth, I. (1999). *Mythen der Psychotherapie. Ideologien, Machtstrukturen und Wege kritischer Praxis*. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H. G., Orth, I. & Sieper, J. (2006). Erkenntnikritische, entwicklungspsychologische, neuobiologische und agogische Positionen der »Integrativen Therapie« als »Entwicklungstherapie«. Grundlagen für Selbsterfahrung in therapeutischer Weiterbildung, Supervision und Therapie – Theorie, Methodik, Forschung. In H. G. Petzold, P. Schay & W. Scheiblich (Hrsg.), *Integrative Suchtarbeit. Innovative Modelle, Praxisstrategien und Evaluation* (S. 627-713). Wiesbaden: VS.
- Petzold, H. G., Orth, I. & Sieper, J. (2011). Im Diskurs. Transversale Erkenntnisprozesse der Integrativen Therapie für eine altruistische Ethik und eine Praxis »potentialorientierter Humantherapie« und »melioristischer Kulturarbeit«. In H. G. Petzold & J. Sieper (Hrsg.), *Menschenliebe heilt: Altruismus und Engagement. Potentialorientierte Psychotherapie. Die Aktualität des Henry Dunant* (S. 137-244). Wien: Krammer.
- Rauchfleisch, U. (1996). *Menschen in psychosozialer Not. Beratung, Betreuung, Psychotherapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Rauchfleisch, U. (2006). Psychoanalytische Sozialarbeit mit dem bifokalen Behandlungsmodell. *Klinische Sozialarbeit*, 2(3), 4-7.
- Röhrle, B. (1994). *Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung*. Weinheim: PVU.
- Röhrle, B. & Sommer, G. (1998). Zur Effektivität netzwerkorientierter Interventionen. In B. Röhrle, G. Sommer, & F. Nestmann (Hrsg.), *Netzwerkintervention* (S. 13-47). Tübingen: DGVT. (Reihe: Fortschritte der Gemeindepsychologie und Gesundheitsförderung, Bd. 2.)
- Wilkinson, R. G. & Pickett, K. (2010). *Gleichheit ist Glück. Warum gerechte Gesellschaften für alle besser sind* (3. erw. Aufl.). Berlin: Tolkemitt bei Zweitausdeins. (Amer. Original erschienen 2009.)
- Zurhorst, G. (2006). Zum Verhältnis von Klinischer Sozialarbeit und Psychotherapie. Die aktuelle Debatte um die Zulassung von Sozialberufen zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (KJP). *Klinische Sozialarbeit*, 2(Online Sonderausgabe), 24-38. Online verfügbar: http://eccsv.de/download/klinsa_special_2006.pdf [28.10.2009].

Zur Bedeutung der Sozialen Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychotherapie

Sabrina Blume und Matthias Nauerth

Fachkräfte der Sozialen Arbeit und Pädagogik gewährleisten gegenwärtig zu ca. 80 % der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, weil sie durch ihre »Ausbildung in diesen Studiengängen in besonderem Maße zum Umgang mit psychisch gestörten Kindern und Jugendlichen befähigt« (BT-Drs. 13/1206, 1995, S. 17; zit. n. Borg-Laufs et al., 2009, S. 380) sind, so die offizielle Verlautbarung. Trotz dieser Bedeutung wird der Zugang von SozialarbeiterInnen und SozialpädagogInnen zur Kinder- und Jugendpsychotherapieausbildung gegenwärtig kontrovers diskutiert. Die Umstellung der Studienabschlüsse auf Bachelor und Master im Rahmen des Bolognaprozesses ließ eine Professionalisierungsdiskussion rund um das Psychotherapeutengesetz entstehen, die sich auch auf die rechtliche und inhaltliche Gestaltung der Ausbildungszugänge bezieht. In diesem Zusammenhang wurde und wird von der psychologischen und medizinischen Berufsgruppe infrage gestellt, ob Fachkräfte der Sozialen Arbeit überhaupt einen Zugang zu dieser Ausbildung und damit zur Approbation als Kinder- und JugendpsychotherapeutInnen haben sollten.

Eine durch das Bundesgesundheitsministerium beauftragte Gutachterkommission bestätigte zwar 2009 den Zugang dieser Berufsgruppen. Eine definitive gesetzliche Entscheidung, bzw. die damit einhergehende Novellierung des Psychotherapeutengesetzes, steht aktuell aber noch aus. Vor dem Hintergrund dieser Auseinandersetzung soll im Folgenden skizzenhaft begründet werden, welche Bedeutung die Soziale Arbeit für die Kinder- und Jugendpsychotherapie hat.

Rückblick: Soziale Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychotherapie

Zunächst lässt sich zeigen, dass sich Fachkräfte der Sozialen Arbeit bereits seit den Anfängen der Psychotherapie an deren Gestaltung und Entwicklung beteiligen. Geprägt ins-

besondere durch die Arbeiten von Rousseau begann man ab dem 18. Jahrhundert damit, eine kindliche Persönlichkeit wahrzunehmen, und es eröffnete sich der Blick auf individuelle Entwicklungsprozesse (Mattejat, 2010).

Mitte des 19. Jahrhunderts entwickelte sich, zeitgleich mit der empirischen Psychologie, eine damit verbundene, aber doch eigenständige Psychotherapie, zunächst verbunden mit dem Namen Sigmund Freud, dessen tiefenpsychologischer Ansatz später modifiziert und ergänzt wurde. In die hier entstehende psychotherapeutische Praxis einbezogen waren bereits sehr früh ExpertInnen, die man heute als SozialpädagogInnen oder SozialarbeiterInnen bezeichnen würde. Freud wie auch Rogers betrachteten die von ihnen eingebrachten pädagogischen Anteile mit hoher Wertschätzung für die Fortentwicklung einer gelingenden psychotherapeutischen Praxis. Anna Freud war selbst ausgebildete Sozialpädagogin und widmete sich vertieft der Kinderanalyse. Carl Rogers äußerte in Bezug auf seine Erfahrungen mit der Sozialen Arbeit: »Ich stellte eine Sozialarbeiterin ein ... und lernte viel von ihr. So wandelten sich meine Ansichten mehr und mehr.« (Rogers, 1973/1975, S. 17; zit. n. Heekerens, 2009, S. 89)

Im Jahre 1926 erschien erstmals die Zeitschrift für psychoanalytische Pädagogik (Heekerens, 2009). Es entstand der Ausbildungsberuf »Psychagoge/Psychagogin« für die psychotherapeutische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen, der für alle humanwissenschaftlichen Professionen zugänglich war. 1875 erstmals als Begriff veröffentlicht (Kronfeld, 1925), erfolgte die Gründung eines Berufsverbandes für Psychagogen und Psychagoginnen im Jahr 1953. 1975 wurde als entsprechende Berufsbezeichnung »Analytische Kinder- und Jugendpsychotherapeuten« festgelegt (und damit der pädagogische Anteil an dieser Arbeit begrifflich eliminiert; Diepold, 1995).

Heute besteht das seit 1999 in Kraft getretene Psychotherapeutengesetz als gesetzliche Grundlage der psychotherapeutischen Behandlung und

verankert den Schutz der Berufsbezeichnung samt Approbation des »Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten« (Heekerens, 2009), in dessen gesetzlicher Grundlage sozialpädagogische Berufe als Eingangs voraussetzung explizit erwünscht sind.

Anforderungsprofil der Kinder- und Jugendpsychotherapie

Die inhaltliche Begründung der sozialpädagogischen Beteiligung an der Kinder- und Jugendpsychotherapie leitet sich aus dem Verständnis der zu behandelnden Probleme sowie aus dem Ausbildungsprofil ab. Betrachtet man den Charakter psychotherapeutisch zu behandelnder Problemlagen im Kindes- und Jugendalter, so wird deutlich, wie komplex die biopsychosoziale Realität ist, die zu Überforderungen führt – und zu therapeutischem Unterstützungsbedarf.

Abweichendes Verhalten von Kindern und Jugendlichen muss auch im Rahmen der natürlichen Entwicklungsprozesse junger Menschen verstanden werden, da »psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen ... eng mit normalen Entwicklungsprozessen« (Mattejat et al., 2010, S. 6) zusammenhängen und in ihnen ein normales Entwicklungs geschehen zum Ausdruck kommt. Sie sind daher weniger als psychische Störung zu diagnostizieren. Vielmehr muss eine entsprechende Diagnostik den Entstehungskontext des abweichenden Verhaltens differenziert einbeziehen: die Lebenswelt, die Lebenslage und die körper gebundenen Fähigkeiten und Fertigkeiten (Nauerth, 2006).

Die stetig wachsenden und wechselnden Anforderungen, mit denen Kinder und Jugendliche im Verlauf ihres Entwicklungsprozesses konfrontiert sind, begründen geradezu ein besonderes Recht auf Schwierigkeiten und die Berücksichtigung individueller Bewältigungsstrategien. Die damit verbundenen Herausforderungen bedürfen einer anderen therapeutischen Bearbeitung als im Erwachsenenalter. Kinder- und Jugendpsychotherapeutische Arbeit muss darauf ausgerichtet sein, Fundamen-

te für die sich noch weiter vollziehenden Entwicklungsaufgaben zu legen und die Persönlichkeitsentwicklung zu begleiten. Daher »müssen die Problemanalyse und die Therapie ... gleichermaßen den Patienten wie auch sein Umfeld und insbesondere seine primären Bezugspersonen einbeziehen. Die enge Verzahnung zwischen individuellem und interpersonell-sozialem Bereich wird umso offensichtlicher, je jünger ein Kind ist.« (Mattejat et al., 2010, S. 7)

Qualifikationsprofil der Sozialen Arbeit

Dass Fachkräfte der Sozialen Arbeit einen Zugang zu der therapeutischen Ausbildung behalten sollten, die sich auf diese Art von Problemlagen bezieht, lässt sich mit Verweis auf einschlägige Untersuchungen wie auch die Qualifikationsbestimmungen des Studiengangs begründen. So kommt eine empirische Untersuchung von Beck und Borg-Laufs (2010) zu dem Ergebnis, »dass innerhalb des Studiums der Sozialen Arbeit zwischen 70 % bis 93 % der gelehrtenden Inhalte den Absolventen auf die Arbeit mit psychisch kranken Menschen vorbereitet und für eine anschließende Ausbildung zum Psychotherapeuten qualifiziert« (ebd., S. 104).

Auch dem »Qualifikationsrahmen Soziale Arbeit« ist zu entnehmen, dass das Studium auf Bachelor- und Masterniveau zentrale Kompetenzen vermittelt, die für eine Tätigkeit als Kinder- und JugendpsychotherapeutInnen qualifizieren und den Zugang dieser Berufsgruppe zur entsprechenden Ausbildung rechtfertigen. Demnach besitzen AbsolventInnen dieser Studiengänge ein umfassendes und kritisch positioniertes Wissen für die Analyse von komplexen psychosozialen Problemlagen sowie die Kompetenzen für deren Bearbeitung. Sie sind vertraut mit Sozialforschung und können deren Ergebnisse analysieren und für ihre Praxis operationalisieren (Bartosch et al., 2008). Sie erfahren durch das Studium und die dortigen Auseinandersetzungen mit Theorie und Praxis eine Förderung ihrer Persönlichkeit, die auch ihre Empathiefähigkeit, psychische Belastbarkeit und Stabilität berührt (ebd., S. 16). Dies beinhaltet zudem die Fähigkeit zur Definition eigener Handlungs- und Kompetenzgrenzen sowie eine selbstkritische Reflexion der eigenen Handlungsweise (ebd.).

Schlussfolgerungen

Es lässt sich daher feststellen, dass die Studiengänge der Sozialen Arbeit wesentliche Voraussetzungen für die Gestaltung der Kinder- und Jugendpsychotherapie vermitteln. Ihre Fachkräfte verfügen über grundlegende Kenntnisse im Hinblick auf Lebenswelt und Lebenslage, Milieu und Kultur, auf menschliche Entwicklungsprozesse, die Bedingungen individueller Lernprozesse und Sozialisation. Sie sind darüber hinaus in der Lage, im Entwicklungszusammenhang auftretende Problemlagen multiperspektivisch zu erschließen und lebensweltorientierte Hilfekonzepte zu entwickeln, unter Einbezug sozialräumlicher Ressourcen und der Potenziale vorhandener Netzwerke. Diese mehrdimensionale und interdisziplinäre Herangehensweise ermöglicht ihnen darüber hinaus auch den Zugang zu »hard-to-reach-Klienten in Multiproblemsituationen« (Borg-Laufs et al., 2009, S. 380). Ihre spezifisch sozialpädagogische Diagnostik integriert das Wissen um psychosoziale Wirkungszusammenhänge, sodass die Soziale Arbeit insbesondere auch gerade dort tätig werden kann, wo ExpertInnen »mit ihrem Methodenrepertoire nicht in der Lage waren, die Schwierigkeiten der Klienten aufzufangen, wo der medizinisch-psychologische Blick nicht das erfasst, was sich dem Blick der Sozialarbeiter erschließt« (Beck & Borg-Laufs, 2010, S. 71; vgl. dazu Hardtmann, 1991; Klüsche, 1994).

Daher ist ein Kampf der Professionen um einen privilegierten Zugang zur Kinder- und Jugendpsychotherapie unter Ausschluss der jeweils anderen inhaltlich nicht zu rechtfertigen und nicht im Interesse einer optimalen Versorgung derer, die psychotherapeutischer Hilfe bedürfen. Wünschenswert wäre vielmehr, den spezifischen Zugang anderer Professionen grundsätzlich als mögliche Qualitätssichernde Ergänzung des eigenen Beitrags anzuerkennen und zugleich die interdisziplinäre Auseinandersetzung um eine »richtige« Kinder- und Jugendpsychotherapie für deren Qualifizierung konstruktiv zu nutzen.

Literatur

- Bartosch, U., Maile, A. & Speth, C. (2008). *Qualifikationsrahmen Soziale Arbeit (OR Sarb). Version 5.1. Fachbereichstag Soziale Arbeit in Lüneburg*. Bonn: Hochschulektorenkonferenz (HRK). Online verfügbar: www.fbts.de/fileadmin/fbts/Aktuelles/QRSArb_Version_5.1.pdf [12.04.2012].

Beck, B. & Borg-Laufs, M. (2010). *Sind Sozialarbeiter nicht (mehr) genug? Betrachtungen zur Überarbeitung des Psychotherapeuten gesetzes*. Mönchengladbach: Hochschule Niederrhein. (Reihe: Schriften des Fachbereichs Sozialwesen an der Hochschule Niederrhein.)

Borg-Laufs, M., Gahleitner, S., Helle, M. & Zürhorst, G. (2009). Stellungnahme. Zugangsvoraussetzungen für die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Stellungnahme der AZA und Psychotherapie – HS zu einigen Empfehlungen des Forschungsgutachtens zur Ausbildung von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. *Psychotherapeutenjournal*, 8(4), 377-381.

BT-Drs. 13/1206 (Deutscher Bundestag. Drucksache) (1995). *Entwurf eines Gesetzes über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch*. Berlin: Deutscher Bundestag. Online verfügbar: dip21.bundestag.de/dip21/btd/13/012/1301206.pdf [15.09.2009].

Diepold, B. (1995). *Von der Psychagogik zur analytischen Kinderpsychotherapie*. Vortrag zum 40-jährigen Bestehen des Göttinger Psychoanalytischen Instituts in Tiefenbrunn am 26.11.1994. Online verfügbar: www.diepold.de/barbara/von_der_psychagogik.pdf [10.03.2011].

Hardtmann, G. (1991). *IrenHaus. Eine Einführung in die Psychiatrie und ihre sozialpädagogischen Arbeitsfelder*. Weinheim: Beltz. (Reihe: Berufsfelder sozialer Arbeit, Bd. 7.)

Heekerl, H. (2009). Der Beruf der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin – Ein Abriss seiner Geschichte. *Verhaltenstherapie mit Kindern & Jugendlichen*, 5(2), 85-97.

Klüsche, W. (1994). Soziale Arbeit im Spannungsfeld von Hilfsverwaltung und Selbstverantwortung. In W. Klüsche (Hrsg.), *Grundpositionen Sozialer Arbeit. Gesellschaftliche Horizonte – Emotion und Kognition – ethnische Implikationen* (S. 177-222). Mönchengladbach: Fachhochschule Niederrhein, Fachbereich Sozialwesen.

Kronfeld, A. (1925). *Psychotherapie. Charakterlehre, Psychoanalyse, Hypnose, Psychagogik* (2. verb. u. verm. Aufl.). Berlin: Springer.

Mattejat, F. (2010). Die Entwicklung der Kinderverhaltenstherapie im geschichtlichen Zusammenhang. In F. Mattejat (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie für die Ausbildung zur, zum Psychologischen Psychotherapeuthin und für die ärztliche Weiterbildung. Bd. 4: Lehrbuch der Psychotherapie für die Ausbildung zur/zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/en und für die ärztliche Weiterbildung* (S. 13-34). München: CIP-Medien.

Mattejat, F., Quaschner, K. & Remschmidt, H. (2010). Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen: Definition, Prinzipien, Besonderheiten. In F. Mattejat (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie für die Ausbildung zur, zum Psychologischen Psychotherapeuthin und für die ärztliche Weiterbildung. Bd. 4: Lehrbuch der Psychotherapie für die Ausbildung zur/zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/en und für die ärztliche Weiterbildung* (S. 3-12). München: CIP-Medien.

Nauerth, M. (2006). Verstehen mit Modell. Das handlungstheoretische Mehr-Ebenen-Modell als soziologische Orientierungshilfe für die sozialpädagogische Verstehensarbeit. *neue praxis*, 36(5), 483-496.

Rogers, C. R. (1975). Entwicklung und gegenwärtiger Stand meiner Ansichten über zwischenmenschliche Beziehungen. In Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG) (Hrsg.), *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie* (S. 11-24). München: Kindler. (Reihe: Geist und Psyche.) (Amerikanisches Original erschienen 1973.)

Beziehung als Risikopuffer?

Ausschnitte aus einer Studie zu Risiken und Nebenwirkungen der Psychotherapie in Österreich¹

Alexandra Koschier

Obwohl Effektivitätsstudien in der Psychotherapieforschung eine lange Tradition haben und Metaanalysen zeigen, dass psychotherapeutische Interventionen eine hohe, positive Wirkung aufweisen (Strauß & Wittmann, 2005), gibt es auch eine Kehrseite der Medaille. Frühzeitig gelangte Bergin (1963) zu dem Schluss, dass sich der Zustand von etwa 10 % der PatientInnen nach einer Psychotherapie im Vergleich zu vorher verschlechtert hatte. Auch Lambert und Ogles (2004) teilen diese Einschätzung. Bei bis zu einem Drittel der PatientInnen können offenbar Verschlechterungen durch Psychotherapie gezeigt werden (Kraus et al., 2011). Trotz dieser Befunde wurde die Möglichkeit einer Symptomverschlechterung als Folge von Therapie in der Forschung lange Zeit ignoriert (Jacobi, 2002).

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurde der Versuch unternommen, risikante Therapiebedingungen zu explorieren (Leitner et al., 2012, i.Dr.). Nachfolgend wird das Hauptaugenmerk auf einen Ausschnitt der Studie fokussiert, in dem zentrale allgemeine Wirkfaktoren psychosozialen Handelns in allen Handlungsfeldern große Bedeutung haben: auf die professionelle Beziehungsgestaltung. Nach einer kurzen Darstellung des methodischen Vorgehens werden einige Ergebnisse der Studie im Licht aktueller Forschung diskutiert.

Methode

Als Grundlage der Studie dienten 42 anonymisierte Beschwerdebriefe, die beim Gesundheitsministerium in Österreich eingegangen waren, sowie sieben Gruppendiskussionen mit Psychothe-

Anmerkung

1 Die Quellstudie dieses Artikels wurde am Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit an der Donau-Universität Krems unter der Projektleitung von Univ.-Prof. Dr. med. Anton Leitner, MSc, in Kooperation mit Prof. Dr. Michael Märtens und unter Mitarbeit von Mag.^a Dr.ⁱⁿ Claudia Höfner, Mag.^a Alexandra Koschier, Mag.^a Dr.ⁱⁿ Katharina Gerlich, Bakk. phil. Heidemarie Hinterwallner, MA MA, Gregor Liegl, Mag. Gerhard Hintenberger, Dr.ⁱⁿ Brigitte Schigl durchgeführt (vgl. u. a. Leitner et al., 2012).

rapeutInnen (Auswertung mittels computergestützter Inhaltsanalyse nach Mayring, 2000, in Kombination mit einer vertiefenden induktiven Kategorienbildung unter Anwendung des Kodierparadigmas nach Strauss, 1987). In einem zweiten Forschungsschritt wurden auf Basis der qualitativen Ergebnisse Fragebögen konstruiert. Ein Fragebogen wurde von der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse versandt, ein weiterer für eine Online-Untersuchung eingesetzt. Der Online-Fragebogen, auf dessen Basis die vorliegenden Ergebnisse erarbeitet wurden, war an erwachsene Personen über 18 Jahre in Österreich gerichtet, die schon einmal Psychotherapie erlebt hatten und über ihre Erfahrungen berichten wollten ($n = 2056$). Für die Frage nach Zufriedenheitsveränderungen im Zuge der Therapie wurden nur die Daten jener PatientInnen verwendet, die ihre Therapie bereits beendet hatten, insgesamt 1309 Personen (64 % der Gesamtstichprobe).

Zur Messung von ausgewählten Aspekten der therapeutischen Beziehungsqualität aus Sicht der PatientInnen wurden Items in Form von Statements vorgegeben, die von den PatientInnen auf einer 5-stufigen Skala (von 1 = »trifft nicht zu« bis 5 = »trifft völlig zu«) bezogen auf die jeweilige persönliche Therapiesituation beurteilt werden sollten. Die erlebte Abhängigkeit von dem/der TherapeutIn wurde ebenso erfasst, wobei die Beurteilung der Items zwischen 1 (sehr niedriges Ausmaß an Isolation) und 5 (sehr hohes Ausmaß an Isolation) skaliert wurden. Die therapiebedingte Veränderung der Lebensqualität der PatientInnen erfolgte anhand einer modifizierten Form der EinschätzungsSkalen allgemeiner Lebenszufriedenheit (Petzold et al., 2000) auf einer 11-stufigen Skala (von -5 = »viel schlechter geworden« bis zu +5 = »viel besser geworden«).

Zur Auswertung der Daten wurden Häufigkeiten in verschiedenen Untergruppen mittels Chi-Quadrat-Einzeltest verglichen. Mittels Spearman-Korrelation wurden lineare Zusammenhänge überprüft. Das Signifikanzniveau wurde konventionell bei allen Signifikanztests zweiseitig auf $\alpha=0,05$ festgelegt.

Diskussion ausgewählter Ergebnisse

15 % der PatientInnen wiesen einen Mittelwert zwischen 1 und 1,9 auf und zeigten damit eine sehr negative Beziehungseinschätzung. Weitere 13 % beurteilten die therapeutische Beziehungsqualität mit Mittelwerten zwischen 2 und 2,9. 11 % der PatientInnen beschrieben die therapeutische Beziehung mit Werten zwischen 3 und 3,9 als gut und 61 % mit Werten zwischen 4 und 5 als sehr gut (vgl. Abb. 1).

Die Hälfte der PatientInnen (51 %) erlebten sehr wenig und weitere 31 % zumindest eher wenig Isolation von ihrem sozialen Umfeld aufgrund der Therapie. Hingegen zeigte sich bei 12 % der PatientInnen ein eher hohes und bei 6 % sogar ein sehr hohes Ausmaß an Isolation. Insgesamt konnte demnach gezeigt werden, dass 18 % der PatientInnen therapieinduzierte Isolation bzw. Abhängigkeit von ihren TherapeutInnen in mehr oder weniger hohem Ausmaß erlebten (vgl. Abb. 2).

Zwischen 11 % und 23 % der PatientInnen zeigten Verschlechterungen, je nach den einzelnen Subskalen, in ihrer Lebenszufriedenheit. Insgesamt betrachtet empfand zwar fast die Hälfte (49 %) von ihnen, ihre Lebenszufriedenheit habe sich im Zuge der Therapie verbessert, allerdings zeigten auch 34 % gar keine Veränderung und immerhin 17 % sogar Verschlechterungen der Lebenszufriedenheit im Laufe der Therapie (vgl. Abb. 3).

Betrachtet man die Ergebnisse im Hinblick auf Risiken und Nebenwirkungen in der Psychotherapie, stellt sich die Frage nach dem Zusammenhang zwischen subjektiv erlebter Therapiebeziehung, Abhängigkeit und Lebensqualität. Im Allgemeinen ließ sich in den vorliegenden Ergebnissen ein hoch signifikanter positiver Zusammenhang zwischen der Veränderung der allgemeinen Lebenszufriedenheit (gemittelter Gesamtwert) und der erlebten therapeutischen Beziehung zeigen ($r = 0,73$). Je besser die Beziehung zum/zur TherapeutIn eingeschätzt wurde, umso mehr Verbesserung der allgemeinen Lebenszufriedenheit wurde berichtet. Ähnliches konnte umgekehrt für die Abhängigkeit gezeigt wer-

den: Je weniger therapieinduzierte Isolation vom sozialen Umfeld erlebt wurde, umso besser war die Lebensqualität (gemittelter Gesamtwert) nach Ende der Psychotherapie. Es wurde ein hoch signifikanter negativer Zusammenhang nachgewiesen ($r = -0,08$). Therapieinduzierte Isolation, so ein anderes Ergebnis aus der quantitativen Untersuchung, kann wiederum durch das Bestehen funktionierender Sozialkontakte und sozialer Netzwerke aufgefangen werden. Bestehen diese Sozialkontakte nicht, ist die Gefahr der Abhängigkeit von dem/der TherapeutInn besonders groß.

Trianguliert man diese Ergebnisse mit denjenigen des qualitativen Untersuchungssteils, wird ebenfalls deutlich, dass die therapeutische Beziehung als zentrales Element psychosozialer Begleitung nicht nur hohes Heilungspotenzial, sondern ebenso ein hohes Gefahrenpotenzial beinhaltet. Die Auswirkungen einer problematischen Beziehungsgestaltung und der Missbrauch von Macht oder gar sexuelle oder andere Übergriffe werden dabei von den ExpertInnen als am stärksten schädigend eingeschätzt. Hier tritt jedoch noch ein weiterer interessanter Aspekt für die Prävention und Intervention von Fehlverhalten in psychosozialen Arbeitsbereichen dazu: Eine konstruktive professionelle Beziehungsgestaltung, die eine authentische, dialogische Begegnung möglich macht, erhöht nach Aussage der ExpertInnen nämlich nicht nur die Lebensqualität und den Therapieerfolg, sie nimmt auch Einfluss darauf, inwiefern Therapiefehler schädigendes Potenzial entfalten.

Obwohl oder gerade weil die therapeutische Beziehung zu den wichtigsten Wirkfaktoren in der Psychotherapie zählt (Überblick bei Hermer & Röhrle, 2008), kann diese also auch maßgeblich an einem unerwünschten Therapieverlauf beteiligt sein, insbesondere dann, wenn PatientInnen ein zu starkes Abhängigkeitsverhältnis zu TherapeutInnen entwickeln (Linden, 2011). Therapieerfolg und Therapiemisserfolg jedoch werden maßgeblich von den KlientInnen selbst und ihrem Umfeld mitgestaltet, wenn der Raum dazu vorhanden ist und sie durch eine dialogische Grundhaltung der TherapeutInnen dazuermuntert werden.

Resümee

Fehler sind in psychosozialen Begleitungsprozessen unvermeidbar (aktuelle Übersicht bei Linden, 2011). Partizipations- und dialogisches Vorgehen erwei-

sen sich dagegen als ein wichtiges Element der Qualitätssicherung in der Psychotherapie (Hatfield et al., 2010; Castonguay et al., 2010). Daraus sollten nachhaltige Schlussforderungen für die Aufklärung und für Mitbeteiligungsmöglichkeiten von PatientInnen und KlientInnen (Kierein & Leitner, 2011) gezogen werden. Dieses Ergebnis ist mit hoher Wahrscheinlichkeit auf psychosoziale Hilfeprozesse im Allgemeinen zu übertragen, hat als dialogisches Prinzip in der Klinischen Sozialarbeit bereits Tradition (Pauls, 2011) und müsste weitergehend im Hinblick auf spezifische Zielgruppen und Handlungsfelder der Klinischen Sozialarbeit untersucht werden.

Subjektiv erlebte Beziehungsqualität

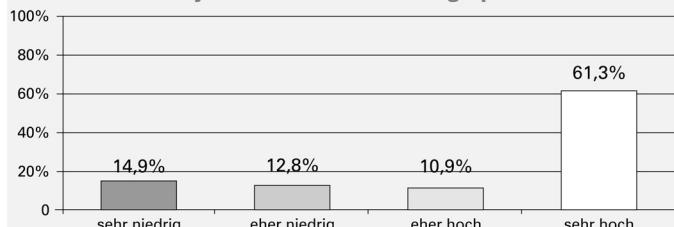


Abbildung 1: Subjektiv erlebte therapeutische Beziehung

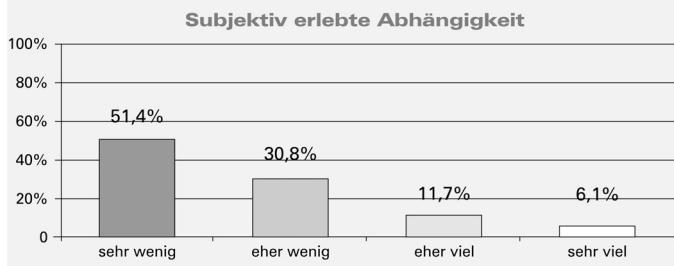


Abbildung 2: Subjektiv erlebte Abhängigkeit von dem/der TherapeutIn

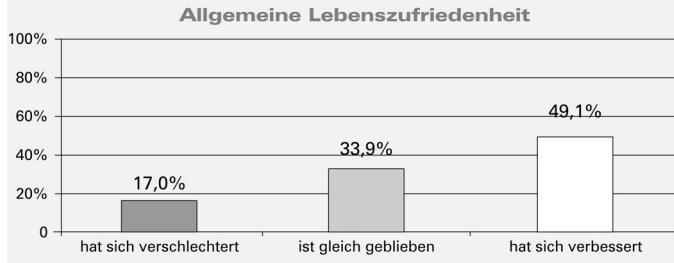


Abbildung 3: Subjektiv eingeschätzte Veränderung der Lebenszufriedenheit

Literatur

- Bergin, A. E. (1963). The effects of psychotherapy: Negative results revisited. *Journal of Counseling Psychology*, 10(3), 244-250.
- Castonguay, L. G., Boswell, J. F., Constantino, M. J., Goldfried, M. R. & Hill, C. E. (2010). Training implications of harmful effects of psychological treatments. *American Psychologist*, 65(1), 34-49.
- Hatfield, D., McCullough, L., Frantz, S. H. B. & Krieger, K. (2010). Do we know when our clients get worse? An investigation of therapists' ability to detect negative client change. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 17(1), 25-32.
- Hermer, M. & Röhrle, B. (2008). Therapeutische Beziehungen: Geschichte, Entwicklung und Befunde. In M. Hermer & B. & Röhrle (Hrsg.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung. Band 1: Allgemeiner Teil* (S. 15-108). Tübingen: DGVT.
- Jacobi, F. (2002). Risiken und Nebenwirkungen verhaltenstherapeutischer Behandlung. In M. Märtners & H. G. Petzold (Hrsg.), *Therapieschäden, Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie* (S. 90-108). Mainz: Grünewald.
- Kierein, M. & Leitner, A. (2011). *Psychotherapie und Recht*. Wien: Facultas.
- Kraus, D. R., Castonguay, L., Boswell, J. F., Nordberg, S. S. & Hayes, J. A. (2011). Therapist effectiveness: Implications for accountability and patient care. *Psychotherapy Research*, 21(3), 267-276.
- Lambert, M. J. & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of Psychotherapy. In M. J. Lambert (Hrsg.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change* (S. 139-193). New York: Wiley.
- Leitner, A., Märtners, M., Höfner, C., Koschier, A., Gerlich, K., Hinterwallner, H. et.al. (2012). *Psychotherapie: Risiken, Nebenwirkungen und Schäden. Zur Förderung der Unbedenklichkeit von Psychotherapie. Endbericht*. Krems, Österreich: Donau-Universität Krems, Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit.
- Leitner, A., Märtners, M., Koschier, A., Gerlich, K., Liegl, G., Hinterwallner, H. & Schnyder, U. (i.Dr.). Patients' perceptions of risky developments during psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*.
- Linden, M. (2011). Nebenwirkungen und Nebenwirkungserfassung in der Verhaltenstherapie. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapiemanual* (S. 45-50). Berlin: Springer.
- Mayring, P. (2000). Qualitative Inhaltsanalyse. 28 Absätze. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 2(1). Online verfügbar: qualitative-research.net/fqs/fqs.htm [18.07.2002].
- Pauls, H. (2011). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung* (2. überarb. Aufl.). Weinheim: Juventa. (Reihe: Grundagentexte Soziale Berufe.)
- Petzold, H. G., Hass, W.g, Märtners, M. & Steffan, A. (2000). Therapeutische Wirksamkeit der Integrativen Therapie. Ergebnisse einer Psychotherapie-Evaluationsstudie im ambulanten Setting. *Integrative Therapie*, 26(2/3), 277-354.
- Strauss, A. L. (1987). *Qualitative analysis for social scientists*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Strauß, B. & Wittmann, W. W. (2005). Psychotherapieforschung: Grundlagen und Ergebnisse. In W. Senf & M. Broda (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch* (S. 760-781). Stuttgart: Thieme.

Rezension

Über Sozialarbeit und über Sozialarbeit hinaus

Gernot Hahn

Mit Bezug auf den Titel der Abschiedsvorlesung des Hochschullehrers Albert Mühlum »Über Sozialarbeit und über Sozialarbeit hinaus« der zentralen Figur der Wissenschaftsentwicklung Sozialer Arbeit in Deutschland in den letzten 20 Jahren, beleuchten die HerausgeberInnen die jüngere akademische Professionalisierung Sozialer Arbeit in Deutschland. Ausgangspunkt der Überlegungen ist die Diskrepanz zwischen der enorm gestiegenen Bedeutung praktischer Sozialer Arbeit vor dem Hintergrund rasanten gesellschaftlichen Wandels und der nur schleppend vorankommenden Weiterentwicklung einer fachwissenschaftlichen Basis. Als Krisenpunkt der Bemühungen um Wissenschaftsentwicklung, Forschung und Promotionsförderung hat sich dabei die Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit (DGSA) erwiesen, wo seit Ende der 1990er-Jahre ein hochschulübergreifendes Promotionskolleg den wissenschaftlichen Austausch und die akademische Förderung der NachwuchswissenschaftlerInnen Sozialer Arbeit unterstützte. Der vorliegende Band zeichnet die dort bewältigte Entwicklung nach und erlaubt einen gründlichen Einblick in konkrete, teils zentrale Fragen der Disziplin. Dazu definieren die HerausgeberInnen in einem einführenden Abschnitt zunächst den Rahmen wissenschaftlicher Forschung in der Sozialen Ar-

beit, erstellen eine Bestandsaufnahme zur Forschung in der Sozialen Arbeit und beschreiben anhand von Protokollen und Texten aus 15 Jahren Promotionsförderung der DGSA die konkrete Arbeit der Ausbildung und Unterstützung des wissenschaftlichen Nachwuchses. Der einführende allgemeine Abschnitt wird ergänzt durch einen Beitrag zu den wissenschaftlichen Diskussionswegen innerhalb der Disziplin (W. Wendt) und einem Text von Staub-Bernasconi, der die Anstrengungen Mühlums um die Nachwuchsförderung ausführlich würdigt.

Der zweite Abschnitt gibt einen Einblick in abgeschlossene Promotionsprojekte. Die ausgewählten Arbeiten von WissenschaftlerInnen wie Heiko Kleve, Benjamin Benz oder Regina Rätz belegen an konkreten Beispielen, wie Forschung in der Sozialen Arbeit gelingen kann, welche Bandbreite an Themen und Fragestellungen abgedeckt werden kann, vor allem aber, dass unter den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen Wissensproduktion ein zentraler Schlüssel für die Lösung individueller und gesellschaftlicher Probleme darstellt und dadurch gleichzeitig die Legitimation innovativer Konzepte und Angebote ermöglicht wird. Der Abschnitt ist auch ein Beleg dafür, wie gelingende Promotionsförderung und wissenschaftliche Nachwuchsförderung den Anteil der Lehrenden mit einer Grundausbildung in Sozialer Arbeit erhöhen kann. Die vorgestellten AutorInnen haben den Sprung an eine Hochschule bereits bewältigt oder stehen kurz davor, wodurch der professionspoli-

tische Auftrag, SozialarbeiterInnen von VertreterInnen der eigenen Profession ausbilden zu lassen, ein Stück weit eingelöst wird.

Der Sammelband erfüllt zwei wesentliche Zwecke: (1) Er würdigt das Verdienst Albert Mühlums um die Akademisierung Sozialer Arbeit, seine konsequente und geduldige Förderung (und Forderung) des wissenschaftlichen Nachwuchses. (2) Er fasst den gegenwärtigen Stand der Wissenschaftsentwicklung Sozialer Arbeit, die Notwendigkeit und die Möglichkeiten zur Promotion und die etablierten Institutionen zur Nachwuchsförderung zusammen. Damit geben die HerausgeberInnen und AutorInnen eine wichtige Orientierung für den wissenschaftlichen Nachwuchs, der an einer wissenschaftlichen Absicherung der eigenen Praxis interessiert und auf der Suche nach Möglichkeiten der Realisierung einer akademischen Karriere ist. Der Band sollte in keiner Hochschule mit Ausbildungsrichtung Soziale Arbeit fehlen und als Grundlagenliteratur in Seminarangeboten zur Karriereplanung und Promotionsförderung herangezogen werden.

Gahleitner, Silke Birgitta, Kraus, Björn & Schmitt, Rudolf (Hrsg.) (2012). *Über Soziale Arbeit und über Soziale Arbeit hinaus. Ein Blick auf zwei Jahrzehnte Wissenschaftsentwicklung, Forschung und Promotionsförderung*. Lage: Jacobs. ISBN: 9783899182064. 19,90 €

Kontakt zum Rezessenten:
info@gernot-hahn.de

Anzeige



ZKS ■ Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit

Fachsozialarbeiter/-in für Klinische Sozialarbeit (ZKS)

Die Anerkennung durch die ZKS bietet Ihnen:

- Gütesiegel und klares professionelles Profil
- Sichtbarkeit von Qualifikation, Berufserfahrung und Kompetenzen
- Anteil an der Entwicklung einer Klinischen Fachsozialarbeit in Deutschland
- Anteil am entstehenden Netzwerk von Hochschulen, Verbänden und Praxis

Für die Anerkennung benötigen Sie:

- mehrjährige klinische Berufserfahrung
- Nachweis einschlägiger psychosozialer Fort- und Weiterbildungen, Selbsterfahrung und Supervision

Über die Anerkennung entscheiden:

- namhafte Professor/-innen deutscher Hochschulen
- Vertreter/-innen der Sozialarbeiterpraxis

Informationen erhalten Sie bei:

- Gerhard Klug, Email: gerhard.klug@klinische-sozialarbeit.de
- Website der ZKS: www.klinische-sozialarbeit.de

Rezension

Das Gehirn – ein Beziehungsorgan

René Reichel und Silke Birgitta Gahleitner
Der Heidelberger Psychiater und Philosoph Thomas Fuchs verknüpft mit dem vorliegenden Buch die Leibphilosophie Merleau-Ponty und weiterer Phänomenologen mit den aktuellen Entwicklungen der Neurobiologie. Mit dem detailliert ausgearbeiteten Band liefert er eine Reihe von Einsichten in die Komplexität des Gehirns als Verschränkung von »Biologie und Kultur ebenso wie Individualität und Sozialität« (S. 185). Dabei gelingt es ihm eindrucksvoll, die teilweise überschließenden Schlussfolgerungen, die aus Ergebnissen der Hirnforschung abgeleitet werden, zurückzuweisen, und der Neurobiologie ihren berechtigten, aber nicht vorrangigen Platz zuzuweisen.

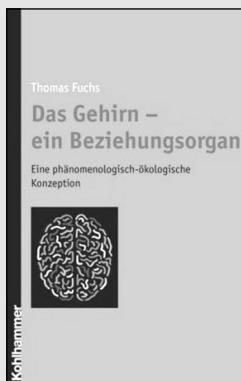
Nach Fuchs gibt es kein »Primat« hirnphysiologischer Trägerprozesse. Das Gehirn selbst verfügt nicht über Bedeutungen, sondern Bedeutungsstrukturen, die es über vorherige intersubjektive Verständigungsprozesse gewonnen hat. Die Funktionen des Gehirns erweisen sich demnach als eingebettet in Beziehungen und die Struktur des Gehirns als geprägt durch szenische Beziehungserfahrungen. Mit diesen Strukturen begegnet und gestaltet der Mensch wiederum neue Beziehungen: In der Gesamtheit betrachtet konstituiert sich so permanent Realität. In dieser Konzeption von der

Aspektualität alles Lebendigen, in der Resonanz zwischen Physischem (Körper), Subjektivem (Leib) und der intersubjektiven Umwelt zu Personen emergieren, finden wir hohe Übereinstimmungen, ja wertvolle Weiterentwicklungen für Psychotherapie, Beratung und psychosoziale Intervention.

Psychische Erkrankungen erscheinen demnach – unabhängig von ihren Ursachen – grundsätzlich immer auch als Störungen im bestehenden Beziehungs- und Interaktionsgefüge. Das Gehirn fungiert dabei als Vermittlungs- und Transformationsorgan für die dabei beteiligten biologischen Zusammenhänge zwischen psychischer Krankheit und der sozialen Dimension. Die ganze Entwicklung und Entfaltung der Persönlichkeit erscheint »als eine verkörperte interpersonale Entwicklung« (S. 206), Gedanken, die an die Embodiment-Bewegung erinnern, jedoch von Fuchs nicht damit in Verbindung gebracht werden.

Das Gehirn ist nach Fuchs auf diese Weise ein zutiefst »soziales Organ« (S. 194): Stück für Stück schlägt sich »die Struktur der Individualität als ein ›Durch-andere-zu-sich-selbst-Kommen‹ in den neuronalen Strukturen nieder« (S. 186). Auf dieser Basis gelingt es auch besser zu verstehen, inwiefern Psychotherapie bereits auf bisher angelegte Strukturen positiver Interaktionen zurückgreifen kann, und wie sehr die Körpersignale der ersten Begegnungen in der Psychotherapie den Behandlungsverlauf prognostizieren. Auch für das umstrittene Thema Willensfreiheit liefert Fuchs eine plausible Darstellung.

Zuweilen hätten Bezüge zu VorgängerInnen im Denken und aktuelle Querverweise sich als hilfreich erwiesen. Embodiment ist in dem Zusammenhang nur ein Stichwort, auch andere Bezüge zu Mead und Habermas z. B. werden zwar kurz angedeutet, aber nur geringfügig ausgeführt. Das Buch bietet jedoch in seiner überzeugenden Konzeption einen bereichernden Einblick in die Phänomenologie aus einer interessanten Perspektive und die Möglichkeit zu verstehen, dass der Mensch ein Lebewesen ist, »das bis in seine biologischen Strukturen hinein durch seine Sozialität geprägt ist« (S. 22).



Fuchs, Thomas (2010). *Das Gehirn - ein Beziehungsorgan. Eine phänomenologisch-ökologische Konzeption*. Stuttgart: Kohlhammer. ISBN 978-3-17-022283-0. 29 €

Kontakt zu den RezensentInnen:
rene.reichel@donau-uni.ac.at
und sb@gahleitner.net

Rezension

Welche Rolle spielt Geschlecht im therapeutischen Prozess?

Silke Birgitta Gahleitner

Gender – als gesellschaftliche Konstruktion von Weiblichkeit und Männlichkeit – ist als strukturierende Kategorie im Lebensalltag ständig präsent und durchdringt unsere individuellen, sozialen und kulturellen Erfahrungen. Auch wenn sich viele Lebensbereiche für Mädchen und Jungen sowie Männer und Frauen scheinbar zueinander geöffnet haben, sind die wesentlichen Segregationsbereiche wie Gesundheit, Berufstätigkeit etc. unverändert geblieben (Rommelspacher, 2002). Auch der therapeutische und beraterische Raum ist durch kulturelle Normen geprägt. Bereits die Bereitschaft, psychosoziale Hilfe in Anspruch zu nehmen, ist stark geschlechtspezifisch stratifiziert (Rommelspacher & Wachendorfer, 2008).

Geschlechtsidentität kann heutzutage also nicht mehr als etwas Eindeutiges, Geraffliches und Widerspruchsfreies begriffen werden, ist jedoch nach wie vor präsent. Der Mainstream der Psychotherapieforschung und -praxis in den deutschsprachigen Ländern blieb davon jedoch unberührt. Lange widmeten sich lediglich Feministische Therapie- und Beratungsansätze der Ungleichheit der Geschlechter. Erst langsam wird begonnen, das Phänomen Geschlecht in den einzelnen Therapie- und Beratungsrichtungen durchzudeklinieren.

Brigitte Schigl, österreichische Psychologin, Psychotherapeutin, Supervisorin, Lektorin und Lehrgangsteilerin, hat sich dieser anspruchsvollen Aufgabe gestellt und bietet auf theoretischer wie praktischer Ebene nicht nur einen differenzierten Einblick in den Status Quo, sondern entwickelt auch innovative Neuanstöße für eine genderkompetente psychotherapeutische Praxis. Als Hintergrundfolie wählt sie die Integrative Therapie. Entlang des Ordnungsschemas des dieser Ausrichtung zugrunde liegenden »Tree of Science« (Petzold, 2003) werden auf drei verschiedenen Theorienabstraktionsebenen metathereoretisch, realexplikativ und praxilogisch die zentralen Aspekte rund um das Thema Gender zusammengetragen und geordnet. Der Bezug auf dieses interessante integrative Gedankengebäude wäre eventuell einen Hinweis im Titel wert gewesen.

Brigitte Schigl begreift dabei – sehr verwandt klinisch sozialarbeiterischen Perspektiven – konsequent Konstitutionsprozesse von Geschlecht als individuelle Entwicklungs- und Aneignungsprozesse, die sich in steter Wechselwirkung mit strukturellen Prozessen auf sozialer, ökonomischer und gesellschaftlicher Ebene befinden und sich in kollektiven Annahmen über Männlichkeit und Weiblichkeit spiegeln. Diese komplexe Sichtweise setzt sich in einer ebenso konsequenter Perspektive auf Psychotherapien und psychotherapeutische Prozesse als Interaktionsgeschehen fort. Dabei werden die Ergebnisse und Theorien zur Bedeutung des Themas Gender in der Psychotherapie aus der feministischen Theoriebildung und dem Genderdiskurs für die Psychotherapeuten zugänglich gemacht und aufbereitet.

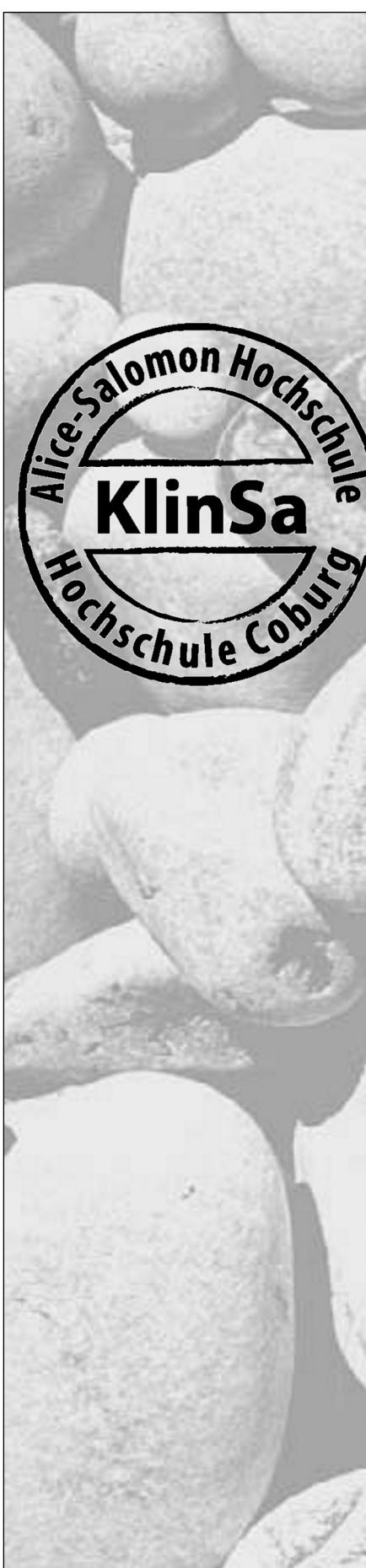
Als Herzstück ihres Buches entwickelt sie unter Einbezug eines beachtlichen Literaturspektrums gezielt Anregungen für die konkrete Praxis vor Ort. Sie fundiert diese Ausführungen stets mit zahlreichen Ergebnissen aus der Gender- und Psychotherapieforschung. Unter dem Titel »Differenz und Doing Gender in der Praxis« dekliniert sie dabei die Bedeutung von Gender in Bezug auf die Beziehungsgestaltung, die Diagnostik und den Heilungserfolg, die Dynamik im psychotherapeutischen Prozess und die Geschlechterkonstellationen durch und entwickelt eine Reihe von Hinweisen zur Gestaltung einer genderkompetenten und -sensiblen Praxis.

Das Buch zeichnet sich durch eine beachtliche Differenziertheit und Vielschichtigkeit aus und verarbeitet ein riesiges Spektrum an Literatur. So reflektiert die Autorin die Paradigmen von Differenz und Gleichheit in der feministischen Theorie im Hinblick auf ihre Gleichzeitigkeit und Ergänzungsdimensionen hin – je nach Wahl des spezifischen Beobachtungswinkels (vgl. auch Gildemeister & Robert, 2008) –, verfolgt den Interaktionsbegriff zurück bis zu Berger und Luckmann (1969) und liefert eine sorgfältige Rezeption des Doing-Gender-Modells (S. 34) von West und Zimmermann (1987), um nur einige Beispiele zu nennen. Auch der Diversitätsdiskurs, die Einbettung in aktuelle Diskurse zur Bedeutung der Intersektionalität und die Bedeutung der Gefahr der Reifikation der Geschlechterdimension durch Forschungs- und Praxisaktivitäten kommen nicht zu kurz. Mit dieser differenzierten Rezeption verlässt die Autorin den »Boden von Schuldzuschreibungen, wie sie in den Anfängen feministischer Forschungen erfolgten« (S. 43) und bietet einen authentischen Einblick in die Entwicklung der feministischen Psychotherapie und Beratung (S. 85ff.). Gender, so wird deutlich, stellt im psychotherapeutischen Geschehen »eine Strukturvariable« (S. 78) dar. Es ist unvermeidlich, dass wir immer aus »einer Position kultureller Verortung heraus auf die kulturelle Zugehörigkeit des jeweils anderen« reagieren (Rommelspacher & Wachendorfer, 2008, S. 1347), man kann es aber zur Aufgabe machen, dies stets aufmerksam zu hinterfragen und zu reflektieren. Dazu bietet das Buch an fast jeder Stelle Möglichkeiten.

Literatur: Berger, P.L. & Luckmann, T. (1969). *Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Eine Theorie der Wissenssoziologie*. Frankfurt: Fischer. (Amer. Original erschienen 1966.) | Petzold, H. (2003). *Integrative Therapie. 3 Bände*. Paderborn: Junfermann. | Rommelspacher, B. (2002). Verschleierte Unterschiede. *taz*, 08.03.2002, S. 20. | Rommelspacher, B. & Wachendorfer, U. (2008). Interkulturelle Therapie. In M. Hermer & B. Röhrl (Hrsg.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung. Band 2: Spezieller Teil* (S. 1337-1360). Tübingen: DGVT. | West, C. & Zimmermann, D. H. (1987). *Doing Gender. Gender & Society*, 1(1), 125-151.

Schigl, Brigitte (2012). *Psychotherapie und Gender Konzepte. Forschung. Praxis. Welche Rolle spielt die Geschlechtszugehörigkeit im therapeutischen Prozess?* Wiesbaden: VS. (Reihe: *Integrative Modelle in Psychotherapie, Supervision und Beratung*). ISBN: 9783531186450, 29,95 €

Kontakt zur Rezensentin: sb@gahleitner.net



Berufsbegleitender Masterstudiengang Klinische Sozialarbeit

Start des 12. Kurses im Sommersemester 2013

Studieninhalte

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

Durchführung

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

Informationsveranstaltung

- 07. Dezember 2012, 08:30 Uhr an der ASH Berlin

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