





DEUTSCHE VEREINIGUNG FÜR SOZIALE ARBEIT  
IM GESUNDHEITSWESEN E.V.

DVSG

Gemeinsam für die Soziale Arbeit  
im Gesundheitswesen.

## Alexander Thomas

- Dipl.- Sozialpädagoge (FH)
- Fachsozialarbeiter für Klinische Sozialarbeit/ (CSW-ECCSW), Case Manager (DGCC)
- Leitung Kompetenzzentrum für die soziale und berufliche Rehabilitation von Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen/ Traumafolgestörungen/ Epilepsien/ Fachbereich Rehabilitation der FAW gGmbH
- Gesamtvorstand DVSG, Schwerpunkt Rehabilitation und Teilhabe, Case Management
- Mitarbeit DGSA: Sektion Klinische Sozialarbeit und Fachgruppe Case Management gemeinsam mit der DGCC



# Agenda

- **Einführende Gedanken**
- **Erfahrungen aus der NeuroReha - Gehirn und Persönlichkeit**
- **Geheimnis therapeutischer Wirkung**
- **Soziale Arbeit ist mehr als Beratung**
- **(Hypno)systemische Therapie und Beratung**
- **Theorie-Praxis Transfer der evidenzbasierten Praxisforschung**
- **Fragen und Diskussion**

# Einführende Gedanken

Gehirn und Persönlichkeit

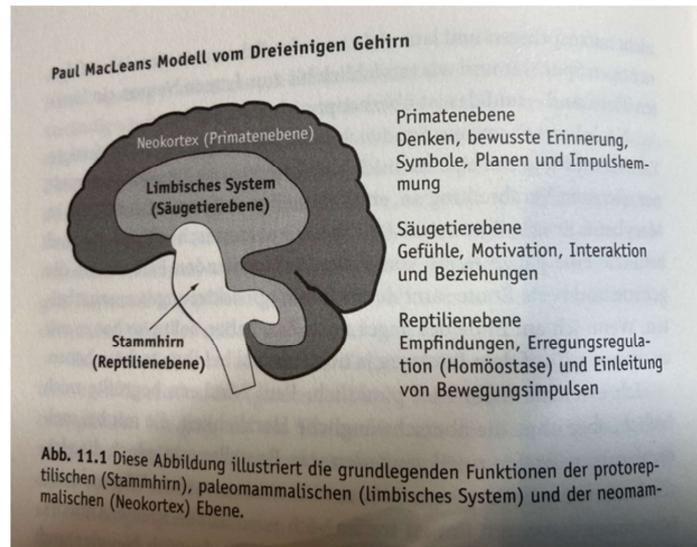
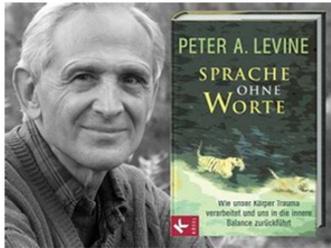


<https://www.ecosia.org/images?q=gehirn%20und%20pers%C3%B6nlichkeit#id=5DB23BC5A8331E318519FA75F85824537F7739A8>

Beschäftigen mit Gehirn und Persönlichkeit, zunächst durch die Begleitung von Menschen mit Epilepsie und dann Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen/ neurologischen Erkrankungen.

Trotz aller besonderen Verhaltensweisen war es zunächst eine Grunderkrankung des Gehirns, die aber gerade bei symptomatischer Epilepsie wie z.B. durch eine Meningitis im frühen Lebensalter einen besonderen Einfluss auf die Persönlichkeitsentwicklung hat. Deshalb ist eine psychiatrische Komorbidität verkürzt gedacht.

## Einführende Gedanken Das dreieinige Gehirn



Levine 2010: 314

Evolution Gehirn – Paul MacLeans Modell vom Dreieinigen Gehirn – Drei Gehirne, ein Geist

### Bezug zur Traumatherapie – Peter A. Levine – Sprache ohne Worte

Trotz aller besonderen Verhaltensweisen war es zunächst eine Grunderkrankung des Gehirns, die aber gerade bei symptomatischer Epilepsie wie z.B. durch eine Meningitis im frühen Lebensalter einen besonderen Einfluss auf die Persönlichkeitsentwicklung hat. Deshalb ist eine psychiatrische Komorbidität verkürzt gedacht.

Kontext meines Lernens in der Praxis mit Mitarbeiter:innen und Klient:innen als Lernfeld – Fragestellung: Gibt es eine Wirkung unserer Arbeit in der psychosozialen Unterstützung im Rahmen unseres Angebotes

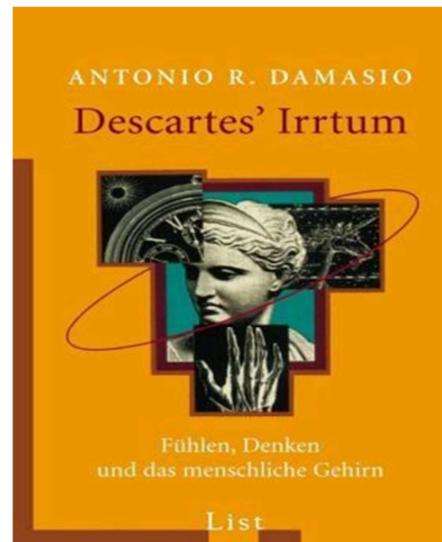


# Einführende Gedanken

Descartes Irrtum

„Jeder Mensch erlebt in sich ohne zu philosophieren – schlicht durch das Wissen, dass er eine Person ist, die sowohl über einen Leib als auch die Fähigkeit zu denken verfügt, welche derart gestaltet sind, dass das Denken den Leib bewegen und wahrnehmen kann, was mit dem Leib geschieht“

(Äbtlissin Elisabeth von der Pfalz in Nijenhuis 2016: 199)



In der klassischen Psychosomatik ging es ja um die Frage, ob psychologische Faktoren eine schädigende Wirkung auf körperliche Vorgänge haben. Konnte dies empirisch halbwegs plausibel gemacht werden, sprach man von psychosomatischen Erkrankungen. Dieses Psychogenese-Modell ist im Lichte der biopsychosozialen Theorie allerdings obsolet. Hier gilt nämlich, dass bei jedem Krankheitsprozess psycho-soziale Faktoren als potenzielle Einflussgrößen zu kalkulieren sind.

Die Frage lautet nunmehr: An welchen Punkten der Ätiopathogenese oder des Heilungsprozesses haben psycho-soziale Faktoren einen wie großen Einfluss – sind solche eventuell vernachlässigbar oder aber prozesssteuernd? Und in welchen Phasen des Krankheitsverlaufs zeigen psycho-soziale Variablen auf welche Weise ihre Wirkung?

Jedenfalls ist der bereits in die Laiensprache eingewanderte Begriff der „psychosomatischen Krankheiten“ nicht länger haltbar. Er suggeriert zwei Klassen von Krankheiten, nämlich psychosomatische und nicht-psychosomatische. Eine solche

Dichotomie ist auf der Basis des biopsychosozialen Modells weder logisch richtig noch wissenschaftlich nützlich (Egger 2005: 4, Psychologische Medizin Nummer 2).

Wenn man Egger weiter liest, z.B. Psychologische Medizin 2008 Nummer 2 Auf der psychosozialen Ebene bleibt Egger jedoch sehr psychologisch bzw. psychotherapeutisch.

**„Aus erkenntnistheoretischen Gründen sind hier zwei kritisch-aufklärerische Hinweise einzufügen. Zum einen ist das den „psychosomatischen“ und „biopsychosozialen“ Vorstellungen immer noch zugrunde liegende Leib-Seele-Problem mit der im Kern bestehenden ontologisch-dualistischen Aufspaltung (Descartes) zu nennen. Dabei handelt es sich, wie schon Max Planck 1946 feststellte, um ein „Scheinproblem der Wissenschaft“ (Ulrich 2006), weil von den Vertretern der dualistischen Theorie die Erkenntnisse der modernen Physik von der Nicht-Unabhängigkeit des Beobachterstandpunktes vom beobachteten Gegenstand oder Phänomen ignoriert wurden. Bei dem psychophysischen Problem handelt es sich vielmehr um eine Aspekt dualität (Mehrfachperspektive, nicht: Aspekt dualismus!) und um einen gespaltenen Umgang mit (in Anlehnung an Spinozas und Feuerbachs Einheitslehre) der Einheit des „Menschen in der Menschheit“ als naturphilosophisch-phänomenaler Gegenstand (Fuchs 2008; Jantzen 1987; Ulrich 1997). Der Begriff „Biomedizin“ und „Biopsychosoziale Medizin“ ist kritisch zu sehen, weil zu dem „Bios“ (Leben), der das lebendige Sein beschreibenden Biologie, von Anfang an Psychisches und Soziales gehören (Uexküll 1920). Das Suffix „Bio“ ist daher zutreffend besser als „somatisch“ zu begreifen“ (Zieger 2018: 73).**

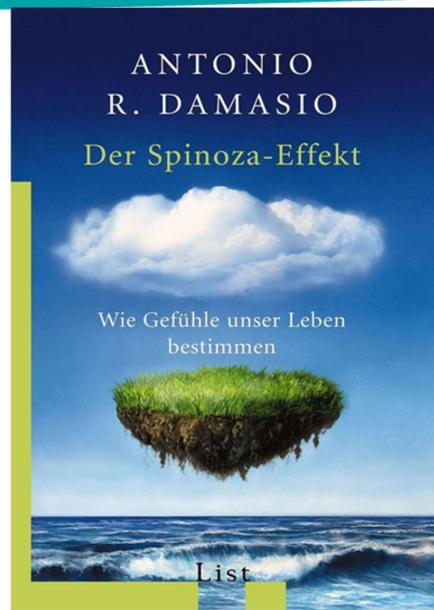
**„Eine integrierte und integrativ fundierte „humansynthetische“ oder „systemisch-ökologische“ Medizintheorie steht noch aus“ (Zieger 2018: 74).**

# Einführende Gedanken

Spinozas philosophischer Monismus - Der Mensch als Einheit

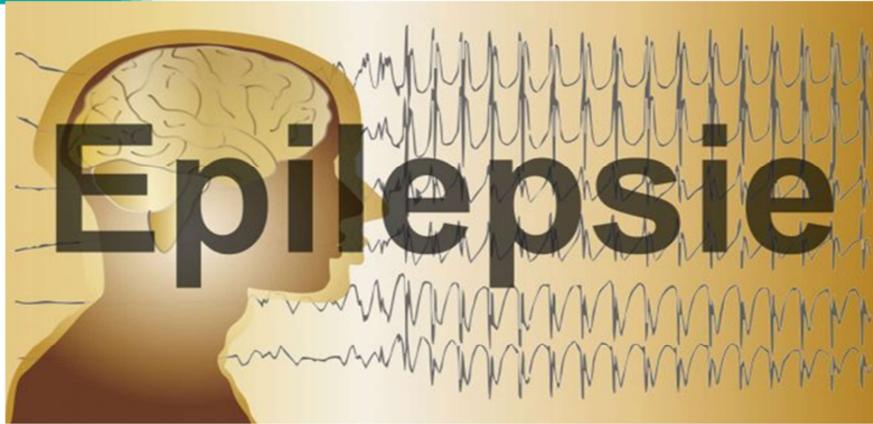
„Mit Spinozas eigenen Worten gesagt (Zweites Buch, Lehrsatz 7): „...folglich ist die denkende Substanz (der Geist) und die ausgedehnte Substanz (der Körper) nur ein und die selbe Substanz, welche bald unter dem einen (d.h. als geistige Zustände), bald unter dem anderen Attribut (d.h. als Körper einschließlich der Gehirnzustände begriffen wird“

(Nijenhuis 2016:214)



„Um die Probleme des philosophischen Materialismus/Physikalismus und des philosophischen Dualismus oder Descartes Fehler, wie der Neurologe Antonio Damasio (1994) es nannte, zu vermeiden, kann man gemeinsam mit Spinoza (1677/1996) von der metaphysischen Annahme ausgehen, dass Geist und Materie verschiedene Attribute einer Substanz sind. Mit Spinozas eigenen Worten gesagt (Zweites Buch, Lehrsatz 7): „...folglich ist die denkende Substanz (der Geist) und die ausgedehnte Substanz (der Körper) nur ein und die selbe Substanz, welche bald unter dem einen (d.h. als geistige Zustände), bald unter dem anderen Attribut (d.h. als Körper einschließlich der Gehirnzustände begriffen wird““ (Nijenhuis 2016: 214).

## Beispiel Meningitis im Kindesalter



<https://familiebeziehungtrauma.blogspot.com/2018/10/sicherheit-und-soziale-interaktion.html>

Fallbeispiel in Schöndienst, M. (2006): 134f

Martin Schöndienst – Psychosomatische Epileptologie – Anthropologische Medizin Weizsäcker, Dieter Janz (Epileptologe Charite Berlin), Peter Wolf (Epileptologe Klinik Mara in Bielefeld Bethel)

Zitat Kasuistik Martin Schöndienst:

„Die 19-jährige Gymnasiastin mit einer kryptogenen Epilepsie mit fokalen und generalisierten Zeichen ab dem 8. Lebensjahr, bei der sowohl Grand mal als auch Myoklonien als auch Absencen vorkamen, und mit dissoziativen Anfällen ab dem 16. Lebensjahr war unserer psychosomatischen Station zugewiesen worden, nachdem es auf anderen Stationen, trotz Einsatzes aufwendiger Video- und EEG-Diagnostik und trotz in der Anfallsbeobachtung

sehr geschulten Personals immer schwieriger geworden war, epileptische von pseudoepileptischen Anfällen zu unterscheiden. Wir lernten eine sehr begabte und auffassungsschnelle Patientin kennen, die uns zunächst überzeugte mit ihrer Auffassung, dass doch bei ihr „das Psychische keine Rolle spielt“ und sämtliche Behandlungsprobleme doch nur aus den epileptischen Anfällen, ferner erheblichen Darmproblemen sowie Schmerz- und Schwindelzuständen aller Art resultierten. Im Umgang vermochte uns die Patientin so lange an geradezu ansteckender Heiterkeit zu beteiligen, bis deutlich wurde, wie wenig ihre Heiterkeit ihrer inneren Gestimmtheit entsprach: Es handelte sich dabei vielmehr um ein parathymes

Phänomen und wechselte ab mit äußerster Bedrückung, dann wieder lässiger („Belle“) Indifferenz und streckenweise auch stummer Depressivität. Während die Patientin Andere ausgesprochen feinfühlig wahrzu S. 134

nehmen vermochte, kontrastierten hierzu ihre fast alexithym eingeschränkte Wahrnehmung *eigener* Affekte. Hatte man mit ihr hinsichtlich eines Behandlungsschrittes gemeint, Übereinstimmung erzielt zu haben, war mit Sicherheit beim nächsten Termin von solcher Klärung nichts mehr erinnerlich, sodass sie durch dieses „Ungeschehenmachen“ immer wieder das Gefühl vermittelte, aufs Neue anfangen zu müssen und doch in Vergeblichkeit verhaftet zu bleiben.

Im Familiengespräch wurde erkennbar, wie die Eltern die Tochter immer wieder Wechselbädern von geradezu aufdringlicher Freundlichkeit und lärmender, beißender Aggressivität aussetzten. Es wurde ein komplexer familiärer Hintergrund aus Delinquenz, Abhängigkeitserkrankungen und entsprechender Beschaffungsvergehen deutlich, der begreiflich machte, warum bei der Patientin lange Strecken ihrer Kindheit einer umfassenden Amnesie unterlagen“ (Fallbeispiel in Schöndienst, M. (2006): 134f).

# Biografie, Identität zweites Leben

Identität, das neue Selbst



<https://www.ecosia.org/images?q=spirale#id=B23CE6C3C90E69CF2CF478679E0AB84E1C0F2215>

„Krankheit verbleibt in den (auto-)biographischen Thematisierungen nicht in der Erörterung des kranken Organs, sondern sie wird aus dem Kontext der Lebensgeschichte vorgestellt. Dies ist auch das erklärte Ziel Lurijas und er hat für sein Vorgehen den Begriff „romantische Wissenschaft“ geprägt und damit gezielt eine Abgrenzung zu den klassischen Ansätzen der Wissenschaften versucht. Er sieht es als eine wichtige Aufgabe an, den Reichtum der Lebenswelt zu bewahren und sie nicht auf Kosten einer abstrakten Allgemeingültigkeit im wissenschaftlichen Forschungsprozess zu zerstören. Für Wolfgang Jantzen bedeutet dieses „Aufsteigen des Erkenntnisprozesses im Konkreten“ die Möglichkeit sich vom Konzept des „abstrakten Menschen“ zu lösen. Die Abkehr von einer vom Einzelfall abstrahierten Allgemeingültigkeit und die Hinwendung zum konkreten Leben des Menschen, eben seiner Biographie, eröffnet damit eine wissenschaftsethische wie politische Dimension“ Andreas Hanses in Dieter Janz (Hrsg.) – Krankengeschichte – Biographie, Geschichte, Dokumentation; 1999; S. 105f

## Biografiearbeit

Laut Hanses kann Biografie kann „als eine dritte Ordnung hinter der Textur des Leiblichen und Seelischen aufgefasst werden (Hanses Andreas, Epilepsie als biografische Konstruktion“, S. 522, Donat Verlag, 1996)

So definiert Hanses Gesundheit „als eine (Wieder-)Aneignung von Lebensgeschichte, Lebenskompetenz und Lebensperspektive innerhalb sozialer Welten“ (ebd.). Es kann „dieselbe Krankheit“ sozusagen auf ganz verschiedenartige Weise zustande kommen, wenn ihre „biografischen Faktoren“ näher ins Auge fasst“ (ebd.).

Hanses führt weiter aus: „Die Dichotomie eines am Symptom orientierten Krankheitsbegriffes und ein durch das Fehlen dieser spezifischen Störung abgeleitetes Gesundheitsverständnis bleibt nicht aufrechtzuerhalten. Krankheit und Gesundheit sind vielmehr in die Lebensgeschichte integrierte Prozesse. Damit ist eine klare Trennungslinie zwischen einer eindeutigen Gesundheit gegenüber der Manifestation von epileptischen Anfällen nicht mehr zu ziehen. Kranksein und Gesundwerden greifen in einer komplexen Art und Weise ineinander und gehen aus diesem Wechselverhältnis hervor. Die Diskussion um eine optimale Behandlung darf nicht in der Analyse von epileptogenen Prozessen im Gehirn, der Art und Weise der Anfallsmanifestation und der besten darauf abgestimmten Medikation stehen bleiben. Die begrenzte Analyse auf ein epileptisches Neuron muss durch eine Betrachtung des biografischen erweitert werden. Die Bedeutung der Biografie wird mit Blick auf die Gesundungspotenziale noch deutlicher. Die Epilepsie als biografisches Konstrukt zu diskutieren, zeigt unweigerlich die Notwendigkeit nach sich, auch die Prozesse einer Gesundwerdung aus der Bewegung des Subjekts zu rekapitulieren“ (ebd. S. 543).

„Das gelebte Leben und das erzählte Leben erweisen sich möglicherweise als konträre Realitäten“ .. Verschärft wird dieses Problem durch die Tatsache, dass die biographische Erzählung immer durch die Gegenwartsperspektive maßgeblich bestimmt wird“. ebd.S. 106

Viktor von Weizsäcker „Es ist die Behauptung, dass nicht das Gelebte Leben, sondern das Ungelebte allein wirksam ist, und zwar nicht das Mögliche, sondern das Unmögliche verwirklicht wird – sowohl im kranken wie im nichtkranken Lebensgeschehen. Ja, ich behaupte, dass dies allein der Begriff von Wirkung ist, in welchem der Unterscheid von krank und gesund verschwindet, aufgehoben und überflüssig wird“. Und er fährt fort“...die Krankheit soll, und zwar ausschließlich, als das Wirksame des Ungelebten und als Verwirklichung des Unmöglichen eingesehen werden. Eine richtige Biographie kommt nur zustande, wenn sie im Sinne dieser Geschichtsauffassung aufgestellt wird“. ebd S. 113

„Mit der Biographik Weizsäckers wird programmatisch die Möglichkeit geschaffen über die Krankheit zum kranken Menschen vorzustoßen. Die Fragen „warum gerade jetzt“ und „warum gerade hier“ stehen im Vordergrund, das „Wann“, das „Wo“, das „Was“ und das „Warum“ werden erörtert“. Ebd S. 114

„Auch Prozesse biographischer Konsolidierung und Gesundung zeichneten sich weniger als Ausdruck professioneller Hilfe ab, sondern vielmehr als die Fähigkeit die eigene Biographie neu zu deuten und damit eine neue biographische Positionsbestimmung auszumachen und neue lebensgeschichtliche Entwürfe und Handlungskontexte auszuloten“. Ebd. 115

„Das Drama dieser Biographie ist, dass es zwar ein „gelebtes Leben“ erzählerisch wieder gegeben wird, aber nicht in ein „erlebtes Leben“ transformiert werden kann“ ..Es fehlt die Erfahrungsbildung und Positionierung (Deutung) zum eigenen Leben...

„Damit erweitert sich die Perspektive über die Analyse biographischer kognitiver Deutungsmuster auf den Bereich des Emotionalen. Das (Leib-)Erleben avanciert zum entscheidenden Grundstein eines der Betroffenheit fähigen Subjektseins“. ...„Im „Leibsein“ ist immer gleichzeitig auch schon einem interpretierten „In der Welt sein“

geschuldet, somit auch Ausdruck sozialer Deutungsmuster und persönlicher Reflexivität“. Ebd. S. 117

Anthropologische Medizin macht darauf aufmerksam, „dass Leben nicht nur „gehandhabt“ und bewältigt wird, sondern dem Menschen auch wiederfährt, also auch erlitten wird“.

„Die von Weizsäcker beschriebenen fünf pathischen Kategorien des „Könnens“, „Wollens“, „Müssens“, „Sollens“ und „Dürfens“ – das pathische Pentagramm – eröffnet darüber hinaus einen Zugang zum Erleben und den biographischen Gestimmtheiten der Menschen. Sie können als ein theoretisches, sensibilisierendes Konzept in eine biographische Analyse erkrankter Menschen sinnvoll eingebracht werden.

„Dabei ist zu bedenken, dass dieses Pathische immer auf die Seite des Noch-Nicht-Gewordenen verweist. Ein Wollen, Sollen und Können weisen darauf hin, dass eben dieses Gewollte, Gesollte und eigentlich Gekonnten gerade noch nicht sind und von hier aus als offener und einzulösender Horizont im biographischen Prozess wirken“. Ebd. S. 119

Biographik in der Medizin ist nicht etwas Randständiges laut Andreas Hanses und zitiert Viktor von Weizsäcker:

„Aus allen diesen Gründen ist die Biographik kein wünschenswerter Zusatz (...). Man kann das auch so ausdrücken: weil das Wesen der Krankheit nur ein biographisches ist, darum kann auch die Erkenntnis der Krankheit immer nur eine biographische sein“. Ebd. S. 120

Hanes, Andreas, Epilepsie als biografische Konstruktion“ Donat Verlag, 1996

# Erlittene Hirnschädigung



J. Bauer konstatiert für die Arbeitsgemeinschaft Rehabilitation und Nachsorge nach Schädelhirnverletzung: „**Die Grundproblematik der neurologischen betroffenen Menschen besteht darin, dass das Gehirn als zentrales Steuerungsorgan und als Regulationsort geschädigt ist. Die Komplexität der Hirnschädigung bedingt kognitive, affektive Störungen wie Gedächtnis-, Aufmerksamkeits- und Exekutivleistungen sowie Wahrnehmungsstörungen, Anpassungsstörungen, Störung der Selbstregulation und auch eine psychophysische Minderbelastung. Diese komplexen Beeinträchtigungen der Hirnleistungen begründen Besonderheiten in der Rehabilitation und Nachsorge der Menschen mit Hirnverletzung und erfordert ein Fallmanagement, nämlich ein Konzept der Langzeitrehabilitation und somit eine Nachsorgesteuerung**“ (J. Baur in Ebert et al; 2009; S. 9).

Christine Gérard, Neuropsychologin konstatiert:

- Gedächtnistraining mit Computerprogrammen kann zu Verbesserungen im Test führen, die aber im Alltag nicht zu erkennen sind.
- Eine Verbesserung der Orientierung kein Ausdruck einer insgesamt verbesserten Orientierung ist. Es werde aber davon ausgegangen, da es unserer Vorstellung vom „normalen“ lernen entspricht.
- Angehörige und Therapeuten gingen von unserer Art des

Denkens und Erlebens aus und es werde sich gewundert, wenn unsere Maßnahmen bei dieser Klientel nicht funktioniert. Dies führe dazu, dass manchem Patient fälschlicherweise mangelnder Wille oder Faulheit unterstellt werde (Gérard; 2011 S. 6):

- „Ich habe dich doch vorhin noch daran erinnert!“ (Bei Merkfähigkeitsstörung)
- Ich habe dir das verboten, das weißt du, warum tust du es dann trotzdem?“ (bei Persönlichkeitsveränderung durch Frontalhirnschädigung)
- „Der Weg zu meinem Zimmer ist doch ganz einfach zu finden!“ (bei Wahrnehmungsstörungen)
- Schau doch hier auf das Bild, dann kannst du das doch ganz einfach nachbauen!“ (bei konstruktiver Apraxie)
- „Ich habe es dir doch erklärt.“ (bei aphasischen Patienten)
- „Beeil dich doch“ (bei verlangsamten Patienten)
- „Tu doch endlich mal etwas“ (bei Antriebsstörungen) (ebd. S. 6)
- Erst die systemische Sichtweise hat „mir wirklich den Weg in eine andere Welt – nämlich die der Hirngeschädigten geöffnet.
- „Christiane Gérard schlägt vor, dass die Betreuungspersonen sich in die Perspektive des einzelnen Patienten hineinbegeben, aus der sich möglicherweise, „eine andere Weltsicht“ ergibt. Diese sollte erst einmal ernst genommen werden und nicht vorweg an einer irgendetwie gearteten „Objektivität“, die ja nur die eine mögliche Sichtweise des Beobachters ist, gemessen werden. Dem liegt die Unterscheidung zwischen der Außenperspektive des Beobachters und die Innenperspektive des Patienten zugrunde. Dessen Wahrnehmung wird aufgefasst als die subjektive Konstruktion des Patienten, seine eigene Wirklichkeit, sowie auch jede Wahrnehmung des Beobachters durch dessen Konstruktion beeinflusst wird. (Geleitwort Franz Dick in Gérard; 2011; S. 3)

# Geheimnis therapeutischer Wirkung



**Hain: Empathie, Humor, Intensiver Einsatz für Klient\*inne – Leidenschaft und innere Überzeugung, Veränderungsoptimismus, Transparenz, Glaubwürdigkeit, Authentizität – S. 168f**

**S. 172ff: Neugierde, Pioniergeist und Rebellion, Lernfähigkeit**

**176 – Leidenschaftliches Engagement, Beziehungsbereitschaft, Ehrgeiz, Verbindlichkeit, transparente Veränderungsabsicht des Theapeuten,**

**Die Intensität, mit der Klienten die therapeutische Situation subjektiv erleben, steht in direktem Zusammenhang zum Erfolg ihrer Therapie!**

**144**

**Nicht nur schweigend zuzuhören, sondern sich als Therapeut persönlich einzubringen**

Wirkprinzipien nach Grawe

- Ressourcenaktivierung
- Problemaktualisierung
- *aktive Hilfe zur Problembewältigung (Netzwerkorientiert)*
- Klärungsperspektive von Interventionen

Die Orientierung an Grawe bietet sich an, da er therapeutische Wirkprinzipien in der Psychotherapie erforscht hat (vgl. 1994, 1995).

vier Wirkfaktoren

### **Ressourcenaktivierung**

positive Möglichkeiten, Eigenarten, Fähigkeiten und Motivationen einer Person genutzt werden, um sich mit Ressourcen als selbstwirksam erleben zu können  
individuelle Passung der therapeutischen Intervention ist Voraussetzung  
Therapeut, nach Grawe sollte dabei vom Patienten als unterstützend, aufbauend und selbstwertstärkend erfahren werden (vgl. 1994; 1995: 135).

**Problemaktualisierung** „Was verändert werden soll, muss in der Therapie real erlebt werden.“ (Grawe 1995: 136)

Methode Arbeit in Gruppen oder Paartherapien des psychotherapeutischen Alltags, mit dem Patienten und seinen Angehörigen gemeinsam zu planen und umzusetzen, diese in Abständen Revue passieren zu lassen und neu zu modifizieren

**aktive Hilfe zur Problembewältigung**, die in der sozialen Arbeit über den therapeutischen Rahmen hinaus auch die Netzwerke einer Person und die strukturellen Rahmenbedingungen einschließt. „Bewältigungsarbeit“ (Grawe 1994; 1995: 138). Diese findet auf Mikro-, Meso- und Makroebene statt

**Klärungsperspektive von Interventionen**, die dem Patienten hilft, die Bedeutung seiner Ziele und Werte (Bedürfnisse) und seines diesbezüglichen Erlebens und Verhaltens (Handeln) selbst deuten zu können, also sich seiner Motivationen bewusst zu werden

# Klinisches Case Management

*Tabelle 1.* Faktoren, die in die Effektivität aller Psychotherapeutischen Interventionen eingehen.

<i>Faktor</i>	<i>% der Varianz in den Effekten</i>
Patientenmerkmale und Soziale Faktoren (extratherapeutische Variablen)	40
Therapeut-Patient-Beziehung (Beziehungsvariable)	30
Hoffnungen und Erwartungen des Patienten (Einstellungsvariablen)	15
Therapeutische Techniken (Interventionsvariablen)	15
<i>Gesamt</i>	<i>100</i>

Kusch, M. Kanth. E. 2006:19

Kusch, M. & Kanth, E. (2006). Klinisches Case Management für Psychotherapeuten. Forum Psychotherapeutische Praxis, 6 (1), 13–30.

**Hain S. 168: Aussagen aus seinen Interviews bestätigen die Aussagen und Auswertungen empirischer und qualitativer Studien, wie sie zum Beispiel von Miller, Duncan und Hubble (2000) zusammengefasst und interpretiert wurden, die der „therapeutischen“ Beziehung“ mit mindestens dreißig % eine doppelt so hohen Anteil am Therapieerfolg attestieren als den Kategorien „therapeutische Techniken“ und Erwartungshaltung/Plazepoeffekt“ mit jeweils 15 Prozent.**

**Therapie sollte vom Klienten nie als Routine oder Geschäft erfahren werden.“ Eine Voraussetzung für den therapeutischen Erfolg sei es im Gegenteil, dass für den Patienten die aus dieser echten Sorge und Verpflichtung resultierende emotionale Nahrung im Kontext der Therapie auch spürbar werde. 180**

# Soziale Arbeit ist anspruchsvoller als Therapie

2 x 2 = grün – die Vielfalt systemischer Sozialarbeit

## Sozialarbeit ist anspruchsvoller als Therapie

Johannes Herwig-Lempp & Ludger Kühling

<https://www.dgsf.org/service/wissensportal/Sozialarbeit%20ist%20anspruchsvoller%20als%20Therapie%20-2012.pdf>

<https://www.dgsf.org/aktuell/service/wissensportal/Ist%20es%20nuetzlich-%20Soziale%20Arbeit%20als%20anspruchsvoller%20als%20Psychotherapie%20zu%20bezeichnen%20-2012.pdf>



### **Soziale Arbeit ist mehr als beraten, anspruchsvoller –**

- 1. Auftragslagen in der Sozialen Arbeit sind komplexer als in der Therapie.**
- 2. Austauschkonstellationen (kommunikative) sind in der Sozialen Arbeit vielfältiger als in der Therapie.**
- 3. Allparteilichkeit ist in der Sozialen Arbeit schwieriger zu praktizieren als in der Therapie.**
- 4. Ambivalenzen bzgl. angestrebter Ziele und Problemlösungen sind in Kontexten der Sozialen Arbeit präsenter als in der Therapie.**
- 5. Anerkennung von fremden Umgebungen ist in der Sozialen Arbeit anspruchsvoller als in der Therapie. Herwig-Lempp und Kühling (2012, S. 52 f)**
- 6. Ablenkungen sind in der Sozialen Arbeit facettenreicher als in der Therapie.**
- 7. Außenweltprobleme sind in der Sozialen Arbeit drängender als in der Therapie.**

**Beushausen ergänzt diese durch 6 Thesen wie z.B. Aushalten von sehr schwierigen Lagen von Klient:innen, Vielfältigkeit der Handlungsarten, die behandeln als ein Tätigkeitsfeld, am Beispiel Suchtkrankenhilfe mit Sozialarbeitern mit Zusatzausbildung, wird die**

**Tätigkeit bei der Rentenversicherung als Rehabilitationsmaßnahme bezeichnet, in einem anderen Kontext wird es bei Psychotherapeuten als Psychotherapie bezeichnet (Beushausen 2012: 125)**

### **Handlungsarten der Sozialarbeit**

**Herwig-Lempp und Kühling (2012, S. 53 f) identifizieren und beschreiben sechs klientenbezogene Handlungsarten der Sozialen Arbeit:**

- 1. Beraten – Perspektivenerweiterung, Informationsvermittlung, Anleitung – in Form von Gesprächen, aber auch durch üben, trainieren etc.**
- 2. Verhandeln – die Moderation zwischen vielen Beteiligten, die Mediation zwischen unterschiedlichen Interessen sowie das Aus- und Verhandeln.**
- 3. Eingreifen – kontrollierendes und intervenierendes Handeln gegen den Willen der Betroffenen zum Schutz und zur Gefahrenabwehr.**
- 4. Vertreten – verantwortliches Handeln, stellvertretend für Klienten und Organisationen.**
- 5. Beschaffen – die Versorgung von Klienten, Gütern und Leistungen.**
- 6. Da-sein – das Anwesend sein, das Begleiten und zur Verfügung stehen, ohne unmittelbar eine Veränderung angestrebt wird.**

### **Von der inter- zur transdisziplinären Zusammenarbeit**

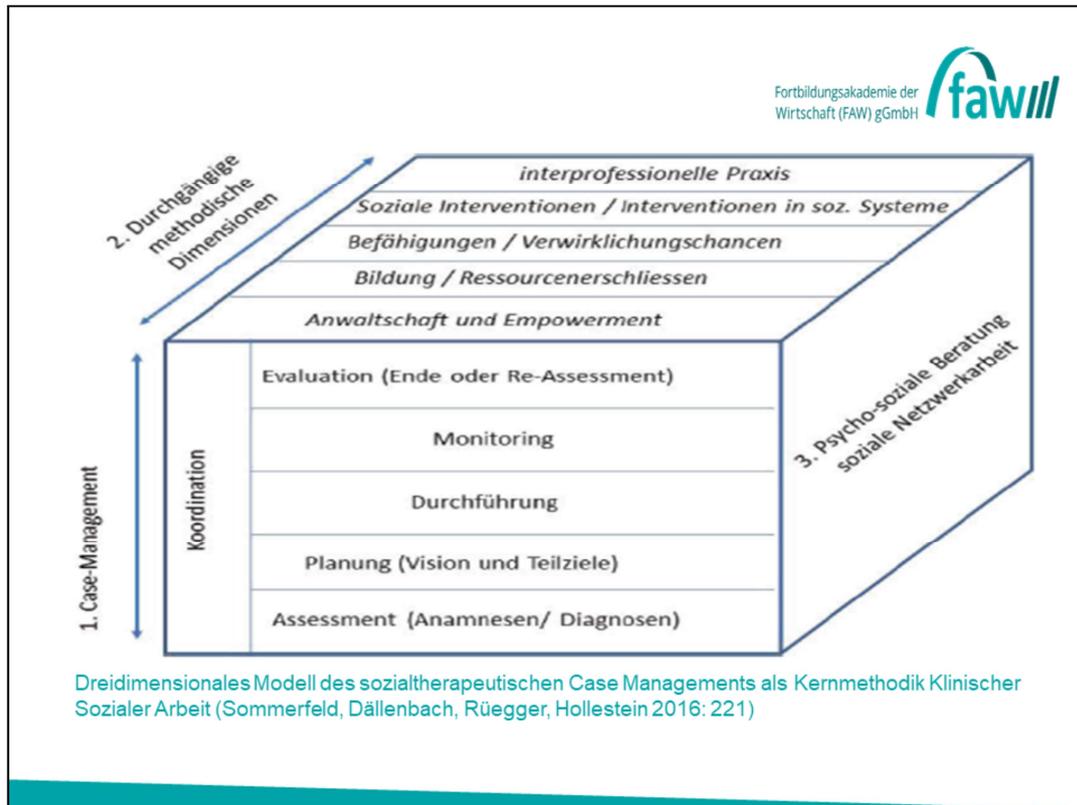
- **In ähnlicher Weise lässt sich die Soziale Arbeit als die Königsdisziplin im psychosozialen Feld betrachten: SozialarbeiterInnen verfügen über ein reichhaltiges Wissen, vielfältige Kenntnisse und ein umfangreiches Methodenrepertoire, das sich an vielen Punkten mit anderen Disziplinen und Professionen überschneidet, wenn auch nicht an allen. Die Besonderheit der Profession Soziale Arbeit liegt gerade in der teilweisen Überschneidung. Statt von der Königsdisziplin könnte man auch etwas nüchterner (und in systemischer Sprache) von einer Profession 2. Ordnung sprechen, deren besondere Stärke gerade darin liegt, dass sie (neben eigenen Aufgabenfeldern) auch eine Meta-Ebene zu den anderen Disziplinen und Berufen einnimmt.**

Johannes Herwig-Lempp & Ludger Kühling; ZSTB — Jg. 30 (2) — April 2012 — (S. 51 –56)

- **Petzold (2011) hat zu dieser Thematik wichtige Arbeiten geleistet. Er hat Grundlagen einer transdisziplinären Wissenschaft entwickelt, die in Korespondenz (Petzold) zu anderen Wissenschaften steht, durch Ko-respondieren in Begegnung, Respekt und Auseinandersetzung Kooperation ermöglicht und den Boden für eine evidenzbasierte Psychosoziale Arbeit bildet.**

- **Auch die Klinischen Sozialarbeiter der USA treten selbstbewusster auf, wenn sie ihre Dienste als „Therapy plus“ (Geißler-Piltz u.a. 2005, 140) bezeichnen. Für mich ist die Frage „wer ist anspruchsvoller“ im Kontext einer ernst genommenen Interdisziplinarität und eines bio-psycho-sozialen Konzeptes nicht eine Frage von „wer ist mehr oder weniger anspruchsvoll“. Dies wäre nach**

Bateson (vgl. Orthey 2008) eine Antwort auf der Ebene der Veränderung erster Ordnung, in der es in diesem Fall um eine Änderung von Rangfolgen oder Hierarchien geht. Auf der Ebene der Veränderung zweiter Ordnung geht es um einen „Sprung“, einen Qualitätssprung, um eine neue Kultur in der Zusammenarbeit. Diese Veränderungen beziehen sich auf die Systemebenen Person, Kommunikationssysteme und auf das organisationale System (vgl. Orthey 2008). Es geht dann nicht um ein mehr, sondern um ein miteinander in einer anderen Qualität, in der einzelne Berufsgruppen durchaus ihre Schwerpunkte haben. Solch ein Sprung benötigt jedoch gegenseitige Wertschätzung und dies drückt sich auch finanziell aus. Um diesen Sprung zu erreichen, hat die Sozialarbeit ihren Anteil in einer besseren Professionalität, mehr Selbstbewusstsein und mehr Konfliktbereitschaft zu leisten. Gefordert sind Transdisziplinarität und respektvolle Zusammenarbeit und kein Schulen- und Berufsgruppenstreit, jedoch flexible klinische Orientierungen und differentielle Vorgehensweisen. Fokussiert werden soll, was wirkt und im speziellen Fall „passt“. Dies wird im Regelfall ein Bündel von psychischen und sozialen Interventionen sein. Jürgen Beushausen; ZSTB — Jg. 30 (3) — Juli 2012 — (S. 121 – 128)



Beratung und Therapie als ein Baustein wird in dem dreidimensionalen Modell gut ersichtlich

- (a) das große Spektrum an unterschiedlichen sozialen Unterstützungsangeboten, wie die Erschließung materieller und finanzieller Hilfen (insbesondere nach SGB), die Bereitstellung von Informationen, lebenspraktische Unterstützungen, Beziehungsangebote, Krisenintervention etc.;
- (b) die selbstverständliche Einbindung der Mitglieder verschiedener sozialer Netze (Familienangehörige, FreundInnen, KollegInnen etc.) in Hilfeprozesse und die Aktivierung deren Potenzials an sozialer Unterstützung;
- (c) die niedrigschwelligen, alltagsnahen Hilfeangebote durch das Aufsuchen, Beraten, Begleiten und Betreuen von Menschen mit sozialen Problemen in deren Alltags- und Lebenswelt (Hausbesuche, Streetwork);
- (d) das aktive Angehen (sich kümmern um, sich einmischen in) sozialer Probleme und das Begleiten von KlientInnen (zum Amt, Jobcenter, Gericht, zur ärztlichen Praxis etc.);
- (e) das Nachgehen bei Menschen mit gravierenden sozialen Problemen, wenn diese nicht oder nur schlecht in der Lage sind, sich auf Hilfeprozesse einzulassen, und Gefahr besteht, dass sich ihre Situation dramatischverschlechtern könnte (etwa bei schwer zu erreichenden KlientInnen im Sinne von »Hard to reach«);
- (f) die besonders schwierig zu gestaltenden sozialen Hilfeleistungen in Zwangskontexten (z. B. Jugend-, Gesundheitsamt, Strafvollzug);
- (g) die langfristige Begleitung und Betreuung von Menschen, etwa in der ambulanten Einzelfall- oder Familienhilfe und in stationären Einrichtungen, aber auch in Form

**rechtlicher Betreuungen nach § 1896 BGB;**

- (h) die Vertretung der Bedürfnisse und Interessen von Menschen, die ihre Rechte nicht oder nur schwer selber vertreten und durchsetzen können;**
- (i) Der selbstverständliche professionelle »Blick über den Tellerrand«, also die Wahrnehmung psychischer und somatischer Problemanteile und bei Bedarf die Weiterleitung von KlientInnen in dafür geeignete Hilfebereiche (Medizin, Psychotherapie etc.) bzw. die selbstverständliche Kooperation mit VertreterInnen anderer Berufsgruppen (Ortmann, Röh 2017: 6).**

**Dorfman (1996)** hat schon vor vielen Jahren auf die direkten Interventionen und die **Rollenvielfalt der klinischen SozialarbeiterInnen aufmerksam gemacht. Sie sieht diese als »Broker, Advocate, Educator, Enabler, Case Manager, Counselor, Consultant und Researcher/Evaluator« (S. 41-46).** Ein weiterer – nicht unerheblicher – Unterschied zur systemischen Psychotherapie besteht darin, dass SozialtherapeutInnen nicht nur die betreffende Person (in ihrem System oder ihren Systemen) mit ihren Problemlagen in ihrer Lebenssituation in den Blick nehmen, sondern auch die soziale Umwelt in Interventionen einbeziehen. Es könnte geradezu das Kennzeichen der Sozialtherapie drin, dass sie einerseits die Person (das System) in ihren

Lebensführungskompetenzen stärken und befähigen will, andererseits aber genauso die Umfeldvariablen dieser Lebensführung, z. B. die Wohn- oder Beziehungsfaktoren, bearbeitet und soziale Ressourcen in den sozialen Netzwerken, der sozialen Infrastruktur und der Zivilgesellschaft erschließt (Ortmann & Röh, 2014). (Ortmann, Röh 2017: 8).

# Klinische Soziale Arbeit ist mehr als Beratung

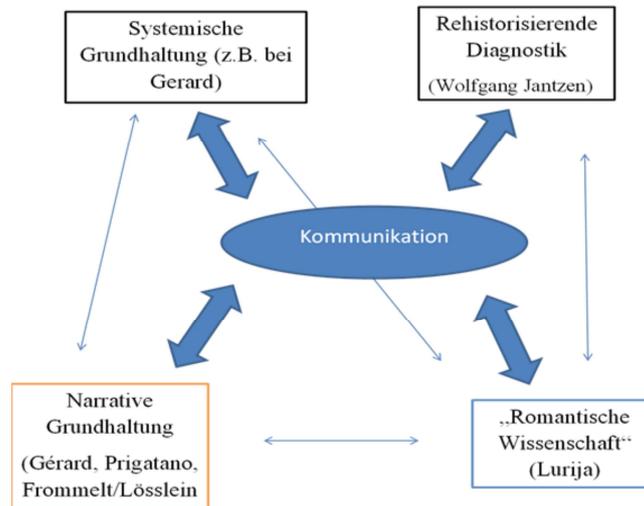
Sie ist aber auch Beratung



[https://1.bp.blogspot.com/-u7nJfrzEtis/VXfJG9bUb9I/AAAAAAAAABKk/r\\_pxUJEJ\\_gg/s1600/Pflege\\_cartoon\\_003.jpg](https://1.bp.blogspot.com/-u7nJfrzEtis/VXfJG9bUb9I/AAAAAAAAABKk/r_pxUJEJ_gg/s1600/Pflege_cartoon_003.jpg)

**So stehen wir erst am Anfang der Entwicklung sozialtherapeutischer Praxeologien und müssen ganz konkrete Fragen klären: Ist es therapeutisch, wenn ein(e) SozialtherapeutIn eine(n) KlientIn als Unterstützung zum Jobcenter begleitet, weil ein Bescheid Fragen aufwirft, die der/die KlientIn sich dort nicht zu stellen traut, was wiederum für ihn/sie einen enormen Stress auslöst, der wiederum in eine psychische Krise führt? Ist es therapeutisch, wenn ein(e) SozialtherapeutIn Hausbesuche macht, um mit einem/einer KlientIn an der Gestaltung seines/ihres Wohnraums und seiner/ihrer sozialen Beziehungen zu arbeiten, wenn diese(r) immer wieder von den FreundInnen, mit denen er/sie in der Wohnung trinkt, ausgenutzt wird? Darf er/sie bei der Formulierung eines Widerspruchs oder bei einem Antrag auf Grundsicherung behilflich sein, und wenn ja, was ist daran therapeutisch? Wie unterscheidet sich Sozialtherapie von der nicht-therapeutischen Sozialarbeit? (Ortmann, Röh 2017: 8).**

# Narrativ – Kommunikative Grundhaltung



## Rehistorisierende Diagnostik

In der Arbeit mit komplex traumatisierten Menschen mit zum Teil erheblich herausforderndem Verhalten ist die rehistorisierende Diagnostik im Sinne einer verstehenden Diagnostik hilfreich.

Wolfgang Jantzen entwickelt seine Theorie des Diagnostizierens auf der Basis von A.R. Lurija entwickelten Methode Syndromanalyse

Lurija bezeichnet die Rekonstruktion des Einflusses der Erkrankung auf die Persönlichkeit als Romantische Wissenschaft.

Dieses Konzept meint eine genaue Diagnostik der Symptome und der daraus einhergehenden Syndromanalyse.

Es geht um die gemeinsame Suche der Ursachen bisher unverstandener Verhaltensweisen durch z.B. medizinische, neuropsychologisches, neurobiologisches und entwicklungspsychologische Syndromanalyse und biographisches Erzählen zur Förderung der Verstehbarkeit der Krankheit.

„Systemlogisches Verhalten“

Das biografische Verstehen fördert ein Verständnis für die besonderen Verhaltensweisen

So kann Verhalten und Persönlichkeit getrennt werden

Von der Salutogenese wissen wir, dass das Verstehen wichtig für unsere Gesundheit ist, insbesondere für unsere eigene Gesundheit

Martin Buber: „der Mensch wird am Du zum Ich“

Störung des Dialogs durch z.B. die Hirnschädigung

## **Neuropädagogik (Andreas Zieger 1991)**

„Die Frage, die die Pädagogik mit der Neurowissenschaft verbindet ist: Wie lässt sich die Arbeit Gehirns, das unser Verhalten und unsere Gefühle, das Gedächtnis und die Denktätigkeit als die „natürliche Intelligenz“ des Menschen hervorbringt und steuert, durch erzieherisch-therapeutische Maßnahmen fördern und wiederherstellen?“ (Zieger S. 4)

„als synthetisches neues Konstrukt, das neurowissenschaftliche, naturwissenschaftliche und geisteswissenschaftliche Bezugssysteme als komplementäre Dimensionen versteht, integriert und in sich aufhebt“ (S. 5)

„Das Soziale bringt das Psychische auf der Grundlage des Biologischen als neue Dimension menschlicher Lebenstätigkeit und Existenz, im sozialen Kontext und in gesellschaftlichen Handlungsräumen, in Lern- und Unterrichtsprozessen hervor.

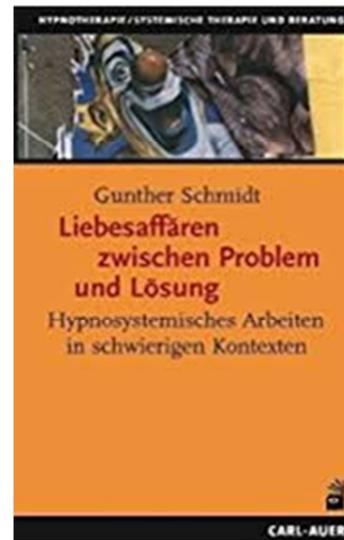
„Als komplexes Problem verlangt „Behinderung“ eine neue Methode: Interdisziplinarität, komplementäres Verständnis und Integration der einzelwissenschaftlichen Forschungsergebnisse und Erkenntnisse zu einem einheitlichen Konzept. Mit der zentralen Kategorie „Isolation“, d.h. jede Form von Trennung von Menschen aus dem natürlichen wie gesellschaftlichen Zusammenhang, lassen sich reduktionistische biologisierende wie auch psycho- oder soziologisierende Ansätze überwinden“ (S. 21)

„Dieser Neuansatz ist geeignet, das reduktionistische defektmedizinische Modell durch eine „humansynthetische“ Alternative abzulösen“ (S. 27)

Bezug zu Romantische Wissenschaft Alexander Lurija und Oliver Sacks, der auch von Lurija beeinflusst war.

„Der romantische Wissenschaftler lässt sich von genau entgegengesetzten Interessen, Einstellungen und Vorgehensweisen leiten. Er folgt nicht dem Weg des Reduktionismus, jener maßgeblichen Philosophie der klassischen Schule. Romantiker in der Wissenschaft haben weder das Bedürfnis, die lebendige Wirklichkeit in elementare Komponenten aufzuspalten, noch wollen sie den Reichtum der konkreten Lebensprozesse in abstrakten Modellen darstellen, die die Phänomene ihrer Eigenheiten entkleiden. Ihre wichtigste Aufgabe sehen sie darin, den Reichtum der Lebenswelt zu bewahren, und sie erstreben eine Wissenschaft, die sich dieses Reichtums annimmt“ (Lurija; 1993; S. 177).

# Hypnosystemische Therapie und Beratung



## Wichtige Aspekte systemischer Arbeit sind:

**Zirkularität:** statt Linear: Wirkungen wirken auf die Ursachen zurück und aus den Ursachen werden wieder Folgen (Bateson 1982). Eine Person „sei nicht so oder so sondern in ihr „Sosein“ wird verstanden als Teil eines Wechselwirkungsprozesses, einer Interaktion im systemischen Sinnzusammenhang“ (Schmidt; 2007; S. 21)

**Kommunikation:** Es wird das gesamte System betrachtet mit seinen zirkulären Prozessen, Wichtig ist das beobachten der Kommunikation im System unter Berücksichtigung „wer wie wann mit wem als zum relevanten System gehörend oder nicht dazugehörend betrachtet wird (System-Umwelt-Grenzen)“ (Schmidt; 2007; S. 21)

**Kontext:** „Alles gewinnt seine Bedeutung, seinen Sinn und seine Wirkung erst in seinem Sinnzusammenhang, seinem (ökosystemischen Kontext)“ (Schmidt; 2007; S. 21). Zuschreibungen ob etwas als zum Beispiel gesund oder krank angesehen wird hängt ausschließlich vom Kontextrahmen ab (Schmidt; 2007; S. 21). „Deshalb ist es für kompetenzorientiertes systemisches Arbeiten von überragender Bedeutung, dass die relevanten Beobachter alle Phänomene in Zusammenhang stellen, dass sichtbar werden kann, wofür (z.B. für

welche Ziele, für welche Situationen) ein bestimmtes Verhalten überhaupt als Kompetenz verstanden werden könnte (Prinzip der Kontextualisierung und der Utilisation)" (Schmidt; 2007; S. 22).

**Konstruierte „Wirklichkeit“** (=wirksames Erleben): Wirklichkeit wird durch die Art und Weise wie etwas von etwas anderem bewertet wird, wie es bezeichnet wird, wie es erklärt wird und wie es bewertet wird, konstruiert. (Schmidt; 2007; S. 23)

**Muster und Regeln:** Dies sind in einem System inhärente Wirklichkeitskonstruktionen die durch miteinander gekoppelte Beiträge sich regelhaft wiederholen. Typische „Bausteine“ solcher Muster sind z.B. die Art, wie ein Phänomen beschrieben wird, wie ihm Bedeutung gegeben wird, z.B. durch Erklärungen, Bewertungen, Schlussfolgerungen, welche Lösungsversuche daraus abgeleitet werden und welche Reaktionen darauf wieder gewählt werden, welches Verhalten, welche emotionale Reaktion usw. Dies sind Ebenen der Musterbildung, die auch in den interaktionellen Austausch einfließen.“ (Schmidt; 2007; S. 23)

Diese nennt Gunther Schmidt Makromuster. Gleichzeitig läuft aber immer im internalen Erlebnissystem der Beteiligten eine Vielzahl von Prozessen ab, auch in regelhafter Weise, die Schmidt Mikromuster nennt (Schmidt; 2007; S. 23).

**Gunther Schmidt hat den Begriff „hypnosystemisch“ um das Jahr 1980 vorgeschlagen um ein Modell zu charakterisieren, das systemische Ansätze „mit den Modellen der kompetenzaktivierenden Erickson´schen Hypno- und Psychotherapie zu einem konsistenten Integrationskonzept auszubauen“ (Schmidt; 2010; S. 7). Bevor ich nun näher auf die vorhandenen Gemeinsamkeiten eingehe, möchte ich zuerst kurz in einige von Gunther Schmidt dargestellten systemische Prämissen einführen.**

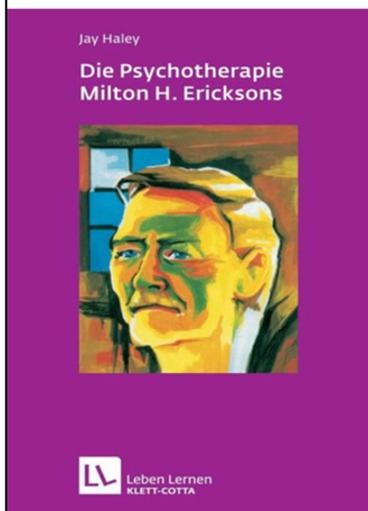
**Das menschliche Erleben und Verhalten ist immer eingebettet in ein Ökosystem. Dieses „umfasst zumindest den Organismus und die ganze biosoziale und physikalische Umgebung, d.h. Menschen, Tiere Pflanzen, geografische Faktoren usw. (Schmidt; 2010; S. 50). Dabei wird in Systemen deutlich auf die Wechselwirkungen fokussiert und nicht auf die inhärenten Eigenschaften von Elementen (Schmidt; 2010; S. 51). Diese Wechselwirkungen befolgen bestimmte Regeln, so wird angenommen, „dass die Regeln darauf ausgerichtet sind, das System dazu fähig zu machen und sein Bestehen auch ganz darauf auszurichten, sich in selbst organisierender Weise selbst zu reproduzieren (Schmidt; 2010; S. 51). Wichtiger Bezugspunkt ist hier die Theorie der Selbstorganisation lebender Systeme (Autopoiese von Maturana und Varela). Andere wichtige Metatheorien in der Entwicklung systemischer Konzepte sind „aus der Biologie und Medizin (von Bertalanffy, Cannon), der Kybernetik, der Physik, der Synergetik (Haken) u.a. Weitere wichtige Theorien sind der radikale Konstruktivismus (von Glaserfeld) und der Soziale Konstruktivismus (Gergen)“ (Schmidt; 2007; S. 18).**

## Die Botschaft entscheidet immer der Empfänger



Aus Vortrag Gunther Schmidt – Heinz von Förster – Biokybernetik – Wahrheit ist eine Erfindung eines Lügners – Vortrag in Heidelberg – Passage von Vortrag nicht verstanden – „Was hattest du gesagt“? – „Was ich gesagt habe“? – „keine Ahnung“ – „Wenn du mich fragen würdest, was ich sagen wollte, das kann ich dir genau sagen – wenn du mich fragst, was ich gesagt habe, muss ich dich fragen, denn Bedeutung und Wirkung einer Botschaft bestimmt immer der Empfänger, also muss ich offensichtlich Stuss geredet haben, sonst würdest du mich nicht so fragen“ – Annahme keine Ahnung ob man eine Intervention macht – in der Wirkung“ -

# Erickson'sche Hypnotherapie



<https://www.meg-hypnose.de/ueber-uns/milton-h-erickson>

Schmidt weist darauf hin, dass die systemisch-konstruktivistischen Beratungsmodelle und die Erickson'sche Hypnotherapie von ähnlichen oder teilweise von identischen Grundannahmen ausgehen:

- so werden in beiden Lebensprozesse aus Ausdruck von regelhaften Mustern beschrieben.
- „Beide verstehen lebende Systeme als sich selbstorganisierende, autopoietische Systeme (Schmidt; 2010; S. 8), auch wenn es diesen Begriff bei Erickson noch nicht gab.
- Beide gehen ganz allgemein davon aus, dass Änderung möglich ist. So heißt Veränderung allgemein ausgedrückt das Einführen von Unterschieden in regelhafte Muster. Aufgrund der Wechselwirkungen der verschiedenen Elemente von Mustern wirkt sich die Änderung einzelner Elemente auf das ganze System aus.
- Gunther Schmidt stellte in seiner Mitarbeit an Helm Stierlins „Abteilung für Familientherapie“ in der Entwicklung des dortigen systemischen Ansatzes fest, dass die Interventionen (wie z.B. positive Konnotation, Symptomverschreibung etc.) ihre Wurzeln in der Erickson'schen Hypnotherapie haben (Schmidt; 2010; S. 7ff).

Für Erickson liegt die größere Lernfähigkeit, die reichere Erfahrung im Unbewussten.

Ziel ist nicht das bewusst machen unbewusster Prozesse, **sondern der**

**Therapeut sollte eher so kommunizieren, dass auf unbewusster Ebene Neuorganisationsprozesse angeregt werden. So können „unbewusste Prozesse ohne Tranceinduktion angeregt werden“, es genügt eine „Reaktionsaufmerksamkeit“, das heißt, dass jemand irgendwie von einer Kommunikation angeregt wird“ und dies eine „Alltagstrance“ auslösen kann (Schmidt; 2005; S. 156).**

Schmidt nutzt die Erickson'schen Formen indirekter Suggestion, bei denen **„der Zusammenhang zwischen der suggestiven Aufforderung und der gewünschten Reaktion bewusst nicht oder kaum erkennbar, oft wird auch nicht bewusst wahrgenommen, dass es sich überhaupt um eine Aufforderung handelt (Schmidt; 2005; S. 156f).**

Schmidt weist darauf hin, dass es auch andere Forschungen zur Aufmerksamkeitsfokussierung gibt, wie zum Beispiel das Priming.

...Erickson hat die hypnotische Trance neu definiert, sie beziehe sich nicht auf den Zustand einer Person, sondern als eine besondere Form der Wechselbeziehung zwischen zwei Menschen (Hailey 2010:20) Liegt das Hauptgewicht der Behandlung jedoch darauf, mit anderen in Beziehung zu bringen...(ebd. 76). Beispiel für kreatives in Handlung bringen, unkonventionell in verschiedenen Kontexten in Kontakt zu gehen.

### **Pacing**

„Kooperation mit autonomen, sich selbst organisierenden Wesen setzt voraus, dass man sie in ihrer jeweiligen subjektiven Weltsicht und Erlebniswelt wertschätzend und akzeptierend „abholt“. (Schmidt; S. 85; 2010)

Empathisch bestätigend begleiten und wertschätzen – unbewusste Such- und Findeprozesse für eine hilfreiche, neue Musterorganisation bei den KlientInnen unterstützen durch hypothetische Fragen – ein Symptom als etwas sehen könnten, das Ihnen fehlt ebd. S. 86f

# Erickson`sche Hypnotherapie

**HIER**  
aufmerksamkeit  
ICH



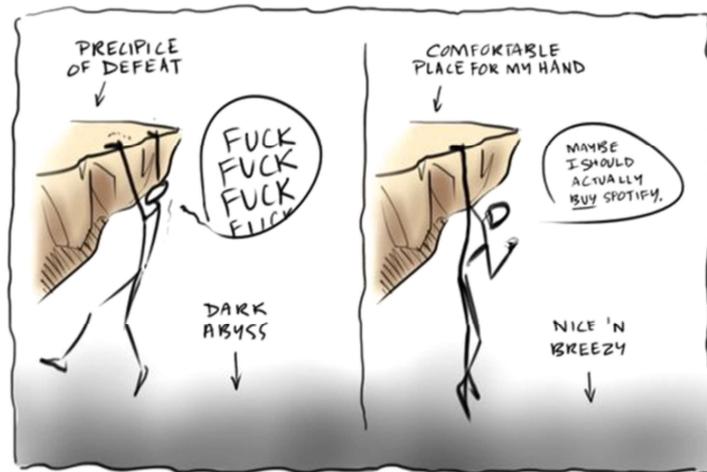
<http://www.medien-gesellschaft.de/html/aufmerksamkeit.html>

**Gunther Schmidt aus Vortrag: Erickson max. 25 % mit Tranceinduktion, aber in 100 % Hypnotherapeutisch – denn Hypnotherapie in Ericksonischer Form heißt umfassenderes - optimale Fokussierung von Aufmerksamkeit auf allen Sinnesebenen, Kontextbezogen – schauen welche Ressourcen in welchen Situationen gebraucht werden , so dass diese dort unwillkürlich wirken lassen und hilfreiche Wirkung bringen.**

Beispiel Gunter Schmiedt aus Vortrag: Er arbeitete als Junger Arzt in in pathologieorientieren Psychiatrie – wollte dort nicht mehr arbeiten, was tun? – Milton mache eine Trance mit mir, damit ich die Qual besser aushalte – „keine Trance mit mir – gehe in den botanischen Garten, tausend Kakteen – was soll ich erzählen – Kakteen, aber welche denn, - Greeping Devils Kakteen die auf dem Boden, noch mal hin gehen, ich bekomme meine Trance – wieder hing und gesehen – kriege ich meine Trance – wurstartige Kakteen auf dem Boden – 15 min. erzählt von den Kakteen, die in Ödland wunderbare Blüten Poetischen Dingen – wunderbare Wesen in Ödland standhaft leben und sogar Blüten – zum Schluss – „ich weiß es nicht und du nicht, ich bin sicher dein Unbewusstes kann ganz eigenständig von den Greeping Devils lernen und ich frage mich ob jetzt gleich oder später irgendwie Anregungen von den Greeping Devils – wie man in ödester Umgebung von den wunderbar lernen kann und sogar noch Blüten treiben kann übernimmt und davon lernt, aber wann weiß ich nicht aber du brauchst es ja nicht zu wissen, denn dein Unbewusstes macht es alleine – keine Trance – aber in Psychiatrie

halluziniert und immer in Schwirigkeiten Greeping Devils gesehen – das ist  
Ericksonsche Hypnotherapie

## Problemtrance - Lösungstrance



<https://www.christinagraefe.de/tag/systemische-therapie/>

„Wird etwas aber als Prozess beschrieben, den ich selbst gestalte, eröffnen sich so mehr Chancen, dies auch anders zu gestalten“... „Aus der hypnosystemischer Sicht kann gezeigt werden, dass ein so genanntes Problem immer von denen, die es erleben, letztlich selbst hypnotisch produziert wird durch die Art, wie sie ihre Wahrnehmung organisieren, wie sie Zielvisionen aufbauen und wie sie dabei versuchen, das Problem zu lösen“. – heißt nicht Bagatellisierung des Problems – muss gewürdigt werden (Schmidt; S. 59; 2010)

**„Es stellt sich die Aufgabe, eine wertschätzende Kooperationsbeziehung zwischen den willkürlichen („Ich“) und unwillkürlichen („Es“) Seiten menschlicher Kompetenz aktiv herzustellen und zu nutzen. Dies erfordert den Aufbau und die systematische Beachtung einer Art innerer Moderatorenfunktion im Menschen für diese unterschiedlichen Kulturprozesse in uns, die immer gleichzeitig ablaufen. „Ich“ und „Es“ (also dieser unwillkürliche, intuitive Bereich) sollten, metaphorisch gesagt, gestaltet werden wie ein kooperatives Team. Nur dann können wertschätzende Verhandlungen und Übersetzungsleistungen zwischen diesen Teilbereichen unserer Kompetenz entstehen, und nur dann kann eine ganzheitliche Integration unserer Kompetenzbereiche gewährleistet werden“ (Schmidt; 2010; S. 30).**

# Kompetenzfokussierende Hypnotherapie



<https://www.ecosia.org/images?q=problem%20%C3%B6sung#id=E0CF98533A8498B2CCBF5E85B4CA8949FF16DD5B>

„Wenn, wie sich aus der Betrachtung der Gestaltungsdynamik von Traumen, aus der Forschung zum Thema „Priming“ und der Beobachtung von Wahrnehmungsprozessen allgemein ergibt, jedes menschliche Erleben grundsätzlich als Ergebnis und Ausdruck von Aufmerksamkeitsfokussierung verstanden werden kann, kann ja gezeigt werden, dass es nie festliegt, sondern praktisch Sekunde für Sekunde neu gestaltet werden kann“ (Schmidt; S. 67; 2010)

fokussierende Gespräche (indirekt oder mit Tranceinduktion zielen darauf gewünschtes Erleben zu induzieren – Induktion mehr gewünschten Erlebens durch Unterschiede in der Musterbildung (Schmidt; S. 68; 2010)

Unterschiedsbildung – ein Unterschied der einen Unterschied macht – ebd. S. 69

## Wirkung Klinischer Sozialer Arbeit



[https://www.fahren-lernen.de/Portals/0/Inhalte/Fotolia\\_33857382\\_Subscription\\_XXL.jpg](https://www.fahren-lernen.de/Portals/0/Inhalte/Fotolia_33857382_Subscription_XXL.jpg)

Epilepsie mit dissoziativen epileptischen und nichtepileptischen Anfällen, sogenannte organische Wesensänderung, aber auch entwicklungsbedingte Traumatisierung. Langjährige Begleitung. Eine dauerhafte psychotherapeutische Begleitung wäre wünschenswert. Nach Ende der VT Versuch eines Wechsels zu einem tiefenpsychologisch orientierten Verfahren ist gescheitert. Mehrere Behandlungen Psychosomatischer Epileptologie mit Empfehlung der weiterer psychotherapeutischer Begleitung, die aber nur in geringer Frequenz mangels Kostenübernahme möglich war. Gemeinsam mit der Psychotherapeutin und der psychosomatischen Epileptologie wurde erarbeitet, dass eine Wohnen in Apartment, statt der Wohngemeinschaft besser wäre, da X von dem Zusammenleben sehr belastet war (Umfeldanpassung). Dies zu Realisieren war ein langer Prozess, da ein aufgrund des hohen Unterstützungsbedarfs ein Leben in eigener Wohnung nur durch enge Anbindung an das Unterstützte Wohnen mit guter Vorbereitung möglich war. Weitere Versuche einer Psychotherapie waren nicht möglich, da die Anforderungen an die das regelmäßige Wahrnehmen der Termin nicht möglich war. Auch die zusätzliche Anbindung an einen Sozialpsychiatrischen Dienst war nicht möglich.

Weiterentwickeln des Angebotes aus der ursprünglichen WG heraus mit den Mitarbeiter:innen. Die Bewohner:innen der WG werden durch gemeinsame Besprechungen eng einbezogen und beteiligt. Es entstehen Projekte wie z.B. ein musiktherapeutische Angebot, der Bau eines

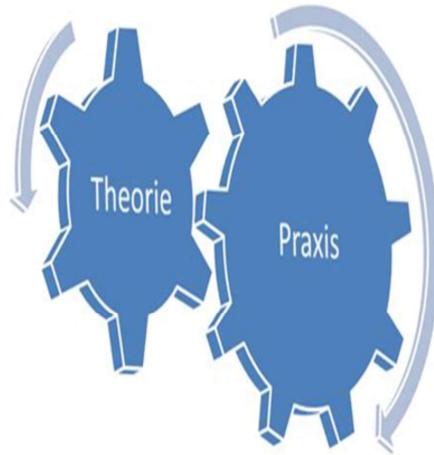
Gartenhauses oder ein Kunsttherapeutisches Angebot, je nach Stärken und Interessen der Bewohner:innen. Z.B. war ein Bewohner bei Einzelgesprächen überfordert und ist durch die gemeinsame Arbeit in der Projektentwicklung mit viel Praxis aufgeblüht und die Gespräche entstehen im Tun.

**Hypothese ist, dass die Organisation der Leistungen der Sozialen Arbeit Einfluss auf die Wirkung hat.**

# Gemeinsame Aufgabe von Wissenschaft und Praxis

Die Trinität des Gehirns, des Körpers und der Umwelt: Der Mensch ist gehirnabhängig, körperabhängig und eingebettet

Ein lebendiges Gehirn kann nicht ohne einen lebendigen Körper und ohne eine Umwelt existieren und tut dies auch nicht. Ein lebendiger Körper kann ebenso wenig ohne ein lebendiges Gehirn und ohne eine Umwelt existieren, und eine Umwelt existiert ausschließlich für ein lebendiges Gehirn/einen lebendigen Körper, da es keine Umwelt unabhängig von einem Beobachter gibt.



(Nijenhuis 2016: 219)

**Die Medizinalisierung und „Amerikanisierung der Psychotherapie“ (Watters, 2010) hat Auswirkungen auf die Psychotherapie-Forschung und deren fehlende, eigenständige Identität: „Die zum Teil erkennbare Forschungsdominanz der behavioral-kognitiven Therapien (CBT) hat auch mit der Bereitschaft zu tun, sich den Forschungsmodellen der Medizin zu unterziehen“ (Heim 2009: 185). Dieses (medizinische) Standardmodell von Forschung wird aber zunehmend auch von prominenter wissenschaftlicher Seite kritisiert und in einem Modell von Evidenzbasierung erweitert, das sich an allgemeinen und kontextuellen Faktoren und Prozessen orientiert (Martin Rufer Erfasse komplex, handle einfach, 2012: 250).**

Beispiel Ramachandran / Blakeslee S. 18 „Stellen sie sich beispielsweise vor, ich führte ein Schwein in ihr Wohnzimmer und teilte ihnen mit, es können sprechen. Sie würden vielleicht antworten: „Ach wirklich? Zeigen Sie mal!“ Daraufhin fahre ich mit meinem Zauberstab durch die Luft, und das Schwein beginnt zu sprechen. Wahrscheinlich würden sie doch ausrufen: „Himmel, das ist verblüffend!“ und nicht sagen: „Schön und gut, aber das ist nur ein Schwein! Sie müssen mir schon mehr Schweine zeigen die Sprechen können, damit ich ihnen glaube“. Doch das ist genau die Einstellung vieler Wissenschaftler.

**Aufbau eines konsolidierten professionellen Wissenskorpus**

Auf das arbeitsfeldspezifisch zugeschnittene Theorie der Sozialen Arbeit. Dieses Wissen wäre systematisch mit den Interventionen der Sozialen Arbeit in diesem Arbeitsfeld und deren methodischen und programmformigen Ausarbeitungen in Beziehung zu setzen und im Hinblick auf die Programmgenese und verursachende Faktoren, auf Wirksamkeit und Erklärung der Wirksamkeit und Erklärung der Wirkungsweise aufzuarbeiten.

Die Aufgabe würde also darin bestehen, geeignete Theorien zu entwickeln, die in einem iterativen, auf- und absteigenden Wechselspiel bzw. in „Kreisgängen“ Modellierungen der Handlungsrealität erzeugen und verarbeiten könnten, die empirisch erforscht werden und mit denen die Konkretisierung Sozialer Arbeit zunächst einmal begriffen und sodann als Wissen systematisiert werden könnten.

Mit dieser Form der Konsolidierung des professionellen Wissenskorpas als gemeinsame Aufgabe von Wissenschaft und Praxis könnte die Soziale Arbeit auf eine solide Wissensbasis gestellt werden, deren Ergebnis eine vollständig professionalisierte Soziale Arbeit wäre. (Sommerfeld 2016: 38).

**Wenn die Verknüpfung von wissenschaftlichem Wissen im Handlungsvollzug funktionieren soll, dann braucht es eine intermediäre Organisation, welche die anspruchsvolle Verknüpfungsarbeit in dem Sinne leistet, dass vorformatierte Vorschläge in Bezug auf konkrete Praxen gemacht werden (Sommerfeld 2016: 34).**

**„Aus erkenntnistheoretischen Gründen sind hier zwei kritisch-aufklärerische Hinweise einzufügen. Zum einen ist das den „psychosomatischen“ und „biopsychosozialen“ Vorstellungen immer noch zugrunde liegende Leib-Seele-Problem mit der im Kern bestehenden ontologisch-dualistischen Aufspaltung (Descartes) zu nennen. Dabei handelt es sich, wie schon Max Planck 1946 feststellte, um ein „Scheinproblem der Wissenschaft“ (Ulrich 2006), weil von den Vertretern der dualistischen Theorie die Erkenntnisse der modernen Physik von der Nicht-Unabhängigkeit des Beobachterstandpunktes vom beobachteten Gegenstand oder Phänomen ignoriert wurden. Bei dem psychophysischen Problem handelt es sich vielmehr um eine Aspekt dualität (Mehrfachperspektive, nicht: Aspekt dualismus!) und um einen gespaltenen Umgang mit (in Anlehnung an Spinozas und Feuerbachs Einheitslehre) der Einheit des „Menschen in der Menschheit“ als naturphilosophisch-phänomenaler Gegenstand (Fuchs 2008; Jantzen 1987; Ulrich 1997). Der Begriff „Biomedizin“ und „Biopsychosoziale Medizin“ ist kritisch zu sehen, weil zu dem „Bios“ (Leben), der das lebendige Sein beschreibenden Biologie, von Anfang an Psychisches und Soziales gehören (Uexküll 1920). Das Suffix „Bio“ ist daher zutreffend besser als „somatisch“ zu begreifen“ (Zieger 2018: 73).**

**„Eine integrierte und integrativ fundierte „humansynthetische“ oder „systemisch-ökologische“ Medizintheorie steht noch aus“ (Zieger 2018: 74).**

## Wirkung Klinischer Sozialer Arbeit



<https://www.oeffentlichkeitsarbeit-soziale-arbeit.de/cartoons-soziale-arbeit/>

**Wenn man die Wirkungsweise der Sozialen Arbeit in einem Satz charakterisieren will, dann würde der so lauten: Die Soziale Arbeit schafft Bedingungen für Entwicklungsprozesse im Lebensführungssystem ihrer Adressat\*innen mit dem Ziel, dass diese die Anforderungen Ihres Lebens gut oder zumindest besser meistern/ bewältigen können (Sommerfeld, Solér, Hess, Hüttemann, Süsstrunk 2021: 19).**

Zitationsvorschlag: Peter Sommerfeld, Maria Solér, Nadja Hess, Matthias Hüttemann, Simon Süsstrunk: ALIMEnt – Kontexte, Mechanismen und Wirkungen Sozialer Arbeit. Forschungsbericht. FHNW, Hochschule für Soziale Arbeit, Olten, 24.6.2021

Dieses Schaffen von Bedingungen erfolgt über die genannten unterschiedlichen Interventionen im Lebensführungssystem. Es erfolgt alltags- und bedarfsorientiert z.B. in der Begleitung

therapeutische Veränderung in erster Linie über intensives und qualitativ verändertes Erleben der Klienten erreicht werden kann und dieses veränderte Erleben in der therapeutischen Situation initiiert und begleitet werden muss, wie vordergründig unterschiedlich das Vorgehen verschiedener Therapeuten auch sein mag. ... Unterscheidung von „Beziehung“ und „Technik“ erscheint im Rahmen der hier beschriebenen Vorgehensweisen als äußerst schwierig. ....konkrete, verändernde

Auswirkung und nicht das theoretische Konzept im Vordergrund, unabhängig davon, wie sehr einzelne meiner Gesprächspartner ihr heutiges therapeutisches Handeln als noch einer bestimmten Schule oder einem definierten Ansatz zugehörig verstanden haben möchten. ...Darüber hinaus muss bezweifelt werden, ob eine **Unterscheidung von „Beziehung“ und „Technik“** im Bereich der modernen Psychotherapie generell noch sinnvoll ist. ...Die hier beschriebenen Faktoren sind das Resultat einer erstaunlich hohen Übereinstimmung der Aussagen, die in Deutlichkeit und Ausmaß aufgrund der Heterogenität meiner Gesprächspartner wohl nicht erwartet werden konnte, und ergeben ein wissenschaftlich fundiertes und sehr kohärentes Gesamtbild hinsichtlich der aktiven Gestaltung der therapeutischen Beziehung (Hain 2013: 167)

Die Gestaltung und damit die Professionalisierung der Sozialen Arbeit umspannt daher «Technologien» auf unterschiedlichen Ebenen (Programme/ Konzepte; Veranstaltungen/ soziale (Sub-) Systeme; Methoden/ Verfahren (Sommerfeld et al 2021: 32f)

## Fragestellungen

- Verändern die Art der Kommunikation und der Beziehungsaufbau die Wirkung von Instrumenten der Sozialen Diagnostik?
- Wie beeinflusst die Art und Weise der Kommunikation die Wirkung Klinischer Sozialer Arbeit?
- Wie können systemische Ansätze in Fort- und Weiterbildung als Teil der Sozialen Arbeit adaptiert werden?
- Beeinflusst die „Organisationsform der Leistungserbringung“ die Wirkung?
- Wie unterscheidet sich Sozialtherapie zur Förderung der Teilhabe und Sozialtherapie zur Behandlung?

## Fragestellungen

- Was konkret macht aus Sozialer Arbeit „behandelnde Soziale Arbeit“?
- Wenn Klient:innen keine Therapie machen wollen, werden sie dann auch nicht behandelt?
- Entsteht Wirkung nur durch „behandeln“ in der kurativen Behandlung oder auch in der Teilhaborientierung?

# Literatur

- Nijenhuis, E. (2016): Die Trauma-Trinität: Ignoranz – Fragilität – Kontrolle. Die Entwicklung des Traumbegriffs / Traumabedingte Dissoziation: Konzepte und Fakten. Verlag Vandenhoeck & Ruprecht
- Zieger, A. (2018): Perspektiven zum Gebrauch der Person-Umfeld-Analyse in der medizinischen Rehabilitation. In Alber, J., Kaiser, S., Schulze, G.C. (Hrsg.). Die Person-Umfeld-Analyse in der Sonder- und Rehabilitationspädagogik. Verlag Julius Klinkhardt 71-78
- Zieger, A. (1991): Neuropädagogik – Perspektiven neurowissenschaftlichen Denkens und Handelns in der Behindertenpädagogik und Rehabilitation. Heft 122 Oldenburg
- Damasio, A. (1997): Descartes Irrtum – Fühlen, Denken und das menschliche Gehirn; dtv Verlag München
- Damasio, A. (2009): Ich fühle also bin ich – Die Entschlüsselung des Bewusstseins; List Verlag Berlin
- Schmidt, .G. (2007): Liebesaffären zwischen Problem und Lösung; Carl-Auer Verlag Heidelberg
- Schmidt, .G. (2010): Einführung in die hypnosystemische Therapie und Beratung; Carl-Auer Verlag

# Literatur

- Sommerfeld, P., Solèr, M., Hess, N., Hüttemann, M., Süsstrunk, S.: (24.6.2021): ALIMEnt – Kontexte, Mechanismen und Wirkungen Sozialer Arbeit. Forschungsbericht. FHNW, Hochschule für Soziale Arbeit, Olten,
- Sommerfeld, P. 2016. Evidenzbasierung als ein Beitrag zum Aufbau eines professionellen Wissenskorpus in der Sozialen Arbeit. In Stefan Borrmann, Barbara Thiessen (Hrsg.). Wirkungen Sozialer Arbeit. Potentiale und Grenzen der Evidenzbasierung für Profession und Disziplin. Verlag Barbara Budrich
- Sommerfeld, P., Dällenbach, R., Rügger, C., Hollenstein, L. (2016): Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie. Entwicklungslinien einer handlungstheoretischen Wissensbasis. Springer Fachmedien Wiesbaden
- Rufer, M. (2012): Erfasse komplex, handle einfach. Systemische Psychotherapie als Praxis der Selbstorganisation – ein Lernbuch. Verlag Vandenhoeck & Ruprecht
- Ortmann, K. & Röh, D. (2014). Sozialtherapie – Soziale Teilhabe ermöglichen und soziale Ressourcen erschließen. Klinische Sozialarbeit, 10(2), 10-11.
- Ortmann, K. & Röh, D. (2017). Praxeologische Herausforderungen an die Sozialtherapie. Klinische Sozialarbeit, 13(1), 6-8.

# Literatur

- Herwig-Lempp, J. & Kühling, L. (2012). Sozialarbeit ist anspruchsvoller als Therapie. Zeitschrift für systemische Therapie und Beratung, 30(2), 51-56.
- Beushausen, J. (2012). Ist es nützlich, Soziale Arbeit als anspruchsvoller als Psychotherapie zu bezeichnen. Reflexionen zur professionellen Identität der Sozialen Arbeit. Zeitschrift für systemische Therapie und Beratung, 30(3), 121-128.
- Haley, J. (1996): Typisch Erickson. Muster seiner Arbeit. Junfermann Verlag Paderborn
- Haley, J. (2010): Die Psychotherapie Milton H. Ericksons. Klett Kotta
- Schöndienst, M. (2006): Nützliche und problematische Aspekte des Konzeptes der Persönlichkeitsstörungen in der Epileptologie. In: Schüler, G., Coban, I. Sozialarbeit bei Epilepsie Kork 2006. Sozialarbeit bei Epilepsie e.V.. 130-141
- Hain, P. (2013): Das Geheimnis therapeutische Wirkung. Carl-Auer-Verlag Heidelberg. Online-Ausgabe
- Jacobi, R.M.E., Janz, D., Clausen, P.C., Wolf, P. (2001): Die Wahrheit der Begegnung : anthropologische Perspektiven der Neurologie ; Festschrift für Dieter Janz. Königshausen & Neumann

## ■ Fragen? ...



### Kontaktdaten

Alexander Thomas  
Diplom-Sozialpädagoge (FH)  
Kompetenzzentrum MeH und Teilhabe  
Fachbereich Rehabilitation  
Marlstraße 107  
23566 Lübeck  
Tel.: 0451 5859347-18  
Mobil: 0173 39 55 141  
[alexander.thomas@dvsq.org](mailto:alexander.thomas@dvsq.org)  
[alexander.thomas@faw.de](mailto:alexander.thomas@faw.de)



Alexander Thomas – DVSQ Gesamtvorstand und Fachbereich Rehabilitation und Teilhabe  
Kompetenzzentrum MeH/ Traumafolgestörungen/ Epilepsien der FAW gGmbH

**DVSQ**

Gemeinsam für die Soziale Arbeit  
im Gesundheitswesen.