

# Die soziale Dimension psychischer Krankheit und Gesundheit

Cornelia Rüegger

Cornelia Rüegger

# Die soziale Dimension psychischer Krankheit und Gesundheit

Eine handlungstheoretische Wissensbasis der  
Klinischen Sozialen Arbeit in der Psychiatrie

## **Impressum**

CIP-Titelaufnahme der Deutschen Bibliothek

Cornelia Rüegger

Die soziale Dimension psychischer Krankheit und Gesundheit

Eine handlungstheoretische Wissensbasis der Klinischen Sozialen Arbeit in der  
Psychiatrie

Diese Arbeit erscheint im Rahmen der Reihe:

"Schriften zur psycho-sozialen Gesundheit"

Coburg: ZKS-Verlag

Alle Rechte vorbehalten

© 2012 ZKS-Verlag

Cover-Design: Leon Reicherts

ISBN 978-3-934247-09-3

Der ZKS-Verlag ist eine Einrichtung der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (ZKS)

UG (haftungsbeschränkt), HRB Nummer 5154

Geschäftsführer: Prof. Dr. Helmut Pauls und Dr. Gernot Hahn.

### **Anschrift:**

Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit

Mönchswiesenweg 12 A

96479 Weitramsdorf-Weidach

### **Kontakt:**

[info@zks-verlag.de](mailto:info@zks-verlag.de)

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

Tel./Fax (09561) 33197

### **Gesellschafter der ZKS:**

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

# **Die soziale Dimension psychischer Krankheit und Gesundheit**

Eine handlungstheoretische Wissensbasis der Klinischen Sozialen  
Arbeit in der Psychiatrie

**Master-Thesis von Cornelia Rügger**

Eingereicht bei Prof. Anne Parpan-Blaser

Fachhochschule Nordwestschweiz – Hochschule für Soziale Arbeit

Master of Arts in Sozialer Arbeit mit Schwerpunkt Soziale Innovation

Juli 2011

## **Abstract**

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit der sozialen Dimension von psychischer Krankheit und Gesundheit mit dem Ziel, eine handlungstheoretische Wissensbasis für die Klinische Soziale Arbeit in der Psychiatrie zu entwickeln. Denn diese ist gefordert, sich als eigenständige Disziplin und Profession darzustellen und ihr spezifisches Wissen weiter zu entwickeln. Dazu führen folgende erkenntnis- und handlungsleitende Fragen durch die Arbeit: Was sind die Merkmale der sozialen Dimension von psychischer Krankheit und Gesundheit? Wie lassen sich die Zusammenhänge zwischen psychischen Erkrankungs-/Gesundungsprozessen und der sozialen Dimension erklären? Woraufhin soll die soziale Dimension psychischer Krankheit verändert werden? Was ist die Zuständigkeit und die Funktion der Klinischen Sozialen Arbeit in der interprofessionellen Kooperation in der Psychiatrie und mit welchen Arbeitsweisen kann durch die Klinische Soziale Arbeit die soziale Dimension psychischer Gesundungsprozesse beeinflusst werden? In ihrem Ergebnis weist die Arbeit die Umrisse einer arbeitsfeldbezogenen Handlungstheorie Klinischer Sozialer Arbeit auf. Diese verdeutlicht empirie- und theoriegestützt, dass die soziale Dimension für die psychische Krankheit und Gesundheit in einem hohen Masse bedeutsam ist und ihre Relevanz in der psychiatrischen Behandlungsplanung nicht mehr unterschätzt werden darf.

# Inhaltsverzeichnis

<b>1 Einleitung .....</b>	<b>5</b>
1.1 Ausgangslage – (Klinische) Soziale Arbeit in der Psychiatrie .....	5
1.1.1 Legitimationsdruck .....	5
1.1.2 Entwicklungsbedarf .....	6
1.2 Ziele, Fragestellungen und Aufbau der Arbeit .....	10
<b>2 Grundverständnis und Begrifflichkeiten zur Klinischen Sozialen Arbeit in der Psychiatrie .....</b>	<b>15</b>
2.1 Soziale Arbeit in der Psychiatrie – Klinische Soziale Arbeit .....	15
2.2 Ein bio-psycho-soziokulturelles Menschenbild und das Gesellschaftsbild der Klinischen Sozialen Arbeit .....	18
2.3 Verortung der psychischen Gesundheit/Krankheit im bio-psycho-soziokulturellen Paradigma .....	27
<b>3 Merkmale der sozialen Dimension psychischer Krankheit/Gesundheit – Beschreibungswissen .....</b>	<b>31</b>
3.1 Einleitung .....	31
3.2 Merkmale auf der Ebene des Individuums (Dimensionen der Ausstattung) .....	32
3.2.1 Lebensalter und Geschlecht .....	32
3.2.2 Sozio-ökonomische Merkmale (Bildung, beruflicher Status, Einkommen) .....	34
3.2.3 Sozio-ökologische Merkmale .....	35
3.2.4 Sozio-kulturelle Merkmale .....	36
3.2.5 Merkmale auf der Ebene sozialer Beziehungen .....	37
3.3 Merkmale aus der Perspektive der einzelnen sozialen Systeme .....	38
3.3.1 Soziale Integration und psychische Krankheit/Gesundheit .....	38
3.3.2 Familie und andere Formen von privaten Lebensgemeinschaften .....	39
3.3.3 Freizeit/Kultur .....	42
3.3.4 Schule/Arbeit .....	43
3.4 Lebenslauf- bzw. biographiebezogene Merkmale .....	46
3.5 Konklusion .....	50
<b>4 Zusammenhänge zwischen psychischer Krankheit/Gesundheit und der sozialen Dimension – Erklärungswissen .....</b>	<b>52</b>
4.1 Einleitung (Erklärungswissen Teil 1) .....	52
4.1.1 Gesundheits- und Krankheitsmodelle im Überblick .....	52
4.1.2 Stress/Bewältigung und psychische Krankheit/Gesundheit .....	55
4.1.3 Soziale Ungleichheit und psychische Erkrankung .....	56
4.2 Entwicklung von Erklärungswissen für die Klinische Soziale Arbeit aus bio-psycho-soziokultureller Perspektive (Erklärungswissen Teil 2) .....	58
4.2.1 Allgemeine Überlegungen und eine erste Skizze des Erklärungsbeitrages .....	58
4.2.2 Das dynamische Zusammenspiel zwischen der biologischen und der soziokulturellen Ebene .....	60
4.2.2.1 Die soziale Dimension aus der Perspektive biologischer Forschung .....	60
4.2.2.2 Neurobiologie und soziale Umwelt .....	62
4.2.3 Das dynamische Zusammenspiel zwischen der (bio)psychischen und der soziokulturellen Ebene .....	65

4.2.3.1	Die systemisch-ökologische Konzeption psychischer Krankheit nach Fuchs .....	65
4.2.3.2	Bedürfnisbefriedigung und psychische Krankheit/Gesundheit - Teil A mit Obrecht .....	69
4.2.3.3	Bedürfnisbefriedigung und psychische Krankheit/Gesundheit – Teil B mit Grawe .....	72
4.2.3.4	Integration und Lebensführung als Ausgangspunkt psychischer Krankheit/ Gesundheit.....	82
<b>5</b>	<b>Zusammenfassung und Ausblick auf die Umriss einer systemischen Handlungstheorie der Klinischen Sozialen Arbeit in der Psychiatrie .....</b>	<b>91</b>
5.1	Die Merkmale der sozialen Dimension psychischer Krankheit/Gesundheit – Beschreibungswissen .....	91
5.2	Zusammenhänge zwischen psychischer Krankheit/Gesundheit und der sozialen Dimension – Erklärungswissen .....	95
5.3	Zuständigkeit und Funktion Klinischer Sozialer Arbeit innerhalb der interprofessionellen Zusammenarbeit in der Psychiatrie .....	103
5.4	Zielsetzungen Klinischer Sozialer Arbeit in der Psychiatrie – soziale (Re)Integration und gelingendere Lebensführung.....	104
5.5	Interventionswissen.....	106
5.6	Abschliessende Überlegungen.....	112
<b>6</b>	<b>Literatur .....</b>	<b>115</b>
	<b>Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>130</b>
	<b>Ehrenwörtliche Erklärung.....</b>	<b>131</b>

# 1 Einleitung

Im Kontext des beschleunigten gesellschaftlichen Wandels und der veränderten Formen von Integration und Ausschluss gewinnt die Entwicklung von neuen, den aktuellen Problemlagen angepassten Methoden, Handlungsansätzen und Programmen der Sozialen Arbeit an Bedeutung. Die Praxis Sozialer Arbeit steht ganz allgemein unter einem erhöhten Legitimationsdruck und sieht sich Entwicklungsnotwendigkeiten ausgesetzt, wie sie nachfolgend für das Arbeitsfeld der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie formuliert werden.

## 1.1 Ausgangslage – (Klinische) Soziale Arbeit in der Psychiatrie

### 1.1.1 Legitimationsdruck

Das Gesundheitswesen ist ein traditionell professionell geprägtes Feld (vgl. Sommerfeld 2010, S. 38), wobei dieses System der Professionen aktuell mitunter durch die Professionalisierung der Pflege und anderer Gesundheitsberufe in Bewegung ist. Dabei wird die (Klinische)<sup>1</sup> Soziale Arbeit von den in der Gesundheitsversorgung etablierten Disziplinen, der somatischen Medizin, der Psychologie und der Psychiatrie nicht als gleichwertig wahrgenommen (vgl. Carigiet 2004) und ihr die Rolle als zu- oder untergeordnete Dienstleisterin bzw. Hilfsprofession zugeschrieben.<sup>2</sup> Von der sich in ihrem Verhältnis zur Medizin emanzipierenden Pflege wird die Soziale Arbeit in ihrer oft diffusen (Selbst-)Darstellung<sup>3</sup> teilweise als Konkurrenz, oder gar als überflüssig empfunden. In einer professionstheoretischen Betrachtung verweist dies in Anlehnung an Abbott (1988) auf einen „Kampf um Zuständigkeiten“ unter den in der Psychiatrie tätigen Professionen.<sup>4</sup> Dieser zeigt sich auch in unserer aktuellen Evaluation (vgl. Gautschi/Rüegger 2011): Die Sozialarbeitenden befürchten, dass die Pflege Aufgabenbereiche der Sozialen Arbeit für sich beanspruchen will. Folglich ist die (Klinische)

---

<sup>1</sup> Zum Begriff der „Klinischen Sozialen Arbeit“ siehe Kapitel 2.

<sup>2</sup> Die in Kliniken befragten MedizinerInnen und PflegerInnen finden eine Sozialberatung vor allem für Aus- und Übertritte in andere Einrichtungen erforderlich (vgl. Staub-Bernasconi 2007, S. 12f.). Die Sozialarbeitenden gehören nicht automatisch zum Team, sondern werden je nach dem - durch die anderen Professionen formuliertem - Bedarf „eingeschaltet“. Das bedeutet, dass die Soziale Arbeit Aufträge entgegen nehmen muss und eine soziale Diagnose sowie daraufaufbauende psychosoziale Hilfeplanung für den Behandlungserfolg nicht erforderlich erscheint.

<sup>3</sup> vgl. dazu Nadai et al. (2005)

<sup>4</sup> Der von Abbott beschriebene Kampf (professional war) um Zuständigkeit und Kontrolle verläuft in drei gesellschaftlichen Arenen: (1) Staat, (2) Öffentlichkeit und (3) Arbeitsplatz (Organisation). Für die vorliegende Arbeit von speziellem Interesse ist der Arbeitsplatz. Dieser wird zum Ort, wo sich die von Abbott beschriebene Verbindung zwischen Arbeit und Zuständigkeit in Form von konkreten Problemlösungen/Technologien vergegenständlichen muss und vergleichbar zu Oevermann beschreibt Abbott einen „idealen Problemlösungsprozess“ als Kern der professionellen Rationalität mit den drei wissenschaftsgetriebenen Phasen der (1) Diagnose, (2) Inferenz (Schlussfolgerung, Erstellung des Hilfeplans) und (3) der Behandlung (vgl. Abbott 1988, S. 35-58). Die Rationalität der Problemlösung ist zugleich die kognitive Struktur des Anspruchs auf Zuständigkeit (vgl. Nadai/Sommerfeld/Bühlmann/Krattiger 2005, S. 33ff.). Dies ist für den hier formulierten Legitimationsbedarf von grosser Wichtigkeit, ebenso wie der Umstand, dass nach Abbott das Prestige des akademischen Wissens eine der zentralen Machtquellen darstellt, um aus einem Anspruch auf Zuständigkeit eine institutionalisierte Zuständigkeit zu bilden. Nebst dem akademischen Wissen zählen Klassenallianzen und die Stärkung des entsprechenden Zentralwertes (z.B. soziale Gerechtigkeit für die Soziale Arbeit) als Ressourcen in der Durchsetzung des Anspruchs auf Zuständigkeit. Doch ausser der professionellen Leistung scheint es ebenso zentral, diese im Wettbewerb mit den anderen Professionen auch sichtbar zu machen, d.h. es handelt sich auch um die Darstellung der eigentlichen Problemlösekompetenz.

Soziale Arbeit in der Psychiatrie aus professionstheoretischer Sicht gefordert, sich in diesem Kampf um Zuständigkeiten erfolgreich zu behaupten, will sie nicht endgültig als Hilfsprofession<sup>5</sup> eingestuft werden. Gemäss Abbott (1988) handelt es sich hierbei um die Durchsetzung der professionellen Autonomie und Zuständigkeit in der Arena der Organisation. Oder wie es Carigiet formuliert: „Klinische Sozialarbeit muss sich im medizinisch und pflegerischen Umfeld als *eigenständige Disziplin und Profession* darstellen, mit ihren spezifischen Denk- und Handlungsweisen. (...) Gerade wenn sich die klinische Sozialarbeit inskünftig im medizinisch-industriellen Komplex behaupten will, muss sie eigenes Wissen, eigene Behandlungskonzepte, eigene Methoden entwickeln, anbieten und deren Wirksamkeit wissenschaftlich belegen können (...).“ (Carigiet 2004) Auch der durch die Verwaltungsmodernisierung hervorgerufene Wandel, welchen man selber als Teil des „reflexiven Modernisierungsprozesses“ der Gesellschaft verstehen kann, bringt für die Professionen eine Verschiebung von „Vertrauen“ zu „Accountability“<sup>6</sup> (vgl. Nadai/Sommerfeld 2005, S. 202; Sommerfeld/Haller 2003, S. 64f.). Dadurch ist auch die (Klinische) Soziale Arbeit in der Psychiatrie gefordert, die Darstellung ihrer Leistung an der ökonomischen Rationalität auszurichten und kann ihren „jurisdictional claim“<sup>7</sup> (Anspruch auf Zuständigkeit) nur erhalten, bzw. erlangen, wenn sie sich der „Accountability“ stellt. Da sich jedoch das professionelle Handeln nicht in eine ökonomische Rationalität der Herstellung von Produkten auflösen lässt, ist anzunehmen, dass der professionelle Wissensfundus noch wichtiger wird (vgl. Rügger 2009, S. 70), um sich als vollwertige und angesehene Profession in der Psychiatrie mit entsprechender Problemlösungskompetenz **und** Legitimation zu behaupten. Und es ist m. E. davon auszugehen, dass die Bedeutung des professionellen Wissensfundus zur sozialen Dimension psychischer Krankheit/Gesundheit und dessen Bedeutung in der Wissensgesellschaft und unter der Herausforderung externer Leistungsansprüche sogar noch zunehmen könnte. Die (Klinische) Soziale Arbeit in der Psychiatrie ist also gefordert, diesem *Legitimationsdruck* zu begegnen, Entwicklungsmöglichkeiten zu antizipieren und darauf bezogen in Kooperation mit den beteiligten AkteurInnen neue Lösungen zu erarbeiten, wie die nachfolgenden Ausführungen weiter konkretisieren.

### 1.1.2 Entwicklungsbedarf

Der beschleunigte gesellschaftliche Wandel führt zu einer Konfrontation mit neuen sozialen Problemlagen und führt zu einem Mehrbedarf an psychosozialer Unterstützung, auf den sich die Soziale Arbeit als Profession und Disziplin immer wieder neu einstellen muss (vgl. Mühlum/Gahleitner 2010, S. 97). Insbesondere sozial benachteiligte Menschen zeigen häufig klinisch-somatische Symptome und sind demoralisiert (vgl. ebd.). Der Einfluss der sozialen

<sup>5</sup> Zu einer solchen Zukunftsperspektive vgl. Sommerfeld (2003).

<sup>6</sup> Diese Umstellung des Konzeptes „Vertrauen“ in die professionellen Leistungserbringungen (traditionell durch Qualifikation und kollegiale Selbstkontrolle gewährleistet) auf „Accountability“ als Konsequenz gesellschaftlicher Veränderungen und neuer Steuerungsmodelle wird ausführlicher beschrieben bei Sommerfeld/Haller (2003).

<sup>7</sup> Terminologie Abbott (1988)

und kulturellen Determinanten, wie der sozio-ökonomische Status, Bildung, soziale Ressourcen, familiäres und soziales Umfeld auf die Gesundheit der Schweizer Bevölkerung ist signifikant (vgl. ebd. Meyer 2009, S. 341). Damit treten für die Soziale Arbeit verstärkt auch KlientInnen in den Blick, die aufgrund einer Erkrankung psychisch und sozial leiden oder aber aufgrund ihrer sozialen Lage an Leib oder Seele erkranken (vgl. Geissler-Piltz/Mühlum/Pauls 2005, S. 14). Die Weltgesundheitsorganisation (vgl. 2009) formuliert das Thema „Psychische Krankheit“ als eine der grössten Herausforderungen im Bereich public health. In Europa macht jede vierte Person in ihrem Leben mindestens eine psychische Krankheitsepisode durch (vgl. ebd.). Auch in der Schweiz sieht die Situation vergleichbar aus: rund die Hälfte der schweizerischen Bevölkerung leidet mindestens einmal im Leben an einer psychischen Störung.<sup>8</sup> Jedes Jahr erkranken ca. 25 bis 30 % der Bevölkerung erstmals oder wiederholt an einer psychischen Störung (vgl. Meyer 2009). Und dieses „leiden an einer psychischen Störung“ ist für einen grossen Teil der Betroffenen wörtlich zu nehmen: Psychosen, depressive Störungen, Angst-, Zwangs- wie auch Suchterkrankungen schaffen für die Betroffenen oft auswegslose Situationen, in denen sich viele nur mit der Selbsttötung<sup>9</sup> zu helfen wissen (vgl. Richter 2003, S. 29). Die Chronifizierung der Störungen ist eine weitere Seite des Leidens, die oft zu sozialem Abstieg bzw. zu sozialer Marginalisierung bis hin zur Exklusion in mehreren Funktionssystemen führt. Psychische Erkrankungen beeinträchtigen aber nicht nur die direkt Erkrankten, sondern zeigen auch soziale Auswirkungen auf das Umfeld der Betroffenen in Form von familiären Belastungen, Erwerbsausfall, Gewalthandlungen, Wohnungslosigkeit u.a.m. Zusammengefasst liegt also eine zirkuläre Bedingungskonstellation vor (vgl. Sommerfeld/Hierlemann 2004): Die Art und Form der sozialen Integration ist eine massgebliche Ursache für psychische Krankheiten und diese wiederum können Ursache für gesellschaftliche Exklusion sein (vgl. ebd.). Damit verbunden ist der Verlust von Ressourcen auf der Ebene des Individuums (bspw. Beziehungen, Arbeit, Geld, Einfluss, Sinn). Es geht hier also um soziale Probleme<sup>10</sup> und damit um den Gegenstandsbereich (Klinischer) Sozialer Arbeit. Folglich können die sozialen Faktoren zur Entstehung psychischer Krank-

---

<sup>8</sup> Mit 1 - 2 Fällen pro 1 000 EinwohnerInnen ist die Depression in der Schweiz – v.a. bei Frauen – die am meisten behandelte Diagnose in psychiatrischen Kliniken. Oftmals treten sogar verschiedene psychische Störungen gleichzeitig auf und bei 50 % der Ersterkrankten findet sich mehr als nur eine Störung (besonders häufig bei Depressionen, Suchterkrankung oder Schizophrenie). Die Komorbidität geht u.a. mit schlechteren Prognosen, einem erhöhten Behandlungsbedarf und einem höheren Beeinträchtigungsgrad einher (vgl. Schuler/Rüesch/Weiss 2007).

<sup>9</sup> Jährlich sterben weltweit ca. 900 000 Menschen durch Suizid. Einem grossen Teil der Suizidfälle (90 %) gehen psychische Störungen – meistens Depressionen – voraus (vgl. Schuler et al. 2007). Für weiterführende Literatur zu Suizid und Suizidprävention für die Schweiz vgl. Bundesamt für Gesundheit (2005). Weiterführende Hinweise zur Suizidforschung bspw. <http://www.depression.uzh.ch/vortraege/erg-suizidfo.pdf>.

<sup>10</sup> In Anlehnung an das prozessual-systemische Paradigma von Staub-Bernasconi und wissenschaftlichen Arbeiten von Werner Obrecht werden soziale Probleme hier verstanden als Probleme von Individuen, als auch Probleme einer Sozialstruktur und Kultur in ihrer Beziehung zueinander (vgl. Staub-Bernasconi 2007, S. 182). Sie sind ein Konglomerat praktischer Probleme, die sich für ein Individuum im Zusammenhang mit der Befriedigung seiner Bedürfnisse nach einer befriedigenden Form der Einbindung in die sozialen Systeme seiner Umwelt ergeben (vgl. Obrecht 2005a, S. 132f.). Hierbei wird von Obrecht unterschieden zwischen sozialen Problemen, welche sich aus a) der Interaktionsstruktur ergeben und solchen, die b) mit der Positionsstruktur in Zusammenhang stehen.

heit/Gesundheit bzw. die sozialen Folgen psychischer Krankheit die (Klinische) Soziale Arbeit mit ihrem dreifachen Mandat<sup>11</sup> nicht unberührt lassen.

Die Anerkennung dieser sozialer Wirkfaktoren für die Genese, die Ausprägung und den Verlauf psychischer Störungen findet im bio-psycho-sozialen Gesundheitsverständnis der WHO<sup>12</sup> und in den interprofessionellen Handlungsansätzen der modernen integrierten Psychiatrie ihren Ausdruck. Damit einhergehend ist die Beeinflussung des Umfeldes bzw. der sozialen Dimension der psychisch kranken Menschen zentral geworden. So zeigt auch die Studie von Sommerfeld et al. (2006) deutlich, wie wichtig die soziale Dimension im Hinblick auf Re-Integrationsprozesse, Rehabilitation und Recovery<sup>13</sup> ist. Doch die diesbezüglich angebotenen professionellen Hilfen verfehlen die zeitliche, dynamische und systemische Komplexität der Fälle – insbesondere das dynamische Zusammenspiel zwischen psychischen und sozialen Prozessen im psychischen Erkrankungs- bzw. Gesundungsprozess (vgl. ebd.). Die soziale Dimension wird also nur unterkomplex wahrgenommen und in der psychiatrischen Behandlungsplanung unterschätzt.

Um nun auf diesen skizzierten Legitimations- und Entwicklungsbedarf zu reagieren, bedarf es einer entsprechenden Wissensbasis für die Fallarbeit der Klinischen Sozialen Arbeit in der Psychiatrie.<sup>14</sup> So stellte die Verfasserin bereits im Zusammenhang mit der Entwicklung eines Orientierungsrahmens für eine eigenständige soziale Diagnostik fest: „(...) es [wird] im Bereich der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen zentral sein, das oft genannte bio-psycho-soziale Modell zu explizieren aber auch Wissen über das Verhältnis von Individuum und Gesellschaft heranzuziehen und in der sozialen Diagnostik zu berücksichtigen. Nebst solchem Gegenstandswissen erfordert es Erklärungswissen. Das heisst, in Bezug zur Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen benötigt es Kenntnisse über die Wechselwirkungen von psychischen Erkrankungs-/Gesundungsprozessen mit sozialen Faktoren.“ (Rüegger 2009: 72f.) Auf das Fehlen solcher Wissensbestände im Arbeitsfeld der Klinischen Sozialen Arbeit in der Psychiatrie wird an verschiedenen Stellen verwiesen. So formuliert bspw. Ortmann/Röh: „Aus unserer Sicht besteht derzeit in der Klinischen Sozialarbeit das zentrale Defizit darin, dass es entwickelte Theorien und Praxeologien klinischen sozialarbeiterischen Denkens und Handelns allenfalls erst in Ansätzen gibt.“ (Ortmann/Röh 2008, S. 10) Deshalb würden sich die Überlegungen und Konzepte zur Entwicklung der Klinischen Sozialarbeit in Deutschland vielfach auf bezugswissenschaftliche „Importe“, insbesondere aus der Psychotherapie abstützen. Die Entwicklung eigener Ansätze und damit die Fokussierung auf soziale Problemlagen

---

<sup>11</sup> Staub-Bernasconi spricht vom Mandat gegenüber der Klientel, gegenüber der Gesellschaft bzw. dem institutionellen Träger und dem Mandat gegenüber der eigenen Profession (vgl. Staub-Bernasconi 2007, S. 287f.).

<sup>12</sup> "Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity." (<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>, S. 1)

<sup>13</sup> Eine befriedigende Übersetzung für „Recovery“ steht noch aus (vgl. Amering/Schmolke 2007). Es finden sich Übersetzungen wie Erholung, Besserung, Genesung, Gesundung, Rückgewinnung.

<sup>14</sup> Damit verortet sich die Arbeit auf der Mikroebene. Die Mesoebene wird als Ebene der Hilfssysteme jedoch angeschnitten, wenn es im Schlusskapitel um die Funktion Klinischer Sozialer Arbeit in der interprofessionellen Zusammenarbeit geht.

drohen hingegen verloren zu gehen. Auch Carigiet fordert: „Die klinische Sozialarbeit muss Erklärens- und Verstehens-Modelle von Gesundheit und Krankheit entwickeln (...). Ihre Stärke wäre es eigentlich und muss es sein, die *sozialen Dimensionen von Gesundheit und Krankheit in den Mittelpunkt* zu rücken und – in Ergänzung zu Medizin und Pflege – soziotherapeutisch zu unterstützen.“ (2004, S. o.S.)

Um es mit Sidler (vgl. 2004, S. 84) auf eine allgemeine Formel zu bringen: es handelt sich also um die Fragen, was alles ist der Fall in diesem Kontext der Sozialen Arbeit, was hat er für Hintergründe, welche Konsequenzen? Im Weiteren leiten diese Fragen meines Erachtens weiter zu Fragen der Wertung dieser Zustände oder gar zur Handlungsaufforderung der Sozialen Arbeit.<sup>15</sup> Oder mit Staub-Bernasconi formuliert: „Es geht darum, zu wissen, was problematisch ist und deshalb nach veränderter Praxis ruft, warum etwas im Sinne seiner Verursachung problematisch ist, aber auch aufgrund welcher Werte ein Sachverhalt als problematisch beurteilt wird. Es geht aber im Weiteren auch darum zu bestimmen, wer, womit, woraufhin und wie etwas zu verändern suchen soll, und dies mit welchem Ergebnis.“<sup>16</sup> (Staub-Bernasconi 1986, S. 8)

An diesem Punkt setzt die vorliegende MA-Thesis – als Reaktion auf den ausgewiesenen Legitimations- und Entwicklungsbedarf – mit einer Theoriearbeit an.<sup>17</sup> Es geht um die Zusammenführung, systematische Verknüpfung und Transformation von Wissensbeständen aus Forschung und Theorie, welche rationales Handeln der Sozialen Arbeit im Feld der Psy-

---

<sup>15</sup> Nach Staub-Bernasconi (vgl. 2007, S. 246) arbeiten HandlungswissenschaftlerInnen unter Bezugnahme auf disziplinäres Wissen an praktischen Problemen, d.h. im Falle der Sozialen Arbeit an sozialen Problemen. Dabei gibt es kein soziales Problem, das nur unter Bezug auf eine einzige Disziplin beschrieben und erklärt werden könnte. Somit ist eine Handlungswissenschaft immer interdisziplinär bzw. transdisziplinär. „Eine Handlungswissenschaft zeigt Wege auf, die „Welt“ beziehungsweise „etwas“ in ihr zu verändern.“ (ebd.) Wie wir aus historischen Erfahrungen wissen, kann dies zu Besserem, aber auch zu humanitären Katastrophen führen. Folglich kommt nach Staub-Bernasconi eine Handlungswissenschaft nicht ohne Einbindung in Werte und eine entsprechende Ethik aus. Sidler (vgl. 2004, S. 18-26) hingegen kritisiert die Vorstellungen von Staub-Bernasconi in Bezug auf den Einbezug von Wertwissen innerhalb ihrer Handlungstheorie der Sozialen Arbeit mit dem Hinweis, dass dabei Sach-, Wert- und Verfahrensfragen nicht ausreichend getrennt sind. Das Ergebnis seiner Auseinandersetzung mit vorhandenen Vorstellungen einer Disziplin, bzw. Handlungstheorie der Sozialen Arbeit ist der Entwurf einer möglichen Systematik einer Sozialarbeitslehre, welche „das Ganze“ der theoretischen Bemühungen zur Sozialen Arbeit in differenzierter Weise behandelt. Mit dem Ganzen der Sozialen Arbeit beschreibt Sidler die gesamte Arbeit an sozialarbeiterischen Problemen, welche die drei Ebenen der Konstitution dieser Probleme, der Bearbeitung sowie die Evaluation dieser Arbeit umfasst (vgl. ebd., S. 137). Innerhalb jeder dieser drei Ebenen unterscheidet Sidler das Bedenken und Besprechen von Sachverhalten (Sozialarbeitswissenschaft), der handlungsleitenden Interessen, Werte und Ziele (sozialarbeiterische Teleologie) sowie des richtigen Vorgehens (sozialarbeiterische Methodologie). Er trennt also konsequent die Diskussion von Sachfragen von Wertfragen.

<sup>16</sup> Dass diese Fragen für die Praxis der Sozialen Arbeit relevant sind, zeigt sich u.a. in dem in der sozialarbeitswissenschaftlichen Literatur vorherrschenden Konsens darüber, dass professionelles Handeln als reflektiertes, rationales Handeln nur auf der Basis von Wissen möglich ist (bspw. Heiner 2007; Oevermann 1996; Sidler 2004; Staub-Bernasconi 2007). Und da die Wissenschaft Sozialer Arbeit nicht l'art pour l'art ist, sondern zugeordnet zu einer Praxeologie, werden in ihr drei „Typen“ von Wissen produziert, nämlich „Faktenwissen“, ferner Theorien über Zusammenhänge von Fakten und schliesslich „Handlungs-, Interventions- oder technologisches Wissen“ (vgl. Sommerfeld 1996, S. 28). Beziehungsweise mit Obrecht gesprochen: „(...) ihre Aufgaben sind Beschreibungen von Fakten, Theorien und Technologien.“ (Obrecht 1996, S. 140f.)

<sup>17</sup> Damit kann die Arbeit auch eine Grundlage bereitstellen für die weitere Ausarbeitung eines Positionspapiers der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie. Dieses ist mitunter eine Antwort auf den erwähnten Legitimationsdruck der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie. Die Erarbeitung dieses Positionspapiers erfolgt in einer Arbeitsgruppe mit Frau Staub-Bernasconi und Sozialarbeitenden in der Psychiatrie, zu welcher ich aufgrund der thematischen Ausrichtung der MA-Thesis und meiner Tätigkeit als wissenschaftliche Assistentin in einem Projekt zur Entwicklung von Instrumenten und Verfahren für die Soziale Arbeit in der Psychiatrie gestossen bin.

chiarie noch besser ermöglichen sollen. Die MA-Thesis schliesst dabei auch unmittelbar an die von der Verfasserin in früheren Arbeiten erarbeiteten Positionen<sup>18</sup> an und sie ist in ihrem grundsätzlichen Interesse für die Klinische Soziale Arbeit in der Psychiatrie geleitet durch die Mitarbeit der Verfasserin als wissenschaftliche Assistentin in einem Kooperationsprojekt<sup>19</sup> zwischen der FHNW HSA und einer Praxispartnerin im Feld der Psychiatrie.

## 1.2 Ziele, Fragestellungen und Aufbau der Arbeit

Die internationale Definition Sozialer Arbeit (IFSW/IASSW 2001)<sup>20</sup> und der dazugehörige Kommentar verweisen auf verschiedene Quellen von Wissen, welche auch für die Wissensbasis der Klinischen Sozialen Arbeit in der Psychiatrie relevant sind. Theorien menschlichen Verhaltens und sozialer Systeme werden als Grundlage für die sozialarbeiterische Intervention angesehen und somit die Perspektive einer wissenschaftsbasierten Sozialen Arbeit explizit vertreten. Noch viel deutlicher rückt diese Perspektive im Kommentar<sup>21</sup> in den Vordergrund, in welchem Forschungswissen, Evaluationswissen aus der Praxis der Sozialen Arbeit sowie lokales, kontextspezifisches Wissen erwähnt werden. Es wird ausgeführt, dass Soziale Arbeit die Menschen in der Komplexität ihrer Interaktionen mit der Umwelt wahrnimmt und dadurch ein systemisches Verständnis zum Verhältnis von Menschen in/mit ihrer Umwelt angelegt. Dabei wird ein bio-psycho-soziales Faktorenbündel thematisiert, worauf sich folglich auch die vorliegende Arbeit beziehen wird. Wie erwähnt wird daraufhingewiesen, dass

---

<sup>18</sup> Damit ist insbesondere die oben schon erwähnte Arbeit zur sozialen Diagnose insbesondere auch die Begründung des hier gewählten metatheoretischen Bezugsrahmens angesprochen. In einer früheren Qualifizierungsarbeit beschäftigte sich die Verfasserin mit der Frage nach dem Nutzen von Systemtheorien für die Theoriebildung Sozialer Arbeit (Rüegger 2006). Aus dem Vergleich zentraler Aspekte der systemtheoretischen Paradigmen von Niklas Luhmann und Mario Bunge wurde dargestellt, dass diese sich als wissenschaftlicher Bezugsrahmen in Reichweite und Relevanz auf bestimmte Dimensionen der Theoriebildung abweichend und unvereinbar auswirken und dabei das jeweilige Verständnis von Sozialer Arbeit in unterschiedlicher Weise prägen. Unter Berücksichtigung gesellschaftskritischer Aspekte und in Folge theorieimmanenter Lücken der Luhmannschen Konzeption kam die Arbeit zum Schluss, dass der Nutzen des Bungeschen Emergentistischen Systemismus als wissenschaftlicher Bezugsrahmen Sozialer Arbeit im Vergleich zur Luhmannschen Soziologischen Systemtheorie von grösserer Relevanz ist. Mit Blick auf die gewünschte interprofessionelle Kooperation in der Psychiatrie sind diese Ausführungen noch zu erweitern indem betont wird, dass es sich bei der prozessual-systemischen Handlungstheorie und ihrem Bezug auf die Systemphilosophie von Marion Bunge und wissenschaftlichen Arbeiten von Obrecht nicht einfach um „eine Theorie“ (Staub-Bernasconi 2007, S. 16) handelt. Dieser theoretische Zugang ermöglicht vielmehr eine zweifache Integrationsleistung: 1) vertikal durch die Verknüpfung metatheoretischer, objekttheoretischer und handlungstheoretischer Theorien als Teiltheorien sowie 2) horizontal durch die Verknüpfung von Theorien (als Teiltheorien) auf dem gleichen Niveau. Somit wird die Integration verschiedener, meist additiv nebeneinander stehender Theorien und additiv diskutierter und gelehrter Theorien möglich im Sinne von Inter- und Transdisziplinarität und unterstützt dadurch die interprofessionelle Kooperation im Setting der Psychiatrie.

<sup>19</sup> In diesem Kooperationsprojekt geht es um die Entwicklung von Instrumenten und Verfahren für die Soziale Arbeit in der Psychiatrie, siehe bspw. Sommerfeld/Dällenbach/Rüegger (2010).

<sup>20</sup> Definition: „The social work profession promotes social change, problem solving in human relationships and the empowerment and liberation of people to enhance well-being. Utilising theories of human behaviour and social systems, social work intervenes at the points where people interact with their environments. Principles of human rights and social justice are fundamental to social work.“ URL: <http://www.ifsw.org/p38000208.html> [Zugriff 11.12.2010]

<sup>21</sup> Auszug aus dem Kommentar: „Social work bases its methodology on a systematic body of evidence-based knowledge derived from research and practice evaluation, including local and indigenous knowledge specific to its context. It recognises the complexity of interactions between human beings and their environment, and the capacity of people both to be affected by and to alter the multiple influences upon them including bio-psycho-social factors. The social work profession draws on theories of human development and behaviour and social systems to analyse complex situations and to facilitate individual, organisational, social and cultural change.“ (ebd.)

sich die Soziale Arbeit abstützt auf Theorien menschlichen Verhaltens und sozialer Systeme als Erklärungstheorien, um schwierige Situationen zu analysieren und um individuelle, organisatorische, soziale und kulturelle Veränderungen zu erleichtern. In ihrem Wertebezug bezieht sich Soziale Arbeit auf „(...) Principles of human rights and social justice are fundamental“ (vgl. IFSW o.J.). Damit sind also grundlegende Prämissen zu Beschreibungs-, Erklärungs-, und Wertwissen in der Sozialen Arbeit angelegt, die in der MA-Thesis aufgegriffen, auf das Handlungsfeld der Klinischen Sozialen Arbeit in der Psychiatrie konkretisiert und in Überlegungen zum Verfahrenswissen transformiert werden.

Auch gemäss Staub-Bernasconi kann ein einzelner theoretischer und methodologischer Zugang der komplexen Realität Sozialer Arbeit nicht gerecht werden und sie plädiert für eine Metatheorie, die mehrere Zugangsmöglichkeiten miteinander verbinden kann (vgl. Staub-Bernasconi 1986a). Dabei benennt sie folgende Konstruktionselemente einer komplexen Handlungstheorie<sup>22</sup> für die Soziale Arbeit bzw. die fünf Wissensbestände des (1) Gegenstands- bzw. Beschreibungswissens, (2) Erklärungswissens, (3) Wert- oder Kriterienwissens, (4) Verfahrenswissens und (5) Evaluationswissens (vgl. ebd. ). Diese handlungstheoretische Wissensbasis korrespondiert mit dem normativen Modell professionellen Handelns nach Obrecht (2006). Mit Obrecht wird deutlich, dass eine professionelle Handlung das Ergebnis „einer Abfolge von (durch bewusste Werte angetriebenen) methodisch kontrollierten kognitiven Operationen [ist], in deren Verlauf nach und nach alle Fragen geklärt werden, die zur Entwicklung eines Handlungsplanes führen“ (Obrecht 2006).<sup>23</sup> Diese Fragen sind auch unter dem Begriff der „W-Fragen“ bekannt. Nachfolgende Abbildung repräsentiert diese kognitiven Operationen bzw. die über diese „W-Fragen“ erhaltenen Wissensformen in vereinfachter Darstellung:

---

<sup>22</sup> Es existiert kein einheitliches Konzept zur Frage, was eine Handlungstheorie ist oder gar wie eine solche für die Soziale Arbeit auszusehen hätte. Die vorliegende Arbeit lehnt sich beim Begriff der wissenschaftlich begründeten Handlungstheorie an die Definition von Silvia Staub-Bernasconi an. Sie bezeichnet die Zusammenschau und systematische Verknüpfung von (1) Gegenstandswissen, (2) Erklärungswissen, (3) Wert- oder Kriterienwissen, (4) Verfahrenswissen sowie (5) Evaluationswissen bzw. die mit dieser systematischen Verknüpfung verbundenen Aussagen als wissenschaftlich begründete Handlungstheorie (vgl. Engelke 2002, S. 367). Für Staub-Bernasconi sind Handlungstheorien Produkte von „sich und ihrer Umwelt einfühlenden, wahrnehmenden, deutenden, bewertenden und verändernden Akteuren (sic!)“. (ebd.) Miller (2001) benennt auch diese Konstruktionselemente für eine Handlungstheorie Sozialer Arbeit, bezieht sich aber in der Ausgestaltung auf eine andere metatheoretische Prämisse als Staub-Bernasconi und Obrecht. Für eine allgemeine Übersicht über die unterschiedlichen Wissens-ebenen und Wissensformen einer Theorie Sozialer Arbeit als normative Handlungswissenschaft siehe Staub-Bernasconi (2007); Obrecht (2005b; 2006). Für eine Kritik dazu – v.a. in Bezug auf den Staubschen-Einbezug von Werten und ihren objektivistischen Problembegriff – bzw. einem auf der Kritik aufbauenden neuen Vorschlag für Wissensbestände einer Sozialarbeitswissenschaft vgl. siehe Sidler (2004). Leider ist es im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich den Diskurs zum Thema Nutzen, Struktur und inhaltliche Ausgestaltung der Disziplin Sozialer Arbeit bzw. einer Handlungstheorie der Sozialen Arbeit abzubilden (siehe dazu bspw. Bango 2001; Klüsche/Effinger 1999; Kreft/Wendt 1997; Obrecht 1996; Sidler 2004; Sommerfeld 1996; Staub-Bernasconi 2007; Thiersch 1996). Zum Diskurs um Theoriebildung bzw. Theorien Sozialer Arbeit und was diese leisten können bzw. leisten müssen siehe bspw. Brunkhorst/Otto (1989); Rauschenbach/Züchner (2002); Staub-Bernasconi (2006); Thiersch/Rauschenbach (1984); Wilhelm (2006).

<sup>23</sup> Eine Handlung, die diese Kriterien erfüllt, ist gemäss Obrecht rational und professionell (vgl. 2000a, S. 219). Doch ist diese Konzeption professionellen Handelns nicht unumstritten. Für eine Kritik am Modell von Obrecht

Abb. 1: Die W-Fragen der allgemeinen normativen Handlungstheorie (in Anlehnung an Obrecht 1995)

W-Frage	Wissensform
1. Was-, Wann-, Wo- und Woher-Frage	Bilder (Beschreibungswissen)
2. Warum-, Weshalb-Frage	Theorien (Erklärungswissen)
3. Wohin-Frage	Zukunftsbilder
4. Was ist (nicht) gut-Frage	Werte (Wertwissen)
5. Woraufhin-Frage	Ziele (Zielwissen)
6. Wie-Frage	Interventionswissen
7. Womit-Frage	Wissen über Ressourcen
8. Wer-Frage	Wissen über Handelnde
9. Wirksamkeitsfrage	Evaluationswissen

Das *Ziel* der geplanten Arbeit liegt also in der Entwicklung einer entsprechenden handlungstheoretischen Wissensbasis für die Klinische Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Eine so verstandene handlungstheoretische Wissensbasis für die Klinische Soziale Arbeit in der Psychiatrie beinhaltet gemäss dem Verständnis der Verfasserin Sachinformationen in Form von Fakten und ihren Zusammenhängen zur sozialen Dimension psychischer Krankheit/Gesundheit, verknüpft diese mit Informationen über die Wertorientierung der Klinischen Soziale Arbeit und ermöglicht dadurch die Auseinandersetzung mit diesen Grössen und verbindet dies systematisch mit entsprechenden Informationen zu den notwendigen Arbeitsweisen.

Daraus ergeben sich für die Klinische Soziale Arbeit in der Psychiatrie folgende *Fragestellungen*:

- Was sind die Merkmale der sozialen Dimension von psychischer Krankheit und Gesundheit? Bzw. welche Faktoren der sozialen Umwelt haben einen Einfluss auf Entstehung und Verlauf?
- Wie lassen sich die Zusammenhänge zwischen psychischen Erkrankungs-/Gesundungsprozessen und der sozialen Dimension erklären?
- Woraufhin soll die soziale Dimension psychischer Krankheit verändert werden?

- Was ist die Zuständigkeit und Funktion der Klinischen Sozialen Arbeit in der interprofessionellen Kooperation in der Psychiatrie? Worin besteht ihr Integrationsauftrag?
- Mit welchen Arbeitsweisen kann durch die Klinische Soziale Arbeit die soziale Dimension psychischer Gesundheitsprozesse beeinflusst werden?

Entlang dieser erkenntnis- und handlungsleitenden Fragen wird die vorliegende Arbeit in einzelne Prozessschritte aufgeteilt. Diese Prozessschritte werden auf der Basis von Forschungsergebnissen zur sozialen Dimensionen psychischer Erkrankung/Gesundheit, theoretischen Erklärungsmodellen zum Zusammenhang der sozialen Dimension mit psychischer Gesundheit/Krankheit und explizitem Wertebezug systematisch abgearbeitet, diskutiert und zusammengeführt. Und damit ist gleichzeitig auch der Schwerpunkt<sup>24</sup> dieser Arbeit ersichtlich: Dieser liegt beim sogenannten Beschreibungs- und Erklärungswissen bzw. beim Herausarbeiten der sozialen Dimension für die Entstehung und Behandlung von psychischen Krankheiten bzw. zur Stärkung von Gesundheitsprozessen. Denn obwohl von der WHO ein bio-psycho-soziales Modell von Gesundheit und Krankheit porträtiert wird, ist gemäss Ortmann et al. (vgl. 2008, S. 109) über die genaue Bedeutung der sozialen Systemebene sowohl für die Entstehung wie auch für die Behandlung von Gesundheitsstörungen noch wenig bekannt.

Der *Aufbau* der Arbeit sieht dadurch wie folgt aus: Nach einer Skizzierung des Grundverständnisses von Klinischer Sozialer Arbeit in der Psychiatrie und entsprechenden Begriffsdefinitionen (Kapitel 2) erfolgt in Anlehnung an das Modell von Obrecht (2006) die Herausarbeitung der sozialen Dimensionen psychischer Krankheit/Gesundheit. Dazu werden zunächst in Kapitel 3 auf der Basis empirischer Studien die Merkmale der sozialen Dimension von psychischer Krankheit/Gesundheit beschrieben (was-, wann-, woher-Frage). Der Zusammenhang dieser sozialen Faktoren mit psychischer Krankheit/Gesundheit wird ausgehend von Theorie und Empirie aus verschiedenen Disziplinen in Kapitel 4 erklärt und dabei versucht, die bio-physiologische und neuro-psychologische Natur des Menschen in sein soziokulturelles Bezugssystem zu integrieren (warum-, weshalb-Frage). Im Schlusskapitel – Kapitel 5 – werden die Umriss einer arbeitsfeldbezogenen systemischen Handlungstheorie der Klinischen Sozialen Arbeit skizziert, indem zunächst die vorangegangene Übersicht zu Beschreibungs- und Erklärungswissen zusammengefasst wird und auf dieser Grundlage die weiteren Fragestellungen beantwortet werden. Das heisst, es werden Zielvorstellungen (woraufhin-Frage) in Bezug auf die Bearbeitung der sozialen Dimension von psychischer Erkrankung aus einer wertbasierten Perspektive der Klinischen Sozialen Arbeit formuliert und der Funktions- bzw. Zuständigkeitsbereich der Klinischen Sozialen Arbeit in der Psychiatrie innerhalb der interprofessionellen Zusammenarbeit umrissen sowie Überlegungen zur theorie- und forschungsbasierten Interventionsentwicklung auf der Basis der vorherigen Prozessschritte

---

<sup>24</sup> Aufgrund des begrenzten Umfangs einer MA-Thesis musste eine Fokussierung vorgenommen werden.

---

dargelegt. Damit wird zugleich auch der Anspruch der IFSW/IASSW-Definition aufgegriffen, mit Hilfe wissenschaftlicher Theorien komplexe Situationen zu analysieren, zu erklären und dadurch Veränderungen initiieren zu können.

## **2 Grundverständnis und Begrifflichkeiten zur Klinischen Sozialen Arbeit in der Psychiatrie**

Mit dem Kapitel 2 wird das der Arbeit zugrundeliegende Verständnis zur Profession der Klinischen Sozialen Arbeit in der Psychiatrie (Kapitel 2.1) und deren Menschen- und Gesellschaftsbild (Kapitel 2.2) vorgestellt sowie der Begriff der Gesundheit bzw. Krankheit definiert (Kapitel 2.3).

### **2.1 Soziale Arbeit in der Psychiatrie – Klinische Soziale Arbeit**

Die vorliegende Arbeit bezieht sich auf die Profession der Klinischen Sozialen Arbeit im Feld der Psychiatrie<sup>25</sup>. Die Psychiatrie<sup>26</sup> ist der Ort der Medizin und damit Teil des gesellschaftlichen Funktionssystems Gesundheit, an dem sie sich als wissenschaftliche Disziplin und als ärztliche Profession der Diagnose, Behandlung, Prävention und Erforschung psychischer Erkrankungen widmet. Der internationale Hauptstrang psychiatrischer und psychopathologischer Konzeptbildung ist einem integrativen, d.h. einem bio-psycho-sozialen Modell des Menschen und seiner Erkrankungen verpflichtet (vgl. Sommerfeld/Hierlemann 2004, S. 326). Die steigende Anerkennung dieser bio-psycho-sozialen Sichtweise hat auch zu einer wachsenden Berücksichtigung der sozialen Dimension einer psychischen Erkrankung beigetragen. Die (Klinische) Soziale Arbeit in der Psychiatrie ist also an das Funktionssystem Gesundheit gekoppelt. Die grundsätzliche Differenz zwischen den beiden Funktionssystemen Gesundheit und (Klinische) Soziale Arbeit besteht darin, dass es in der (Klinischen) Sozialen Arbeit um die Wiederherstellung von Autonomie, Teilnahme und Teilhabe, im medizinisch geprägten Gesundheitssystem um die Wiedererlangung der individuellen Gesundheit geht (vgl. ebd.). Weil sich diese Zielsetzungen, insbesondere im Hinblick auf die Rehabilitation von psychisch kranken Menschen ergänzen, ist eine interprofessionelle Zusammenarbeit sinnvoll. So gehört die (Klinische) Soziale Arbeit in Folge der Psychiatriereform und auf der

---

<sup>25</sup> Zu dem Wandel in der Psychiatrie, den Zielgruppen sowie den Leitperspektiven im sozialpsychiatrischen Versorgungsnetz vgl. Dörr (2005).

<sup>26</sup> Das Forschungs- und Handlungsfeld der Psychiatrie ist vielschichtig wie schon der semantische Gehalt von Psychiatrie zeigt. In Bezug darauf, lassen sich verschiedene Bedeutungen unterscheiden (vgl. Dörr 2005, S. 12 f.; Hierlemann o.J.). Zunächst einmal ist die Psychiatrie ein konkreter sozialer Ort in der Form von Kliniken, teilstationären und ambulanten Einrichtungen. Dieser soziale Ort basiert meist auf einer Drei-Säulen-Organisation, in der sich gemäss Hierlemann (o.J.) mit der der klinischen Direktion (Medizin), der Spitaldirektion (Ökonomie/Politik/Verwaltung) und der pflegerisch-therapeutischen Direktion auch die Machtstruktur der interprofessionellen Arbeitsteilung ausdrückt. Die klinische Soziale Arbeit ist je nach Organisationsgeschichte einer dieser drei Leitungsstrukturen zugeordnet. Zweitens ist die Psychiatrie als soziale Institution zu verstehen, die von den zeitabhängigen politischen und wissenschaftlichen Auffassungen von psychosozialen Leid und dessen gesellschaftlichen Organisierung geprägt ist. Und drittens kann die Psychiatrie als die Lehre von seelischen Störungen und Erkrankungen verstanden werden, die sich mit der Verursachung und Entstehung (Ätiologie), den Merkmalen (Symptomatologie), der Systematik (Syndromatik und Nosologie), der Diagnostik, der Prävention und Therapie der seelischen Krankheiten befasst. Seit der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts ist sie medizinisches Fach im Kanon der Universitätsdisziplinen. In der medizinischen Disziplin Psychiatrie wird versucht, das Phänomen Krankheit physiologisch zu erklären und zu behandeln und auf eine biologisch-naturwissenschaftliche Grundlage zu stellen (vgl. Dörr 2005, S. 12).

Grundlage sozialpsychiatrischer Konzepte<sup>27</sup> zum interdisziplinären Behandlungsteam (vgl. Geissler-Piltz et al. 2005, S. 85).

Historisch betrachtet kann die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen auf eine lange Tradition zurückblicken (vgl. Geissler-Piltz 2009, S. 13).<sup>28</sup> Dennoch wird in den Fachdiskussionen und in der Forschung<sup>29</sup> die Ausrichtung Gesundheit in der Sozialen Arbeit nur selten fokussiert (vgl. Geissler-Piltz 2009, S. 13). Eine Ausnahme bildet hierbei die sogenannte Klinische<sup>30</sup> Soziale Arbeit, welche historisch auf das bereits zu Beginn des 19. Jahrhunderts – u.a. von Mary Richmond – entwickelte Modell „psychosozialer Sozialer Arbeit“ (Social Case Work) zurückgeht (vgl. Geissler-Piltz et al. 2005, S. 15; Staub-Bernasconi et al. 2011, im Erscheinen).<sup>31</sup> Nach Homfeldt/Sting (vgl. 2006, S. 198f.) geht die Klinische Soziale Arbeit vom Sozialdienst im Krankenhaus als klassisches Feld aus, nimmt aber über die Sachhilfe hinausgehende Aufgaben, Methoden und Arbeitsweisen für sich in Anspruch. Gemäss Pauls beschäftigt sich die Klinische Soziale Arbeit als Teildisziplin der Sozialen Arbeit mit psychosozialen Störungen und den sozialen Aspekten psychischer und somatischer Störungen/Krankheiten und Behinderungen unter Berücksichtigung der Lebenslage der Betroffenen (vgl. Pauls 2004a, S. 22). Gegenstand sind dabei u.a. die Themen psychosoziale Diagnostik, psychosoziale Beratung, Sozialtherapie, aufsuchende soziale Intervention, Betreuung, Case-Management, Prävention und Rehabilitation sowie die gemeindenahere Versorgung. In ähnlicher Weise bezeichnen Ortmann/Röh (vgl. 2008) die Klinische Sozialarbeit als eine eigenständige Fachsozialarbeit, die sich in sozialarbeitspezifischen Formen der Behandlung von sozio-psycho-somatisch zu verstehenden Störungen, Erkrankungen und Behinderungen entfaltet. Mit Hey (vgl. 2000, S. 166f.) wird der an verschiedene Theorietraditionen Sozialer Arbeit anknüpfbare Begriff der Integration aufgegriffen. Er definiert, dass Klinische Soziale Arbeit sich fallorientiert mit Problemlagen sozialer Desintegration befasse, welche in einem engen Zusammenhang mit den Phänomenen auftrete, die als Krankheit gelten und folglich durch Institutionen des Gesundheitswesens bearbeitet werden. Allen drei Definitionen ge-

---

<sup>27</sup> Zentral für sozialpsychiatrische Organisationsformen und Methoden ist, dass psychiatrische PatientInnen in und mit ihrem sozialen Netzwerk (also bspw. Arbeitsplatz, Familie, Schule) behandelt werden sollen (vgl. Ciompi 2001). Ausführlicher zur Sozialpsychiatrie bspw. Clausen/Eichenbrenner (2010); Dörner/Plog (1999); Eikelmann (1998); Finzen/Brenner (1995); Obert (2000a); Wollschläger (2001).

<sup>28</sup> Sie ist mit dem historisch gewachsenen System der sozialen Sicherung verbunden, zu dem auch das Gesundheitswesen zählt. Soziale Arbeit beschäftigt sich schon seit ihrer Entstehung mit Gesundheits- und Krankheitsprozessen und deren Auswirkungen und gemäss Zurhorst/Sting (2000) lassen sich folgende Bezugspunkte zwischen Gesundheit und Sozialer Arbeit skizzieren: gesundheitliche Probleme als Begleiterscheinung von sozialen Problemen, Veränderung des Krankheitsspektrums, die eine interdisziplinäre, die gesamte Lebensweise berücksichtigende Bearbeitung erfordern sowie der Wechsel zu einem positiven Gesundheitsverständnis, das Ansätze einer sozialarbeiterischen Gesundheitsförderung nahe legt.

<sup>29</sup> Für Forschung zur Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen bspw. Geissler-Piltz/Gerull (2009); Schmid/Hüttemann (2009).

<sup>30</sup> Die Terminologie „Klinische Sozialarbeit“ bzw. „Klinische Soziale Arbeit“ ist in der Schweiz im Gegensatz zu Deutschland noch nicht verbreitet. In der vorliegenden Arbeit wird der Begriff Klinische Soziale Arbeit synonym zu dem in Deutschland üblicheren Begriff der Klinischen Sozialarbeit verwendet. Ausführlicher zur Klinischen Sozialen Arbeit/Klinischen Sozialarbeit bspw. Ansen (2000); Dörr (2002); Gahleitner (2008); Gahleitner/Hahn (2010; 2009); Geissler-Piltz et al. (2005); Gödecker-Geenen/Nau (2002); Ortmann/Röh (2008); Ortmann/Schaub (2002); Pauls (2004a); Schaub (2008).

<sup>31</sup> Ausführlicher zur Entwicklung der Klinischen Sozialarbeit vgl. Geissler-Piltz/Mühlum/Pauls (2005).

meinsam ist eine auf den ersten Blick eher problemfokussierte und weniger eine ressourcenorientierte und gesundheitsfördernde Sichtweise. An anderer Stelle wird diese von Hahn/Pauls jedoch explizit miteinbezogen: „Nicht die reine Benennung von Defiziten, Störungen und zugehörigen auslösenden Risikofaktoren, sondern ein Wissen um die Gleichzeitigkeit von Belastung und Ressource verhilft als grundsätzliche Ressourcenorientierung zu einem tragfähigen allgemeingültigen Handlungsprinzip.“ (Hahn/Pauls 2008, S. 31) Ebenfalls eine salutogenetische Sichtweise findet sich bei Zimmermann (vgl. 2008, S. 215), der die Klinische Sozialarbeit als eine gesundheitsfördernde Fachsozialarbeit beschreibt. Ihre Domäne liege im Bereich der Analyse und Interpretation (psycho)sozialer Notlagen und in der Anwendung adäquater Interventionen. Sie beinhalte „psycho-soziale und lebensweltorientierte Unterstützungsleistungen für Menschen, die chronisch psychisch oder somatisch erkrankt sind, die an einer Abhängigkeitserkrankung leiden oder von Behinderung betroffen sind, die sich in Lebenskrisen befinden und von komplexen sozialen Problemlagen bedroht sind“ (vgl. ebd. ). Eine Systematisierung der AdressatInnen klinischer Sozialer Arbeit in der Psychiatrie kann auf unterschiedliche Weise vorgenommen werden (vgl. Dörr 2005): z.B. nach dem Lebensalter der betroffenen Menschen (Kinder und Jugendliche, Erwachsene, alte Menschen), nach der Zielgruppenorientierung der institutionellen Angebote (forensische Psychiatrie, Suchtkliniken, Sozialpsychiatrie, ambulante Einrichtungen, Tageskliniken usw.) wie auch nach medizinisch-diagnostischen Kategorien (Suchterkrankungen, exogene Psychosen, spezifische Entwicklungs- und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen usw.).

Die vorliegende Arbeit soll mitunter dazu beitragen, den Gegenstand der Klinischen Sozialen Arbeit in der Psychiatrie und ihr Funktionsbereich in der interdisziplinären Zusammenarbeit zu schärfen. Mit dieser erster Annäherung wird dabei auf ein Grundverständnis<sup>32</sup> von Klinischer Sozialer Arbeit abgestützt, welches sich in einem bio-psycho-soziokulturellen Modell auf der Fallebene mit der sozialen Dimension von Erkrankungs-/Gesundungsprozessen unter Einbezug der sozialen (Des-)Integration des Individuums befasst. Als Profession basiert ihr methodisches Vorgehen wissenschaftsgestützt und wertebasiert auf den Schritten der Diagnose, der Intervention und der Evaluation.<sup>33</sup> Dies erfordert, dass die Klinische Soziale Arbeit in der Psychiatrie entsprechende Wissensbestände zur sozialen Dimension psychischer Erkrankungs- und Gesundungsprozessen bereitstellen und ihre Zuständigkeit in der interdisziplinären Zusammenarbeit klar definieren muss. Dabei stellt sich zunächst die Frage nach dem für dieses Arbeitsfeld angemessenen Menschen- und Gesellschaftsbild bzw. entsprechender Theorien der Sozialen Arbeit.

---

<sup>32</sup> Diese vorläufige Definition wird sich aufgrund der dieser Arbeit zugrundeliegenden Prozess- und Erkenntnisschritte zunehmend konkretisieren und im Schlusskapitel abschliessend vorgestellt.

<sup>33</sup> Das methodische Handeln wird hierbei beeinflusst von unterschiedlichen Besonderheiten der beruflichen Handlungsstruktur. Von Spiegel (2004) erwähnt dazu z.B. die gesellschaftlich-institutionelle Verfasstheit der Sozialen Arbeit, das Phänomen der subjektiven Wirklichkeitskonstruktion, das Erfordernis der Koproduktion sowie das strukturelle Technologiedefizit.

## 2.2 Ein bio-psycho-soziokulturelles Menschenbild und das Gesellschaftsbild der Klinischen Sozialen Arbeit

Wie die Studien von Sommerfeld et al. (vgl. Hollenstein/Sommerfeld 2010; Sommerfeld et al. 2006) zeigen, ist es für eine der Komplexität des Falles angemessene und möglichst nachhaltige Fallbearbeitung erforderlich, dass die einzelnen Hilfeleistungen der verschiedenen Professionen in der Psychiatrie koordiniert und synchronisiert werden. Unter Bezug auf Obrecht (2006) wird deutlich, dass dies nur auf der Basis eines gemeinsamen Bezugsmodells möglich ist (ausführlicher Kapitel 5). Wie bereits erwähnt, basiert der internationale Hauptstrang psychiatrischer und psychopathologischer Konzeptbildung auf einem bio-psycho-sozialen Modell des Menschen bzw. einem entsprechenden Verständnis von Gesundheit und Krankheit, was einem solchen interdisziplinären Bezugsmodell entsprechen kann. Folglich werden hier Theorien der Sozialen Arbeit anschlussfähig, die ebenfalls auf ein entsprechendes Modell des Menschen rekurrieren, wie bspw. der sozialwissenschaftliche Systemismus. In diesem werden menschliche Individuen in Bezug auf ihre elementarsten organisatorischen Fakten und funktionelle Zusammenhänge wie folgt charakterisiert (ausführlich Bunge 1979; Obrecht 2000b; Obrecht 2005a; Obrecht 2011c):

(1) Sie sind sozial lebende Lebewesen einer besonderen Art. Das heisst neugierige, aktive, beziehungs- und mitgliedschaftsorientierte, lern-, sprach- und selbstwissensfähige Biosysteme und als solche ein Ergebnis der biotischen und der an diese anschliessenden soziokulturellen Evolution<sup>34</sup>. (2) Als Biosysteme werden menschliche Individuen in diesem Paradigma beschrieben als *halboffene*<sup>35</sup> Systeme. Sie überleben durch einen fortlaufenden Stoffwechsel mit ihrer physikalisch-chemischen und biotischen Umwelt, in und aus der sie als Organismen leben. Gleichzeitig entwickeln sie sich als Mitglieder sozialer Gebilde und führen ein soziales Leben.<sup>36</sup> Aufrechterhalten wird dieser Stoffwechsel einerseits durch die Regulation des „inneren“ Milieus“ und andererseits durch Bedürfnisse<sup>37</sup> bzw. durch zielgerichtetes motiviertes

---

<sup>34</sup> Als Biosysteme einer besonderen Art sind Menschen dadurch gekennzeichnet, dass sie drei über Evolution entstandene, aufeinander bezogene psychische Funktionsbereiche aufweisen: (1) Eine Reihe von im Gehirn erzeugten Motivationen zur Regulierung von biologischen, psychischen und psychosozialen Bedürfnissen; (2) ein kognitives Vermögen der mentalen Repräsentation des Selbst, welches zur Orientierung des Organismus in seiner Umwelt dient und (3) ein im Gehirn gründendes Vermögen der Handlungsvorbereitung, -planung, und -überwachung basierend auf der aktuellen Motivation und der Grundlage des Selbst- und Umweltbildes.

<sup>35</sup> Womit schon eine deutliche Unterscheidung zur Theoriebildung auf der Basis geschlossener Systeme (bspw. in Anlehnung an Luhmann) und entsprechender Konsequenzen für eine Praxeologie Sozialer Arbeit sichtbar wird (ausführlich Rügger 2006).

<sup>36</sup> Seit vielen Jahrhunderten ist die Frage nach der Natur des Menschen von zwei grundsätzlichen Positionen geprägt (vgl. Tomasello 2010). Folgt man Rousseau, sind Menschen von Natur aus kooperativ und werden erst später von ihrem Umfeld zu Egoisten gemacht. Nach Hobbes sind sie von Beginn an egoistisch und die Gesellschaft muss sie zur Kooperation erziehen. Tomasello hat nun auf empirischer Basis Rousseaus These bestätigt und um einige grundlegenden Komplexitäten erweitert. Tomasellos Studien zeigen, dass Kinder von Geburt an hilfsbereit und kooperativ sind, aber im Laufe ihres Lebens lernen eher selektiv zu kooperieren und den sozialen Normen ihrer Gruppe zu folgen. Für die Soziale Arbeit bzw. die hier vorliegende Arbeit und Konzeption des Gehirns als soziales Organ, sind seine Erkenntnisse insbesondere von grösstem Interesse, weil sie die Theorie menschlicher Bedürfnisse von Obrecht (bspw. 2011) empirisch unterstützen.

<sup>37</sup> Bedürfnisse werden hier zusammenfassend verstanden als eine spezifische Klasse von Regelungsprozessen innerhalb von Organismen mit einem zentralen Nervensystem, das nebst externen Sensoren auch mit internen sowie mit einem Erkennungs- und Bewertungssystem für innere und äussere Reize ausgestattet ist. Ein Bedürfnis ist somit ein durch eine interne Bewertung (Affekt) angezeigter faktischer oder drohender defizitärer Zustand

Verhalten, welches auf die Befriedigung dieser Bedürfnisse ausgerichtet ist (ausführlich Obrecht 2011c). Dabei können nach Obrecht<sup>38</sup> (vgl. 2005b) drei theoretisch begründete Klassen von Bedürfnissen unterschieden werden: (1) biologische Bedürfnisse<sup>39</sup>, (2) (bio)psychische Bedürfnisse<sup>40</sup> sowie (biopsych)soziale Bedürfnisse. Zu den (biopsych)sozialen Bedürfnissen zählt Obrecht (vgl. ebd) das Bedürfnis:

- nach emotionaler Zuwendung (Liebesbedürfnis),
- spontaner Hilfe (Bedürfnis zu helfen)<sup>41</sup>,
- sozial(kulturell)er Zugehörigkeit durch Teilnahme (Mitgliedschaftsbedürfnis),
- Unverwechselbarkeit (Bedürfnis nach bio-psycho-sozialer Identität),
- sozialer Anerkennung (Annerkennungsbedürfnis),
- Autonomie (Autonomiebedürfnis), sowie nach
- Austausch-Gerechtigkeit (Gerechtigkeitsbedürfnis).

Diese stellen menschliche Grundbedürfnisse dar, deren Nichterfüllung genauso problematisch ist, wie die Nichterfüllung von biologischen oder (bio)psychischen Bedürfnissen (Obrecht 2011c). Wie in Kapitel 3 noch ausgeführt wird, sind psychische Störungen unter anderem eine Folge von wiederholter und anhaltender Versagung sozialer Bedürfnisse (bspw. Grawe 2004).

Doch wie lässt sich nun diese erwähnte organismische Regelung und Aufrechterhaltung des Stoffwechsels in und mit der Umwelt vorstellen? Für die Entwicklung des Erklärungswissens (Kapitel 4), bzw. für das Verstehen der Zusammenhänge zwischen psychischer Krankheit/Gesundheit und der sozialen Dimension, scheint es erforderlich, ausführlicher darauf einzugehen.

---

in Bezug auf eine bestimmte organismische Größe (Soll-Wert). Dadurch wird ein motorisches Verhalten motiviert – welches auf der Basis vorangegangener Lernprozesse geeignet scheint das Defizit zu kompensieren – oder es wird durch eine innere Reaktion im Sinne einer Bedürfnisunterdrückung oder einem Bedürfnisaufschub reagiert (vgl. Obrecht 2005b).

<sup>38</sup> Staub-Bernasconi formuliert im Weiteren nebst sozialen auch ausdrücklich kulturelle Bedürfnisse (vgl. Staub-Bernasconi 1995, S. 129). Die bio-psycho-soziale Sichtweise in Konzepten der Psychiatrie wäre somit in Anlehnung an Staub-Bernasconi um eine kulturelle Dimension zu erweitern und von einem bio-psycho-sozio-kulturellen Modell des Menschen auszugehen.

<sup>39</sup> Biologische Bedürfnisse (die der Organismus als ganzer, als Lebewesen hat): (1) nach physischer Integrität, (2) nach den für die Autopoiese erforderlichen Austauschstoffen, (3) nach Regenerierung, (4) nach sexueller Aktivität und Fortpflanzung (vgl. ebd.).

<sup>40</sup> (Bio)psychische Bedürfnisse (haben ihren Ursprung im Steuerungssystem des Organismus): (1) nach wahrnehmungsgerechter sensorischer Stimulation, also sensorische Bedürfnisse, (2) Bedürfnis nach ästhetischem Erleben, (3) Bedürfnis nach Abwechslung/Stimulation, (4) nach assimilierbaren orientierungs- und handlungsrelevanten Informationen, (5) nach subjektivem „Sinn“ sowie (6) Kontroll- und Kompetenzbedürfnis.

<sup>41</sup> Dieses von Obrecht auf theoretischer Grundlage hergeleitete Bedürfnis ist nun durch die Studien von Tomaselio (2010) empirisch gestützt.

### *Steuerungsbedarf in Bezug auf organismische Sollwerte – interne und externe Regulation*

Menschen tendieren wie alle Biosysteme dazu, in bestimmten Zuständen zu sein. Das heisst, die erwähnten Stoffwechselprozesse bedürfen der Steuerung im Hinblick auf zahlreiche organismische (Soll-)Werte<sup>42</sup> (vgl. Obrecht 2011c; Staub-Bernasconi 1995, S. 129 f.). Umgesetzt wird diese organismische Regelung auf der Basis von zwei interagierenden Regelungssystemen, nämlich durch ein träges humorales (endokrines) und ein schnelles neuronales Steuerungssystem. In diesen zwei ineinandergreifenden Regulationsprozessen, an welchen je beide Steuerungssysteme beteiligt sind, unterscheidet Obrecht eine interne und eine externe Regulation. Die interne Regulation dient als autonomer Prozess der Aufrechterhaltung des „milieu intérieur“ (vgl. Obrecht 2011c, S. 9). Der subsidiäre externe Prozess stellt den Bedarf der primären Steuerung an physischen Ressourcen durch die zentralnervöse Motivierung und Steuerung von Interventionen des Organismus in seine Umwelt sicher (also durch sein Verhalten bzw. Handeln). Bevor auf die Funktionsbereiche der externen Regulation eingegangen wird, folgt ein kleiner Exkurs in Bezug auf die erwähnte zentralnervöse Motivierung.

### *Nervensystem und Motivierung externer Werte*

Das Nervensystem als Subsystem des menschlichen Organismus koordiniert die Aktivität der anderen Organe und regelt und motiviert das unter dem Begriff der externen Regulation erwähnte Verhalten gegen aussen (vgl. ebd). Nebst den stützenden und nährenden Gliazellen (bis zu  $5 \cdot 10^{12}$ ) besteht das Nervensystem aus ca.  $10^{11}$  Neuronen verschiedenen Typs. Neuronen sind Zellen einer besonderen Art und können elektrische Signale erzeugen, empfangen, verarbeiten und weiterleiten. Dazu formulierte Cajal vier Prinzipien der Neuronenlehre, der Theorie zur neuronalen Organisation, die gemäss Kandel (vgl. 2009) bis heute unser Verständnis des Gehirns bestimmen: (1) Die Nervenzelle (Neuron)<sup>43</sup> ist die grundlegende strukturelle sowie funktionale Einheit des Gehirns. (2) Die Axonenendigung eines Neuron kommuniziert mit den Dendritenendigungen eines anderen Neurons an speziellen Regionen, den sogenannten Synapsen. Die Synapse zwischen zwei Neuronen ist durch eine kleine Lücke gekennzeichnet, welche heute als synaptischer Spalt bezeichnet wird.<sup>44</sup> (3) Die Neu-

---

<sup>42</sup> Organismen tendieren dazu, in bestimmten Zuständen zu sein, die Obrecht auch primäre Werte nennt. Die sekundären Werte sind davon zu unterscheiden und umfassen Kognitionen, die sich auf Zustände der Welt beziehen (Gesundheit, Friede, Vollbeschäftigung, „ein schönes Heim“ ect.). Von diesen Zuständen der Welt – also den sekundären Werten – nimmt der Träger/die Trägerin der primären Werte an, dass deren Erreichung für die Realisierung der primären Werte funktional ist (vgl. Obrecht 2011c).

<sup>43</sup> Die Nervenzelle ist einschliesslich ihrer Fortsätze von einer Zellmembran umschlossen. Als Fortsätze unterschied Cajal das Axon und die Dendriten. Mit wenigen Ausnahmen verfügen alle Nervenzellen im Gehirn über einen Zellkörper (enthält den Zellkern), ein einziges Axon sowie viele zarte Dendriten (vgl. Kandel 2009). Axone und Dendriten haben unterschiedliche Aufgaben im Prozess der Signalübertragung. Mit dem Axon werden Informationen an andere Zellen gesendet. Mit den Dendriten empfängt das Neuron die Signale von anderen Nervenzellen.

<sup>44</sup> Jedes Neuron ist mit 10'000 - 50'000 Kontaktstellen (Synapsen) mit anderen verbunden. Die Gesamtzahl der Synapsen liegt somit im Bereich der Trillionen. Für die Kommunikation mit der Aussenwelt existieren 2 - 3 Millionen Nervenfasern, die eine Verbindung zwischen den Sinneszellen und dem Gehirn herstellen. Die Kommunikation auf der Ebene der Synapsen läuft sowohl über elektrische wie auch biochemische Prozesse. Für die chemi-

ronen gehen nicht wahllos Verbindungen ein. Vielmehr wird ein gegebenes Neuron nur mit spezifischen Zellen kommunizieren und mit anderen nicht (Verbindungsspezifität). Nervenzellen sind somit innerhalb bestimmter Bahnen verknüpft, die Cajal als neuronale Schaltkreise bezeichnete. (4) In einem Neuron bewegen sich Signale nur in eine Richtung (dynamische Polarisation). Anhand dieses vierten Prinzips lässt sich bestimmen, wie die Information in den erwähnten neuronalen Schaltkreisen fließt. Die Fähigkeit des Gehirns, unter Einfluss von internen (bspw. Hormone) und externen Reizen (bspw. Stimulation durch das soziokulturelle Umfeld) vermehrt synaptische Verbindungen zu anderen Zellen aufzubauen und sogar neue neuronale Netze auszubilden, wird als Plastizität des Gehirns bezeichnet – ein wichtiger Begriff, der später nochmals aufgenommen wird. Menschliches Lernen besteht also in der Modifikation bestehender sowie Bildung neuer neuronaler Netze (Kandel 2009; Obrecht 2011c) und Erleben und Denken basiert auf der Sequenzierung der Aktivierung bestehender Netze zu „mehr oder weniger geordneten Abfolgen der Aktivierung von Netzen“ (vgl. Obrecht 2011c, S. 10).

Unsere Intuition lässt nun vermuten, dass es im Gehirn so etwas wie ein Kompetenzzentrum geben müsste, indem alle Informationen zusammenlaufen, einer Interpretation unterzogen und Entscheidungen gefällt werden. Dies wäre der Ort, wo sich das intentionale ICH konstituiert und sich seiner selbst bewusst wird. Demgegenüber entwirft die moderne Hirnforschung aber ein gänzlich anderes Bild: Das Gehirn wird als ein multiniveaunales System dargestellt, welches in extremer Weise distributiv organisiert ist und sich selbst organisiert. Es ist in eine grosse Zahl funktionaler Bereiche und Subsysteme differenziert, deren Komponenten wie dargestellt die Neuronen sind.<sup>45</sup> Oder mit den Worten von Singer: „Es findet sich kein singuläres Zentrum, das die vielen, an unterschiedlichen Orten gleichzeitig erfolgenden Verarbeitungsprozesse koordinieren und deren Ergebnisse zusammenfassen könnte.“ (Singer 2011a, S. 134)<sup>46</sup>

---

sche Signalübermittlung werden Botenstoffe (sogenannte Neurotransmitter - bspw. Glutamat, Glycin, GABA, Dopamin, Serotonin ect.) eingesetzt, die innerhalb der Nervenzelle hergestellt werden. Und wie lässt sich der Prozess der Weiterleitung vorstellen? Sehr vereinfacht ausgedrückt: Durch die Aktivierung von Sinneszellen von aussen aber auch durch Aktivierung innerhalb des Nervenzellnetzwerkes (durch andere Nervenzellen), kommt es gemäss Schmitt (vgl. 2008) zu einer elektrischen Erregung. Diese läuft – ähnlich wie der Strom in einem Kabel – in den Fortsatz der Nervenzelle, welcher Axon genannt wird und verursacht dort an der Synapse die Ausschüttung von Neurotransmittern. Diese fließen in den synaptischen Spalt und treffen auf der anderen Seite auf den empfangenden Fortsatz (Dendrite) der nächsten Nervenzelle, werden wieder in einen elektrischen Impuls umgewandelt, welcher dann auch in dieser Zelle in den Fortsatz (Axon) wandert und dort erneut die Ausschüttung von Neurotransmitter entstehen lässt.

<sup>45</sup> Gemäss Schmitt wird die Funktion des Nervensystems oftmals mit einem Orchester verglichen. „(...) das Nervensystem selbst ist das Orchester, der Dirigent wäre aus Genen und Umwelteinflüssen zusammengesetzt und der einzelne Musiker entspräche einer Nervenzelle.“ (Schmitt 2008, S. 42)

<sup>46</sup> Damit ist auch die sogenannte *Leib-Seele-Problematik* angesprochen. Das Leib-Seele-Problem ist eine der zentralen Fragestellungen der Philosophie (bspw. Brüntrup 2008). 1632 begründete René Descartes den Leib-Seele Dualismus indem er davon ausging, dass der Mensch aus dem Leib *und* der Seele bestehe (vgl. Kandel 2009). Der Leib sei materiell. Die Seele hingegen sei immateriell, wohne ausserhalb des Körpers und sei unzerstörbar. Diese duale Natur ist nach Descartes der Ausdruck zweier Substanzen: (1) Die sogenannte *Res extensa* – die materielle Substanz, die den ganzen Körper inklusive des Gehirns ausfüllt – läuft durch die Nerven und spendet den Muskeln Vitalität. (2) Die *Res cogitans* – die immaterielle Substanz des Denkens – ist nur dem Menschen eigen. Sie bringe rationales Denken und das Bewusstsein hervor und spiegle in ihrem immateriellen Cha-

*Die vier Funktionsbereiche externer Regulation durch Verhalten und Handeln*

Im Zentralnervensystem sind an dieser erwähnten externen Regulation zur Erreichung der erwähnten primären (Soll-)Werte über konkrete Handlungen – welche sich an scheinbar funktionalen sekundären Werten orientieren – nach Obrecht (ausführlich 2005b; 2011c) vier Funktionsbereiche des Zentralnervensystems beteiligt: die Systeme der Sensorik (S), Kognition (K), Motivation (M) und des Verhaltens bzw. der Handlung (H).

Das Nervensystem des Individuums erzeugt nun auf der Basis der ihm aus dem System der Sensorik (S) zur Verfügung stehenden Informationen und dem bisherigen Wissen des Gehirns<sup>47</sup> laufend *affektiv und kognitiv* bewertete ikonische (Wahrnehmung) und begriffliche Bilder („interne Modelle“) seiner selbst in seiner physikalisch-chemischen, biologischen, sozialen und kulturellen Umwelt, insbesondere aber von Situationen und Ressourcen, die für die Befriedigung der aktuellen Bedürfnisse zentral sind („Definition der Situation“). *Motiviert durch Bedürfnisspannungen* wird über den Weg sogenannter emotio-kognitiv gesteuerter neuromotorischer Operationen in seiner Umwelt interveniert (H), so, dass bei erfolgreicher Handlung die aktuelle Bedürfnisspannung reduziert wird, wobei wiederum die verschiedenen Stadien der Handlungen von Emotionen begleitet werden. Oder mit anderen Worten: Triebe, Emotionen, Gefühle und moralische Empfindungen werden beschrieben als die internen Prozesse, die einen Mangel anzeigen und dadurch zu einem bedürfnisbefriedigenden Verhalten motivieren. Kognition ist, indem sie ein Bild des Selbst in seiner Umwelt erzeugt, gemäss Obrecht (vgl. ebd.) zwar notwendig, aber nicht hinreichend für das Handeln. Vielmehr werden sowohl Kognition wie auch Handeln motiviert, also angetrieben, durch etwas Drittes,

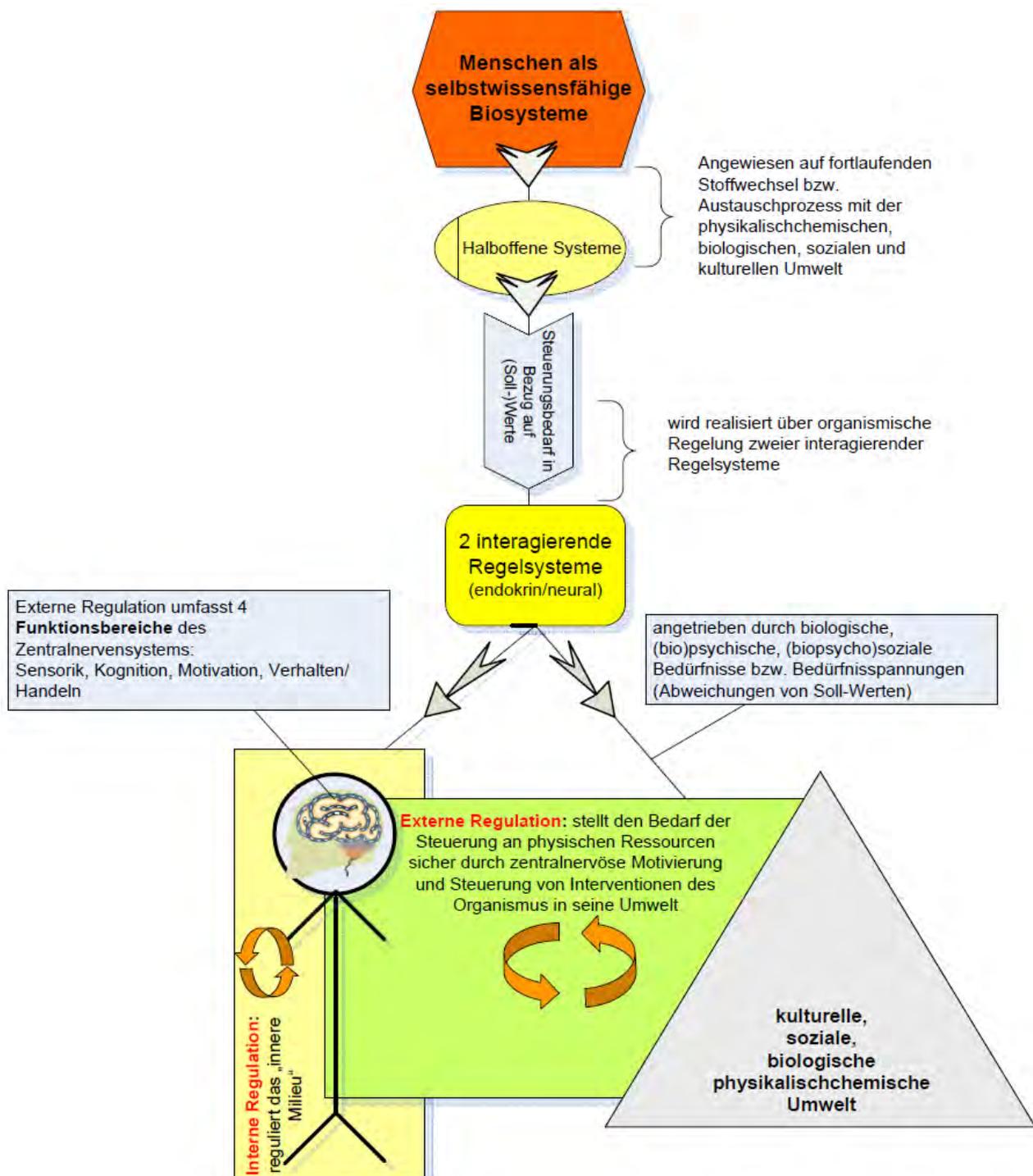
---

rakter das spirituelle Wesen der Seele wider. Descartes war davon überzeugt, dass diese beiden Instanzen über ein kleines Organ tief im Gehirn interagieren (über die Zirbeldrüse). Die römisch-katholische Kirche übernahm den Dualismus, weil er Wissenschaft und Religion trennte, da sie ihre Autorität durch die neuen anatomischen Entdeckungen in Frage gestellt sah (vgl. ebd.). Obwohl inzwischen Fortschritte in den Biowissenschaften, der Medizin und der Informationstechnologie viel zur Klärung des Problems beigetragen haben, entzieht es sich gemäss Brüntrop bis heute einer einfachen Lösung durch die Empirie (vgl. Brüntrop 2008). Bei der Debatte stossen wir in einen Grenzbereich unseres Verständnisses vor, in dem es manchmal schon schwierig ist, die zur Debatte stehende Frage klar zu formulieren. Gemäss dem in dieser Arbeit gewählten metatheoretischen Bezugsrahmen wird deutlich, dass die Verfasserin im Umgang mit der Leib-Seele-Problematik einen emergenztheoretischen Weg beschreitet. Aber auch diese Position ist nicht frei von Kritik (dazu ausführlicher Brüntrop 2008). Die hier porträtierte systemische Vorstellung des Erkennens geht davon aus, dass Menschen die Realität zumindest partiell erkennen können, auch wenn sie nicht über einen von ihrem biopsychischen Wahrnehmungs- und Kognitionsmöglichkeiten unabhängigen Zugang dazu verfügen (vgl. Staub-Bernasconi 2007, S. 164f. ). Diese Fähigkeit basiert auf den Strukturen und Aktivitäten des Gehirns. Alle bewussten und unbewussten mentalen Prozesse sind Hirnvorgänge, die in plastischen Bereichen des Gehirns ablaufen. „Gewahrsein und Bewusstsein jeglicher Art sind spezifische Aktivitäten bestimmter Subsysteme des Zentralnervensystems hoch entwickelter Lebewesen.“ (ebd.) Beim Bewusstseinsvorgang werden in einem Teil des Gehirns kognitive Prozesse registriert oder kontrolliert, die in einem anderen Bereich desselben Gehirns ablaufen (vgl. Bunge/Ardila 1990, S. 369). So ist es nicht verwunderlich, dass Menschen in ihrem Alltag wie in der Philosophie (z.B. Platon, Descartes, Aristoteles) davon ausgehen, dass es neben dem materiellen Körper (Leib, Gehirn) einen immateriellen Geist (Seele) gibt und eine dualistische Vorstellung davon entsteht. „Denn zu Geist und Gehirn gibt es zwei völlig unterschiedliche Zugänge: einen inneren (oder introspektiven) und einen äusseren (oder neurobiologischen) – und beide Zustände erlauben es nicht, den jeweils anderen (gleichzeitig StB) zu beschreiten.“ (Bunge/Mahner 1984, zitiert in: Staub-Bernasconi 2007, S. 165) Jedoch sind höhere, komplexe mentale Funktionen sozialen Ursprungs (vgl. Bunge/Ardila 1990; Staub-Bernasconi 2007a). Gemäss Staub-Bernasconi geschieht lernen über nicht selbstbewusste wie auch selbstbewusste kognitive Vorgänge im plastischen Teil des Nervensystems (des Kortex), die im Gehirn mehr oder weniger dauerhafte Spuren hinterlassen (vgl. Staub-Bernasconi 2007, S. 165), worauf wir in Kapitel 3 zurückkommen.

nämlich durch die grundlegenden menschlichen Bedürfnisse bzw. durch die Bedürfnisspannungen – verstanden als die zentralnervös festgestellten Abweichungen von den erwähnten organismischen (Soll-)Werten. Die erfolgreiche Befriedigung eines Bedürfnisses ist abhängig von der Menge und Verfügbarkeit der entsprechenden Güter und Situationen, sowie von den Fähigkeiten des Individuums, die für eine erfolgreiche Bedürfnisbefriedigung erforderlichen Handlungen auch zu realisieren.

Zur Veranschaulichung wird versucht, diese Beschreibung des bio-psycho-soziokulturellen ‚Modell des Menschen‘ (Obrecht 2005b; Obrecht 2011c) entlang der vorhergehenden Ausführungen in einer Graphik bildlich darzustellen.

Abb. 2: Das bio-psycho-soziokulturelle Modell des Menschen (eigene Darstellung)



Aus der Perspektive dieser systemischen Bedürfnistheorie besteht das menschliche Leben darin, Problemen der Bedürfnisbefriedigung gegenüberzustehen und „innerhalb der Struktur sozialer Systeme und in Kooperation und Konflikt mit anderen Menschen Lösungen hierfür zu suchen“ (ebd., S. 130). Soziale Probleme<sup>48</sup> werden also auf der Grundlage dieses systemischen Paradigmas verstanden, sowohl als Probleme des Individuums als auch Probleme einer Sozialstruktur (vgl. Staub-Bernasconi 2007, S. 182).<sup>49</sup> Das heisst, sie sind „jenes Bündel von praktischen Problemen, die sich für ein Individuum im Zusammenhang mit der Befriedigung seiner Bedürfnisse nach einer befriedigenden Form der Einbindung in die sozialen Systeme in seiner Umwelt ergeben“ (vgl. Obrecht 2005a, S. 132).

Für dieses dynamische Zusammenspiel von Individuum und sozialen Systemen lassen sich unterschiedliche systemtheoretische Paradigmen heranziehen.<sup>50</sup> So geht der emergentistische Systemismus von Beziehungen zwischen „Dingen“ aus, die horizontal oder vertikal strukturiert sein können, wobei aufgrund von Interaktion neue emergente Eigenschaften entstehen, die den interagierenden „Dingen“ nicht zukommen (vgl. Bunge 1974; Rüeegger 2006). Dabei wird von Bunge postuliert, dass alles entweder ein System, oder Komponente eines Systems ist und betrachtet jedes System als Zusammenspiel von Zusammensetzung, Struktur und Umwelt. Im Zentrum steht das Verhältnis zwischen Individuum und Gesellschaft<sup>51</sup>,

---

<sup>48</sup> Dabei unterscheidet Staub-Bernasconi Ausstattungs-, Austausch-, Macht- und Kriterienprobleme (vgl. Staub-Bernasconi 2007, S. 183-186). Soziale Probleme als Gegenstandsbereich Sozialer Arbeit ist auch in der Definition des Schweizerischen Berufsverbandes (Avenir Social o.J.) verankert. Selbstverständlich finden sich im Diskurs um den Gegenstand Sozialer Arbeit vielfältige Bestimmungsversuche und es existiert folglich auch kein Konsens über die Aufgaben und Ziele Sozialer Arbeit. Vorschläge für Gegenstandsbestimmungen gehen aus Theorien der Sozialen Arbeit (für eine Übersicht bspw. Engelke 2002; Thole et al 1998 ) hervor und enthalten inhaltliche und normative Positionen, die meist keine ungeteilte Zustimmung finden (vgl. Spiegel 2004, S. 23 ). Gemäss Füssenhäuser/Thiersch ist die Theoriediskussion in der Sozialen Arbeit auch und vor allem Diskussion unterschiedlicher Theorien bzw. Diskurse und sie gehen davon aus – den Gedanken von der offenen Kommunikation zwischen unterschiedlichen Positionen aufnehmend – dass es sinnvoll ist, anstelle einer Vereinheitlichung oder übergeordneten Theoriekonstruktion möglichst viele alternative Überlegungen in den wissenschaftlichen Diskurs mit einzubeziehen (vgl. Füssenhäuser/Thiersch 2001, S. 1881).

<sup>49</sup> Ein individualistisches bzw. atomistisches Paradigma reduziert soziale Probleme auf rein individuelle Angelegenheiten. Bpsw. in der Form von Unvermögen zur Stressbewältigung oder als Selbstverwirklichungsprobleme, die dann als psychische Selbstbehinderungsformen emotionaler, normativer oder kognitiver Art gefasst werden. In einem soziozentrischen bzw. holistischen Paradigma sind soziale Probleme gefasst als Probleme des Versagens von Sozialisation als Erlernen moralischer Normenerfüllung gegenüber den funktionalen Bestandeselementen sozialer Ganzheiten (Familie, Organisation, Staat usw.) (vgl. Staub-Bernasconi 2007, S. 182).

<sup>50</sup> Ausführlich Rüeegger (2006).

<sup>51</sup> Bei der Beschreibung von Gesellschaftsbildern lassen sich sozialwissenschaftliche Konzeptionen in der Bandbreite von individualistischen bzw. atomistischen (Menschen-ohne-Gesellschaft) bis zu soziozentristischen (Gesellschaft-ohne-Menschen) feststellen (ausführlich Bunge 1996). Eine dritte mögliche Alternative („Mensch-in-der-Gesellschaft“), im Sinne des Emergentistischen Systemismus, geht von Beziehungen zwischen „Dingen“ aus, die horizontal oder vertikal strukturiert sein können, wobei aufgrund von Interaktion neue emergente Eigenschaften entstehen, die den interagierenden „Dingen“ nicht zukommen. Systemismus postuliert, dass alles entweder ein System, oder Komponente eines Systems ist. Jedes System wird als Zusammenspiel von Zusammensetzung, Struktur und Umwelt betrachtet (vgl. Bunge 1996, S. 264ff.). Ein System wird dabei – in Abgrenzung zum luhmannschen Verständnis – definiert, als etwas, „was aus einer Anzahl Komponenten besteht (Zusammensetzung), die untereinander eine Menge von Beziehungen unterhalten (interne Struktur) die sich untereinander mehr binden als gegenüber anderen „Dingen“, sodass sie sich gegenüber dem Rest der Welt abgrenzen oder ausdifferenzieren (System-Umwelt-Differenz)“ (vgl. Staub-Bernasconi 2007, S. 160 ff.). In dieser systemischen Vorstellung gilt, dass ein System aus den Komponenten des oder der unteren Niveaus gebildet wird und auf der Basis ihrer Interaktionsprozesse entstanden sind (vgl. ebd. 2007, S. 162). Die Komponenten eines sozialen Systems sind dabei die Individuen.

wobei dieses kooperativ oder konfliktiv sein kann. Letzteres lässt sich zurückführen auf Schichtungs-, Alters-, Geschlechterproblematik, Problematik der funktionalen Differenzierung, Herrschaft, Repression, Gewalt u.a.m. Ein weiterer für die Klinische Soziale Arbeit vielversprechender systemtheoretischer Zugang – der m. E. an die Arbeiten von Staub-Bernasconi und Obrecht und ihrem Emergentistischen Systemismus anschlussfähig ist – stellt die Synergetik<sup>52</sup> dar. Der Begriff der „zirkulären Kausalität“ dient darin zur Beschreibung des dynamischen und komplexen Zusammenwirkens des Individuums und sozialen Systemen. Durch die Ausbildung von sogenannten Mustern organisiert sich der Systembildungsprozess. Für die vorliegende Arbeit ist interessant, dass dieser systemtheoretische Zugang die zu interessierenden Ebenenübergänge (biologische, psychische und soziale Systeme) in den Mittelpunkt stellt. Sommerfeld/Dällenbach/Rüegger (vgl. 2010) – welche sich mitunter auf die erwähnte Synergetik abstützen – verwenden zur Beschreibung des Verhältnisses von Individuum und System die Figur des „Lebensführungssystems“<sup>53</sup>, welche nachfolgend abgebildet wird.

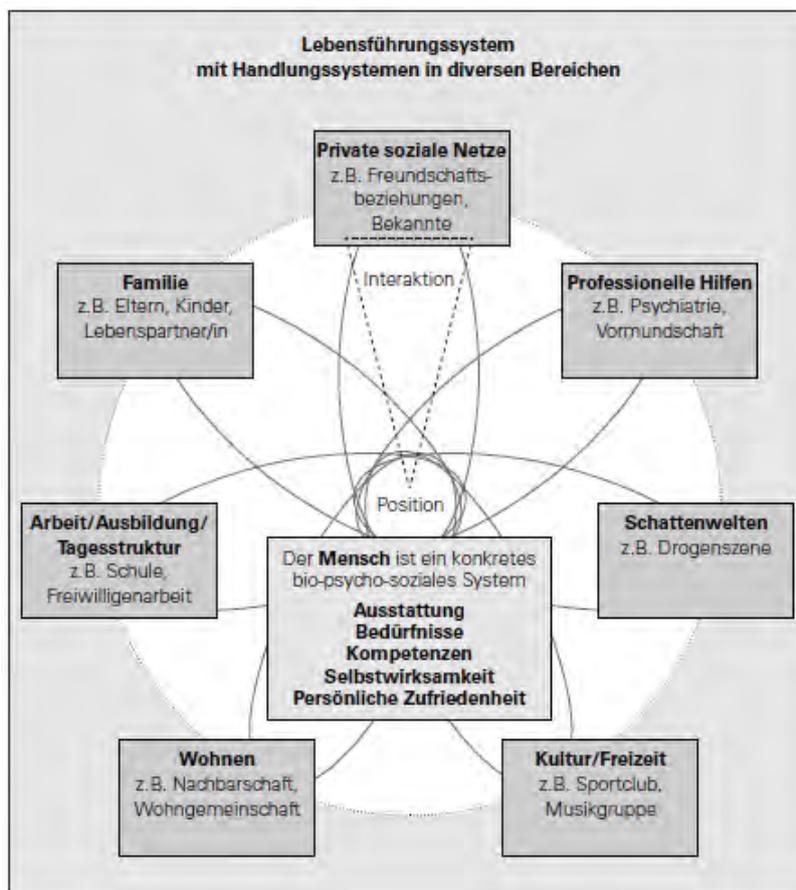
---

<sup>52</sup> Die Synergetik befasst sich mit komplexen Systemen (vgl. Haken/Schiepek 2005). Im Mittelpunkt des Interesses stehen offene Systeme. Das sind Systeme, die durch eine ständige Zu-/Abfuhr von Energie, Materie und/oder Information in einem Zustand des Gleichgewichts gehalten werden. Zentrale Begriffe sind dabei bspw.: Selbstorganisation (spontane Entstehung von Ordnung in kreisförmigen Prozessen, d.h. auf sich selbst zurückwirkenden Prozessen), Emergenz (das Hervortreten neuer Eigenschaften oder Qualitäten eines Systems), Kontrollparameter (beschreibt die Einwirkung der Umgebung auf das betrachtete System), Ordnungsparameter bzw. Ordner (Ordner bestimmen das Verhalten der einzelnen Teile – auch Versklavungsprinzip genannt – während umgekehrt durch das Zusammenwirken der Teile erst die Ordner entstehen, was als Ganzes unter dem Begriff der zirkulären Kausalität gefasst wird). „Das Prinzip der ‚zirkulären Kausalität‘ fasst die vielfach empirisch bestätigte Beobachtung, dass sich Ordnungsbildungsprozesse dann einstellen, wenn Elemente in eine Beziehung zueinander treten, aufgrund welcher Rand- bzw. Umweltbedingungen auch immer, und sodann die Bewegung oder Aktivität der Teile synchronisiert werden. Diese Synchronisation der Teile impliziert notwendig eine Musterbildung auf einer relativen Makroebene, mit der die Synchronisation der Teile über die Zeit und damit eine stabile Ordnung gewährleistet werden kann. Das relative Makromuster entsteht also aus der Aktivität der Teile und umgekehrt entsteht die synchronisierte Aktivität der Teile auf der relativen Mikroebene aus der strukturierenden Kraft des (Ordnungs-)Musters auf der relativen Makroebene.“ (Sommerfeld et al. 2010, S. 19 f.)

Die Synergetik wird aber auch kritisiert. So schreibt bspw. Stephan (1999), dass der Synergetik-Ansatz nach Haken ohne weitere Begründung von einer empirisch gut geprüften und mathematisch fundiert formulierten, beschreibenden These auf eine kausaltheoretische These schliesse. Zwar würden sich mit der Auffassung von Ordnungsparametern und dem sogenannten Versklavungsprinzip verschiedenste Vorgänge mathematisch zutreffend beschreiben lassen und mit hoher Wahrscheinlichkeit vorausberechnen. Doch Haken mache einen Fehlschluss der Kategorie „also deswegen“. Obwohl das spätere Verhalten des Gesamtsystems im Voraus gut an den Ordnungsparametern abgelesen werden könne, sei daraus nicht auch automatisch zu folgern, dass die Parameter auch das Systemverhalten ursächlich festlegen. Insbesondere in sozialen Systemen sei gemäss Stephan die Anwendung der kausaltheoretischen These problematisch, z.B. „versklave“ das Betriebsklima nicht das Verhalten eines Mitarbeiters bzw. das Betriebsklima tue gar nichts. Aber gerade in Bezug auf den letzten Punkt gehe ich mit Stephan nicht einig. Die Ordner bestimmen zwar das Verhalten der einzelnen Teile (Bild des Marionettenspielers), aber gleichzeitig wirken im Gegensatz zum Bild des Marionettenspielers die einzelnen Teile auf den Ordner zurück. Denn durch ihr kollektives Verhalten erzeugen sie erst das Verhalten des oder der Ordner. Gerade am dem von Stephan gewählten Beispiel eines Betriebsklimas lässt sich m. E. das zirkuläre Zusammenwirken von Ordner in einem Arbeitssystem und den einzelnen Teilen (Mitarbeitenden) bestens vorstellen.

<sup>53</sup> Das Lebensführungssystem ist ein zentraler Begriff einer forschungsbasierten Theorie der Sozialen Arbeit mit den Kategorien Integration und Lebensführung (ausführlich Sommerfeld/Hollenstein/Calzaferri, 2011, im Erscheinen), auf welche im Kapitel 4 ausführlich eingegangen wird.

Abb. 3: Die Figur des Lebensführungssystems (in: Dällenbach/Sommerfeld 2010, S. 56)



Das Lebensführungssystem (in der Abbildung sichtbar als kreisrunde Fläche in Weiss) setzt sich zusammen aus dem Individuum (in der Mitte des weissen Kreises) und seinen ganz spezifischen Formen der Integration in diverse soziale Handlungssysteme (z.B. Familie, Freizeit/Kultur, Hilfesysteme). Der Mensch als bio-psycho-soziales Wesen ist also die eine Seite eines Lebensführungssystems und die konkreten Handlungssysteme die andere, wobei beide Seiten über Interaktionen miteinander verknüpft sind. Das Lebensführungssystem ist dabei ein konkretes, sich selbst organisierendes System, in welchem ein Individuum – vermittelt durch seine Integration in verschiedene soziale Handlungssysteme – sozial figuriert ist und dabei sein Leben auf seine bestimmte Art und Weise führt. Mit dieser Lebensführung gehen Aufgaben der Lebensbewältigung und entsprechende Schwierigkeiten einher. Diese materialisieren sich bspw. in psychischen Krankheiten und wirken als solche auf die Integration in die verschiedenen Handlungssysteme zurück.<sup>54</sup>

Das beschriebene Menschen- und Gesellschaftsbild der (Klinischen) Sozialen Arbeit und das damit verbundene Verständnis sozialer Probleme – bzw. Probleme aus der Art und Form der Integration verstanden als Positions- wie auch Interaktionsstruktur – beinhalten bereits meh-

<sup>54</sup> Ausführlich in Kapitel 4.

rene Implikationen für die Ausarbeitung einer handlungstheoretischen Wissensbasis der Klinischen Sozialen Arbeit in der Psychiatrie, wie sie dann in den entsprechenden Ausführungen aufgegriffen werden. Im Weiteren ist es m. E. erforderlich, dass dieses Menschenbild in der Klinischen Sozialen Arbeit in der Psychiatrie mit einem darauf aufbauenden Verständnis von (psychischer) Gesundheit und Krankheit korrespondiert.

### 2.3 Verortung der psychischen Gesundheit/Krankheit<sup>55</sup> im bio-psycho-soziokulturellen Paradigma

Es existiert eine Vielzahl an Gesundheitsdefinitionen aus biologischer, psychologischer, soziologischer und philosophischer Perspektive.<sup>56</sup> In der Psychologie wird gemäss heutigem Erkenntnisstand bei Fragen von Gesundheit und Krankheit von einem bio-psycho-sozial(kulturellen) Paradigma ausgegangen (vgl. Perrez/Baumann 2005; Richter 2003; Schwarzer 1990; Sommerfeld/Hierlemann 2004; Zurhorst/Gottschalk-Mazouz 2008).<sup>57</sup> Wie auch der Gesundheitsbegriff unterliegt der Krankheitsbegriff historischen Veränderungen. Diese stehen in Verbindung zu medizinischen Entwicklungen und zu den jeweils vorherrschenden philosophischen, gesellschaftlichen, politischen Denkrichtungen und juristischen Anforderungen (vgl. Franke 2010, S. 55). Einzelne Krankheitsbilder werden in Klassifikationssystemen wie dem ICD (International Classification of Diseases)<sup>58</sup> – bzw. dem ICD-10 oder dem DSM<sup>59</sup> (Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen) bei psychischen Störungen – beschrieben. Jedoch geben diese keine Definition von Krankheit „an sich“. <sup>60</sup> Meines Erachtens stellt aber die vierte Achse im DSM IV für die Klinische Soziale

<sup>55</sup> Während früher von psychischer Krankheit gesprochen wurde, hat sich in den aktuellen Klassifikationssystemen der Begriff der psychischen Störung durchgesetzt (Franke 2010, S. 75). Es wird argumentiert, dass der Begriff der Störung deskriptiver und damit weniger wertend sei als jener der Krankheit. Eine solche Argumentation wird von der Verfasserin dieser Arbeit aus ihrem noch auszuführenden Verständnis von „Krankheit mitten in der Gesundheit“ bzw. „Gesundheit mitten in der Krankheit“ nicht geteilt. Auch um begrifflich an dem Diskurs um Gesundheit und Krankheit und entsprechenden Erklärungsmodellen anzuschliessen, wird in der vorliegenden Arbeit der Krankheits- anstelle des Störungsbegriffes verwendet. Für eine kritische Auseinandersetzung mit dem Störungsbegriff siehe auch Zurhorst (2008, S. 32f.).

<sup>56</sup> Bspw. Gesundheit als Störungsfreiheit, als Wohlbefinden, als Leistungsfähigkeit und Rollenerfüllung, als Gleichgewichtszustand (Homöostase), als Flexibilität (Heterostase), als Anpassung u.a.m. (ausführlich Franke 2010). Für eine Übersicht zu Definitionen von Gesundheit und Krankheit siehe bspw. Hurrelmann (2010). Für weiterführende Literatur aus Perspektive der Gesundheitspsychologie bspw. Renneberg/Hammelstein (2006); für die Gesundheitssoziologie bspw. Hurrelmann (2010); für eine Betrachtung von psychischer Krankheit und Gesundheit aus psychologischer wie auch philosophischer Perspektive vgl. Zurhorst/Gottschalk-Mazouz (2008).

<sup>57</sup> Eine Übersicht zu kritischen Überlegungen zum bio-psycho-sozialen Modell findet sich bei Richter (2003).

<sup>58</sup> International Classification of Diseases: unterscheidet 21 Gruppen von Krankheiten und gesundheitsbezogenen Problemen und nimmt für sich in Anspruch, deskriptive sowie weitgehend ätiologie- und kulturunabhängige Diagnosen zu stellen (<http://www.who.int/classifications/icd/en/>). KritikerInnen weisen aber darauf hin, dass dieser Anspruch eines weltweit gültigen Diagnosesystems möglicherweise für Beinbrüche, Blinddarmentzündungen u.a.m. gelten mag, dass aber mit der ICD die kulturelle und gesellschaftliche Dimension von Krankheit völlig ausgeblendet wird. Mit dem zuvor beschriebenen Menschen- und Gesellschaftsbild der Sozialen Arbeit sind jedoch gerade solche Faktoren von grosser Bedeutung.

<sup>59</sup> Die Störungen werden im DSM auf 5 Dimensionen (Achsen) diagnostiziert. Diese erlauben die Erfassung von körperlichen und psychischen Auffälligkeiten wie auch psychosozialen Belastungsfaktoren. Auf Achse 1 sind 16 Hauptgruppen psychischer Störungen (z.B. affektive Störungen, Angststörungen, Schizophrenie und andere psychotische Störungen, sexuelle und Geschlechtsidentitätsstörungen, Ess- und Schlafstörungen).

<sup>60</sup> Gemäss Grawe haben die ErschafferInnen dieser Systeme aus gutem Grund explizit auf ätiologische Aussagen zu den einzelnen Störungen verzichtet, denn darüber war keine Einigkeit zu erzielen. Der Gewinn aus diesem Verzicht liege darin, dass sich verschiedene BeurteilerInnen einfacher auf eine Diagnose einigen können und wissen, wovon der/die andere spricht. Dennoch gilt zu bedenken: „man kann das ganze DSM auswendig im

Arbeit ein zentraler Anknüpfungspunkt dar, wenn wir von dem noch auszuführenden notwendigen Bezugspunkt einer interdisziplinären Diagnose und Hilfeplanung ausgehen. Denn die vierte Achse ist im DSM vorgesehen für die Berücksichtigung schwerer psychosozialer Belastungsfaktoren. Damit geht aber auch ein statisches und dichotomes Verständnis von Krankheit und Gesundheit einher, welches gemäss den nachfolgenden Ausführungen zu ergänzen wäre.

Aus einem Vergleich aktueller Krankheitsdefinitionen kristallisiert Franke (vgl. 2010, S. 58) für die Kennzeichnung von Krankheit folgende Kriterien heraus: das Vorhandensein objektiv feststellbarer körperlicher und/oder seelischer Störungen (Vorliegen eines Befundes), die Störung des körperlichen und/oder seelischen Wohlbefindens, eine Einschränkung von Leistungsfähigkeit und Rollenerfüllung und als letzten Punkt die Notwendigkeit professioneller medizinischer und sozialer Betreuung. Folglich wäre eine Störung des sozialen Wohlbefindens kein Kriterium für Krankheit, wenn sie nicht mit einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit und Rollenerfüllung einhergeht? Und wie steht Krankheit in Verbindung zur Gesundheit?

Frühere Gesundheitsdefinitionen begriffen Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit und beinhalteten somit eine negative Definition (vgl. Lippke/Renneberg 2006, S. 7). Eine erste positive Definition stammt von der Weltgesundheitsorganisation (WHO), welche 1948 konstatiert: Gesundheit ist der Zustand des völligen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen (vgl. WHO 2009). Eine Stärke dieser Definition liegt darin, dass auch subjektive Aspekte der Gesundheit betont werden. Und von der WHO wurde mit dieser Definition ausdrücklich die soziale Dimension des Phänomens Gesundheit/Krankheit eingeführt sowie die Gleichrangigkeit der drei Ebenen postuliert (vgl. Pauls 2004, S. 77). Jedoch sind in diesem Modell die Ebenen – also die biologische, psychische und soziale Ebene – als jeweilige Faktorenbündel weitgehend getrennt voneinander beschrieben (vgl. Bundesamt für Gesundheit 2004; S. 23). Diese Ungenauigkeit in der Mehrdimensionalität der Bestimmung von Gesundheit und Krankheit – worauf ich nochmals zurückkomme – ist auch einer der Kritikpunkte von Hurrelmann (vgl. 2010, S. 118f.), nebst der von ihm bemängelten Einseitigkeit durch die subjektiv akzentuierte Sichtweise von Gesundheit und Krankheit, der unrealistischen Zielvorstellung des völligen Wohlbefindens sowie dem Denken in den statischen Extrempolen des „Zustandes“ Gesundheit und des „Zustandes“ Krankheit. Mit dem letzten Punkt wird also die Frage nach dem Verhältnis von Gesundheit und Krankheit zueinander angesprochen. Hierzu finden sich in der Fachliteratur drei Antworten: das dichotome (Gesundheit und Krankheit als zwei voneinander unabhängige Zustände), das bipolare (Gesundheit und Krankheit als Pole auf einem Kontinu-

---

Kopf haben, aber man hat die psychischen Störungen damit nicht verstanden. Doch der Mensch will verstehen.“ (Grawe 2004, S. 26) Letzteres gilt meines Erachtens auch für die von psychischer Krankheit betroffenen Menschen.

um) sowie das orthogonale Konzept. Das dichotome Konzept kann bspw. bei Infektionskrankheiten angemessen sein, eignet sich aber nicht für psychische Krankheiten (vgl. Franke 2010, S. 92). Denn ein „Wegtherapieren“ einer psychischen Krankheit bedeutet nicht automatisch das Vorhandensein psychischer Gesundheit. Unter Umständen entsteht eine Lücke, die umso grösser wird, je stärker die psychische Krankheit eine Funktion hatte.<sup>61</sup> Ein Nachteil der bipolaren Konzepte liegt in der additiven Logik des mehr oder weniger gesund bzw. krank seins. Diesem Nachteil versuchen orthogonale Konzepte zu begegnen, indem sie Gesundheit und Krankheit als unabhängige Faktoren darstellen (ebd., S. 94f.). Das heisst, dass Menschen gleichzeitig sowohl gesunde als auch kranke Anteile haben. So plädiert bspw. Zurhorst (vgl. 2008, S. 12) dafür, dass die Kontinuitätsthese – also bipolare Konzepte wie bspw. bei Antonovskys<sup>62</sup> – einer Erweiterung bedürfe im Sinne eines Verständnisses „der Gesundheit in der Krankheit“ und der „Krankheit in der Gesundheit“. Doch was bedeutet das nun für die Klinische Soziale Arbeit in der Psychiatrie? Welches Verständnis scheint angemessen? Dabei gilt es zu bedenken, dass die Klinische Soziale Arbeit in der Psychiatrie Teil einer interprofessionellen Kooperation ist, wie es zum Beispiel in der Leitidee der integrierten Versorgung in der Psychiatrie<sup>63</sup> zum Ausdruck kommt. Obrecht (vgl. 2006) verweist darauf, dass es als Voraussetzung für eine erfolgreiche interprofessionelle Kooperation ein geteiltes Bezugssystem, also ein gemeinsames Modell über die verschiedenen Dimensionen und Teilzuständigkeiten der einzelnen Professionen hinweg, bedarf. Für ein solches Bezugssystem in der Psychiatrie bietet sich wie im gesamten Gesundheitswesen das bereits erwähnte bio-psycho-soziale (bzw. bio-psycho-soziokulturelle) Modell von Gesundheit und Krankheit an. Dieses Modell beruht auf der Weiterentwicklung der Gesundheitsdefinition der WHO als Zustand des umfassenden körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens (vgl. Geissler-Piltz et al., S. 21). Wie in der Kritik bereits beschrieben, stehen jedoch die einzelnen Ebenen eher additiv nebeneinander. So konstatieren auch Jork/Peseschkian (vgl. 2006, S. 52f.), dass das bio-psycho-soziale Modell von Gesundheit und Krankheit als handlungsleitendes Paradigma in der Psychiatrie einen integrierenden Rahmen bieten muss, in dem sich neurologische, neurophysiologische, somatische, psychische und sozial-ökologische Diagnosen zu einer Gesamtdiagnose ergänzen. Die Operationalisierung des bio-psycho-sozialen Modells wurde von der WHO unter dem Begriff der „funktionalen Gesundheit“ vorangetrieben und mit dem Klassifikationssystem ICF<sup>64</sup> „in einen umfassenden, aber auch uferlosen Katalog von Teildiagnosen zerlegt“ (vgl. Sommerfeld et al. 2010), was die Fragmentierung der Ebenen eher verstärkt als überwindet. Darauf aufbauend wurden verschiedene Entwicklungsarbeiten

---

<sup>61</sup> So kann Depression bspw. nicht einfach nur als Leiden an einem Verlust verstanden werden, sondern um ein depressives Unterlaufen des eigentlich anstehenden Leidens, das als nicht aushaltbar erscheint (vgl. Dörner et al. 2002).

<sup>62</sup> Auf die Salutogenese nach Antonovsky wird im Kapitel 4 kurz eingegangen.

<sup>63</sup> Das integrierte Versorgungskonzept der Psychiatrieregion Winterthur wird bspw. von vier Ebenen aus gesteuert: 1. Ebene: Fallkoordination (Case Management); 2. Ebene: Klinische Koordination (Triage und Interventionsmanagement); 3. Ebene: Angebotskoordination (Koordinationsstelle); 4. Ebene: Netzwerkkoordination ([http://www.rosenfluh.ch/images/stories/publikationen/tmj/2009-01/07\\_FORUM\\_Psychiatrie\\_1.09.pdf](http://www.rosenfluh.ch/images/stories/publikationen/tmj/2009-01/07_FORUM_Psychiatrie_1.09.pdf)).

vorgenommen. So scheinen bspw. die Arbeiten von Oberholzer (2009) vielversprechend, der rund um die im Paradigma „funktionale Gesundheit“ vorgesehenen Begriffe „Tätigkeit“ und „Partizipation“<sup>65</sup> ein Prozessgestaltungssystem entwickelt hat. Aufgrund der Forschungsarbeit von Sommerfeld/Calzaferri/Hollenstein (2006) scheint dieser Zugang aber nicht weit genug zu gehen, um die Ebenenübergänge, also das dynamische Zusammenspiel von biologischer, psychischer und sozialer Ebene, die dabei auftretende Musterbildung und damit die unmittelbare Bedeutung der sozialen Dimension für das psychische Krankheits-/Gesundungsgeschehen fassen zu können. Die erwähnte Studie zeigt, dass im Einzelfall gerade dieses dynamische Zusammenspiel von zentraler Bedeutung ist, denn die fallspezifische Dynamik bestimmt das individuelle Krankheits-/Gesundungsgeschehen und die Möglichkeiten der Reaktion darauf.

Zusammengefasst bedeutet das, dass für dieses hier skizzierte Verständnis von „Krankheit in Gesundheit“ bzw. „Gesundheit in Krankheit“ in einem bio-psycho-sozio-kulturellen Modell die Komplexität dieses dynamischen Zusammenspiels erschlossen werden muss. Es ist also anzustreben, über die additive Auflistung von biologischen, psychischen und sozialen Wirkfaktoren hinauszukommen. Sonst wird der Fall unterkomplex wahrgenommen und die Interventionen zielen ausschliesslich auf Versorgung auf den einzelnen Ebenen. Die Klinische Soziale Arbeit muss im Feld der Psychiatrie nach der dynamischen Interdependenz der bio-psychischen mit der soziokulturellen Dimension und deren Bedeutung für Krankheits- und Gesundungsprozesse fragen (vgl. Sommerfeld et al. 2010) und ihr Wissen in eine interdisziplinäre Diagnose und Hilfeplanung einbringen. Doch welche Merkmale der sozialen Dimension sind aus der Forschung bekannt und wie lässt sich die soziale Dimension des Phänomens Krankheit/Gesundheit in ihrem dynamischen Zusammenspiel mit der bio-psychischen Dimension umfassend beschreiben und erklären? Erste Antworten darauf soll das nachfolgende Kapitel finden.

---

<sup>64</sup> Für eine Einführung zum ICF bspw. Schuntermann (2007).

<sup>65</sup> „Tätigkeiten“ und „Partizipation“ sind relevante Grössen der sozialen Dimension und insbesondere geeignete Kategorien, um die Zielgrösse „möglichst normalisierte Teilhabe“ zu operationalisieren.