

Christine Kröger, Gernot Hahn, Silke Birgitta Gahleitner (Hrsg.)

Klinische Sozialarbeit: Das Soziale behandeln

Entwicklung einer Fachsozialarbeit



ZKS Verlag für psychosoziale Medien



Klinische Sozialarbeit: Das Soziale behandeln Entwicklung einer Fachsozialarbeit

Christine Kröger, Gernot Hahn
und Silke Birgitta Gahleitner (Hrsg.)



Impressum

CIP-Titelaufnahme der Deutschen Bibliothek:

Christine Kröger, Gernot Hahn und Silke Birgitta Gahleitner (Hrsg.)

Klinische Sozialarbeit: Das Soziale behandeln. Entwicklung einer Fachsozialarbeit

Alle Rechte vorbehalten

© 2022 bei den Autor:innen

ISBN 978-3-947502-63-9

Wissenschaftliches Lektorat, Grafik, Layout und Satz: Ilona Oestreich

Coverbild: Andreas Zech, „My red mustang“

Covergestaltung: Ilona Oestreich

ZKS Verlag für psychosoziale Medien

Albrecht-Dürer-Str. 166

97204 Höchberg

info@zks-verlag.de

www.zks-verlag.de

Inhalt

Einleitung _____ 9

Entwicklung und Etablierung der Klinischen Sozialarbeit

Albert Mühlum

Klinische Sozialarbeit als gesundheitsbezogene Fachsozialarbeit –
Wegmarken der Entwicklung _____ 15

Dario Deloie und Ute Antonia Lammel

Therapie und Soziale Arbeit – ein besonderes Spannungsverhältnis?! _____ 24

Ralph Viehhauser und Johannes Lohner

Der Blick in den Spiegel als professionelle Aufgabe –
Selbstreflexion als Kernkompetenz der Klinischen Sozialarbeit _____ 36

Gernot Hahn

Forensische Soziale Arbeit. Hard to reach – auf vielen Ebenen _____ 48

Christine Kröger und Silke Birgitta Gahleitner

Klinische Sozialarbeit studieren? Klinische Sozialarbeit studieren!
Eine Verbleibstudie zum kooperativen berufsbegleitenden Masterstudiengang
der Alice Salomon Hochschule Berlin und der Hochschule Coburg _____ 58

Aktuelle Fragen, Zugänge und Methoden der Klinischen Sozialarbeit

Silke Birgitta Gahleitner, Johanna Hefel und Elisabeth Steiner

Beziehungsgestaltung in der Klinischen Sozialarbeit _____ 72

Peter Buttner

Multiperspektivität in Sozialer Diagnostik und Intervention _____ 82

Marion Mayer
Beratung im sozialtherapeutischen Feld – zur Komplexität des Sozialen _____ 91

Michael Reicherts
Arbeit mit Emotionen in der klinischen Fallarbeit –
mit dem Modell „Emotionale Offenheit“ _____ 101

Grit Annemüller und Andreas Aue
Klinisches Case Management _____ 116

Günther Wüsten
Resilienz fördern und soziale Ressourcen entwickeln _____ 123

Zukünftige Herausforderungen und Entwicklungsfelder

Norbert Beck und Christopher Romanowski-Kirchner
Klinische Sozialarbeit in der psychosozialen Versorgung
zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie _____ 130

Michael Vogt
Klinische Sozialarbeit mit älteren Menschen:
Herausforderungen und Aufgaben _____ 140

Karlheinz Ortmann und Dieter Röh
Was ist aus dem „Projekt“ Klinische Sozialarbeit geworden?
Eine kritische Bilanz _____ 150

Lisa Große, Karsten Giertz und Saskia Ehrhardt
European Centre for Clinical Social Work:
eine europäische Idee für die Praxis Klinischer Sozialarbeit _____ 161

Persönliches zum Schluss

Brigitte Geißler-Piltz
Supervision meets Soziale Arbeit: die Geschichte einer Beziehung _____ 172

Peter Dentler
Noch eine Erinnerung mit Blick in die USA _____ 185

Anhang

Zu den Autor:innen _____ 190

Einleitung

10.20 Uhr an einem Dienstag im Jahr 2001. Ich [Gernot Hahn] stehe vor dem Glaskasten der Klinikpforte, der Pförtner telefoniert und winkt mich aufgeregt zu sich herein. Der Summer der Sicherheitstür geht, sie öffnet sich schwer, ich stehe in einem kleinen Kabuff: „Da ist ein Professor in der Leitung, der sucht Sie!“. Ich übernehme, am Telefon Prof. Pauls aus Coburg. Wir hatten uns wenige Wochen zuvor kennengelernt, er hatte eine gut besuchte Tagung an der Hochschule veranstaltet. Wolf Rainer Wendt war einer der Hauptredner. Es ging um Fachsozialarbeit, Professionalisierung, den Behandlungsgedanken in der Sozialen Arbeit, Gesundheitsförderung. Pauls: „Ich suche Sie schon seit zwei Wochen, hatte ja keine Telefonnummer, die hatten wir vergessen auszutauschen. Wir müssen uns treffen. Jetzt ist der richtige Zeitpunkt für eine Initiative, um die Klinische Sozialarbeit voranzubringen. Ich habe da ein paar Ideen, die ich gerne besprechen würde. Bei der Gelegenheit kann ich Ihnen auch gleich das Institut zeigen, das wir hier in Coburg gegründet haben – wenn Sie möchten“.

Wir vereinbaren ein Treffen in der nächsten Woche. Das Treffen zieht sich über einen halben Tag, beginnt in einem nüchternen 1970er-Jahre-Büro an der Hochschule. Dort hat wenige Wochen später der erste Masterstudiengang Klinische Sozialarbeit gestartet. Mit einem Kaffee klingt das Treffen aus – in den Räumlichkeiten des von Pauls gegründeten Instituts, etwas außerhalb von Coburg. „Da behandeln wir Kinder mit psychosozialen Schwierigkeiten. Und wir bilden dort Sozialarbeiter aus. Beides zusammen.“ Die einstündige Heimfahrt unterbreche ich in Bamberg, sitze im Café und versuche ein Themenprotokoll des komplexen Treffens: Fachsozialarbeit, Praxis und Forschung, Standards, Publikationsplattformen, Zertifizierung, Hochschulverbund, Arbeit mit Randgruppen, Gesundheitsförderung, Lehrauftrag, eine zentrale Institution zur Förderung Klinischer Sozialarbeit. Die Schnittstelle – zu meiner Arbeit: forensische Klinik, zu meinen Erfahrungen in der Hochschullehre und meiner Forschungsarbeit, die Möglichkeit, Aktivitäten auf Landesebene in Bayern einen Facharbeitskreis für Klinische Sozialarbeit (LAKSS) zu initiieren, zu meinem damaligen Promotionsvorhaben – war groß und Helmut, wir gingen rasch aufs Du über, hatte mich angesteckt, mit seiner Begeisterung, seinen Ideen, den vielen Anknüpfungspunkten, den konkreten Vorhaben, den Projektskizzen und seiner Einladung: „Mach doch mit“, so der Tenor.

Aus diesem ersten Treffen entwickelten sich vielfältige Projekte, gemeinsame Publikationen, ein gemeinsam gegründeter Verlag für Klinische Sozialarbeit, die Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit, der Entwurf für das European Centre for Clinical Social

Work, Planungstreffen für den Masterstudiengang. Oft trafen wir uns in der Orangerie des Schlosses Seehof bei Bamberg. Die kleinen Kaffeetischchen reichten meist nicht aus, um Unterlagen, Laptops, den obligatorischen Orangensaft („Hier gibt es frisch gepressten!“) aufzunehmen. Helmut, zum Zeitpunkt seiner Berufung jüngster Professor an einer Bayerischen Hochschule, wollte das Projekt Klinische Sozialarbeit entwickeln, Ziele formulieren und erreichen und hat das geschickt verknüpft, durch Vernetzung, Tagungen, informelle Treffen, persönliche Kontakte, aus denen sich Freundschaften entwickelten. Spannend waren neben all diesen Erfahrungen und Projekten die Übergänge: der eigene Verlag, die Gründung der „Zentralstelle Klinische Sozialarbeit“, später eine lange Krankheitsphase, die Beschäftigung mit der eigenen biopsychosozialen Situation, seine Begleitung meiner privaten und beruflichen Entwicklung, und schließlich auch sein sehr klar strukturierter Übergang in den Ruhestand. Die Bedeutung, die Helmut für Disziplin und Profession Klinischer Sozialer Arbeit hatte und hat, überträgt sich auch auf persönliche Aspekte: Orientierung, Akzeptanz, Motivation, Reflexion, Differenzierung, stetige Entwicklung durch Auseinandersetzung.

Mehr als 20 Jahre später. Helmut Pauls hat mit seiner wissenschaftlichen Arbeit und seinem Engagement wesentlich zur Etablierung der Klinischen Sozialarbeit in Deutschland beigetragen. Der vorliegende Band würdigt sowohl seine richtungsweisenden praxisbezogenen Initiativen (z.B. die Gründung des bereits angesprochenen Instituts für psychosoziale Gesundheit, IPSG) als auch seine wissenschaftliche Fundierung der Klinischen Sozialarbeit (Gahleitner & Pauls, 2019; Lammel & Pauls, 2017; Pauls, 2013, 2018, 2020; Pauls & Hahn, 2015; Pauls & Mühlum, 2005; Pauls et al., 2013).

Das Herausgabewerk zeigt auf, wo das „Projekt“ Klinische Sozialarbeit heute steht, was erreicht wurde, und vor allem, wie vielfältig die relevanten Fragen, Arbeitsfelder und Zielgruppen sind. Gleichzeitig wird sichtbar, wie viele Kolleg:innen Klinische Sozialarbeit mittlerweile auf ganz unterschiedlichen Gebieten mitgestalten und weitertragen, z.B. durch berufspolitisches Engagement, durch Forschung, durch spezifische Expertise für besondere Zielgruppen und die Aus- und Weiterbildung von Fachkräften. Die Autor:innen nehmen in vielfältiger Form Bezug auf das Werk von Helmut Pauls: auf seine konzeptionellen Ideen, theoretischen Überlegungen und Praxisimpulse.

Der erste Teil dieses Bands versammelt Beiträge, die vor allem die Entwicklung der Klinischen Sozialarbeit in Deutschland nachzeichnen. Es geht um wichtige Wegmarken bei der Etablierung als gesundheitsbezogene Fachsozialarbeit, um grundlegende Fragen wie den sozialtherapeutischen Behandlungsanspruch und zentrale Kernkompeten-

zen wie die Selbstreflexionsfähigkeit von klinischen Fachkräften. Darüber hinaus wird der aktuelle Entwicklungsstand Forensischer Sozialer Arbeit als bedeutender klinischer Vertiefungsbereich skizziert. Den Abschluss bildet ein Beitrag zum Masterstudiengang Klinische Sozialarbeit, den Helmut Pauls an der Hochschule Coburg initiiert und später gemeinsam mit Brigitte Geißler-Piltz von der Alice Salomon Hochschule Berlin fortgeführt hat.

Im zweiten Part wird der State of the Art zu aktuellen Fragen und Themenfeldern umrissen. Ausgehend von der herausragenden Bedeutung der Beziehungsgestaltung werden zentrale Aufgaben und methodische Zugänge in den Blick genommen. Im Einzelnen werden Soziale Diagnostik, Psychosoziale Beratung, die Arbeit mit Emotionen, Klinisches Case Management und die besondere Rolle von sozialen Ressourcen thematisiert.

Der dritte und letzte Teil ist den Themen gewidmet, die in der Zukunft eine besondere Rolle spielen werden: Dazu gehören auf der Ebene von Zielgruppen Kinder und Jugendliche mit psychiatrischen Erkrankungen, aber auch alte und hochbetagte Menschen. Auf professionsbezogener Ebene wird kritisch bilanziert, was aus der Klinischen Sozialarbeit geworden ist und wie die Internationalisierung weiter vorangebracht und lebendig gehalten werden kann.

Einen persönlich inspirierten Abschluss bilden die Beiträge von Brigitte Geißler-Piltz und Peter Dentler – beide haben von Beginn an gemeinsam mit Helmut Pauls an klinischen Themen gearbeitet und die fachliche Entwicklung kritisch-konstruktiv vorangebracht.

Insgesamt vermittelt der Band einen fundierten Einblick in die Bedeutung der Klinischen Sozialen Arbeit als gesundheitsbezogener Fachsozialarbeit. Alle Autor:innen sind mit Helmut Pauls verbunden. Sie bilden quasi das fachliche soziale Netzwerk, von dem die Klinische Sozialarbeit wesentlich mitgetragen wird – es handelt sich um langjährige Kolleg:innen, verlässliche Weggefährt:innen, wichtige Diskussionspartner:innen und auch um ehemalige Studierende. Entlang ihrer besonderen Expertisen machen sie die Vielfalt der relevanten klinischen Themen in der Sozialen Arbeit sichtbar.

Wir wünschen uns, dass die Kreativität, die Innovationskraft und Begeisterung von Helmut Pauls durch dieses Buch zumindest ein wenig spürbar werden und dass sie die Leser:innen anstecken und zu weiteren Entwicklungen inspirieren mögen.

Wir als Herausgebende möchten Helmut Pauls nicht nur fachlich würdigen, sondern auch und vor allem persönlich „Danke“ sagen. Für uns ist die besondere Bedeutung

dieses Wissenschaftlers hervorzuheben, aber auch und vor allem das wertschätzende verlässliche Miteinander, die vielen kostbaren Begegnungen als Mentor und Freund!

Christine Kröger, Gernot Hahn und Silke Birgitta Gahleitner

Literatur

- Gahleitner, S.B. & Pauls, H. (2019). Klinische Sozialarbeit. In *SocialNet Lexikon*. <https://www.socialnet.de/lexikon/Klinische-Sozialarbeit>
- Lammel, U.A. & Pauls, H. (Hrsg.). (2017). *Sozialtherapie. Sozialtherapeutische Interventionen als dritte Säule der Gesundheitsversorgung*. Verlag modernes Lernen.
- Pauls, H. (2013). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psychosozialer Behandlung* (Grundlagentexte Soziale Berufe; 3., unveränd. Aufl.). Beltz Juventa (letzte überarb. Aufl. erschienen 2011).
- Pauls, H. (2018). Beratungskompetenzen in der Klinischen Sozialarbeit. *Beratung Aktuell*, 19(3), 4–21. <https://www.active-books.de/kategorien/buch/532-beratung-aktuell-32018-junfermann-verlag/>
- Pauls, H. (2020). Das biopsychosoziale Modell im Kontext sozialer Mitbehandlung. In M. Bösel & S.B. Gahleitner (Hrsg.), *Soziale Interventionen in der Psychotherapie. Interdisziplinär und interprofessionell denken und handeln* (Curriculum Psychotherapie; S. 29–40). Kohlhammer.
- Pauls, H. & Hahn, G. (2015). Sozialtherapie. In U.A. Lammel, J. Jungbauer & A. Trost (Hrsg.), *Klinisch-therapeutische Soziale Arbeit. Grundpositionen – Forschungsbefunde – Praxiskonzepte* (S. 29–43). Verlag modernes Lernen.
- Pauls, H. & Mühlum, A. (2005). Klinische Kompetenzen. Eine Ortsbestimmung der Sektion Klinische Sozialarbeit. *Klinische Sozialarbeit*, 1(1), 6–9. <https://zks-verlag.de/wp-content/uploads/Zeitschrift-2005-1.pdf>
- Pauls, H., Stockmann, P. & Reicherts, M. (Hrsg.). (2013). *Beratungskompetenzen in der psychosozialen Fallarbeit, Ein sozialtherapeutisches Profil*. Lambertus.

Entwicklung und Etablierung der Klinischen Sozialarbeit



Klinische Sozialarbeit als gesundheitsbezogene Fachsozialarbeit – Wegmarken der Entwicklung

Albert Mühlum

Vorbemerkung

Klinische Sozialarbeit (KlinSA) ist zuerst und vor allem Sozialarbeit. Daran hat Helmut Pauls, Nestor dieses Handlungs- und Forschungsbereichs in Deutschland, immer festgehalten. Das ist angesichts inhärenter Kontroversen keineswegs selbstverständlich. Da die Entwicklung klinischer Fachlichkeit bis zur Fachsozialarbeit noch kaum systematisch im Kontext Sozialer Arbeit behandelt wurde, soll sie in diesem Bezugsrahmen kurz skizziert werden. Dabei wird auch die buchstäblich maßgebende Rolle Helmut Pauls in Praxis, Lehre und Forschung verdeutlicht.

Praxis. Vom Beruf zur Profession: Professionalisierung

Die Forderung nach Klinischer Sozialarbeit hängt unmittelbar mit der Geringschätzung der Methodenlehre an Fachhochschulen zusammen. Aber schon davor war die Vernachlässigung des Themas Gesundheit evident. Mit zunehmender Binnendifferenzierung wuchs der Bedarf und auch die Chance zur Spezialisierung in sozialer Beratung und Behandlung.

Soziale Arbeit und Gesundheit – Binnendifferenzierung

Gesundheit war schon immer Thema beruflicher Fürsorge, aber meist implizit oder auf konkrete Berufsfelder wie Krankenhaus oder Gesundheitsamt bezogen. Mit der Professionalisierungsdebatte der 1980er- bis 1990er-Jahre und der WHO-Gesundheitsagenda wurde *Gesundheitsförderung* zu einem neuen Leitthema, auch im Zusammenhang von Armut, Benachteiligung und prekären Lebenslagen. Obwohl die Soziale Arbeit unvermeidlich mit Gesundheitsfragen befasst ist, fehlte es lange an einer vertieften Beschäftigung damit. Eine Weichenstellung waren im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Sozialarbeit (DGS, später DGSA) 1993 die Gründung des Arbeitskreises „AK Sozialarbeit und Gesundheit“ und dessen fachliche Ausstrahlung (Arbeitskreis, 2001). Zu seinen frühen Mitwirkenden zählte Helmut Pauls, dem auch die Initiative zur Gründung der „Sektion Klinische Sozialarbeit“ 2002 zu verdanken ist, die er bis heute ent-

scheidend mitprägt (Pauls & Mühlum, 2005). Zentrales Anliegen war und ist die Qualifizierung der Sozialarbeitenden im Hinblick auf Gesundheitsprobleme bzw. Gesundheitsförderung unter besonders schwierigen Umständen.

Auf dem Weg vom Beruf zur Profession wurde fast durchgängig um die richtige Art und Tiefe der fachlichen Kompetenz gerungen. So gab es schon in den 1920er-Jahren Dutzende Sonderfürsorgebereiche. Bei der Binnendifferenzierung stellen – im Spannungsbogen von Generalisierung und Spezialisierung – schon funktionale Einsatzbereiche wie Jugendhilfe, Sozialhilfe und Straffälligenhilfe spezifische Anforderungen. Umso mehr gilt das für spezialisierte Teilbereiche im Gesundheitswesen, das sich seinerseits immer stärker ausdifferenziert. Die Soziale Arbeit bekräftigte in diesem Kontext ihren professionellen Anspruch: zunächst entlang der klassischen Professionskriterien wie akademische Ausbildung, Berufsethik, berufsständische Vertretung, Lizenzierung und fachliche Autonomie, danach flexibler mit der Betonung von *Professionalität*, verstanden als Selbstreflexivität auf höherem Niveau (zur professionstheoretischen Einordnung: Mühlum & Gahleitner, 2008, 2011).

Mit diesem Anspruch wurden besondere Handlungsqualitäten reklamiert, zumal für den Umgang mit schwer erreichbaren Personen, traumatisierten Patient:innen und hochgradig desorganisierten Beziehungen. Ein solch klinisch-soziales Profil wurde von der DGSA angeregt (DGSA Symposium, 2000), vom AK Sozialarbeit und Gesundheit gefordert („Plädoyer für klinische Sozialarbeit“, Deutsche Gesellschaft für Sozialarbeit [DGS], Arbeitskreis [AK] Sozialarbeit und Gesundheit, 2001) und von Helmut Pauls und der Sektion KlinSA ab 2003 sukzessive ausgearbeitet (Ortmann & Röh, 2008), im Bewusstsein, dass sozialberufliche Interventionen in schwierigen Beziehungs- und Behandlungskontexten zusätzliche Kompetenzen erfordern.

Auf dem Weg zur Fachsozialarbeit – Thesen

Da Spezialisierung unvermeidlich mit dem Ganzheitsanspruch kollidiert, löste die Forderung nach Klinischer Sozialarbeit zunächst eine Grundsatzdebatte aus. Differenzierung muss jedoch weder zur Entwertung der grundständigen Sozialarbeit noch zur Hierarchisierung des Berufs führen. Tatsächlich öffnete sie neue professionspolitische Optionen (Thesen: Mühlum & Gahleitner, 2008):

(1) „Mit dem sozialen Wandel und dem Wandel der Versorgungssysteme sind neue sozialberufliche Kompetenzen notwendig. So reicht z.B. die generalistische Grundqualifikation für viele Felder und Aufgaben nicht mehr aus“ (S. 51).

(2) *„Die Klinische Sozialarbeit ... [wurde] ... kontrovers diskutiert, der vermeintliche Sonderweg einer klinischen Spezialisierung ist jedoch international üblich, wegen der sozialstrukturellen Umbrüche zwingend und mit dem neuen Hochschulabschluss ‚Master of Arts‘ kompatibel“* (S. 51). Nach eher zögerlichem Beginn setzt sich die Erkenntnis durch, dass die Soziale Arbeit für unterschiedliche Formen und Grade gesundheitsdienlicher Tätigkeit eigene Konzepte und Strategien braucht, also klinische Expertise im Kontext sozialer Mitbehandlung (Pauls, 2020).

(3) *„Von den neuen Profilen ist das klinische schon weit entwickelt, kann auf internationale Vorbilder zurückgreifen und gewinnt im Spannungsfeld von gesellschaftlichen Anforderungen und individuellem Bewältigungsverhalten vulnerabler Personen und Gruppen an Bedeutung“* (Mühlum & Gahleitner, 2008, S. 52). Da Unterschichtzugehörigkeit, Arbeitslosigkeit und fehlende soziale Unterstützung die wichtigsten Vulnerabilitätsfaktoren sind, hilft der klinisch-soziale Fokus, die fragile Balance zwischen politischer, sozialräumlicher und mikrosozialer Perspektive zu halten.

(4) *„Klinische Sozialarbeit braucht verlässliche Standards für Beratung und Behandlung. Daher sind Zertifizierung und Lizensierung wichtige Schritte auf dem Weg zur Qualifikationsstufe Fachsozialarbeit“* (S. 52). Diese soll – analog zu Fachärzt:innen – über eine besondere Expertise für die jeweilige Aufgabe verfügen und definierte Qualifikationsanforderungen erfüllen.

Lehre. Von der Fachschule zum Hochschulstudium: Akademisierung

Der Übergang vom Ehrenamt zur beruflichen Fürsorge bzw. Wohlfahrtspflege wurde wesentlich durch eine systematische Ausbildung erreicht: zunächst in freiwilligen Helfer:innenkursen, dann verpflichtend in sozialen Fachschulen bzw. Seminaren und höheren Fachschulen, die 1971 zu Fachhochschulen und im Zuge der Bolognaform zu Hochschulen für angewandte Wissenschaften wurden.

Klinisch-soziale Fachlichkeit

Die Akademisierung wurde anfangs durchaus kritisch gesehen, passte aber zu den steigenden Anforderungen in Beruf und Gesellschaft. Auf diesem Hintergrund konnte sich die klinische Variante Sozialer Arbeit auch gegen Widerstände entwickeln (Dörr, 2002). Nicht nur in ausgewiesenen Behandlungskontexten, sondern auch in der alltäglichen Lebenswelt können Klient:innen unter so schwerwiegenden Störungen, Belastungen und Krisen leiden, dass Einwirkungen notwendig sind, die wegen ihrer Intensität ‚klinisch‘ genannt werden können. Dazu bedarf es einer spezialisierten Ausbildung, die

fachliche Kompetenzen verlässlich vermittelt. Zudem ist eine Gewährleistung nötig, die internationalen Standards entspricht: Zertifizierung der Kompetenzen und Lizenzierung klinischer Praktiker:innen. Die psychosoziale Orientierung ist konstitutiv für jede professionelle Sozialarbeit, erhält aber im klinischen Kontext ein methodisches Kompetenzprofil, das für den Umgang mit leidenden, chronisch kranken und schwer zugänglichen Menschen befähigt (Geißler-Piltz et al., 2005/2010).

Tabelle 1: Chronologie der entscheidenden Dekade

1998	Themenheft „Klinische Sozialarbeit“ (Blätter der Wohlfahrtspflege)
1999	Studienrichtung Klinische Sozialarbeit an der Fachhochschule Coburg
2000	DGS-Symposium KlinSA DVSK-Bundeskongress zum Thema
2001	Plädoyer „Klinische Sozialarbeit als Fachsozialarbeit“ (DGS, AK für Sozialarbeit und Gesundheit, 2001) Gründung der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (ZKS)
2002	Sammelbände und Debatte in Fachzeitschriften und Verbänden (DBSH, DVSK) Beginn der Zertifizierung durch ZKS Erster Studiengang „Klinische Sozialarbeit“, Coburg
2003	Gründung der Sektion KlinSA Fachtagungen und Intensivierung des Diskurses
2004	Lehrbuch Pauls Akkreditierung der vier ersten klinischen Masterstudiengänge
2005	Gründung der Fachzeitschrift „Klinische Sozialarbeit“ Themenheft Klinische Sozialarbeit der Zeitschrift „Psychosozial“ (Klein, 2005) Einschlägige Monografien und Reader
2006	Klinisch-soziale Forschungsprojekte Kooperative von Masterabsolvent:innen sowie Online-Publikationen
2007	Gründung des European Centre for Clinical Social Work (ECCSW) Themenheft Klinische Sozialarbeit in Europa (Klein, 2007)
2008	Start der Schriftenreihe „Klinische Sozialarbeit – Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung“
2009	Forschungsprojekte und Tagungen (ECCSW, DGSA, Sektion KlinSA)
2010	Reakkreditierung klinischer Studiengänge

Quelle: eigene Darstellung, in Anlehnung an Mühlum und Gahleitner (2010, S. 108)

Das in der Ausbildung über viele Jahre marginalisierte Gesundheitsthema und die mangelhafte Gesundheitskompetenz der Absolvent:innen wurden in der Professionsdebatte virulent. Der schon erwähnte AK Soziale Arbeit und Gesundheit stieß daher mit seinem Plädoyer in der Fachöffentlichkeit auf breites Interesse: Um den spezifischen

Anforderungen einer klient:innenbezogenen *Direct Practice* gerecht zu werden, war die Etablierung einer beratungskompetenten ‚klinischen‘ Sozialarbeit folgerichtig. Sie wurde von Helmut Pauls 1999 zunächst als Studienschwerpunkt im Diplomstudium der FH Coburg und nach der Bolognareform 2001 als erster Masterstudiengang in Klinischer Sozialarbeit realisiert (Kröger & Gahleitner, in diesem Band) – flankiert von der Sektion KlinSA und einem unterstützenden Votum des DGSA-Vorstands. Parallel dazu gründete Pauls 2001 die Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (ZKS), die 2002 mit der Zertifizierung Klinischer Sozialarbeiter:innen begann. Pate stand dabei auch das internationale Modell von Clinical Social Work (CSW). Es war nicht direkt übertragbar, bot jedoch Erfahrungswerte und wissenschaftliche Erkenntnisse, an denen sich die hier etablierende Klinische Sozialarbeit orientieren konnte. Vor allem die professionellen Standards und berufsethischen Prinzipien der CSW sowie definierte Kompetenzlevels erwiesen sich als nützlich (Pauls, 2011/2013).

Fachsozialarbeit

Die Erfolgsgeschichte klinisch-sozialer Fachlichkeit spricht für sich (Geißler-Pilz et al., 2010; Röh, 2020). Auch wenn sie inhaltlich, methodisch und formal noch nicht an die Qualifikation etwa der Facharzt Ausbildung heranreicht, sind doch Höherqualifizierungen bis zur Promotion möglich und rechtfertigen – in Verbindung mit supervidiertem klinischer Praxis – den Anspruch einer *Fachsozialarbeit*, die auch mit dem Qualifikationsrahmen des Fachbereichstags kompatibel ist. Neben ihrer Bedeutung für die Praxis sind die positiven Auswirkungen auf berufliche Sozialisation, Lehre und Forschung hervorzuheben. Zentrale Elemente sind: Wissenschaftsbasierte Ausbildung, forschungsgestützte Erkenntnisgewinnung im klinischen Feld und biopsychosozial akzentuiertes Erklärungs- und Veränderungswissen – verbunden mit der notwendigen Methodenkompetenz für klinisch-soziale Interventionen. Hinzu kommen die Übernahme eines Teils der gesellschaftlichen Verantwortung für marginalisierte Menschen und prekäre Verhältnisse sowie die Notwendigkeit integrierter Versorgung, die nicht nur von der Interdependenz somatischer, psychischer und sozialer Faktoren *spricht*, sondern diese Erkenntnis auch fachlich *nutzt* – eine ebenso schwierige wie notwendige Aufgabe im medizindominierten Gesundheitswesen (Pundt, 2006).

Wegen der Komplexität der Probleme wie auch der Hilfesysteme sind multiprofessionelle Arrangements nötig, in denen Klinische Sozialarbeit handelt. Sie ist eingebettet in das Gesamtsystem Soziale Arbeit – mit dem erklärten Ziel, in biopsychosozialer Perspektive Störungen diagnostizieren und methodensicher bearbeiten zu können (auch Ortman & Röh, in diesem Band). Rollendifferenzial, Intensität der personalen Einwir-

kung und (Be-)Handlungskompetenz begründen jene klinische Fachlichkeit, die in der Fachsozialarbeit kulminiert. Die gestufte Ausbildung bis zu Master und Promotion ist eine notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung für Fachsozialarbeit. Notwendig sind, wie in den klassischen Professionen, eigene Verfahren der Erkenntnisgewinnung, also Forschung, Theoriebildung, Wissenschaft.

Forschung. Vom Erfahrungswissen zur Theorie: Wissenschaftsentwicklung

Die Koordinaten sozialprofessioneller Arbeit werden bestimmt durch die dreistufige Ausbildung (Bachelor, Master, Doktor), das Maß an Spezialisierung und die je besondere Methodenkompetenz. Fachsozialarbeit stellt dabei die höchste Kompetenzstufe dar, die bisher wohl am ehesten von der Klinischen Sozialarbeit erreicht wird.

Sozialarbeitsforschung

Der Wissenskanon Sozialer Arbeit entwickelte sich vom Erfahrungswissen über systematisiertes Berufswissen zu Methodenkonzepten und Theorien, die die Ausbildung prägen. Da sie überwiegend von Bezugswissenschaften stammen, manchmal ohne direkten Bezug zum Handlungsfeld, wurde das Bemühen um eigene Erkenntnisgewinnung, (Handlungs-)Forschung und eine einschlägige Wissenschaft immer stärker auch im Bestreben, die Lehrenden aus der eigenen Fachdisziplin zu rekrutieren. Die Promotionsförderung der DGSA spielt dabei eine wichtige Rolle. Professionalisierungsdruck und Hochschulreform begünstigten die Entwicklung zur *Sozialarbeitswissenschaft* (Mühlum, 2004). Dazu trug das Ringen um eine klinisch-soziale Perspektive im Konzert der Sozial- und Gesundheitswissenschaften bei, komplementär zu einer sich immer mehr auf das Individuum konzentrierenden Psychotherapie und gestützt durch die wachsende Bedeutung der SAGE-Fächer in einer zunehmend verstörten Gesellschaft.

Ziel der angewandten Sozialarbeitsforschung ist letztlich die Optimierung von Hilfeprozessen und die Verbesserung des Bewältigungsverhaltens. Wie schon für Praxis und Lehre Klinischer Sozialarbeit gezeigt, lässt sich also auch ihre Theorieentwicklung in den Gesamthorizont Sozialer Arbeit einordnen. Bezeichnend ist etwa, dass soziale Diagnostik und soziale Therapie schon von den Pionier:innen methoden- und theoriebewusst entwickelt, dann aber lange vernachlässigt wurden. Sie werden nun endlich von der Sektion KlinSA als Schlüsselthemen begriffen und bearbeitet (Buttner, in diesem Band; Buttner et al., 2018, 2020; Ortmann & Röh, in diesem Band; Lammel & Pauls, 2017).

Erkenntnisgewinnung im klinisch-sozialen Feld

Auch das klinisch-soziale Handeln braucht die empirisch-theoretische Reflexion, um Indikationen, Verfahren und Wirkungen einordnen und begründen zu können. Zwar ist die biopsychosoziale Hilfepraxis überkomplex und schwer zu erfassen, dennoch gibt es eine Vielzahl qualitativer Forschungsarbeiten, die den wissenschaftlichen Anspruch stützen (Schaub, 2008; Gahleitner & Mühlum, 2010; Röh, 2020).

In klinisch-sozialer Perspektive tragen zur Wissenschaftsentwicklung bei: zahlreiche Forschungsarbeiten und einschlägige Dissertationen, Publikationen in Sammelbänden und Monografien, Debatten in Fachzeitschriften und Fachverbänden, Symposien. Hervorzuheben sind „Klinische Sozialarbeit – Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung“ sowie Zertifizierung bzw. Lizenzierung auf unterschiedlichen Kompetenzlevels, die den permanenten Erkenntnisfortschritt voraussetzen. Klinische Sozialarbeiter:innen sind auf dem Master-Level auch zur selbstständigen empirischen Forschung als „scientific practitioners“ befähigt. Entscheidend aber ist die Scientific Community, die über den Wissenschaftsanspruch dieses Forschungsbereichs befindet.

Die Bedeutung dieser Entwicklung liegt vordergründig darin, auf gleicher Augenhöhe mit anderen Professionen zu handeln. Wichtiger jedoch ist die Expertise für klinisch-soziale Interventionen: Damit zum Wohle Hilfebedürftiger auf hohem fachlichen Niveau diagnostiziert, beraten und behandelt werden kann und definierte (Be-)Handlungsstandards sichergestellt sind, die auf wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhen und professionell angewandt werden. Dabei mag die Grenze zur allgemeinen Sozialarbeit fließend sein, sollte sich aber mit weiteren Forschungsarbeiten und im Diskurs der wissenschaftlichen Gemeinschaft der Lehrenden und Forschenden klären (Gahleitner & Pauls, 2019).

Fazit

Klinische Sozialarbeit bedeutet Expert:innenschaft für biopsychosoziale Beratung, Behandlung und Intervention bzw. Treatment. Die Entwicklung klinisch-sozialer Fachlichkeit bis zur Qualifikationsstufe Fachsozialarbeit ist dabei kein Sonderweg, sondern Element der Binnendifferenzierung und integraler Bestandteil der Sozialen Arbeit. Dass die Klinische Sozialarbeit trotz mancher Widerstände für eine fruchtbare Wechselbeziehung mit der „allgemeinen Sozialarbeit“ sorgte und damit messbare Fortschritte in Praxis, Lehre und Forschung bewirkte, ist in hohem Maße Helmut Pauls und den Kolleg:innen der Sektion Klinische Sozialarbeit zu verdanken.

Literatur

- Deutsche Gesellschaft für Sozialarbeit (DGS), Arbeitskreis Sozialarbeit und Gesundheit (2001). Plädoyer für klinische Sozialarbeit. *Nachrichtendienst des Deutschen Vereins*, 82(2), 22–25.
- Buttner, P., Gahleitner, S.B., Hochuli Freund, U. & Röh, D. (Hrsg.). (2020). *Handbuch Soziale Diagnostik. Perspektiven und Konzepte für die Soziale Arbeit* (Hand- und Arbeitsbücher, Bd. 24). DV.
- Buttner, P., Gahleitner, S.B., Hochuli Freund, U. & Röh, D. (Hrsg.). (2020). *Handbuch Soziale Diagnostik. Bd. 2: Soziale Diagnostik in den Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit* (Hand- und Arbeitsbücher, Bd. 26). DV.
- Dörr, M. (Hrsg.). (2002). *Klinische Sozialarbeit – eine notwendige Kontroverse* (Grundlagen der sozialen Arbeit, Bd. 7). Schneider.
- Gahleitner, S.B. & Mühlum, A. (2010). Klinische Sozialarbeit. In K. Bock & I. Miethe (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Methoden in der Sozialen Arbeit* (S. 490–499). Budrich.
- Gahleitner, S.B. & Pauls, H. (2019). Klinische Sozialarbeit. In *Socialnet Lexikon*. Socialnet. <https://www.socialnet.de/lexikon/Klinische-Sozialarbeit>
- Geißler-Piltz, B., Mühlum, A. & Pauls, H. (Hrsg.). (2010). *Klinische Sozialarbeit* (Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. Bd. 7). Reinhardt (Erstaufl. erschienen 2005).
- Klein, U. (Hrsg.). (2005). Klinische Sozialarbeit – die Kunst psychosozialen Helfens [Themenheft]. *Psycho-sozial*, 28(3 [Nr. 101]).
- Klein, U. (Hrsg.). (2007). Klinische Sozialarbeit in Europa [Themenheft]. *Klinische Sozialarbeit*, 3(3).
- Lammel, U.A. & Pauls, H. (Hrsg.). (2017). *Sozialtherapie. Sozialtherapeutische Interventionen als dritte Säule der Gesundheitsversorgung*. Verlag modernes Lernen.
- Mühlum, A. (Hrsg.). (2004). *Sozialarbeitswissenschaft – Wissenschaft der Sozialen Arbeit* (Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit, Bd. 9). Lambertus.
- Mühlum, A. & Gahleitner, S.B. (2008). Klinische Sozialarbeit als Fachsozialarbeit – Professionstheoretische Annäherung und professionspolitische Folgerungen. In S.B. Gahleitner & G. Hahn (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit. Zielgruppen und Arbeitsfelder* (Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung, Bd. 1; S. 44–59). Psychiatrie-Verlag.
- Mühlum, A. & Gahleitner, S.B. (2010). Klinische Sozialarbeit – Fachsozialarbeit: Provokation oder Modernisierungsprojekt der Sozialen Arbeit? In S.B. Gahleitner, H. Effinger, B. Kraus, I. Miethe, S. Stövesand & J. Sagebiel (Hrsg.), *Disziplin und Profession Sozialer Arbeit. Entwicklungen und Perspektiven* (Theorie, Forschung und Praxis Sozialer Arbeit, Bd. 1; S. 95–113). Budrich.
- Mühlum, A. & Gahleitner, S.B. (2011). Schwerpunktbildung oder Subspezialisierung? Teil I. In B. Kraus, H. Effinger, S.B. Gahleitner, I. Miethe & S. Stövesand (Hrsg.), *Soziale Arbeit zwischen Generalisierung und Spezialisierung* (Theorie, Forschung und Praxis Sozialer Arbeit, Bd. 4; S. 235–243). Budrich.
- Ortmann, K. & Röh, D. (Hrsg.). (2008). *Klinische Sozialarbeit. Konzepte – Praxis – Perspektiven*. Lambertus.
- Pauls, H. (2013). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psychosozialer Behandlung* (Grundlagentexte Soziale Berufe; 3., unv. Aufl.) Juventa (letzte überarb. Aufl. erschienen 2011; Erstaufl. erschienen 2004).
- Pauls, H. (2020). Das biopsychosoziale Modell im Kontext sozialer Mitbehandlung. In M. Bösel & S.B. Gahleitner (Hrsg.), *Soziale Interventionen in der Psychotherapie. Interdisziplinär und interprofessionell denken und handeln* (Curriculum Psychotherapie; S. 29–40). Kohlhammer.
- Pauls, H. & Mühlum, A. (2005). Klinische Kompetenzen. Eine Ortsbestimmung der Sektion Klinische Sozialarbeit. *Klinische Sozialarbeit*, 1(1), 6–9. <https://zks-verlag.de/wp-content/uploads/Zeitschrift-2005-1.pdf>
- Pundt, J. (Hrsg.). (2006). *Professionalisierung im Gesundheitswesen. Positionen – Potenziale – Perspektiven*. Huber.

- Röh, D. (2020). Klinische Sozialarbeit 2020 – wo stehen wir? *Klinische Sozialarbeit*, 16(3), 6–9. <https://zks-verlag.de/wp-content/uploads/2020-03KlinSa.pdf>
- Schaub, H.A. (2008). *Klinische Sozialarbeit. Ausgewählte Theorien, Methoden und Arbeitsfelder in Praxis und Forschung*. V & R Unipress.

Therapie und Soziale Arbeit – ein besonderes Spannungsverhältnis?!

Dario Deloie und Ute Antonia Lammel

Skizze einer sozialtherapeutischen Gruppenarbeit

Anna (23) und Mike (24) haben sich in der Jugendwohngruppe ineinander verliebt. Ihr Sohn Freddy ist sieben Monate alt. Seit seiner Geburt ist das Paar „clean“. Sie wohnen in einer nicht ganz komfortablen, renovierungsbedürftigen Altbauwohnung im 3. Stock mit kleinem Balkon am Stadtgarten. Anna kommt aus belasteten familiären Verhältnissen. Die Mutter starb nach längerer Krebserkrankung, als sie 13 war, der Vater blieb allein mit drei Kindern (13, 11, 9) zurück. Geld war meist knapp. Papa fuhr nachts Taxi, um etwas Nebenverdienst zu haben. Anna kümmerte sich um die Kleinen. Doch mit 15, kurz vor der mittleren Reife, wollte Anna ausbrechen. Streit mit Papa, zu viel Verantwortung, neue Freund:innen, eine erste Liebe, gemeinsames Kiffen, Partys, nachts nicht nach Hause. Der Stress mit Papa eskaliert: Überforderung, Schläge, weg von zu Hause, drogenfreundliche Freundeskreise, Realschule gerade noch geschafft. Mike ist Einzelkind zweier „Karrieristen“. Papa Ingenieur und Unternehmer, Mama erfolgreiche Vertriebsleiterin, Reihenhaus am Stadtrand. Geld war kein Problem, Haushälterin dreimal pro Woche. Mike war schon früh viel allein, nach der Schule „Chillen“ mit Freund:innen in der Stadt. Üppiges Taschengeld für Cannabis und Alkohol. Heftiger Streit mit den Eltern mit körperlichen Auseinandersetzungen, wenn er berauscht nach Hause kam. Laute, gewaltige Schreie nach Aufmerksamkeit und Liebe? Mit 15 „Hilfe zur Erziehung“, erst ambulant, dann stationär, Abi mit Ach und Krach geschafft.

Anna und Mike sind über eine Vertrauensbeziehung zur Sozialarbeiterin, die in langjähriger Einzelberatung aufgebaut wurde, Mitglieder einer Stabilisierungsgruppe der Jugend- und Drogenberatung. Die Gruppe besteht aus sieben jungen Menschen: zwei Frauen und fünf Männern im Alter von 23 bis 29. Seit der Geburt von Freddy finden die wöchentlichen Gruppentreffen in der Wohnung von Anna und Mike statt. Anders wäre die Gruppenteilnahme für die jungen Eltern, die keinerlei familiäre Unterstützung haben, nicht möglich. An sonnigen Spätsommerabenden trifft sich die Gruppe auf der Wiese im Park. Freddy krabbelte währenddessen herum oder schläft auf dem Schoß seiner Mama ein. Die Anwesenheit von Freddy ist für

die ganze Gruppe ein Glück, was immer wieder in den Anfangs- und Endrunden zur Sprache kommt. Anna fühlt sich entlastet. Sie ist tagsüber viel allein. Mike hat eine Ausbildungsstelle gefunden und fühlt sich erleichtert, wenn er seinen Frust über die raue Realität im Baugewerbe mit den anderen besprechen kann. Er wird zum Durchhalten ermutigt und kann berufliche Perspektiven entwickeln.

Alltägliche Nöte, der Suchtdruck in Krisensituationen, Umgang mit Gefühlen, Zukunftsperspektiven, die eigenen Fähigkeiten, Defizite und Sehnsüchte werden in der Gruppe geteilt. Die jungen Menschen spenden einander Aufmerksamkeit, Zuspruch, Ermutigung und Rückendeckung. Zaghafte entsteht ein kleines neues Freundschaftsnetzwerk. Oskar, der noch keine Arbeit gefunden hat, begleitet Anna bei Spaziergängen mit Freddy im Park, und Nina passt auf Freddy auf, wenn Anna zu Ärzt:innen muss. Diese Aktivitäten stärken die Selbstwirksamkeit. Individuelle Rückschläge und Rückfälle erschüttern die ganze Gruppe und müssen von allen verarbeitet werden. Sie helfen aber auch bei der Stabilisierung des Abstinenzvorhabens. Es geht um den Aufbau von Frustrationstoleranz und Affektregulation (Reicherts, in diesem Band). Immer wieder tauchen die Schatten der Vergangenheit auf, die Erinnerungen an Grenzverletzungen und Missachtung. Gemeinsam werden auch die stärkenden biografischen Erfahrungen gesucht und wieder erinnert. Die persönlichen Überlebensstrategien erfahren Wertschätzung. Gemeinsam wird die Liebe zur Natur wiederentdeckt, werden kreative Fähigkeiten geweckt, die Schaffenskräfte in Aktionen umgesetzt. In einer kreativen Gruppenübung entdeckt Arthur (27), der seit seinem 15. Lebensjahr drogenabhängig ist und die längste User-Karriere hat, seine künstlerischen Talente wieder und beginnt auch außerhalb der Gruppe, in seiner ersten eigenen Wohnung, zu malen. Auch die abgebrochene Beziehung zu seinem Elternhaus kann in begleiteten Gesprächen mit der Mutter wieder aufgebaut werden. Georg (29) wird in der Gruppenarbeit von den anderen ermutigt, eine Selbsthilfegruppe zu gründen. Die Gruppenleitung begleitet seine ersten Schritte beim Aufbau. Georg wird später Soziale Arbeit studieren.

Notwendig ist ein ganzes Bündel an Hilfestellungen und Anregungen, um die Selbstheilungskräfte der hoch belasteten, verletzten und erschöpften Menschen – deren Vertrauen in die Welt nur schwach ausgebildet ist und die über unsichere Bindungsmuster verfügen – zu aktivieren. Notwendig ist die längerfristige prozessorientierte multimodale Unterstützung. Sozialtherapeutische Gruppenarbeit ist mühsam und erfordert von der Sozialarbeiterin Beziehungskonstanz und vielschichtige Interventionen. Sie ist bereit zur aufsuchenden Arbeit außerhalb der Beratungsstelle, setzt kreative Impulse und beruhigt die erhitzten Gemüter, wenn Krisen

die Entwicklung der Einzelnen und der Gruppe erschüttern. Die Gruppenarbeit wird supervisorisch begleitet und durch konstante Weiterbildungen angeregt.

Klinische Sozialarbeit und Sozialtherapie sind tragende Säulen einer komplexen und langwierigen Karrierebegleitung. Eine Behandlung der „sozialen Bezogenheit“ ist maßgeblich an Heilungsprozessen beteiligt. Beziehungskonstanz, Alltagsnähe, Ressourcenaktivierung, der Einbezug von Familiensystemen und die Förderung tragfähiger Netzwerke stellen vielschichtige Erfahrungsräume für die Nach- und Neusozialisation zur Verfügung (Lammel & Funk, 2020, S. 194–207). Klinische Soziale Arbeit widmet sich den komplexen ökobiopsychosozialen Dimensionen, sie bezieht die Lebensräume, die soziale Einbindung und den Alltag mit ein. Auch die biologisch-leibliche Verfasstheit muss in der Suchtbehandlung beachtet werden, da im Verlauf der Abhängigkeitsdynamik die Körper schwer in Mitleidenschaft gezogen sind. Der Aufbau alternativer Netzwerke fördert die Distanzierung zu den Drogenszenen und stabilisiert durch die Solidaritätserfahrung in der Gruppe den Abstinenzwunsch.

Soziale Arbeit und Therapie: eine Relation mit vielen Facetten

„Soziale Arbeit und Psychotherapie sind gesellschaftlich organisierte und professionell realisierte Hilfen zur Vermeidung, Linderung, Beseitigung oder Bewältigung menschlichen Leidens. Beide haben eine lange Tradition und eine mehr als hundertjährige Geschichte, in deren Verlauf beide Hilfeformen immer wieder Bezug aufeinander nahmen und auch heute noch nehmen.“ (Heekerens, 2016, S. 11)

Die Beziehung von Sozialer Arbeit und Therapie wird von weiten Teilen der Disziplin und Wissenschaft Sozialer Arbeit als schwierig definiert. Insbesondere von der universitären Sozialpädagogik wurde ein stark abgrenzender Diskurs (Abb. 1) gepflegt und Unterschiede zwischen den Hilfeformen markiert. Stellvertretend sei Thiersch (2020) für die sozialpädagogische Perspektive genannt. In seiner Lebenswelt- und Alltagsorientierung wendet er sich gegen die Individualisierung der Problemlagen und lehnt eine stark von der Medizin geprägte Sicht von Anamnese, Diagnose und Intervention (Therapie) ab. Bei der Betrachtung der Hauptaufgaben der zwei Hilfesysteme scheint diese dichotome Sicht verständlich. Strotzka (1975, S. 4) hebt in seiner Psychotherapiedefinition stark den heilenden Charakter der Psychotherapie mit den Zielen der Symptominimierung und Strukturveränderung der Persönlichkeit hervor. Als ein Leitziel der

Sozialen Arbeit kann, vereinfacht ausgedrückt, die gesellschaftliche Teilhabe des Menschen definiert werden (Deloie, 2017, S. 178).

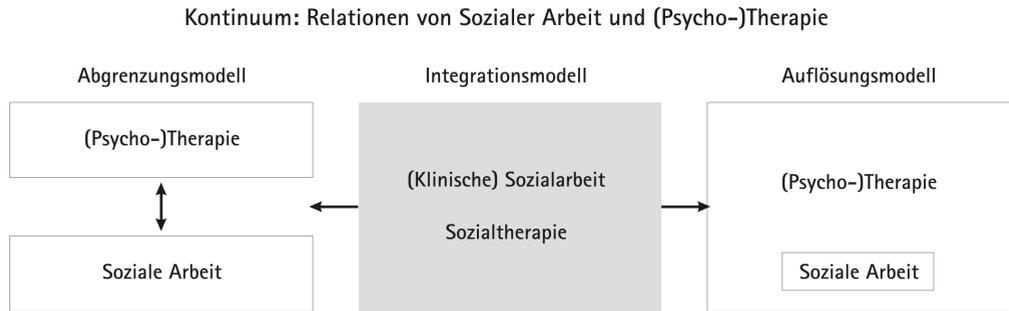


Abbildung 1: Kontinuum: Relationen von Sozialer Arbeit und (Psycho-)Therapie (Quelle: eigene Darstellung, Copyright 2021 bei D. Deloie) (Nestmann, 2002)

Bei näherer Betrachtung ist der Sachverhalt nicht so eindeutig, und es ergeben sich die nachfolgenden Kritikpunkte.

Geschichtliche Aspekte für eine Soziale Therapie

„Sozialtherapie, Soziale Therapie oder Soziotherapie – unabhängig von der begrifflichen Gestalt – ist in der Sozialen Arbeit seit annähernd 100 Jahren verankert.“ (Pauls & Hahn, 2020, S. 47)

Mit Beginn des 20. Jahrhunderts setzte zunächst in den Vereinigten Staaten von Amerika und, davon inspiriert, in Deutschland die Entwicklung der professionellen Sozialarbeit ein (Richmond, 1917, 1922; Salomon, 1926). Kritisch wurde zunehmend die staatliche Armenfürsorge in den Blick genommen, die mit Willkür, Selektionsprozessen und Unwissenschaftlichkeit soziale Notlagen behandelte. Wissen aus der Soziologie, Psychologie und Medizin prägte zunehmend die Sicht der frühen sozialarbeiterischen Protagonistinnen auf die Notlage ihrer Klient:innen und ihre Entwicklung der Case Work bzw. Einzelfallhilfe. Mit Selbstverständlichkeit wurde von Salomon (1926) als Pionierin der Sozialen Arbeit in Deutschland der Begriff der Sozialen Diagnostik und von Wronsky, Salomon und Kronfeld (Wronsky & Kronfeld, 1932; Wronsky & Salomon, 1926) jener der Sozialen Therapie genutzt. Pauls und Hahn (2020) heben hervor, dass die sozialtherapeutische Idee der frühen Sozialen Arbeit „den Zusammenhang zwi-

schen individueller Befindlichkeit und dem Zustand der sozialen Verhältnisse" (S. 47) betont.

Während in den Vereinigten Staaten mit Entwicklung der Case-Work-Schulen bis zur Etablierung der Clinical Social Work immer eine enge Verbindung mit therapeutischen Verfahren und ebensolchem Denken bestand und besteht, zunächst im Sinne eines Social Therapy Approach, dann Richtung psychoanalytischer bzw. psychodynamischer Psychotherapie, gab es in Deutschland durch den Zweiten Weltkrieg einen Bruch in der Entwicklung der Integration von therapeutischen Verfahren in die Soziale Arbeit (vertiefend Deloie, 2011; Hahn & Pauls, 2008; Pauls, 2011/2013). Wichtige Protagonist:innen¹ mit engen Bezügen zur Sozialen Arbeit und Therapie sind Gaertner (1982b) und Schwendter (2000) mit ihren Arbeiten zur Sozialtherapie bzw. Sozialen Therapie. Gaertner (1982a) verband diese mit seiner Kritik an totalen Institutionen wie den psychiatrischen Kliniken oder Vollzugsanstalten mit ihren inhumanen Bedingungen für die „Insassen“ und sah drei Aufgaben der Sozialtherapie:

1. „Sozialtherapie wendet sich primär dem Elend deklassierter, sozial vernachlässigter Bevölkerungsgruppen“ (S. 8).
2. Sozialtherapeutische „Ansätze [gehen; Erg. v. Verf.] davon aus, daß sowohl die soziale Lebenswelt als auch psychische Faktoren zur Ausbildung der Konfliktlagen beitragen“ (S. 8).
3. Therapeutische „Interventionen [setzen; Erg. v. Verf.] in doppelter Perspektive sowohl an den sozialen als auch an den psychischen Konflikten an“ (S. 8).

Sozialtherapie nach Gaertner (1982a) ist, da sie sich gegen die totalen Institutionen wendet, immer auch eine politische Praxis, die nicht nur Gesellschaftskritik sein will, sondern Reformen hervorrufen möchte (S. 9).

Schwendter (2000) verfolgt in seiner Einführung in die Soziale Therapie einen äquivalenten Ansatz zu Gaertner (1982a, 1982b). Er definiert diese Hilfeform wie folgt: „Soziale Therapie steht für das Verstehen von Leiden in seinen Bezügen, in denen es entstanden ist, in denen es weiterbesteht und auf allen Ebenen vermindert werden soll. Ihr Denken und Handeln soll an materiellen, sozialen und psychischen Problemen und Konflikten sowie an Machtverhältnissen ansetzen, um eine sinnvolle Arbeit zu bestimmen“ (Schwendter, 2000, S. 10–11).

¹ In diesem Beitrag können nicht alle Kristallisationspunkte der Sozialtherapie genannt werden.

In den 1970er- bis ca. Mitte der 1990er-Jahre setzte eine Therapeutisierung der Sozialen Arbeit ein. Sozialarbeiter:innen und Sozialpädagog:innen absolvierten therapeutische Weiterbildungen, arbeiteten mit ihrer Klientel zunehmend mit psychotherapeutischen Verfahren und lösten sich zunehmend von ihrer Grundprofession (Abb. 1).

Viele Fachkräfte der Sozialen Arbeit mit therapeutischen Weiterbildungen sind als Suchttherapeut:innen sowie als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen tätig. In der Suchttherapie arbeiten seit Jahrzehnten Sozialarbeiter:innen mit suchtspezifischen Weiterbildungen. Sie haben maßgeblich Suchttherapie im ambulanten, teil- und vollstationären Bereich mitgeprägt und Aspekte wie therapeutische Gemeinschaft, soziale Gruppenarbeit und Vernetzung vorangetrieben. Die Leistungsträger der Rehabilitationen (i.d.R. die Deutsche Rentenversicherung) haben bewusst, abgeleitet von einem biopsychosozialen Modell von Gesundheit und Krankheit der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2001, bes. S. 10–16), im therapeutischen Sektor der Suchtrehabilitation auf Fachkräfte der Sozialen Arbeit zurückgegriffen, um den psychosozialen Dimensionen der Suchterkrankungen Rechnung zu tragen (Deloie, 2011, S. 59).

Im Jahr 2009 wurde ein Forschungsgutachten zur Ausbildung von psychologischen Psychotherapeut:innen sowie von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen (KJPLer:innen) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit veröffentlicht (Strauß et al., 2009), das im Zusammenhang mit der Reform des Psychotherapeutengesetzes von 1999 stand. Interessant aus Sicht der Sozialen Arbeit ist, dass 70,7 % der befragten KJPLer:innen kein psychologisches Vorstudium absolviert hatten (S. 47–48), sondern überwiegend einen Studienabschluss in Sozialpädagogik, Sozialer Arbeit, Pädagogik, Erziehungswissenschaften oder Heilpädagogik hatten (S. 28, 48). Mit dem Gesetz zur Reform der Psychotherapeut:innenausbildung von 2019 wird die Ausbildung zur:m Psychotherapeut:in durch ein Direktstudium zur Psychotherapie (Bachelor- und Masterstudium an einer Universität) vermittelt und führt zur Approbation. Es wird keine alters- und verfahrensspezifische Differenzierung mehr erfolgen (Borg-Laufs, 2020, S. 14). Borg-Laufs (2020) befürchtet zu Recht, „dass die sozialen und lebensweltbezogenen Komponenten psychischen Leids in der Ausbildung an universitären psychologischen Instituten keine große Rolle spielen werden“ (S. 14) und sich damit die Versorgung von „hard to reach“-Adressat:innen weiter verschlimmert.

Adressat:innenbezogene Aspekte für eine soziale Therapie

„Zentral zuständig versteht sich Klinische Sozialarbeit für chronisch psychisch und somatisch kranke Menschen, also Menschen, die wegen ihrer Erkrankung psychisch und sozial leiden oder aufgrund ihrer sozialen Leiden erkranken. Nicht selten sind diese Menschen Helfern gegenüber misstrauisch, erleben deren Hilfsangebote als verordnet und gelten als ‚schwer erreichbar‘ (hard-to-reach).“ (Geißler-Piltz, 2004, S. 32)

In der Bundesrepublik Deutschland gehen wissenschaftliche Schätzungen von 500.000 bis zu einer Million Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung² (severe mental illness) im Alter zwischen 18 und 79 Jahren aus (Gühne et al., 2015, S. 421). Damit wird eine Gruppe von Klient:innen identifiziert, die unter chronischen und schweren Psychosen, meist aus dem schizophrenen Formenkreis, an schweren und chronischen affektiven Störungen, schweren Persönlichkeitsstörungen, neurotischen und Belastungsstörungen, tiefgreifenden Entwicklungsstörungen sowie Suchterkrankungen leiden (S. 420). Neben der psychischen Problematik ist diese Klientel durch multiple Problemlagen (Deloie et al., 2020) beeinträchtigt. Sie zeigt „deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen“ (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde [DGPPN], 2019, S. 5), die Lebensbewältigungsfähigkeiten, um mit Böhnisch (2019) zu sprechen, sind eingeschränkt, und von einem gelingenden Alltag (Thiersch, 2020, bes. S. 52–69) ist diese Klientel oft weit entfernt. Wie die S3-Richtlinie Psychosoziale Therapie bei schweren psychischen Erkrankungen aufführt, besteht bei dieser Klientel ein komplexer Behandlungsbedarf (DGPPN, 2019, S. 5). Pauls und Lammel (2020) heben hervor, dass diese Klientel ohne eine klinische Expertise der Sozialen Arbeit in der therapeutischen Arbeit nicht erreichbar ist (S. 7–8). Diese Klientel ist auch durch die Versorgungssysteme von Exklusion bedroht. Angebote sind nicht passgenau, bzw. Therapeut:innen lehnen eine Versorgung dieser „schwierigen Gruppe“ von vorneherein ab, da sie nicht so erfolgsversprechend erscheint. Hier bekommt der Begriff „hard to reach“ eine besondere Bedeutung. Nicht nur die Klientel findet keinen Zugang zur medizinischen und psychosozialen Versorgung, auch die Funktionssysteme können somit als „hard to reach“ bezeichnet werden. Gebraucht wird eine dritte Säule im Versorgungssystem, nämlich die Sozialtherapie auf Basis Klinischer Sozialarbeit, neben der

2 Im vorliegenden Beitrag wird speziell auf Adressat:innen mit schweren psychischen Erkrankungen und sozialen Notlagen eingegangen.

medizinischen Therapie und Psychotherapie. Die Sozialtherapie sollte in der Behandlungskette auch federführend sein, weil psychosoziale Not und Elend auf eine soziale Indikation verweisen.

Professionsbezogene Aspekte für eine soziale Therapie

„Mit ‚Sozialtherapie‘ bezeichnen wir einen Behandlungsansatz, der die verschiedenen Formen sozialer und psychosozialer Intervention ... einer breit angelegten beratend-beleitend-intervenierenden Methodologie in unterschiedlichen Arbeitsfeldern zuordnet.“ (Pauls & Lammel, 2020, S. 8)

Mit der Entwicklung der Klinischen Sozialarbeit in Deutschland wurden therapeutische Aspekte wieder in die Disziplin und Wissenschaft der Sozialen Arbeit integriert. 1998 hatte Wendt in einem Artikel auf die US-amerikanische Clinical Social Work (vertiefend Brandell, 2011; Dorfman, 1988, 1996; Northen, 1995) aufmerksam gemacht und damit einen wichtigen Impuls zur Entwicklung dieser klinischen Fachsozialarbeit und der sozialen Therapie in Deutschland gelegt. Helmut Pauls griff diesen Begriff auf und prägte maßgebend den weiteren Ausbau dieser Fachdisziplin sowie der Fachsozialarbeit mit einer Monografie zur Klinischen Sozialarbeit im Jahre 2004, die mittlerweile in der dritten Auflage (2013) erschien (Pauls, 2011/2013), ebenso mit der Gründung und Leitung des ersten Masterstudiengangs Klinische Sozialarbeit an der Hochschule Coburg in Kooperation mit der Alice Salomon Hochschule Berlin (Kröger & Gahleitner, in diesem Band). Psychosoziale Behandlung, vor dem Hintergrund eines biopsychosozialen Modells für vulnerable Menschen, bildet einen Kernpunkt dieser Hilfeform. Er definiert sie als „Teildisziplin der Sozialen Arbeit, die sich mit psycho-sozialen Störungen und den sozialen Aspekten psychischer und somatischer Störungen/Krankheiten und Behinderungen unter Berücksichtigung der Lebenslage der Betroffenen befasst“ (S. 22).

In den letzten Jahren wurde das Konzept der psychosozialen Behandlung von Pauls durch die Sektion Klinische Sozialarbeit der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit (DGSA) in Richtung Sozialtherapie weiterentwickelt. Sozialtherapie im modernen Denken kann als ein methodisches Konzept gesehen werden, das wie bei den ersten Protagonistinnen Salomon und Wronsky auf einem biopsychosozialen Modell beruht, in seinem Vorgehen zutiefst psychosozial orientiert ist und letztlich als eine Spezialisierung methodischen Handelns innerhalb der Sozialen Arbeit zu verstehen ist (Stimmer,

2020, S. 146–149). „Sozialtherapie wird verstanden als ein wissenschaftliches Methodenkonzept der Klinischen Sozialarbeit und deren zugrunde liegenden Leitideen, das auf Menschen mit multiplen gesundheitlichen und psychosozialen Problemlagen und ihre oftmals prekäre Umwelt gerichtet ist. Vor dem Hintergrund der zentralen Person-in-Environment-Perspektive und auf Basis einer professionellen Beziehungsgestaltung erfolgen die psychosozialen Interventionen auf drei Ebenen: der Ebene der Person, der Ebene der Umwelt und der Passung zwischen der individuellen und sozial-strukturellen Ebene. Als methodische Handlungsformen kommen u.a. zum Einsatz die psychosoziale Diagnostik, die psychosoziale Beratung, die Förderung von sozialer Unterstützung, die Netzwerkarbeit, das Casemanagement, die soziale Rehabilitation, die Krisenintervention und die Milieuthherapie. Die Sozialtherapie trägt zur Behandlung von psychosozialen Notlagen bei, unterstützt Klientinnen und Klienten bei ihrer persönlichen, sozialen und schulisch-beruflichen Entwicklung, ist gesundheitsfördernd und versucht, soziale und strukturelle Problemlagen abzubauen bzw. präventiv zu verhindern. Das Hauptziel jeder sozialtherapeutischen Intervention ist die gesellschaftliche Teilhabe. Sozialtherapie kann somit als ein heilendes und inklusionsförderndes Verfahren für Hard-to-reach-Klienten verstanden werden“ (Deloie, 2017, S. 180).

Die heilsame Kraft gemeinsamer Erfahrung

Jenseits der wissenschaftlich-disziplinären Einordnung widmen wir uns abschließend dem Wesen heilsamer Beziehungserfahrungen. Aus dem Spektrum der 14 Wirkfaktoren, die – von Petzold (2012) mit Bezug auf die Therapieforschungen von Grawe (2004) – für eine wirksame ökobiopsychosoziale Arbeit formuliert wurden (Gahleitner & Kreiner, 2015, S. 177), waren folgende Aspekte in der skizzierten Gruppenarbeit maßgebend: einführendes Verstehen, emotionale Annahme und Stütze, Hilfe bei realitätsgerechter praktischer Lebensbewältigung, Förderung emotionalen Ausdrucks, Förderung kommunikativer Kompetenz und Beziehungsfähigkeit, Förderung von Stressregulation und psychophysischer Entspannung, Förderung von Interessen, Förderung kreativer Erlebnismöglichkeiten und der Gestaltungskräfte, Erarbeitung positiver Zukunftsperspektiven, Förderung tragfähiger sozialer Netzwerke, Ermöglichung von Solidaritätserfahrung.

Anna und Mike und die anderen konnten in der Gruppe eine Atmosphäre der „emotionalen Annahme“ erleben. Sie haben konkret Unterstützung bei der Alltagsbewältigung erhalten. Sie konnten üben, einander zuzuhören, sich in die anderen hineinzuversetzen, spendeten sich gegenseitig Trost und Ermutigung und machten die Er-

fahrung, mit ihrem Tun etwas bewirken zu können. Kleine Entspannungsübungen halfen beim Aufbau von Stressbewältigungsstrategien. Das vielfältige kreative gemeinsame Schaffen, die Sommerabende in der Natur halfen durch die vielen gemeinsamen sinnlichen Erlebnisse bei der Ausdifferenzierung der emotionalen Welt. Sie erfuhren immer wieder, dass sie mit den eigenen Sorgen und dem Suchtdruck nicht allein sind. Das neue soziale Netzwerk der Gruppe ermutigte Georg sogar zum Aufbau einer sich später fest etablierenden Selbsthilfegruppe. In der Gruppenarbeit konnten vielschichtige Heilungsprozesse initiiert werden, die auch dem kleinen Freddy durch die wachsende Beziehungskonstanz seiner Eltern seinen Start ins Leben erleichtern.

Resümee

Im Rahmen der Klinischen Sozialarbeit findet mit dem methodischen Konzept der Sozialtherapie somit eine Integration therapeutischen Denkens statt (Integrationsmodell) und kein wahlloses Aufgreifen psychotherapeutischer Methoden. Sozialtherapie bedient sich neben sozialarbeiterischen Methoden auch jener der Psychotherapie (methodischer Aspekt) (Hey, 2000, S. 166), aber nur insofern, als sie kompatibel mit den Theorien der Sozialen Arbeit sind und der Zielerreichung in sozialarbeiterischem Sinne dienen. Sozialtherapie wirkt auch heilend (funktionaler Aspekt der Psychotherapie) (Hey, 2000), aber nicht nur, sondern sie hilft Menschen, sich in ihrer Lebenswelt, in ihrem Alltag besser zurechtzufinden, gibt Orientierung, wirkt auch intervenierend im Umfeld und ist auf die Teilhabe der Klient:innen ausgerichtet. Therapie in der Sozialen Arbeit ist nicht allein auf das Individuum bezogen und unterscheidet sich dadurch von der Psychotherapie. Sie sieht die Person in ihrer Umgebung, in einer Person-in-Environment-Perspektive, wie es schon Richmond 1917 skizzierte.

Literatur

- Böhnisch, L. (2019). *Lebensbewältigung. Ein Konzept für die Soziale Arbeit* (2., überarb. u. erw. Aufl.). Beltz Juventa.
- Borg-Laufs, M. (2020). Psychotherapeutenausbildung – das Sozialwesen wird nicht gebraucht. *Klinische Sozialarbeit*, 16(2), 14–15. <https://zks-verlag.de/wp-content/uploads/2020-02KlinSa.pdf>.
- Brandell, J.R. (Hrsg.). (2011). *Theory and practice in clinical social work* ((2., überarb. u. erw. Aufl.)). SAGE.
- Deloie, D. (2011). *Soziale Psychotherapie als Klinische Sozialarbeit. Traditionslinien – Theoretische Grundlagen – Methoden* (Therapie & Beratung). Psychosozial.
- Deloie, D. (2017). Sozialtherapeutische Grundhaltung. In J. Bischoff, D. Deimel, C. Walther & R.-B. Zimmermann (Hrsg.), *Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch* (S. 178–190). Psychiatrie-Verlag.

- Deloie, D., Pauls, H. & Hahn, G. (2020). Klinische Sozialarbeit und Sozialtherapie – Expertise Sozialer Arbeit in der Behandlung von Menschen mit und in sozialen und gesundheitlichen Multiproblemlagen. In M. Bösel & S.B. Gahleitner (Hrsg.), *Soziale Interventionen in der Psychotherapie: Interdisziplinär und interprofessionell denken und handeln* (Curriculum Psychotherapie; S. 52–62). Kohlhammer.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) (Hrsg.). (2019). *S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie* (2., aktual. Aufl.). Springer. https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/28165ed34c0c09d9e092cbfb138e6edcbfcc277/S3-LL-PsychosozTherapien_Langversion.pdf
- Dorfman, R. A. (1988). *Paradigms of clinical social work*. Brunner/Mazel.
- Dorfman, R. A. (1996). *Clinical social work. Definition, practice, and vision* (Brunner/Mazel basic principles into practice series, Bd. 9). Brunner/Mazel.
- Gaertner, A. (1982a). Sozialtherapie: Hinweise zur Reorganisation therapeutischer Praxis (Für B. K.). In A. Gaertner (Hrsg.), *Sozialtherapie. Konzepte zur Prävention und Behandlung des psychosozialen Elends* (Kritische Texte. Sozialarbeit, Sozialpädagogik, soziale Probleme; S. 1–44). Luchterhand.
- Gaertner, A. (Hrsg.). (1982b). *Sozialtherapie. Konzepte zur Prävention und Behandlung des psychosozialen Elends* (Kritische Texte. Sozialarbeit, Sozialpädagogik, soziale Probleme). Luchterhand.
- Gahleitner S.B. & Kreiner B. (2015). Soziale Therapie bei Trauma: Wege der Integrativen Therapie. In U.A. Lammell, J. Jungbauer & A. Trost (Hrsg.), *Klinisch-therapeutische Soziale Arbeit. Grundpositionen – Forschungsbefunde – Praxiskonzepte* (S. 167–187). Verlag modernes Lernen.
- Geißler-Piltz, B. (2004). Im Brennpunkt liegt der Alltag der erkrankten Menschen. *Sozial Extra*, 28(1), 32–35.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Hogrefe.
- Gühne, U., Becker, T., Salize, H.-J. & Riedel-Heller, S. G. (2015). Wie viele Menschen in Deutschland sind schwer psychisch krank? *Psychiatrische Praxis*, 42(8), 415–423.
- Hahn, G. & Pauls, H. (2008). Bezugspunkte Klinischer Sozialarbeit. In S.B. Gahleitner & G. Hahn (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit. Zielgruppen und Arbeitsfelder* (Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung, Bd. 1; S. 22–43). Psychiatrie-Verlag.
- Heekerens, H.-P. (2016). *Psychotherapie und Soziale Arbeit. Studien zu einer wechselvollen Beziehungsgeschichte* (Schriften zur psychosozialen Gesundheit). ZKS. <https://zks-verlag.de/wp-content/uploads/Hans-Peter-Heekerens-Psychotherapie-und-Soziale-Arbeit.pdf>
- Hey, G. (2000). Klinische Sozialarbeit. Zu den Aufgaben Sozialer Arbeit in Einrichtungen des Gesundheitswesens. In S. Sting & G. Zurhorst (Hrsg.), *Gesundheit und Soziale Arbeit. Gesundheit und Gesundheitsförderung in den Praxisfeldern Sozialer Arbeit* (Dresdner Studien zur Erziehungswissenschaft und Sozialforschung; S. 163–175). Juventa.
- Lammell, U.A. & Funk, K. (2020). Sozialtherapeutische Ansätze in der ambulanten und stationären Suchtarbeit. In U.A. Lammell & H. Pauls (Hrsg.), *Sozialtherapie. Sozialtherapeutische Interventionen als dritte Säule der Gesundheitsversorgung* (S. 194–209). Verlag modernes Lernen.
- Nestmann, F. (2002). Verhältnis von Beratung und Therapie. *Psychotherapie im Dialog*, 3(4), 402–409.
- Northen, H. (1995). *Clinical social work. Knowledge and skills* (2., überarb. Aufl.). Columbia University Press.
- Pauls, H. (2013). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung* (Grundlagentexte Soziale Berufe; 3., unveränd. Aufl.). Beltz Juventa (letzte überarb. Aufl. erschienen 2011; Erstaufl. erschienen 2004).
- Pauls, H. & Hahn, G. (2020). Gesundheit durch Soziale Teilhabe – Betrachtungen zur Entwicklung der Sozialtherapie von Sidonie Wronsky bis heute. In U.A. Lammell & H. Pauls (Hrsg.), *Sozialtherapie. Sozialtherapeutische Interventionen als dritte Säule der Gesundheitsversorgung* (2., durchges. Aufl.; S. 46–58). Verlag modernes Lernen.

- Pauls, H. & Lammel, U. A. (2020). Einführung. In U.A. Lammel & H. Pauls (Hrsg.), *Sozialtherapie. Sozialtherapeutische Interventionen als dritte Säule der Gesundheitsversorgung* (2., durchges. Aufl.; S. 7–14). Verlag modernes Lernen. <https://www.verlag-modernes-lernen.de/shop/pdf/1273/vorwort/1273.pdf>
- Petzold H.G. (2012). Integrative Therapie – Transversalität zwischen Innovation und Vertiefung. Die „Vier WEGE der Heilung und Förderung“ und die „14 Wirkfaktoren“ als Prinzipien gesundheitsbewusster und entwicklungsfördernder Lebensführung. *Polyloge*, 12, Art. 15. https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=polyloge_petzold-integrative-therapie-transversalitaet-innovation-vertiefung-vier-wege-polyloge-12-2012.pdf
- Richmond, M.E. (1917). *Social diagnosis*. Russell Sage Foundation. urn:oclc:record:60733050
- Richmond, M.E. (1922). *What is social case work? An introductory description*. Russell Sage Foundation. urn:oclc:record:1140734107
- Salomon, A. (1926). *Soziale Diagnose* (Die Wohlfahrtspflege in Einzeldarstellungen, Bd. 3). Heymann.
- Schwendter, R. (2000). *Einführung in die Soziale Therapie*. DGVT.
- Stimmer, F. (2020). *Grundlagen des Methodischen Handelns in der Sozialen Arbeit* (4., aktual. Aufl.). Kohlhammer.
- Strauß, B., Barnow, S., Brähler, E., Fegert, J., Fliegel, S., Freyberger, H. J., Goldbeck, L. et al. (2009). *Forschungsgutachten zur Ausbildung von Psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen*. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Universitätsklinikum Jena. [https://www.ptk-bayern.de/ptk/web.nsf/gfx/66BC2D27D878A913C12576C000485BFC/\\$file/Forschungsgutachten%20BMG-2009-05-07.pdf](https://www.ptk-bayern.de/ptk/web.nsf/gfx/66BC2D27D878A913C12576C000485BFC/$file/Forschungsgutachten%20BMG-2009-05-07.pdf)
- Strotzka, H. (1975). Was ist Psychotherapie? In H. Strotzka (Hrsg.), *Psychotherapie. Grundlagen, Verfahren, Indikationen* (S. 3–6). Urban & Schwarzenberg.
- Thiersch, H. (2020). *Lebensweltorientierte Soziale Arbeit – revisited. Grundlagen und Perspektiven* (Edition Soziale Arbeit). Beltz Juventa.
- Wendt, W.R. (1998). Behandeln können. Klinische Kompetenzen in Praxisfeldern Sozialer Arbeit. *Blätter der Wohlfahrtspflege*, 145(9/10), 173–175.
- World Health Organization (WHO) (2001). *The world health report 2001. Mental health: new perspectives, new hope*. WHO. www.who.int/entity/whr/2001/en/whr01_en.pdf
- Wronsky, S. & Kronfeld, A. (1932). *Sozialtherapie und Psychotherapie in den Methoden der Fürsorge*. Heymann.
- Wronsky, S. & Salomon, A. (1926). *Soziale Therapie. Ausgewählte Akten aus der Fürsorge-Arbeit. Für Unterrichtszwecke zusammengestellt*. Heymann.

Der Blick in den Spiegel als professionelle Aufgabe – Selbstreflexion als Kernkompetenz der Klinischen Sozialarbeit

Ralph Viehhauser und Johannes Lohner

Selbstreflexion als Kernaufgabe Klinischer Sozialarbeit

Der schwierige Begriff „hard to reach“ drängt sich in vielerlei Hinsicht auf, wenn es um die Behandlung von Klient:innen durch die Klinische Sozialarbeit geht.

Wenn wir uns vor Augen halten, dass die Behandler:innen einerseits und ihre Arbeitsbeziehung zu den Klient:innen andererseits als wichtigstes Agens (Pauls, 2011/2013, S. 186) und als Basisvariable den Erfolg jeder psychosozialen Behandlung mitbestimmen, so wird die Relevanz der Reflexion des Falls und des eigenen Tuns unmittelbar deutlich. Ob durch Selbsterfahrung im Rahmen von Aus- und Weiterbildungen oder durch Team- und Fallsupervisionen: Jedes Mal können wir wichtige und entscheidende Einblicke in uns, die anderen Behandler:innen, das Behandlungssystem und die Klient:innen und ihr soziales System gewinnen. Die damit einhergehenden großen Herausforderungen und die große Verantwortung, die Klinische Sozialarbeiter:innen bei ihrer Arbeit spüren, lassen Methoden der Selbstreflexion wichtig und im Hinblick auf Qualitätsstandards notwendig erscheinen.¹

Möglichkeiten zur Selbstreflexion

Methoden der Selbstreflexion sind ein wesentlicher Qualitätsaspekt in der Klinischen Sozialarbeit. Es existiert eine Vielzahl von Möglichkeiten, das eigene fachliche Handeln in mehr oder weniger strukturierter, institutionalisierter und standardisierter Weise zu reflektieren. Zunächst ist dabei an eher standardisierte Methoden zu denken, mit deren Hilfe Sozialarbeiter:innen den Fall und ihr Tun reflektieren. Diese geübte Innenschau (Bettighofer, 2016, bes. S. 32–43, 59–63) muss im Rahmen einer fundierten Ausbil-

1 Dieser Absatz wurde mit geringfügigen Änderungen aus Lohner (2015, S. 4) übernommen. Dies gilt ebenso für die Ausführungen im Kapitel „Der Zusammenhang zwischen der eigenen Gefühlswelt und der Arbeit im und am Fall“ (Lohner, 2015, S. 4–5).

derung trainiert werden, wobei zum einen Methoden der Selbsterfahrung zum Kennenlernen der eigenen Reaktionsbereitschaften (z.B. „blinde[] Flecke[]“, Bettighofer, 2016, S. 91; Gegenübertragungsbereitschaft, S. 82–101) und zum anderen ein breites theoretisches Fundament im Sinne der von Pauls (2011/2013, S. 30–31) beschriebenen theoretischen Synopse erworben werden muss.

Allerdings erscheint ein Austausch mit anderen Professionellen vor dem Hintergrund einer Arbeit in und an sozialen Themen sowie der Komplexität und der mannigfaltigen Herausforderungen vieler Fälle dringend geboten. Neben einer strukturierten kollegialen Beratung, häufig auch Intervision genannt, sind hier vor allem Supervisionsangebote zu nennen. Diese können zu zweit oder in Gruppen diverser Größe ablaufen. Eine Besonderheit Klinischer Sozialarbeit besteht darin, dass sich in der kleinsten aller sozialen Gruppen, der Zweierbeziehung, also auch der Arbeitsbeziehung, bereits eine Vielzahl der psychosozialen Themen der Klient:innen zeigen bzw. reinszenieren, mithin die Analyse der Arbeitsbeziehung also eine wichtige Möglichkeit der sozialen Diagnose darstellt (zu Sozialer Diagnostik: Buttner, in diesem Band).

Eines der wichtigsten Unterscheidungskriterien von angeleiteter Selbstreflexion stellt die Frage nach dem Thema bzw. der Zielsetzung dar: Während bei Teamsupervisionen die Mitarbeitenden selbst und ihre Beziehungen untereinander im Fokus stehen, sind es bei Fallsupervisionen die Klient:innen, ihre Bezugssysteme und die Bearbeitung des Falls. Zwar lassen sich in einigen Fällen Team- von Fallaspekten nicht genau trennen, weil sich Probleme des Teams auf einen Fall auswirken und umgekehrt Aspekte des Falls sich im Team zeigen bzw. reinszenieren können. Dennoch erscheint es geboten, klare Strukturen, Zielsetzungen und Spielregeln im Vorfeld zu vereinbaren, um dem Team wie auch den Fällen gerecht zu werden, weshalb eine Trennung beider Themen notwendig erscheint.

Neben Unterschieden im persönlichen Stil und in der therapeutischen Schule der Supervidierenden sind auch die Zielsetzungen und Fragen der Falleinbringenden entscheidend: Geht es beispielsweise um eine Verfahrensfrage (u.a. rechtliche Frage, Arbeit mit anderen potenziellen Netzwerkpartner:innen) oder um einen klinischen Inhalt (u.a. Behandlung einer psychischen Störung, Gewaltproblematik) oder eher um einen starken Beziehungsaspekt des Falls (u.a. Gefühle in der Gegenübertragung, wie Angst, Ekel, Wut, Gleichgültigkeit, Umgang mit Widerständen).

Der Zusammenhang zwischen der eigenen Gefühlswelt und der Arbeit im und am Fall

Es ist eine Sache, ein Gefühl, einen Gedanken oder einen Impuls „zu haben“ und eine andere, die eigene Gegenübertragung zu reflektieren und sich nicht „einfach blind“ davon leiten zu lassen. Vielfach wird (ebenfalls völlig unreflektiert) in Kreisen psychosozialer Behandler:innen das Postulat oder Dogma erhoben, das „Bauchgefühl“ (Bourmer, 2012, S. 437) sei ungemein wichtig, und man solle sich von ihm leiten lassen. Tatsächlich stellt die Reflexion der Gegenübertragung eines der wichtigsten diagnostischen Instrumente (Schreyögg, 2010, S. 149–170) der psychosozialen Arbeit bzw. Klinischen Sozialarbeit dar. Der Blick in unseren intrapsychischen Resonanzraum (Bettighofer, 2016, S. 119–121) ermöglicht die Bildung vielfältiger und oftmals treffender Hypothesen über das Innenleben, die Beziehungsgestaltung und die Bindungserfahrungen unserer Klient:innen.

Nur wenn allerdings im Rahmen der Reflexion auch eine intellektuelle Distanzierung z.B. von diesen Emotionen, Impulsen, Handlungsbereitschaften, Fantasien erfolgt, ist ein wichtiger Beitrag dazu geleistet, dass es nicht zum blinden Mitagieren der Gegenübertragung (Oberhoff, 2009, S. 120–124) kommt, das sich vielfach quasi zwangsläufig im Rahmen von problematischen Beziehungsschemata (Gahleitner, 2005, bes. S. 32–34; Oberhoff, 2009, S. 126–131) aufzudrängen scheint. Wenn wir die Behandlungsverläufe oder, allgemeiner, die Beziehungsverläufe unserer „hard to reach“-Klient:innen retrospektiv rekonstruieren und typische Muster analysieren, scheinen immer wieder ähnliche Mechanismen der Psychodynamik bzw. Interaktionsschemata der Klient:innen wirksam zu werden (Pauls, 2011/2013, S. 127–134) und lassen die o.g. Beziehungen vielfach ein (vorherbestimmtes?) Ende nehmen. Nur durch Reflexion dieser Beziehungsdynamik(en) kann diese „Zwangsläufigkeit“ unterbrochen und eine korrigierende emotionale (Beziehungs-)Erfahrung (Alexander & French, 1946, S. 66–70) im Rahmen psychosozialer Behandlung ermöglicht werden (Kohut, 1984/2016, bes. S. 104, 120). Somit ist die Reflexion der Gegenübertragung nicht nur für die Diagnostik, sondern auch für die Behandlungstechnik von herausragender Bedeutung.

Die o.g. Innenschau muss geübt werden. Wer immer wieder sich und das eigene Handeln an anderen reflektiert, lernt sich, das eigene Gewordensein und eigene Gegenübertragungsbereitschaft (Bettighofer, 2016, S. 82–101; Oberhoff, 2009, S. 118–120) kennen. Insofern beinhaltet Fallreflexion auch automatisch Aspekte von Selbsterfahrung (Rappe-Giesecke, 2000, S. 76).

Ziele der Selbst- und Fallreflexion im Rahmen Sozialer Diagnostik

In der konkreten klinischen Sozialarbeit stehen offensichtliche Themen und Aufträge, aber auch latente Aspekte und Fallstricke zur Bearbeitung an – nur wenn alle Aspekte eines Falls ausreichend Beachtung finden, kann eine Zielerreichung gelingen (Pauls, 2011/2013, S. 226–230). So sind im Rahmen einer Suchtberatung das Thema Suchtmittelabhängigkeit und deren Bewältigung offensichtliche Themen, die latenten Haltekräfte, Widerstände oder drohende Verschiebung einer Problematik auf eine andere stellen jedoch die Behandler:innen und Klient:innen bei der Bearbeitung der Probleme oftmals vor besondere Herausforderungen und führen bei Nichtbeachtung nicht selten zu einem frustrierenden Scheitern. Insofern erscheint es besonders wichtig, die „Funktionsweise“ (z.B. Psychodynamik, funktionale und dysfunktionale Schemata, Beteiligte) genau zu ergründen, um sie einer Bearbeitung zuführen zu können.

Um einen Überblick über mögliche praktische Aspekte von Selbstreflexion für klinische Sozialarbeiter:innen zu geben, werden im Folgenden beispielhaft – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – einige Themenfelder beschrieben, in denen die Bedeutung einer vertieften Selbstreflexion deutlich wird.

Eigene Motive für die Berufswahl hinterfragen

Für klinische Sozialarbeiter:innen ist zunächst wichtig, die eigenen Motive für die Berufswahl zu hinterfragen: Weshalb habe ich mich für einen helfenden Beruf entschieden? Was erwarte ich mir davon? Welche eigenen Bedürfnisse, die sich durch die Ausübung einer helfenden Tätigkeit erfüllen sollen, könnten möglicherweise (unbewusst) eine Rolle spielen?

Einige Beweggründe können zu einer hohen Selbstbelastung und – sofern sie nicht geklärt werden können – auf lange Sicht in den Burn-out führen und/oder den Klient:innen schaden: z.B. das Bedürfnis nach dem Kompensieren eigener unerfüllter Wünsche, frühkindlicher Konflikte und Verletzungen, latente Bedürfnisse nach Selbstwerterhöhung, die hinter dem Hilfewunsch stehen (Stichwort: Helfersyndrom), das Bedürfnis nach Macht und Kontrolle über andere Menschen, das Bedürfnis nach Kontakt (wegen eigener Einsamkeit), Modelle der Aufopferung, ein hoher Idealismus, der zu unrealistischen Erfolgserwartungen führt, der Wunsch, etwas über sich selbst zu erfahren, die eigene Therapiebedürftigkeit zu befriedigen, ohne sich selbst in die Position des Klienten begeben zu müssen (Schmidbauer, 2018, S. 59).

Viele dieser problematischen Motive sind unbewusst und auf dem Hintergrund tiefgreifender lebensgeschichtlicher Prägungen, insbesondere durch die Herkunftsfamilie erworben. Die Rolle der eigenen Person in der Gestaltung der Hilfebeziehung zu erkennen, ist alles andere als leicht und kann nur im Rahmen eines vertieften Selbsterfahrungsprozesses und einer kontinuierlichen, berufsbegleitenden Supervisionspraxis gelingen.

Selbstreflexion zum Selbstverständnis als helfende Person

Neben der Hinterfragung der eigenen Motive für die Berufswahl sollten Klinische Sozialarbeit:innen immer wieder über das eigene Selbstverständnis als helfende Person nachdenken. Konkrete Fragen zur Selbstreflexion könnten z.B. sein: Wie möchte ich als helfende Person sein? Worin besteht genau meine Rolle? Was möchte ich Klient:innen geben? Wer oder was möchte ich gerne für Klient:innen sein? Welche Ansprüche habe ich an mich als Fachkraft? Wie möchte ich in meiner Rolle als helfende Person gerne wahrgenommen werden? Welchen persönlichen Gewinn ziehe ich aus der Tätigkeit als helfende Person? Welche Gefahren sehe ich auf mich zukommen? Wie schütze ich mich? Was kann ich als helfende Person gut erfüllen? Was fällt mir in meiner Rolle als helfende Person schwer? Wie erlebe ich den Unterschied zwischen der Rolle als berufliche helfende Person und anderen beruflichen und privaten Rollen (Schmelzer, 1998, S. 58–59)?

Für Klinische Sozialarbeiter:innen ist es sehr hilfreich, sich in regelmäßigen Abständen in dieser Weise aus der Vogelperspektive zu betrachten, sich das eigene Selbstverständnis in der beruflichen Tätigkeit zu vergegenwärtigen und bei problematischen Entwicklungen eine Kurskorrektur vorzunehmen.

Selbstreflexion des komplexen Beziehungsgeschehens zwischen Klinischen Sozialarbeiter:innen und Klient:innen

Neben dieser grundsätzlichen Klärung muss darüber hinaus die Hilfebeziehung in jedem Einzelfall sehr konkret reflektiert werden. Klinische Sozialarbeiter:innen sollten ein Gespür dafür entwickeln, was zwischen ihnen und den Klient:innen während des Hilfesgesprächs abläuft. Das komplexe Beziehungsgeschehen zu durchschauen und dieses Wissen gewinnbringend für die Hilfebedürftigen einsetzen zu können, stellt eine große Herausforderung dar. Immer geht es darum, sich in konkreten Begegnungssituationen möglichst feinfühlig auf das einzulassen, was jetzt in diesem Moment für diese

speziellen Klient:innen in ihrer aktuellen Gefühlslage und Erwartungshaltung am angemessensten ist. Damit dies gut gelingen kann, braucht es sehr viel Übung.

Beispielhafte Fragen zur Selbstreflexion könnten dabei sein: Was projizieren Klient:innen (mutmaßlich) in mich hinein (Stichwort: Übertragung)? Welche Handlungsimpulse lösen Klient:innen in mir aus? Welche Gefühle, Bilder und Ideen lösen Klient:innen bei mir aus (Stichwort: Gegenübertragung)? Wie haben sich diese Gefühle im Laufe der Kontakte entwickelt, verändert? Mit welcher Ausgangsmotivation haben Klient:innen zu mir Kontakt aufgenommen? Wie verändert sich die Motivation im Laufe der Gespräche? Welche Erwartungen gehen (möglicherweise unterschwellig) von diesen Klient:innen aus? Wie reagiere ich auf diese Erwartungen? Welche Erwartungen habe ich an die Klient:innen? Wie reagieren Klient:innen auf meine (möglicherweise unterschweligen) Erwartungen? Mit welchen fremden Erwartungen bin ich konfrontiert (z.B. aufseiten der Einrichtung, der Eltern minderjähriger Klient:innen, der Gesellschaft), und inwiefern beeinflussen diese mein persönliches Handeln?

Im Rahmen der Selbstreflexion zur aktuell ablaufenden Beziehungsdynamik sollten zudem grundlegende Variablen der Beziehungsgestaltung reflektiert werden, z.B., welches Ausmaß an Empathie, Wertschätzung, Kongruenz den Klient:innen nützlich und in welchen Situationen Selbstmitteilungen sinnvoll sein könnten.

Selbstreflexion zu den Realisierungsbedingungen empathischen Verstehens

So ist z.B. das empathische Verstehen eines anderen Menschen gar nicht so einfach. Es verlangt, von eigenen Betrachtungsweisen auf die der Klient:innen umzuschalten, mit den Augen der Klient:innen zu sehen, nicht mit den eigenen. Dazu gehört auch, die Gefühle wahrzunehmen, die sie empfinden, nicht jene, die eine helfende Person selbst an deren Stelle in der betreffenden Situation hätte (Rogers, 1977/2019, S. 217). Erschwerend kommt hinzu, dass die eigenen Gefühle und Bedürfnisse beim Bemühen, die Klient:innen zu verstehen, störend dazwischentreten. Das geschieht im Alltag häufig, denn intensive eigene Gefühle erschweren es sehr, die Gefühle der anderen Person wahrzunehmen. Dies führt dazu, zu sehr mit sich selbst beschäftigt zu sein und sich nicht wirklich auf die emotionale Befindlichkeit des Gegenübers einlassen zu können.

Um als helfende Person ein präzises Einfühlungsvermögen zu entwickeln, ist es nötig, die eigenen Motive und Bedürfnisse zu erkennen und zu kontrollieren, damit sie nicht daran hindern, die Gefühle und Probleme der Klient:innen zu verstehen. Je offener

Klinische Sozialarbeiter:innen für die eigenen Emotionen sind, desto besser können sie die Gefühle anderer deuten. Das ist zwar unmittelbar einleuchtend, aber nicht leicht umzusetzen, weil die Rolle der eigenen Gefühle und Bedürfnisse nicht immer bewusst wahrgenommen wird – sie haben i.d.R. ihre eigene Lerngeschichte. Diese zu durchschauen, erfordert vertiefte Selbstreflexion und Selbsterfahrung.

Selbstreflexion zu den Realisierungsbedingungen einer bedingungsfreien Wertschätzung

Ähnlich wie bei der Variable Empathie ist auch für die Realisierung der bedingungs-freien Akzeptanz der Klient:innen eine kontinuierliche Selbstreflexion bzgl. des Vorhandenseins bzw. Fehlens wertschätzender Gefühle notwendig. Kommt es z.B. im Verlaufe eines Gesprächs – aus welchen Gründen auch immer – zu einem Nachlassen der bedingungs-freien Anerkennung, ist dies als ein wichtiges Signal zu sehen. Die helfende Person kann lernen, dieses Signal gezielt zu nutzen, indem sie versucht, herauszufinden, wodurch eine Abweichung von der bedingungs-freien Anerkennung ausgelöst worden sein könnte – entweder in stummer Selbstreflexion während des Gesprächs oder in einer anschließenden Supervision.

Grundsätzlich kann dies bedeuten, sich im Moment nicht mehr in das Erleben der Klient:innen einfühlen zu können, was mehrere Gründe haben kann: Klinische Sozialarbeiter:innen haben sich möglicherweise zu weit mit Klient:innen identifiziert, sind dadurch zu sehr bei sich selbst statt bei den Klient:innen – oder sie haben in Reaktion auf die Äußerungen der Klient:innen eigene Gefühle entwickelt. Auch können Klient:innen Erfahrungsbereiche angesprochen haben, in denen sich Klinische Sozialarbeiter:innen selbst spontan nicht verstehen oder akzeptieren können. Fragen zur Selbstreflexion wären hier z.B.: Kann ich mich gerade in den:die Klient:in aus sinnvoller Distanz einfühlen, oder fühle ich mich mit ihm:ihr identifiziert? Möglicherweise hat sich die Ablehnung des:der Klient:in dem eigenen Erleben gegenüber auf mich übertragen. Fühle ich mich von dem:der Klient:in angegriffen oder in Zweifel gezogen? Mache ich gerade die vielen negativen Gefühle, die er:sie spürt (z.B. Enttäuschung, Wut) zu meinem eigenen Problem? Fühle ich gerade, wie es mir selbst in der von dem:der Klient:in angesprochenen Situation gehen würde, statt dies aus der Sicht und der Gefühlswelt des:der Klient:in heraus wahrzunehmen (Biermann-Ratjen et al., 2016, S. 22–23)? „Könnte es sich bei meiner Resonanz um etwas handeln, was auch die andere Person quält, aber dessen sie sich nicht gewahr werden kann? Könnte meine Resonanz darauf hindeuten, dass es der anderen Person ... in ihrer Umwelt ähnlich er-

gangen ist wie mir mit ihr? Kann ich die auslösenden Verhaltensweisen deswegen nicht positiv beachten, weil sie mir völlig destruktiv erscheinen, oder kann ich doch ahnen, dass sie eine Art ... Abwehr tiefer und bedrohlicher Regungen darstellen" (Keil & Stumm, 2018, S. 65)?

Abweichungen von der bedingungsfreien Anerkennung können gezielt als Signal für die vertiefte Selbstreflexion genutzt werden. „Häufig führt schon der Umstand, dass der Therapeut erkennt, wodurch die Abweichung ausgelöst worden ist, dazu, dass sie sich verflüchtigt" (Eckert & Kriz, 2012, S. 267). „Wenn der Therapeut Klarheit darüber hat, dass und durch was seine unbedingte Wertschätzung für den Klienten abgelöst worden ist, und wenn er sich darin akzeptieren kann, wird es ihm möglich sein, sich dem Klienten wieder empathisch und unbedingt wertschätzend zuzuwenden" (Biermann-Ratjen et al., 2016, S. 27). Die Herausforderung besteht darin, sich im Rahmen des Hilfeprozesses immer wieder „redlich mit dem eigenen ‚Noch-nicht-bedingungslos-Wertschätzen‘ bzw. mit dem ‚Noch-nicht-empathisch-verstehen-Können‘ zu befassen" (Keil & Stumm, 2018, S. 63), mit dem Ziel, durch dieses selbstreflexive Vorgehen letztlich zu einem besseren Wertschätzen und Verstehen zu gelangen.

Die helfende Person ist kein Roboter. Aufgrund eigener biografischer Erfahrungen reagiert sie auf bestimmte Klient:innen „allergisch" und kann – auch wenn sie sich noch so sehr darum bemüht, die bedingungslose Akzeptanz nicht aufrechterhalten. Diese Klient:innen lösen unmittelbar ein heftiges Gefühl der Ablehnung oder des Ärgers aus. Dies lässt sich nicht ganz ausschließen, doch mithilfe vertiefter Selbstreflexion kann eine helfende Person sich redlich darum bemühen, die eigenen Grenzen und „Allergieschemata" (Sachse, 2016, S. 47) sowie deren Trigger möglichst gut kennenzulernen.

Dafür ist es wichtig, sich selbst gegenüber ehrlich einzugestehen, wann und in welchen Situationen es schwerfällt, wertschätzend und emotional engagiert zu sein oder gar deutlich negative Gefühle den Klient:innen gegenüber aufkommen. Dieser selbstreflexive Umgang mit sich selbst ist sehr viel professioneller, als sich ein Ideal aufzuzwingen zu wollen.

Eigenschaften oder Verhaltensweisen der Klient:innen nur schwer annehmen zu können, kann mit den eigenen Schutz- und Abwehrmechanismen zusammenhängen. Oft wehrt die helfende Person bei Klient:innen (im Sinne einer Projektion) das ab (und kann es nicht annehmen), was sie in oder an sich selbst abwehrt. Deshalb ist es wichtig, die eigenen Abwehrmechanismen zu erkennen und anzunehmen, um sie nicht auf Klient:innen zu übertragen (Weber, 1994/2019, S. 189–197).

Selbstreflexion zu den Realisierungsbedingungen eines echten, kongruenten Verhaltens

Auch die viel geforderte Echtheit bzw. Kongruenz Klient:innen gegenüber erfordert ein hohes Maß an Offensein für sich selbst, für das eigene Erleben. Sie kann nur gelingen, wenn die helfende Person sehr aufrichtig und ehrlich mit sich selbst umgeht. Dazu bedarf es der geschärften Selbstwahrnehmung, eines vertieften Selbsterfahrungsprozesses und letztendlich viel Übung (Rogers, 1977/2019, S. 213–216).

Um sich Klient:innen gegenüber echt verhalten zu können, müssen Helfende erst sich selbst und die eigenen Gefühle erfahren lernen – sich als Individuen mit bestimmten Gefühlen und Denkweisen bewusst werden. Das erfordert zu lernen, zwischen verschiedenen Gefühlen zu unterscheiden und diese Gefühle ohne Verdrängungen und Verzerrungen bewusst werden zu lassen (Hackney & Cormier, 1988/1998, bes. S. 121–124).

Selbstreflexion zum angemessenen Umgang mit Selbstmitteilungen

Echtheit bedeutet aber andererseits nicht, dass Klinische Sozialarbeiter:innen eigene Erfahrungen, Gedanken und Wertvorstellungen in den Vordergrund stellen sollen, und schon gar nicht, aus eigenen Erfahrungen heraus Klient:innen unpassende Ratschläge, Lösungsvorschläge überzustülpen.

Erfolgen Selbstmitteilungen im Rahmen eines Hilfeprozesses, ist es von großer Bedeutung, sie angemessen und nicht wahllos einzusetzen: „Das entscheidende Kriterium, ob dies in der betreffenden Situation angemessen ist, ist die Frage: ‚Wem nützt es, wenn ich meine Anschauungen und Gefühle mitteile, dem Klienten oder mir?‘ Natürlich ist der Nutzen für den *Klienten* maßgebend“ (Hackney & Cormier, 1988/1998, S. 32).

Jeder Einzelfall muss sorgfältig abgewogen werden. Immer geht es darum, die jeweilige Situation möglichst feinfühlig zu reflektieren und auf dieser Grundlage eine Entscheidung zu treffen, ob und wie viel eine helfende Person tatsächlich von sich mitteilen möchte. Im Umgang mit Selbstmitteilungen ist daher die sorgfältige Selbstreflexion der jeweiligen individuellen Hilfesituation besonders wichtig.

Sonstige Gegenstände der Selbstreflexion

Generell gibt es im Rahmen der professionellen Beziehungsgestaltung nur wenig allgemeingültige Empfehlungen – jede Situation ist anders. Welches Verhalten Klient:innen gegenüber angemessen ist, muss sich jeweils aus der selbstreflexiven Analyse der aktuellen Kontextbedingungen erschließen. Die Fähigkeit zur Selbstreflexion für Klinische Sozialarbeiter:innen stellt daher auch in vielen weiteren Themenfeldern die zentrale Kompetenz dar z.B.:

- Ein hohes Maß an Selbstreflexion ist gefragt rund um die Themen Macht, Erfolg in der Arbeit, ethisch fundiertes Handeln sowie ethische Konflikte.
- Unverzichtbar ist Selbstreflexion immer dann, wenn es darum geht, verschiedene Spannungsverhältnisse der Hilfebeziehung situationsgerecht auszubalancieren, z.B. die Pole Nähe versus Distanz; Hilfe versus Kontrolle; fürsorgliche Unterstützung bzw. einführendes Verstehen versus Konfrontation, Grenzen aufzeigen, Änderungsdruck aufbauen; partnerschaftlicher Umgang versus real existierende Machtposition; Echtheit versus in der Rolle bleiben; Eigenbestimmung bzw. Autonomie fördern versus Fremdbestimmung bzw. Verantwortungsübernahme.
- Sehr wichtig ist es zudem, dass Klinische Sozialarbeiter:innen über die typischen beruflichen Risiken, potenziellen Burn-out-Quellen und Gefahren einer helfenden Tätigkeit mit „hard to reach“-Klientel reflektieren. Belastungen können z.B. entstehen durch eigene problematische Helfermotive (s.o.), ungünstige Wechselwirkungen zwischen Berufsarbeit und Privatleben, den Umgang mit sehr herausfordernden Klient:innen sowie durch Belastungen, die in der Zusammenarbeit mit dem Team, der Institution oder aus unrealistischen Erwartungen der Gesellschaft entstehen (Fengler, 1998/2012, bes. S. 91–124; Schmidbauer, 2018, S. 137–161).

Klinische Sozialarbeiter:innen brauchen daher einen guten Zugang zu sich selbst, müssen mithilfe von Selbstreflexion mögliche Belastungen rechtzeitig wahrnehmen und Möglichkeiten der Psychohygiene sowie generell einen selbstfürsorglichen Umgang finden.

Wie alle aufgeführten Beispiele zeigen, hat das Thema Selbstreflexion für die Klinische Sozialarbeit eine hohe Relevanz und sollte deshalb sowohl in der Ausbildung (Kröger & Gahleitner, in diesem Band) als auch der beruflichen Praxis einen hohen Stellenwert einnehmen. Nur auf das eigene Bauchgefühl zu vertrauen, reicht nicht aus. Der geschärftete Blick in den Spiegel stellt für die eigene Professionalität eine unverzichtbare

Kernkompetenz dar, und nur die beständige Übung am konkreten Fall macht den:die Meister:in.

Literatur

- Alexander, F.G. & French, T. M. (1946). *Psychoanalytic therapy. Principles and application*. Ronald.
- Bettighofer, S. (2016). *Übertragung und Gegenübertragung im therapeutischen Prozess* (5., überarb. und erw. Aufl.). Kohlhammer.
- Biermann-Ratjen, E.M., Eckert, J. & Schwartz, H.-J. (2016). *Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen* (Psychotherapie; 10., aktual. u. erw. Aufl.). Kohlhammer.
- Bourmer, M. (2012). *Berufliche Identität in der Sozialen Arbeit. Bildungstheoretische Interpretationen autobiographischer Quellen* (Klinkhardt Forschung). Klinkhardt.
- Eckert, J. & Kriz, J. (2012). Humanistische Psychotherapieverfahren. In W. Senf & M. Broda (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch* (5., überarb. Aufl.; S. 256–279). Thieme.
- Fengler, J. (2012). *Helfen macht müde. Zur Analyse und Bewältigung von Burnout und beruflicher Deformation* (Leben lernen, Bd. 77; 8., unveränd. Aufl.). Klett-Cotta (letzte überarb. Aufl. erschienen 1998).
- Gahleitner, S.B. (2005). *Neue Bindungen wagen. Beziehungsorientierte Therapie bei sexueller Traumatisierung* (Personzentrierte Beratung & Therapie, Bd. 2). Reinhardt.
- Hackney, H. & Cormier, L.S. (1998). *Beratungsstrategien, Beratungsziele* [Counseling strategies and interventions] (W. Moosbauer & I. Bruckmaier, Übers.; 4., unveränd. Aufl.). Reinhardt (englisches Original erschienen 1988).
- Keil, W. W. & Stumm, G. (2018). Arbeit mit der Beziehung. In G. Stumm & W.W. Keil (Hrsg.), *Praxis der Personenzentrierten Psychotherapie* (2., aktual. Aufl.; S. 53–70). Springer.
- Kohut, H. (2016). *Gesammelte Werke. Bd. 7: Wie heilt die Psychoanalyse?* [How does analysis cure?] (E.v. Scheidt, Übers.; Bibliothek der Psychoanalyse). Psychosozial (englisches Original erschienen 1984).
- Lohner, J. (2015). Fallreflexion – vom „Bauchgefühl“ zur Gegenübertragung. In H. Pauls, J. Lohner & R. Viehauser (Hrsg.), *Didaktische Bausteine und Übungen zur Klinischen Sozialarbeit in der Lehre* (Baustein 5). ZKS. <https://zks-verlag.de/wp-content/uploads/Baustein-5-Johannes-Lohner-Fallreflexion-vom-Bauchgefuehl-zur-Gegenuebertragung-2014.pdf>
- Oberhoff, B. (2009). *Übertragung und Gegenübertragung in der Supervision. Theorie und Praxis* (6., durchges. Aufl.). Daedalus.
- Pauls, H. (2013). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung* (Grundlagentexte Soziale Berufe; 3., unveränd. Aufl.). Beltz Juventa (letzte überarb. Aufl. erschienen 2011).
- Rappe-Giesecke, K. (2000). Gruppensupervision und Balintgruppenarbeit. In H. Pühl (Hrsg.), *Handbuch der Supervision* (2., überarb. Aufl.; S. 72–84). Spiess Verlag.
- Rogers, C. (2019). *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie* (Geist und Psyche; 24., unveränd. Aufl.). Fischer (Original erschienen 1977).
- Sachse, R. (2016). *Therapeutische Beziehungsgestaltung* (2., aktual. u. erg. Aufl.). Hogrefe.
- Schmelzer, D. (1998). Berufsbezogene Selbsterfahrung/Selbstreflexion nach dem Selbstmanagement-Ansatz. In H. Lieb (Hrsg.), *Selbsterfahrung für Psychotherapeuten. Konzepte, Praxis, Forschung* (S. 57–68). Verlag für Angewandte Psychologie.
- Schmidbauer, W. (2018). *Hilflose Helfer. Über die seelische Problematik der helfenden Berufe* (21., unveränd. Aufl.). Rowohlt (letzte überarb. Aufl. erschienen 1992).
- Schreyögg, A. (2010). *Supervision. Ein integratives Modell* (Lehrbuch; 5., erw. Aufl.). VS.

Weber, W. (2019). *Wege zum helfenden Gespräch. Gesprächspsychotherapie in der Praxis. Ein Lernprogramm mit kurzen Lernimpulsen, konkreten Hinweisen und vielen praktischen Übungen* (15., unveränd. Aufl.). Reinhardt (letzte überarb. Aufl. erschienen 1994).