

Helmut Pauls und Gernot Hahn

Sozialtherapie

Grundhaltung und Gegenstand

Bezugspunkte der Sozialtherapie finden sich seit beinahe einhundert Jahren. Der Ansatz findet sich bei Mary Richmond (1917) und Alice Salomon (1926/2004), wo die Bedeutung der sozialen Kontextfaktoren und deren Erhebung in einer sozialen Diagnose Grundlage für die soziale therapeutische Intervention sein sollten. Victor von Weizsäcker (1930) formuliert, Sozialtherapie sei eine „Methode ... in der (neben dem Patienten) die soziale Mitwelt ... gezielt beeinflusst und verändert wird, ...“.

In der Phase des Ausbaus sozialtherapeutischer Theoriebildung in Deutschland – im Zuge der linken Gesellschaftskritik der 1960er und 1970er Jahre, später weitergeführt in einem universitären Studiengang Soziale Therapie an der Gesamthochschule – waren die Hoffnungen extrem weit gefasst. Neben der zeitbedingten Politisierung weisen diese Konzepte enge Bezüge zur Arbeit z. B. der Gesellschaft für soziale Psychiatrie, der Aktion Psychisch Kranke oder (im Justizsektor) der Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Initiativen und Gruppen in der Straffälligenhilfe BAG auf. So sollte durch „Soziale Therapie“ u. a. ein Beitrag zur Behebung gravierender Mängel im Bereich der institutionellen psychosozialen Versorgung geleistet werden. Methodisch erfolgte eine Bezugnahme auf Verfahren der Sozialarbeit (z. B. social casework, social group work, social community work, Administration, vgl. Haag, 1979) und der qualitativen Sozialforschung (Gahleitner, Schmitt & Gerlich, 2014), die Professionalisierungsdiskussion und Theorien zur Identitätsbildung in der Soziologie, Institutionskritik sowie die Analyse der individuellen, psychischen Faktoren psychosozialen Leidens in Psychologie und Psychoanalyse (Schwendter, 2000).

Bis heute gibt es keine einheitliche Begrifflichkeit: es wird von Sozialer Therapie, Sozialtherapie, Soziotherapie, auch Sozialer Psychotherapie gesprochen (vgl. auch Ohling, 2015).¹ Unter diesen Benennungen findet sich eine Bandbreite von Auffassungen – vom „therapeutischen“ Einsatz kreativer Medien über „Milieu-

¹ *Ein einheitlicher Begriffsgebrauch wurde von der Sektion Klinische Sozialarbeit in der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit (DGSA) und der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (ZKS) vorgeschlagen. Wir folgen ihm durch konsequente Verwendung von „Sozialtherapie“ (DGSA, Freiburg, April 2011).*

therapie“ bis hin zur Beratungsarbeit. Insgesamt kann man von einer blockierten Entwicklung einer Sozialtherapie sprechen, trotz wichtiger Anwendungsbereiche. Eine Ursache dieser Entwicklung liegt in einer ideologischen Politisierung, die Sozialtherapie entgegengesetzt zur klinischen Arbeit als sozialpolitisches Mittel zu instrumentalisieren suchte. Sozialtherapie war danach nicht fallbezogene therapeutische Arbeit aus und mit sozialem Fokus sondern beanspruchte in *erster* Linie einen „sozialpolitischen Auftrag“ (Zimmermann, 2012).

Dies ist aber die Umkehrung eines dringend benötigten therapeutischen Ansatzes, der bei und mit den handelnden Individuen in ihrem Alltagsleben ansetzt und mit und neben der personenbezogenen Hilfe auch die interpersonalen Beziehungen und Beziehungssysteme, die privaten und professionellen sozialen Unterstützungen sowie die beteiligten Erziehungs-, Sozial- und Gesundheitsinstitutionen im Sinne einer *sozial* klinischen Einzelfallhilfe einbezieht. In diesem Sinne betonen Röh, Ortmann & Ansen (2014): „Sozialtherapie ist ... eine eher der Person zugewandte Form der Bearbeitung von sozialen Problemen, wobei darüber nicht die Umwelt bzw. das Umfeld der Person außer Acht gerät. Es ist geradezu das Kennzeichen der Sozialtherapie, dass sie einerseits die Person in ihren Lebensführungskompetenzen stärken und befähigen will, andererseits aber genauso die Umfeldvariablen dieser Lebensführung, z. B. die Wohn-, Arbeits- oder Beziehungsfaktoren, berücksichtigt ... Sozialtherapie wird demnach in jenen Fällen notwendig, in denen Information, Vermittlung und Beratung nicht mehr ausreichen, um die zumeist gravierenden und komplexen Problemlagen bearbeiten zu können.“

Schon Horst-Eberhard Richter ordnete der Sozialtherapie die Aufgaben zu, sich um Faktoren zu kümmern, „die ursächlich daran beteiligt sein können, wenn Menschen sich nicht mehr sozial zurechtfinden ...“ (1978, S. 66). Nach Petzold entstanden die ersten Ansätze dieser „Soziotherapie“ aus dem Zusammenhang der Arbeit mit „Gastarbeitern“ (Petzold, 1968) und gesellschaftlichen Randgruppen. Klassisch wurde auch die „Milieutherapie“ als Form der Sozialtherapie vorwiegend in stationären psychiatrischen Institutionen und Behinderteneinrichtungen (z. B. bei der Betreuung von dementen Menschen) sowie im Strafvollzug verstanden. Dabei geht es um eine möglichst alltagsnahe Gestaltung des Lebens, des Wohncharakters, der Arbeit und der kommunikativen Abläufe in der Station bis hin zum Verständnis als „Therapeutische Gemeinschaft“.

Die von der WHO betonte soziale Integrationsebene in Gesundheitsfragen beinhaltet ein multidimensionales Verständnis des Hilfebedarfs und interdisziplinäre bzw. multiprofessionelle Kooperation (vgl. Ortmann & Schaub, 2003, S. 83) als Basis für die Entwicklung von Hilfen, die im Rahmen eines lebensweltorientierten Zuganges zu Individuen und Gruppen deren Familienbeziehungen und soziale Netzwerke einbeziehen (Nestmann, 2009; Röhrle, Sommer & Nestmann, 1998). Petzold & Sieper (2011) beschreiben in diesem Sinne eine „Soziotherapie“ mit integrativer, biopsychosozialer Ausrichtung (vgl. auch Deloi et al., 2014; Jüster, 2007), die sie verstehen „als die theoriegeleitete, planvolle Arbeit mit Menschen in sozialen Systemen und die Beeinflussung solcher Systeme und Kontexte auf der Mikro- und Mesoebene durch Interventionsmethoden, die Problemsituationen

strukturieren ...“. Deloie (2011) konzipiert eine „Soziale Psychotherapie“, die die individualisierende Psychologische und Medizinische Psychotherapie im Hinblick auf die soziale Dimension überschreitet². Sozialtherapie will Menschen mit schweren psychosozialen Störungen auch sozial in einer Weise behandeln, dass das psychische „Elend“ (Heekerens, 2009) einbezogen ist (vgl. Gahleitner & Pauls, 2010; Pauls, 2013a).

Anwendungsbereiche

Sozialtherapie findet man in verschiedenen Arbeitsfeldern.

– *Sozialtherapie im Strafvollzug*: Bereits Dorst und Leffers (1980, S. 91 f.) stellten Sozialtherapie als Handlungsmodell auch im juristischen Sektor vor. Als Gestaltung der sozialen Umgebung, etwa im Strafvollzug, oder in stationären Wohn- und Behandlungseinrichtungen meint Sozialtherapie die Schaffung eines Lebens- und Erfahrungsraums, der sich (i. S. einer therapeutischen Gemeinschaft) förderlich auf die Entwicklung der Patienten auswirkt und z. B. längerfristige Entwicklungsprozesse ermöglicht, Probleme in der Gestaltung sozialer Beziehungen aufgreift und beeinflusst. Im Konzept der sozialtherapeutischen Anstalten (vgl. Driebold et al., 1984) wird Sozialtherapie als Maßnahme verstanden, die den delinquenten Klienten „sozial machen“ (re-sozialisieren) soll (durch die Bereitstellung eines an therapeutischen Prinzipien orientierten sozialen Umfelds und Alltags in einer Gemeinschaft), wobei die Notwendigkeit einer Öffnung der Institution und die Sensibilisierung und Einbeziehung der Gesellschaft betont wurde. Das Konzept zur Sozialtherapie im Strafvollzug gilt heute als wichtige Säule der Behandlung (vgl. Niemz, 2014; Hahn, 2013; Wischka & Pecher, 2012).

– *Sozialtherapie in der Psychiatrie*: In psychiatrischen Arbeitsfeldern bedeutet Sozialtherapie die Ausrichtung auf soziale Lebensumstände anstelle einer reinen Symptomzentrierung, also als Veränderungsansatz, der über den engen Behandlungsrahmen hinausgeht und auf organisatorische und institutionelle Faktoren zielt (vgl. Jervis, 1978). Sozialtherapie (bzw. Soziotherapie) wird hier verstanden als „Basis therapeutischen Handelns in psychiatrischen Einrichtungen. Nur was sie nicht leisten kann, fällt an Psycho- und Somatotherapie“ (Dörner & Plog, 1996, S. 514). Als Versicherungsleistung in der psychiatrischen Behandlung nach dem SGB V (§ 27a SGB V) ist „Soziotherapie“ seit 2000 in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt, verstanden als Unterstützung schwer psychisch kranker Menschen bei der Inanspruchnahme von ärztlichen oder ärztlich verordneten Leistungen (siehe Bosshard et al. 2013; Klimesch, 2011). Ziel ist die Verselbständigung, insbesondere die Erschließung und konstruktive Nutzung therapeutischer Maßnahmen durch „erforderliche Koordination der verordneten

² Interessanterweise wurde auf dem 24. Deutschen Psychotherapeutentag 2014 eine „Sozialpsychotherapievereinbarung“ gefordert (Bühning & Gerst, 2014, S. 247).

Leistungen, sowie Anleitung und Motivation zu deren Inanspruchnahme“. Gegenstand der sozialtherapeutischen Hilfen ist hier also die Kommunikation zwischen (schwer erkranktem) Individuum und Hilfesystem und die Ermöglichung von Inanspruchnahme dieses Systems (Broker-Funktion). In diesem Zusammenhang ist auf die Studie von Melchinger (1999, 2008) hinzuweisen, die die hohe Wirksamkeit dieser Maßnahmen belegt.

– *Sozialtherapie bei geistiger Behinderung*: In heilpädagogischen Zusammenhängen steht die Sozialtherapie als Methode um „bei Menschen mit geistiger Behinderung gefährdete oder beschädigte Beziehungen zwischen ihm und den Mitmenschen abzubauen und positive neu herzustellen, damit er wieder in geordnete soziale Bezüge und Kontexte kommen kann, andererseits wird durch Sozialtherapie ein Gemeinwesen von psychisch gefährdenden oder psycho-sozial krank machenden Faktoren befreit, damit sie auf den Menschen mit geistiger Behinderung einen heilenden Einfluss nehmen kann“ (Buchka, 2013). Dieser Ansatz wird im Begriff der „Heilenden Entwicklungsraumgestaltung“ (Milieutherapie) besonders deutlich. Die Bedeutung sozialer Netzwerke in diesem Kontext betont Lindmeier (2006).

– *Sozialtherapie in der Suchtbehandlung*: In der Suchtkrankenhilfe/-therapie hat die Sozialtherapie eine bedeutende Position errungen. Auf der Grundlage einer Weiterbildung zum/zur Sozialtherapeuten/-in im Suchtbereich ist sie von den Deutschen Rentenversicherungsträgern anerkannt. Mit der Festlegung des Arbeitsfeldes der Suchtkrankenbehandlung erfolgt hier die Orientierung u. a. an Erkenntnissen der Klinischen Psychologie, der Neurowissenschaften und der Psychotherapieforschung (Petzold et al., 2006). Steingass (o.J.) betont die „Sicherung des Überlebens“ Suchtkranker durch die „Soziotherapie“ und damit auch ihre existentielle Funktion als Teil des Behandlungssystems. Klein (2013) konzipiert eine verhaltensorientierte sozialtherapeutische Arbeit in der Suchtkrankhilfe. Lammel (2013) beschreibt die Integrative Sozialtherapie im Suchtbereich mit Jugendlichen.

– *Sozialtherapie in der Jugendhilfe*: In der Jugendhilfe spielen sozialtherapeutische Perspektiven eine große Rolle, allerdings wird die Begrifflichkeit nur sehr zögerlich verwendet. Eingliederungshilfen für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche weisen vielfältige sozialtherapeutische Merkmale auf, wobei insbesondere die soziale Teilhabebeeinträchtigung, resultierend aus einer diagnostizierten psychischen Störung (Funktionsbeeinträchtigung) zu sozialtherapeutischen Aufgabenstellungen führt (Beck, 2013). Pauls & Reicherts (2015) zeigen multidimensionale sozialtherapeutische Vorgehensweisen und ihre *Wirksamkeit* in der Jugendhilfe anhand einer Einzelfallanalyse auf.

Ätiologisches Verständnis

Der Fokus liegt auf sozialpathologischen Risikofaktoren, die innerhalb psychologischer, psychiatrischer, medizinischer und sonstiger heilberuflicher oder heil-

pädagogischer Diagnostik und Intervention i. d. R. weniger beachtet werden. Die Einbeziehung der Soziogenese von Erkrankungen im Rahmen eines erweiterten, in der Lebenswelt verankerten Persönlichkeitsverständnisses einer *person-in-environment* steht theoretisch auf dem Boden des biopsychosozialen Modells (Gahleitner, Hintenberger & Leitner, 2013; Pauls, 2013b). Es geht nicht nur um die Erkrankung selbst, sondern auch um ihre Ursachen und die sich ergebenden Folgen im psychischen und sozialen Kontext sowie um die Ausgestaltung der erforderlichen Interventionen und deren Rückwirkungen auf die Betroffenen und das Krankheitsgeschehen.

Röh, Ortman & Ansen (2014, S. 2) betonen die große Bedeutung der sozialen Ressourcen, die durch medizinsoziologische und psychologische Forschungsliteratur belegt wird: soziale Belastungssituationen wirken pathogen, „wenn Menschen nur über geringe soziale Unterstützung (Social Support) verfügen oder wenn diese gänzlich fehlt. Umgekehrt zeigt sich, dass quantitativ und qualitativ ausreichende soziale Ressourcen wie ein ‚psychosoziales Immunsystem wirken‘ und für Gesundheit sorgen können.“ Entscheidende Merkmale dieses sozialwissenschaftlich geprägten biopsychosozialen Gesundheitskonzeptes sind der präventive Ansatz, die grundsätzliche Gemeindeorientierung, das Konzept des Empowerment und der sozial-ökologische Ansatz. Die wichtigen beratend-therapeutischen Grundorientierungen („Therapieschulen“) haben eigene ätiologische Konzepte auf sozialtherapeutische Problemstellungen bezogen und entsprechende Interventions- und Beratungskonzepte entwickelt (s. z. B. Pauls, Stockmann & Reicherts, 2013).

Kompetenzen und Aufgabenstellungen

Zum Spektrum sozialtherapeutischer Problem- und Aufgabenstellungen zählen psychische Störungen, chronische körperliche Erkrankungen, Behinderungen mit den jeweiligen sozialrehabilitativen Unterstützungsbedarfen für die Betroffenen und ihr soziales Umfeld. Sozialtherapeutische Hilfen benötigen oft auch Menschen, die an den Folgen psychischer Traumatisierung, Misshandlung, Vernachlässigung, Ausgrenzung und sexuellem Missbrauch leiden ebenso wie delinquent gewordene Menschen mit ihren vielfältigen psychosozialen Problemlagen, Gesundheitsproblemen und psychischen Störungen. Die Fachkräfte benötigen entsprechende sozialtherapeutische Kompetenzen. Denn in der Praxis der psychosozialen Gesundheitsversorgung werden immer wieder „Fälle so gravierender sozialer Probleme bekannt, dass nicht (sozial-)therapeutisch ausgebildete und entsprechend arbeitende SozialarbeiterInnen an die Grenzen ihres beruflichen Handlungsrepertoires stoßen. Oft werden daher Fälle, in denen eine soziale Problematik den Hilfebedarf dominiert, an vermeintlich besser qualifizierte PsychotherapeutInnen und/oder (Fach-) ÄrztInnen ‚abgegeben‘ und, wenn Hilfen nicht den gewünschten Erfolg zeigen, mit Etiketten wie ‚austherapiert‘ oder ‚nichttherapiefähig‘ in die Arbeitsfel-

der der SozialarbeiterInnen zurück überwiesen.“ (Binner, Ortmann & Röh, 2010, S. 12)³.

Das Spektrum an Problemstellungen erfordert ein differenzierendes Vorgehen. Die *Zerlegung (Dekomposition)* von Problemen und die Definition von Teilproblemen sind wichtige globale Strategien im Umgang mit multidimensionalen Problemmerkmalen. Bei der Problemanalyse ist es wichtig, die komplexe Gesamtproblematik in umschreibbare und für die Interventionen zugängliche Teilprobleme zu gliedern. Pauls & Reicherts (2013) unterscheiden:

(a) Störungen von einzelnen psychisch und/oder körperlich bedingten psychosozialen Funktionen und Funktionsmustern, (b) Störungen von primären interpersonellen Systemen, (c) Störungen des weiteren sozialen Netzwerkes, (d) Störungen organisatorisch-institutioneller Abläufe und Beziehungen, (e) Störungen der kommunalen Lebensgestaltung, des Sozialraumes und der Sozialstrukturen.

Das praktische methodische Handeln setzt bei den Fachkräften Kompetenzen auf unterschiedlichen Ebenen voraus. Dorst und Leffers (1980, S. 101) benennen dazu: (a) Subjektbezogene Kompetenzen (Umgang mit der eigenen Person, der Subjektivität des Helfers: Reflexionsvermögen, Krisen- und Konfliktfähigkeit, Flexibilität, Kreativität und Innovationsbereitschaft, Sensibilität, politische Bezugnahme); (b) Therapeutische Kompetenzen (therapeutische Fähigkeiten und Fertigkeiten für die Arbeit mit Klienten im engeren Sinn, auch einen diagnostischen Ansatz und diagnostische Kompetenzen in der Definition von Problemlagen, s. u.); (c) Organisationsbezogene Kompetenzen (Kenntnisse und Fähigkeiten, die Institution und das eigene Arbeitsfeld im Hinblick auf ihre Auswirkungen zu analysieren und zu verändern).

Das Kompetenzmodell von Pauls & Reicherts (2013) unterscheidet fünf Ebenen (s. Abbildung 1).

³ *Wir folgen dieser Zuordnung der Sozialtherapie zur Sozialen Arbeit, spezieller zur Klinischen Sozialarbeit, als Leitdisziplin (siehe auch Binner & Ortmann, 2008).*

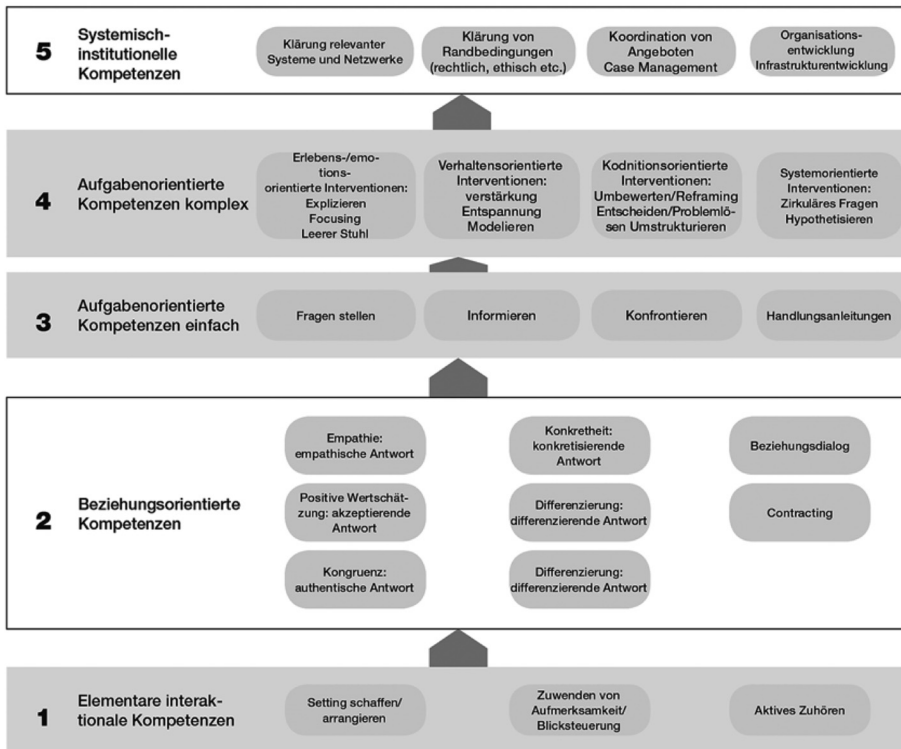


Abb. 1: Mehr-Ebenen-Modell von Beratungskompetenzen (Pauls & Reicherts, 2013, S. 66)

Neben der Differenzierung unterschiedlicher Problemebenen liegt eine wichtige Aufgabenstellung sozialtherapeutischer Arbeit in der Handhabung unterschiedlicher Settings im Sinne vielfältiger Abstufungen und Kombinationen klassischer Komm-Strukturen, aufsuchender und (teil-) institutionalisierter Hilfeformen je nach fallspezifischen, institutionellen und situativen Bedingungen. Dies betrifft Zeitdauer und Ziele, den Ort und die Art der Intervention (vgl. Heiner, 2004, S. 611).

Auch die *Lebenslage* von Menschen wird neben ihrer Lebensführung ein zentrales Thema. Mit der Lebenslage werden Bedingungen und Folgen sozialer Ungleichheit in den Rahmen sozialtherapeutischen Grundverständnisses einbezogen. Ein für die sozialtherapeutische Praxis sehr brauchbares Konzept der Lebenslage stammt von Nahnsen (1992): Lebenslage als „Lebensgesamtchance“, die gesellschaftliche Umstände dem Einzelnen zur Entfaltung und Befriedigung seiner Bedürfnisse bieten. Die Lebenslage definiert die Bedingungen, die den Umfang sozialer Chancen begründen. In der Fallarbeit ist die Kernfrage: Wie ist der jeweilige „Spielraum“ beschaffen und ausgestattet und wie nutzen die Akteure die bestehenden, erreichbaren und/oder zu schaffenden Möglichkeiten? Nahnsen unterschied (n. Schmidtke, 2005, S. 21): Versorgungs- und Einkommenspielraum, Kontakt- und

Kooperationsspielraum, Lern- und Erfahrungsspielraum, Regenerations- und Müßenspielraum und den Dispositionsspielraum (als Bedingung des Maßes des eigenen Einflusses auf relevante gesellschaftliche Prozesse).

Es lassen sich weitere Aufgaben bestimmen (Melchinger, 1999), die grundsätzlich die Verbesserung der Fähigkeit zur Nutzung sozialer Ressourcen und Förderung der selbstständigen Inanspruchnahme entsprechender Angebote durch die (verbesserte) Einbindung in soziale Strukturen betreffen. Dazu gehören Grundleistungsfunktionen der Selbstständigkeit und die Verbesserung von Basiskompetenzen für berufliche Reha-Maßnahmen wie Motivation, Belastbarkeit, Ausdauer, bspw. durch Alltagsstrukturierung, richtige Einteilung von Aktivität und Erholung, Selbstinstruktionen etc. In Kontexten medizinischer Behandlung geht es um die Verbesserung der Compliance, Tagesstrukturierung, Bearbeitung dysfunktionaler subjektiver Krankheitstheorien, Förderung von Einsicht in die Erkrankung.

Diagnostik

Die für die sozialtherapeutische Arbeit relevante Diagnostik hat in den letzten Jahren im Rahmen der Klinischen Sozialarbeit eine intensive Entwicklung durchgemacht (z. B. Gahleitner, Hahn & Glemser, 2012). Diagnostik wurde als Voraussetzung für Interventionsplanung und -durchführung konzipiert und in den Kontext biopsychosozialer Zusammenhänge gestellt (Gahleitner & Pauls, 2012; Gahleitner, Schulze & Pauls, 2009). Eine Reihe sehr brauchbarer Diagnostik-Verfahren für die sozialtherapeutische Arbeit beschreibt Pantucek (2012). Die „Sozialtherapeutische Fallanalyse“ nach Schwendter (2000, S. 174 f.) fokussiert auf vier Ebenen des Fallgeschehens (KlientIn, Helfende, Institution, Gesellschaft) und bezieht sich auf sieben Kategorien (u. a. Ort, Zeit, soziale Klassifikation, Beziehung, Ziel). Hierdurch soll eine mehrperspektivische und multiaxiale Sichtweise auf das Fallgeschehen ermöglicht werden. Die Methode kann als Hintergrundverfahren für diagnostische Instrumente wie das Person-In-Environment-System (PIE) oder die PRO-ZIEL-Basisdiagnostik verstanden werden.

Ein früher Ansatz zur Erfassung psycho-sozialer Probleme und sozialer Verhältnisse im Sinne einer Mehrebenendiagnostik wurde mit dem „Person-In-Environment-System (PIE)“ entwickelt (Karls & Wandrei, 1994). Die Erfassung von sozialen Problemkonstellationen erfolgt hier nicht als Risiko- oder Problemdiagnostik, sondern anhand der Möglichkeiten einer Person in Bezug auf die Ausübung sozialer Rollen. Eine Problematik liegt nicht einseitig *in* der Person, sondern auf der Verhaltens- und Interaktionsebene, wodurch eine offene, nicht-wertende Ursachenbenennung von Problemen ermöglicht wird. Das PIE wurde auch als Grundraster für Forschungsfragen in der Klinischen Sozialarbeit (Hahn, 2006) dargestellt.

Einen vergleichbaren Ansatz verfolgt PRO-Ziel, die prozessbegleitende, zielorientierte Basisdiagnostik (Heiner, 2004). Das Konzept zielt auf eine Zustands- und Prozessdiagnose und verbindet die Analyse der Lebenslage und -weise der KlientInnen mit der Evaluation der Zielannäherung. Bezogen auf das Konzept der

lebensweltorientierten Sozialen Arbeit ist der Anspruch des Verfahrens, partizipativ, mehrperspektivisch und reflexiv zu sein.⁴ Die Benennung der aufgetretenen Problemlagen erfolgt als Diskrepanzproblem, z. B. Kompetenz-, Ressourcen- oder Motivationsdiskrepanz und deren Auswirkung auf eine angemessene Problembewältigung. Darauf aufbauend erfolgt die Definition von Zielen als Verhandlungsergebnis zwischen Fachkraft und KlientIn. Mit Ergänzungsinstrumenten (Vertiefungsbogen) werden *unterschiedliche* Problemdefinitionen (KlientIn, Fachkraft, important others), mögliche Differenzen und deren Bearbeitungsmöglichkeiten erfasst. Ein weiteres Teilinstrument ermöglicht die biografiebezogene Analyse der Probleme und Lösungsversuche.

Intervention

Die psycho-soziale Behandlungsmethodik basiert auf Interventionstechniken, die in human- und sozialwissenschaftlichen Theorien und Modellen normalen und gestörten Erlebens und Verhaltens-in-Situationen, Beziehungen, sozialen Systemen und der Lebenslage verankert sind. Sozialtherapeutische *Mittel* sind sowohl ambulante und aufsuchende als auch (teil-)stationäre Maßnahmen zur Unterstützung und ggf. Aktivierung von Klienten bzw. Patienten, ihrer Bezugspersonen und ihres sozialen Umfeldes, die Ziele auf mehreren Ebenen verfolgen: (a) mit psychischen Belastungen, Konflikten und Symptomen (kognitiv und emotional) in entlastender Weise umzugehen, (b) personale und soziale Ressourcen zu erschließen und zu aktivieren sowie Kompetenzen zu fördern, (c) soziale Unterstützung und Unterstützer zu fördern und insgesamt die soziale Umwelt zu verbessern – dazu gehört auch (d) die Fähigkeit der Community (z. B. Nachbarschaft, Arbeitsumgebung, Schule) zur sozialen Unterstützung. Sozialtherapeutische Interventionen erschließen bedarfsgerechte Hilfeleistungen für die Betroffenen, z. B. Eingliederungshilfen nach dem BSHG oder Maßnahmen in Zuständigkeit der Rentenversicherung bzw. der Bundesanstalt für Arbeit.

Die *Gestaltung sozialer Netzwerke* als wichtige Interventionsebene bezieht sich auf empirische Erkenntnisse zur Wirkungsweise sozialer Unterstützung und der Bedeutung von sozialem Rückhalt und darauf aufbauende Theorien zur Sozialen Unterstützung (Röhrle, Sommer & Nestmann, 1998). *Soziale Unterstützung* stellt eine umfassende Ressource dar, indem durch die Beziehung des Individuums zu anderen Personen sowohl zentrale Bedürfnisse (z. B. Identität, Sicherheit, Anerkennung und Zuneigung), als auch praktisch-instrumentelle Aspekte (konkrete Hilfe und Unterstützung) befriedigt werden und dadurch psychische, soziale und körperliche Gesundheitsprozesse unterstützt werden. Netzwerkförderung umfasst

⁴ In diesem Zusammenhang ist auch die Zielerreichungsanalyse (ZEA) nach Pauls & Reicherts (2012) zu nennen, die in sozialtherapeutischen und beratenden Zusammenhängen eingesetzt wird (siehe auch Reicherts, 2015; Pauls & Reicherts, 2015; Hahn & Pauls, 2015).

dabei auch den diagnostischen Aspekt der Netzwerkanalyse (Röh, 2015). Konkrete Methoden einer solchen netzwerkorientierten Sozialtherapie sind das Soziodrama und Rollenspiel (Stein 2009) sowie Wohngruppen- und Selbsthilfensätze, Netzwerk- und Stadtteilarbeit (Petzold 2003, S. 941 f.).

Vermittlung und aufbauendes *Training sozialer und kommunikativer Kompetenzen* zielt auf die Verbesserung der zwischenmenschlichen Beziehungen und der sozialen Integration der Betroffenen. Dies erfordert die aktive Mitarbeit der Klienten. Es geht um das Erlernen, Üben und Umsetzen von konstruktivem Sozialverhalten in verschiedenen Situationen mit einem dem jeweiligen Klienten und seinen Bezugspersonen angemessenen Schwierigkeitsgrad. Hier können drei Ebenen unterscheiden werden (Petzold & Sieper, 2011):

1. Grundlegender Aufbau bzw. Erwerb von Fertigkeiten (bei Defiziten z. B. durch Instruieren, Modellieren, basales Üben);
2. Ausbau, Optimierung, Differenzierung und Unterstützung von Fertigkeiten (z. B. durch Rollenspiele und Dialoge, Verhaltensübungen, beratende Gesprächsführung);
3. Transfer und Generalisierung von Kompetenzen und Fertigkeiten in den Lebensalltag (z. B. durch Beratung und Begleitung, Übungs- und Hausaufgaben, Aufsuchen von Alltagssituationen und Einbeziehung von Bezugspersonen).

Perspektiven

Sozialtherapie integriert auf die Person bezogene und auf die soziale Struktur gerichtete Interventionen. Um dieses Potential entfalten zu können, bedarf es vor allem der Zusammenführung und weiteren Ausformulierung der vorhandenen Wissensbestände und einer einheitlichen Verwendung der damit verbundenen Begriffe. Für einzelne Arbeitsfelder bestehen z. T. bewährte Anwendungskonzepte, deren Übertragbarkeit auf weitere Aufgabenbereiche überprüft werden muss. Eine Chance und Aufgabe für die methodische Weiterentwicklung und fachliche Etablierung der Sozialtherapie sehen wir in der Wirkungsforschung. Es müssen über die vorhandenen Nachweise hinaus empirische Belege erbracht werden, dass durch Sozialtherapie ein wichtiger Beitrag zur Lösung gesundheitlicher und sozialer Probleme erreicht werden kann. Diese Wirkungseffekte sind am konkreten Fall (vgl. Hahn & Pauls, 2015; Pauls & Reicherts, 2015) und für größere Versorgungssektoren (vgl. Melchinger, 1999) zu belegen. Dann wird eine bessere fachliche Positionierung im Feld der Gesundheitsberufe möglich. Für den Ausbildungsbereich bedarf es der verbindlichen Formulierung von Ausbildungsinhalten und -standards unter dem Label „Sozialtherapie“. Als Fernziel ist in diesem Zusammenhang auch an die heilberufsrechtliche Etablierung der Sozialtherapie zu denken.

Literatur

- Beck, N. (2013): Beratung an der Schnittstelle von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: H. Pauls, P. Stockmann & M. Reicherts (Hrsg.), *Beratungskompetenzen für die psychosoziale Fallarbeit. Ein sozialtherapeutisches Profil* (S. 243–260). Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Binner, U., Ortmann, K. & Röh, D. (2010): Sozialtherapie als zentrale Methode der Klinischen Sozialarbeit. In: *Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung*, 6(3), 12. Online verfügbar unter: http://www.eccsw.eu/download/klin-sa_2010-6-3_fulltext.pdf [Zugriff am 10.01.2011].
- Binner, U. & Ortmann, K. (2008): Klinische Sozialarbeit als Sozialtherapie. In: K. Ortmann & D. Röh (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit. Konzepte. Praxis. Perspektiven*. Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Bosshard, M., Ebert, U. & Lazarus, H. (2013): *Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch*. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Buchka, M. (2013): Aktuelle Entwicklungslinien in der Arbeit mit erwachsenen Menschen mit Behinderung. *Zeitschrift Seelenpflege* 1/2013, 29–44.
- Bührig, P. & Gerst, T. (2014): 24. Deutscher Psychotherapeutentag in Berlin: „Wir sollten den Ball der Politik jetzt auffangen“. *Deutsches Ärzteblatt PP* 13, 247.
- Deloie, D. (2011): *Soziale Psychotherapie als Klinische Sozialarbeit. Traditionslinien – Theoretische Grundlagen – Methoden*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Deloie, D., Gahleitner, S., Lammel, A., Glemser, R. & Stitz, A. (2014): *Integrative Sozialtherapie – Verfahren für die Klinische Sozialarbeit. Anhang zum Protokoll der Sitzung der Sektion Klinische Sozialarbeit am 8.12.2014*. Hochschule Frankfurt a.M.
- Dörner, K. & Plog, U. (1996): *Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie, Psychotherapie* (1. Auflage der Neuausgabe). Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Dorst, B. & Leffers C. J. (1980): Sozialtherapie – ein neues Handlungsmodell? Anmerkungen zum Begriff Sozialtherapie. *Zeitschrift für Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, Band 15, Heft 1 und 2 1980, 91.
- Driebold, R., Egg, R., Nellesen, L., Quensel, S. & Schmitt, G. (1984): *Die sozialtherapeutische Anstalt. Modell und Empfehlungen für den Justizvollzug*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Gahleitner, S. B., Schmitt, R. & Gerlich, K. (Hrsg.) (2014): *Qualitative und quantitative Forschungsmethoden für EinsteigerInnen aus den Arbeitsfeldern Beratung, Psychotherapie und Supervision*. Weitramsdorf: ZKS-Verlag.
- Gahleitner, S. B., Hintenberger, G. & Leitner, A. (2013): Biopsychosozial – zur Aktualität des interdisziplinären Modells in Psychotherapie, Beratung und Supervision. *Resonanzen*, 1(1), 1–14. Online verfügbar unter: <http://www.resonanzen-journal.org/index.php/resonanzen/article/view/188/122> [Zugriff 28.11.2014].
- Gahleitner, S. B. & Pauls, H. (2012): *Biopsychosoziale Diagnostik als Voraussetzung für eine klinisch-sozialarbeiterische Interventionsgestaltung: Ein variables Grundmodell*.

- In: S. B. Gahleitner, G. Hahn & R. Glemser (Hrsg.), *Psychosoziale Diagnostik* (S. 61–77). Bonn: Psychiatrie-Verlag (Reihe: Klinische Sozialarbeit – Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung, Bd. 5).
- Gahleitner, S. B., Hahn, G. & Glemser, R. (Hrsg.) (2013): *Psychosoziale Diagnostik. Klinische Sozialarbeit*, Bd. 5. Köln: Psychiatrie Verlag
- Gahleitner, S. B. & Pauls, H. (2010): *Soziale Arbeit und Psychotherapie. Zum Verhältnis sozialer und psychotherapeutischer Unterstützungen und Hilfen*. In: W. Thole (Hrsg.), *Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch* (3., überarbeitete Auflage) (S. 367–374). Wiesbaden: VS Verlag.
- Gahleitner, Silke Birgitta, Schulze, Heidrun & Pauls, Helmut (2009): ‚hard to reach‘ – ‚how to reach‘? *Psycho-soziale Diagnostik in der Klinischen Sozialarbeit*. (S. 321–344). In: Peter Pantucek & Dieter Röh (Hrsg.), *Perspektiven sozialer Diagnostik. Über den Stand der Entwicklung von Verfahren und Standards*. Münster: LIT.
- Haag, F. (1979): *Sozialtherapie*. In: H. Hahn (Hrsg.), *Die Psychologie des 20. Jahrhunderts*, Bd. IX. *Ergebnisse für die Medizin* (1) (S. 928–946). Zürich: Kindler.
- Hahn, G. (2013): *Sozialtherapeutische Beratung in der Forensischen Sozialarbeit*. In: H. Pauls, P. Stockmann & M. Reicherts (Hrsg.), *Beratungskompetenzen für die psychosoziale Fallarbeit. Ein sozialtherapeutisches Profil* (S. 225–242). Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Hahn, G. (2006): *Standardisierte Diagnostik in der Sozialen Arbeit. Das Person-In-Environment-System (PIE)*. *Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für Psychosoziale Praxis und Forschung* (Online-Sonderausgabe), 2, 45–48. Online verfügbar unter: http://www.zks-verlag.de/wp-content/uploads/klinsa_special_2006.pdf [Zugriff am 02.01.2015].
- Hahn, G. & Pauls, H. (2015): *Fall- und Qualitätskontrolle psycho-sozialer Fallarbeit im Zwangskontext Forensischer Fachambulanzen*. In: M. Reicherts & P. Genout (Hrsg.), *Einzelfallanalyse(n) in der psycho-sozialen Praxis. Grundlagen – Methoden – Anwendungsbeispiele*. Weitrandsdorf: ZKS-Verlag (im Erscheinen). Online verfügbar unter: <http://www.zks-verlag.de/katalog/> [Zugriff möglich ab April 2015].
- Heekerens, H.-P. (2014): *Rezension vom 28.11.2014 zu: Sulz, S. (Hrsg.): Psychotherapie ist mehr als Wissenschaft*. Norderstedt: Books on Demand GmbH. In: *socialnet Rezensionen*, ISSN 2190-9245. Online verfügbar unter: <http://www.socialnet.de/rezensionen/17976.php> [Zugriff am 27.12.2014].
- Heekerens, H.-P. (2009): *Das Elend der Heimkinder. Unsere Jugend*, 61, 477–489.
- Heiner, M. (2004): *PRO-ZIEL Basisdiagnostik. Ein prozessbegleitendes, zielbezogenes, multiperspektivisches und dialogisches Diagnoseverfahren im Vergleich*. In: M. Heiner (Hrsg.), *Diagnostik und Diagnosen in der Sozialen Arbeit. Ein Handbuch* (S. 218–238). Berlin: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge.
- Jervis, G. (1978): *Kritisches Handbuch der Psychiatrie*. Frankfurt: Syndikat.
- Jüster, M. (2007): *Integrative Soziotherapie*. In: J. Sieper, I. Orth & W. Schuch (Hrsg.), *Neue Wege Integrativer Therapie. Klinische Wissenschaft, Humantherapie, Kulturarbeit – Polyloge – 40 Jahre Integrative Therapie*. Festschrift für Hilarion G. Petzold (S. 491–528). Bielefeld: Edition Sirius.

- Karls, J. M. & Wandrei, K. E. (1994): Person-In-Environment System. The PIE Classification System for Social Functional Problems. Washington: NASW-Press.
- Klein, M. (2013): Verhaltensorientierte Soziale Arbeit mit suchtkranken Menschen. In: M. Blanz, F. Como-Zipfel & F. J. Schermer (Hrsg.), Verhaltensorientierte Soziale Arbeit. Grundlagen, Methoden, Handlungsfelder (S. 141–154). Stuttgart: Kohlhammer.
- Klimesch, M. (2011): Ambulante Soziotherapie für schwer psychisch kranke Menschen – Quo vadis? Weitramsdorf: ZKS-Verlag. Online verfügbar unter: <http://www.zks-verlag.de/?s=Klimesch&submit=Suchen> [Zugriff am 11.01.2015].
- Lammel, U. A. (2013): Sozialtherapeutische Dimensionen der Suchtberatung im Jugendalter. In: H. Pauls, P. Stockmann & M. Reicherts (Hrsg.), Beratungskompetenzen für die psychosoziale Fallarbeit. Ein sozialtherapeutisches Profil (S. 207–224). Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Lindmeier, B. (2006): Soziale Netzwerke. Ihre Bedeutung für ein differenziertes Verständnis von Unterstützernetzen in der persönlichen Zukunftsplanung. Zeitschrift Geistige Behinderung, Heft 2, 99–111.
- Melchinger, H. (2008): Strukturfragen der ambulanten psychiatrischen Versorgung unter besonderer Berücksichtigung von Psychiatrischen Institutsambulanzen und der sozialpsychiatrischen Versorgung außerhalb der Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung. Zentrum Psychologische Medizin. Medizinische Hochschule Hannover: Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie. Online verfügbar unter: http://dgsp-brandenburg.de/sites/default/files/Melchinger_KBV_Gutachten.pdf [Zugriff am 10.01.2015].
- Melchinger, H. (1999): Ambulante Soziotherapie: Evaluation und analytische Auswertung des Modellprojekts „Ambulante Rehabilitation psychisch Kranker“ der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos.
- Nahnsen, I. (1992): Lebenslagenvergleich. In: H. Henkel & U. Merle (Hrsg.), Magdeburger Erklärung. Neue Aufgaben in der Wohnungswirtschaft (S. 101–144). Frankfurt und Köln: Schriften zur Sozial- und Wirtschaftspolitik, Nr. 23.
- Nestmann, F. (2009): Netzwerkkintervention und Supportförderung – Ein Plädoyer für Praxis. In: B. Röhrle & A.-R. Laireiter (Hrsg.), Soziale Unterstützung und Psychotherapie (S. 589–621). Tübingen: DGVT.Niemz, S. (2014): Sozialtherapie im Strafvollzug 2013. Ergebnisübersicht zur Stichtagserhebung zum 31.03.2014. Wiesbaden: KrimZ.
- Ohling, M. (2015): Soziale Arbeit und Psychotherapie. Weinheim – Basel: Beltz Juventa.
- Ortmann, K. & Schaub, A. (2003): Klinische Sozialarbeit – eine kritische Einschätzung. Sersheim: Arbeitskreis Gesundheit der Deutschen Gesellschaft für Sozialarbeit.
- Pantucek, P. (2012): Soziale Diagnostik. Verfahren für die Praxis Sozialer Arbeit, Wien/ Köln/Weimar: Böhlau.
- Pauls, H. & Reicherts, M. (2015): Ein Einzelfallanalyse-Beispiel zur mehrdimensionalen, psycho-sozialen Fallarbeit: Petra. In: M. Reicherts & P. Genout (Hrsg.), Einzelfallanalyse(n) in der psycho-sozialen Praxis. Grundlagen – Methoden – Anwen-

- dungsbeispiele. Weitraamsdorf: ZKS-Verlag (im Erscheinen). Online verfügbar unter: <http://www.zks-verlag.de/katalog/> [Zugriff möglich ab April 2015].
- Pauls, H. & Reicherts, M. (2013): Allgemeine Basiskompetenzen für sozialtherapeutische Beratung – ein Konzept zur Systematisierung. (S. 57–78). In: H. Pauls, P. Stockmann & M. Reicherts (Hrsg.). *Beratungskompetenzen in der psychosozialen Fallarbeit – ein sozialtherapeutisches Profil*. Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Pauls, H., Stockmann, P. & Reicherts, M. (Hrsg.) (2013): *Beratungskompetenzen für die psychosoziale Fallarbeit. Ein sozialtherapeutisches Profil*. Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Pauls, H. & Reicherts, M. (2012): *Zielorientierung und Zielerreichungsanalyse in der psycho-sozialen Fallarbeit* (2. durchgesehene Auflage). Weitraamsdorf: ZKS-Verlag. (downloadbar unter: <http://www.zks-verlag.de/zielorientierung-und-zielerreichungs-analyse-der-psycho-sozialen-fallarbeit/>)
- Pauls, H. (2013a): *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung* (3., überarbeitete und erweiterte Auflage). Weinheim: Juventa.
- Pauls, H. (2013b): Das biopsychosoziale Modell – Herkunft und Aktualität. *Resonanzen*, 1(1), 15–31. Online verfügbar unter: <http://www.resonanzen-journal.org/article/view/191/124> [Zugriff am 28.11.2014].
- Petzold, H. G. (2003): *Integrative Therapie*. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H. & Sieper, J. (2011): Soziotherapie/Sozialtherapie – ein unverzichtbares Instrument gegen soziale Exklusion und für die psychosoziale Hilfeleistung in „prekären Lebenslagen“. In: Polyloge. *Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit*, 3/2011.
- Petzold, H. G., Schay, P. & Scheiblich, W. (2006): *Integrative Suchtarbeit. Innovative Modelle, Praxisstrategien und Evaluation*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Petzold, H. G. (1968): Arbeitspsychologische und soziologische Bemerkungen zum Gastarbeiterproblem in der Bundesrepublik. In: *Zeitschrift für Praktische Psychologie*, 7 (S. 331–360). Paderborn: Junfermann Verlag.
- Reicherts, M. & Pauls, H. (2015): Die Zielerreichungsanalyse (ZEA) als Methode der Einzelfallanalyse. In: M. Reicherts & P. Genout (Hrsg.), *Einzelfallanalyse(n) in der psycho-sozialen Praxis. Grundlagen – Methoden – Anwendungsbeispiele*. Weitraamsdorf: ZKS-Verlag (im Erscheinen). Online verfügbar unter: <http://www.zks-verlag.de/katalog/> [Zugriff möglich ab April 2015].
- Richmond, M. E. (1917): *Social Diagnosis*. New York: Russel Sage Foundation.
- Röhrle, B., Sommer, G. & Nestmann, F. (1998): *Netzwerkintervention*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Richter, H. E. (1978): *Engagierte Analysen*. Reinbek: Rowohlt.
- Röh, D. (2015): Analyse Sozialer Netzwerke im Rahmen Sozialer Diagnostik und Hilfeplanung. In: H. Pauls, J. Löhner & R. Viehhauser (Hrsg.), *Didaktische Bausteine und Übungen zur Klinischen Sozialarbeit in der Lehre*. Weitraamsdorf: ZKS-Verlag (im Erscheinen). Online verfügbar unter: <http://www.zks-verlag.de/didaktische-bausteine-und-uebungen-zur-klinischen-sozialarbeit-der-lehre/> [Zugriff möglich ab Mai 2015].

- Röh, D., Ortman, K. & Ansen, H. (2014): Positionspapier zur Sozialtherapie. In: Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit, Sektion Klinische Sozialarbeit. Anhang zum Protokoll der Sitzung der Sektion Klinische Sozialarbeit am 8.12.2014. Hochschule Frankfurt a.M.
- Salomon, A. (1926/2004): Soziale Diagnose. Die Wohlfahrtspflege in Einzeldarstellungen. Berlin: Carl Heymann Verlag. Neu aufgelegt in: A. Salomon (2004), Frauenemanzipation und soziale Verantwortung. Ausgewählte Schriften, Band 3: 1919–1948 (S. 255–314). München: Luchterhand/Wolters Kluwer.
- Schmidtke, K. (2005): Konzepte und Methoden zur Abbildung von Lebenslagen – Bildung von Lebenslagen-Indices am Beispiel der Berliner Sozialhilfestatistik. Berlin: Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (Hrsg.).
- Schwendter, R. (2000): Einführung in die soziale Therapie. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Stein, A. (2009): Sozialtherapeutisches Rollenspiel. Eine Methode in der psychosozialen Arbeit. München: Reinhardt.
- Steingass, H. P. (o. J.): Soziotherapie – mehr oder weniger anders als Psychotherapie? Online verfügbar unter: <http://www.ahg.de/AHG/Standorte/Remscheid/Service/Veroeffentlichungen/Hintergrund/Soziotherapie.html> [Zugriff am 10.01.2015].
- Von Weizsäcker, V. (1930): Soziale Krankheit und soziale Gesundung. Wiederveröffentlicht In: P. Achilles, D. Janz, M. Schrenk & C. F. Weizsäcker (Hrsg.) (1986), Gesammelte Schriften (GS) (S. 31–95). Bd. 8, Frankfurt: Suhrkamp.
- Wischka, B., Pecher, W. (Hrsg.) (2012): Behandlung von Straftätern. Sozialtherapie, Maßregelvollzug, Sicherungsverwahrung. Herbolzheim: Centaurus.
- Zimmermann, I. (2012): Sozialtherapie gestern und heute. Zwischen Anspruch und Wirklichkeit. In: Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit, Sektion Klinische Sozialarbeit. Anhang zum Protokoll der Sitzung vom 13.4.2012, Evangelische Hochschule Freiburg.