

Psychotherapie und Soziale Arbeit

Prof. Dr. Franz Ruppert
Katholische Stiftungshochschule München

1 Was ist Psychotherapie?

1.1 Kurzer Abriss der Geschichte der Psychotherapie

"Die" Psychotherapie gibt es so wenig wie "die" Medizin. Vielmehr existieren verschiedene psychotherapeutische Verfahren, die auf unterschiedlichen Theorien basieren, mit einer Vielfalt von Methoden und Techniken arbeiten und nicht zuletzt immer durch die Persönlichkeit des Psychotherapeuten/der Psychotherapeutin gefärbt sind.

Die Heilung seelischer Leiden lag und liegt in vielen Ethnien und Kulturen in den Händen von Schamanen und Priestern. Auch in unserer westlichen Kultur war sie bis ins letzte Jahrhundert eine Domäne der Religion („Seelsorge“). Verschiedene Vorstellungen vom seelischen bzw. psychischen Geschehen und kulturell geprägte Überzeugungen liefern (in Anlehnung an Davison & Neale, 1979) die Grundlagen für das Handeln der „Heiler“:

Animismus.- Vorstellung, dass nicht nur der Mensch, sondern jedes Ding auf der Erde (auch Bäume, Tiere, Pflanzen, Steine) eine Seele besitzt, die sich von ihrem Körper lösen kann und in andere Körper eindringen kann. Benimmt sich ein Mensch in seinem sozialen Rahmen ungewöhnlich, wird dies so interpretiert: Ein anderer/fremder Geist hat sich seines Körpers bemächtigt.

Schamanismus.- Vorstellung, dass manche Menschen aufgrund ihrer besonderen Fähigkeiten, ihres Auserwähltseins durch Götter und durch ein entsprechendes magisches Verhalten Kontakt zu Tier- und Pflanzenseelen aufnehmen können; diese Fähigkeit wird Priestern, Schamanen und Medizinmännern zugeschrieben, die dann stellvertretend für die erkrankte Person den Kampf mit den unheilvollen Geistern und Kräften im Körper einer erkrankten Person aufnehmen.

Somatogenesis.- Hippokrates (460-370 v. Chr.) gilt als einer der ersten Vertreter der Auffassung, dass es nicht Geister/Götter sind, die die psychischen Zustände der Menschen bestimmen, sondern das gestörte Denken und Handeln auf einer Pathologie des Gehirns beruht. Er entwickelte eine Lehre von den Körpersäften ("humorale Pathologie"), nach der Persönlichkeitsstörungen eine Folge der in Unordnung geratenen menschlichen Körpersäfte sind:

- Phlegmatiker ("Schleim"): ist zäh, dumm und träge;
- Melancholiker ("schwarze Galle") ist trübsinnig und traurig;
- Sanguiniker ("Blut") zeigt eine häufig wechselnde Stimmung;
- Choleriker ("gelbe Galle") neigt zu Jähzorn und Wutausbrüchen.

Manie, Melancholie, Phrenitis ("Gehirnfieber") wurden von Hippokrates als die Hauptkategorien psychischer Störungen klassifiziert. Nach dieser Lehre sind nicht mehr die Priester zuständig für die Therapie psychischer Störungen, sondern die Ärzte. Als Therapie verordnete er seinen Patienten Ruhe, gezielte Nahrungsmittelauswahl, Nüchternheit, sexuelle Abstinenz (Ursprünge einer Natürlichen Gesundheitslehre).

Dämonologie.- Die Auffassungen im Mittelalter über psychische Krankheiten stehen weniger in der Tradition der Griechen und Römer und mehr den Vorstellungen der sog. Naturvölkern nahe. Die Dämonologie gründet sich auf der Annahme, dass ein autonomes Wesen (böser Geist, Teufel) in einem Körper sich einhausen und über Geist und Körper einer Person Kontrolle ausüben kann. Die Theologie im Mittelalter kennt zwei Arten von Besessenheit durch den Teufel:

- unwillentlich, als Strafe Gottes für Sünden = Geisteskrankheit,
- willentlich als Pakt mit dem Teufel = Hexerei.

Die Therapie besteht daher im Exorzismus, z.B. durch Gebete, Lärm machen, Auspeitschen, Aushungern, Gebräue in den Körper gießen, um den bösen Dämon aus dem Körper zu treiben; eine solche "Therapie" nimmt den Tod des Patienten in Kauf, um das Böse zu besiegen. Seinen Höhepunkt fand diese Praxis in der

Hexenverfolgung und im Hexenwahn.- Hexenverfolgung und -verbrennung kosten über 200 Jahre hinweg Hunderttausenden von geisteskranken Menschen das Leben (Bulle von Papst Innozenz VIII ermahnt den Klerus in Europa, bei der Suche nach Hexen keinen Stein auf dem anderen zu lassen). Im "Maleus Maleficarum" (Hexenhammer) stellten zwei vom Papst zu Inquisitoren für Norddeutschland ernannte Dominikanermönche ein Handbuch zusammen, das die wichtigsten Rechtsgrundlagen und Verfahrensweisen für die Hexenverfolgung enthielt. Dieses Handbuch wurde von Katholiken wie Protestanten gleichermaßen beachtet und als von Gott inspiriert angesehen. Halluzinationen wurden bis ins 16. Jahrhundert als ein definitiver Beweis für die Besessenheit durch den Teufel betrachtet (vgl. Hexenmale, Hexenproben; instruktiv sind auch der Film und das Buch "Im Namen der Rose"). Die Tradition der Hexenjagd breitete sich auch in der sog. Neuen Welt aus: Salem in Massachusetts war ein berüchtigtes Zentrum der Hexenjagd (vgl. Szasz, 1976).

Tarantismus.- Als einen Ausdruck einer schwerer psychischer Störung kann man Phänomene wie z.B. den Tarantismus ansehen. Die Vorstellungen, dass der Biß einer Tarantel Menschen dazu bringen kann, verrückt zu werden und wie wild herumzuspringen und zu tanzen, breitete sich im 13. Jahrhundert von Italien über ganz Europa aus. Heute noch ist im Begriff "Tarrantella" = Hüpfanz die Erinnerung an diesen Glauben da, möglicherweise ist darin auch ein Ursprung für die Tradition der Faschingsumzüge ("nährische Zeit") zu sehen. Mögliche soziale Ursachen solcher Formen des Massenwahns sind hoher Alkoholkonsum in einer Bevölkerung, Hungersnöte, soziale Unterdrückung, Zerfall von gesellschaftlichen Institutionen.

Asyle.- Ab dem 15. Jhr. wurden auch Häuser für die sog. Irren eingerichtet, die aber dort oft wie Tiere vegetierten und das Objekt von Schaulust waren.

Die Ansicht der Philosophen.- Nach Kant leiten sich die Schwächen und Krankheiten der Seele von einer angeborenen Schwäche des Erkenntnisvermögens ab; Irren gilt ihm als Ausdruck der verrückten Anlagen, Irren ist für ihn insbesondere unvernünftig. Er leitet daraus seine Ablehnung jeglicher Therapieversuche ab: "Es hat auch wenig Nutzen sich damit zu befassen, weil da die Kräfte des Subjekts dahin nicht mitwirken, und doch nur durch den eigenen Verstandesgebrauch dieser Zweck erreicht werden kann, alle Heilmethode in dieser Hinsicht fruchtlos ausfallen muss."

Medizinisches Modell der Neuzeit.- Die deutschen Ärzte Griesinger und Kraepelin greifen die Lehre von der Somatogenese der Geisteskrankheiten wieder auf und entwickeln ein medi-

zinisches Modell, das auf folgenden Annahmen beruht: Gruppen von Symptomen bilden ein Syndrom, dem eine körperliche Dysfunktion zugrunde liegt. Sie bildeten eine Klassifikation nach zwei Hauptgruppen, die auch heute noch Grundlage für psychiatrische Kategorien sind:

- dementia praecox (alte Bezeichnung für Schizophrenie, beruhend auf einem chemischen Ungleichgewicht)
- manisch-depressive Psychose (beruhend auf einer Stoffwechselstörung).

Das medizinische Modell zog seine Berechtigung v.a. aus der Entdeckung der Ursachen für **Syphilis** (Verfall der geistigen Kräfte, Größenwahn, progressive Paralyse, allgemeine Parese). Bei dieser Krankheit dringt ein Erreger (Spirochäte Treponema Pallidum) in den Körper durch die Schleimhaut ein, in die sie während des Geschlechtsverkehrs oder während eines oral-genitalen Kontakts gelangt. Diese Krankheit wurde früher auf Seewasser, Alkohol, Tabak, Kaffee zurückgeführt, weil v.a. Seeleute daran erkrankten. Die eigentliche Gefahr lag aber in der Ansteckung durch Prostitution.

Anfänge psychologischer Modelle.- Psychologische Modelle gehen davon aus, dass Geisteskrankheiten durch psychische Funktionsstörungen verursacht werden. Diese Vorstellung bezog ihre Berechtigung zunächst aus der Behandlung hysterischer Lähmungen, d.h. dem Unvermögen, trotz anatomisch-physiologischer Gesundheit bestimmte Körperteile zu bewegen. Bekannte Vertreter dieser Richtung im 18. und 19. Jahrhundert waren:

- der österreichische Arzt **Anton Messmer**, der glaubte, hysterische Störungen durch Verteilung des nach seiner Annahme universell vorhandenen magnetischen Fluidums im Körper zu heilen (Magnetismus, Mesmerismus, mesmerisieren = hypnotisieren).

- die französischen Neurologen **Jean Charcot und Pierre Janet**, die meinten, dass bei einer Hysterie (Empfindungslosigkeit, Blindheit, Taubheit, Lähmungen, Krampfanfälle, Erinnerungslücken) aufgrund einer Schwäche des Nervensystems unbewusste Gedanken durchbrächen. Sie schlossen dies aus der Möglichkeit, bei völlig normalen Patienten durch Hypnose hysterische Symptome hervorzurufen.

- der Wiener Arzt **Josef Breuer**, der Patienten hypnotisierte, damit sie sich so an das ursprüngliche zum Symptom führende Ereignis erinnern konnten und damit die zurückliegende emotionale Spannung bis Katastrophe abbauen konnten (Katharsis).

- der Schüler und Mitarbeiter von Breuer, Sigmund Freud ...

Als Anekdote eine Meldung aus der Süddeutschen Zeitung vom 19.9.92:

"Mohammed Bakari Naaman, Teufelsaustreiber aus Kenia, will die britische Krone vor dem Untergang retten. Der Vier-Zentner-Mann glaubt zu wissen, warum im Hause Windsor derzeit auf privater Ebene alles aus dem Ruder läuft: Böse Geister haben sich der königlichen Familie bemächtigt. Naaman bietet seine Hilfe sogar kostenlos an; sollte sie ausgeschlagen werden, sieht er schwarz. Auf eines aber legt er - trotz Honorarfreiheit - Wert: Er wünscht als 'Professor' angedredet zu werden."

Heute gibt es zwar mehr als 200 Verfahren, die den Anspruch erheben, Psychotherapie zu sein und seelische Leiden zu heilen. Eine komprimierte Darstellung psychotherapeutischer Grundlagen mit entsprechenden Fallbeispielen bietet Sauter (1993). Viele Psychotherapieverfahren lassen sich jedoch auf vier wesentliche Strömungen innerhalb der Psychologie und Psychotherapie zurückführen:

- Psychoanalyse und Tiefenpsychologie,
- Lerntheorien und Verhaltenstherapie,
- humanistische Psychologien (klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie; Gestalttherapie),
- Systemtheorie und Familientherapie.

Therapieansatz der Psychoanalyse.- Der Therapieansatz der Psychoanalyse wird von ihrem Begründer, Sigmund Freud so charakterisiert:

"Auf diese Einsichten gründen wir unseren Heilungsplan. Das Ich ist durch den inneren Konflikt geschwächt, wir müssen ihm zu Hilfe kommen. Es ist wie in einem Bürgerkrieg, der durch den Beistand eines Bundesgenossen von außen entschieden werden soll. Der analytische Arzt und das geschwächte Ich des Kranken sollen, an die reale Außenwelt angelehnt, eine Partei bilden gegen die Feinde, die Triebansprüche des Es und die Gewissensansprüche des Über-Ichs. Wir schließen einen Vertrag miteinander. Das kranke Ich verspricht uns vollste Aufrichtigkeit, d.h. die Verfügung über allen Stoff, den ihm seine Selbstwahrnehmung liefert, wir sichern ihm strengste Diskretion zu und stellen unsere Erfahrung in der Deutung des vom Unbewußten beeinflussten Materials in seinen Dienst. Unser Wissen soll sein Unwissen gutmachen, soll seinem Ich die Herrschaft über verlorene Bezirke des Seelenlebens wiedergeben. In diesem Vertrag besteht die analytische Situation." (Freud, 1979, S. 32)

Ansatz der Verhaltenstherapie.- "Unter Psychotherapie verstehen wir in der Alltagssprache normalerweise entweder eine Menge von Methoden, die psychologische Mittel zur Behebung von psychischen Problemen beschreiben bzw. empfehlen, oder die praktische Tätigkeit von Menschen, bei der solche Methoden angewendet werden." (Perrez, 1991, S. 55)

Der Autor versteht Psychotherapie als Teilmenge der möglichen Funktionen klinisch-psychologischer Intervention:

- Entfaltungs-, gesundheitsfördernde Funktion,
- Präventionsfunktion, Kriseninterventionsfunktion,
- Behandlungs- und Therapiefunktion,
- Rehabilitationsfunktion.

Der spezielle Ansatz der Verhaltenstherapie besteht darin, psychische Probleme als Folge unglücklich verlaufender Lernprozesse anzusehen (z.B. Depression als erlernte Hilflosigkeit), nach den Auslösern zu suchen, die das Problem aufrechterhalten und stabilisieren, neue Verhaltensweisen vorzuschlagen und dem Patienten die Möglichkeit zu geben, durch das Einüben neuer Verhaltensweisen und die damit möglichen positiven Erfahrungen seine Probleme unter Kontrolle zu bekommen. Die kognitive Verhaltenstherapie legt auch besonderen Wert darauf, dass der Patient ein neues gedankliches Modell für die Entstehung und den Verlauf seiner psychischen Probleme bekommt, d.h. seine Gedanken und Einstellungen zu seinem Problem verändert.

Ansätze der humanistischen Psychologie.- In Abgrenzung zur Psychoanalyse entwickelten vor allem Wilhelm Reich, Carl Rogers und Fritz Perls eigene Psychotherapiemethoden:

- die Bioenergetik als eine Form der Körperpsychotherapie basiert auf Wilhelm Reichs Vorstellungen vom Körperpanzer, der sich vor allem als Folge unterdrückter sexueller Bedürfnisse aufbaut und neurotische Symptome (z.B. Zwanghaftigkeit) hervorruft;
- die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie wurde von Carl Rogers entwickelt aufgrund der Annahme, dass durch diese Therapie der Patient zu seinem eigentlichen Selbst geführt werden kann und der Therapeut durch den Aufbau einer guten Beziehung dem Patienten hilft, sich seiner Probleme verursachenden Gefühle klar zu werden;

- die Gestalttherapie, die Fritz Perls praktizierte und weiterverbreitete, hatte vor allem das Ziel, den Patienten aus der Distanz zu sich selbst und zu seiner sozialen Umwelt zu holen und ihm durch Kontakt neue Erfahrungen zu ermöglichen, um seine festgefahrenen neurotischen Strukturen zu durchbrechen.

Ansätze systemischer Psychotherapieformen.- Die Vertreter der systemischen Auffassung betonen den Aspekt, dass ein Mensch unter dem Einfluss des Beziehungssystemes, in dem er lebt, psychisch krank wird. Als wichtige Vertreter/Vertreterinnen der systemischen Psychotherapie sind hier exemplarisch zu nennen:

- Horst-Eberhard Richter,
- Virginia Satir.

Richter (1992) hat in seinem Buch "Eltern, Kind, Neurose" sein Konzept der psychischen Substitution einer Person im System durch eine andere dargelegt (z.B. eine Mutter reinszeniert mit ihrem Kind eigene Erfahrungen mit ihrer Mutter wieder, das Kind ist daher psychisch das Substitut für die Mutter der Mutter).

Virginia Satir hat die Methode entwickelt, mit ganzen Familien zu arbeiten und sich dazu unter anderem der Technik des Skulpturierens bedient (d.h., die Familie stellt ihre konflikthafte Situation wie ein eingefrorenes Standbild dar unter Verwendung von Gestik, Mimik, unterschiedlicher Körperposition).

Strukturdefekte oder Traumatisierung.- Psychotherapeutische Ansätze lassen sich auch danach unterscheiden, welches Gewicht sie den inneren bzw. äußeren „Vulnerabilitätsfaktoren“ zuschreiben. Richtungen, die mehr davon ausgehen, psychische Krankheitssymptome seien durch innere Verarbeitungsstörungen verursacht, sprechen von „Strukturdefekten“ (des Ichs, des Selbsts) und Persönlichkeitsdefiziten. Beispiel hierfür ist die klassische Psychoanalyse im Sinne Sigmund Freuds. Wird hingegen den äußeren Belastungsfaktoren mehr Gewicht beigemessen bei der Entstehung psychischer Krankheiten, wird meist der Streß- und seit neuerem auch in Deutschland der Traumabegriff verwendet (Butollo, Hagl, Krüsmann, 1999). Deutlich werden diese Unterschiede z.B. am Konzept der Hysterie. Während die Psychoanalyse hier von einem inneren Geschehen ausgeht (bei manchen Frauen gäbe es ein erhöhtes Bedürfnis nach innerer Erregung, das auch zu überschießenden sexuellen Phantasien führe), betont die andere Richtung die verheerende Wirkung sexuellen Missbrauchs auf das Seelenleben eines kleinen Mädchens (Fischer & Riedesser, 1999). Aus solch unterschiedlichen Konzepten hinsichtlich der Ursachen psychischer Erkrankungen ergeben sich deutlich unterschiedliche psychotherapeutische Behandlungsansätze.

2 Psychotherapie im Gesundheitssystem

2.1 Das Psychotherapeutengesetz

Berufsrechtliche Regelung.- Seit über 20 Jahren forderten vor allem die Psychologenv Verbände ein Gesetz, das den Psychotherapeuten als freien Beruf anerkennt und die Berufsbezeichnung "Psychotherapeut" als Titel schützt. Seit dem 1.1.1999 ist nun ein solches Gesetz in

Kraft getreten, das "Psychotherapeutengesetz (PsychThG)". Dieses Gesetz bringt eine Vielzahl von Änderungen:

- Es gibt grundsätzlich zwei Psychotherapeutengruppen: ärztliche und psychologische.
- Neben den Psychotherapeuten, die alle Patienten behandeln dürfen, gibt es solche, die nur Kinder- und Jugendliche (bis zum 21. Lebensjahr) therapieren dürfen (Kinder- und JugendlichentherapeutInnen).
- Als psychotherapeutische Tätigkeit wird in § 1 PsychThG definiert: "... jede mittels wissenschaftlich anerkannter psychotherapeutischer Verfahren vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert"
- Wer sich zukünftig "Psychotherapeut/-in" nennen möchte, bedarf dazu einer Approbation, die nur von einer staatlichen Stelle (den Länderministerien) erteilt werden kann.
- Die Ausbildung zum Psychotherapeuten muss in Vollzeitform mindestens drei Jahre und in Teilzeitform mindestens 5 Jahre betragen. Sie enthält in gleicher Weise theoretische und praktische Ausbildungsbestandteile (jeweils 600 Stunden) und schließt mit einer staatlichen Prüfung ab.
- Zugang zu einer Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten haben nur Personen mit einem abgeschlossenen Psychologiestudium.
- Für den Zugang zur Ausbildung zum/r Kinder- und Jugendpsychotherapeuten/-in genügt auch "die im Inland an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule bestandene Abschlußprüfung in den Studiengängen Pädagogik und Sozialpädagogik" (§ 5 Abs. 2).

Sozialrechtliche Regelung.- Das Psychotherapeutengesetz hat auch Einfluß auf sozialrechtliche Bestimmungen. Psychologische und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten haben jetzt die Möglichkeit, ihre Leistungen wie Ärzte mit den Sozialversicherungsträgern abzurechnen. Damit existiert das bisher übliche Delegationsverfahren (Arzt beauftragt Psychologen zur Durchführung von Psychotherapie) nicht mehr und das Kostenerstattungsverfahren (Versicherter läßt sich wegen einer nachgewiesenen Unterversorgung mit psychotherapeutischen Leistungsangeboten die entstandenen Kosten von seiner Krankenkasse, unter Verweis auf § 13 Abs. 3 SGB V¹, direkt erstatten) wird nur noch in geringem Umfange zum Tragen kommen. In Bezirken, in denen es nach Meinung der Kassenärztlichen Vereinigung eine Überversorgung mit Psychotherapeuten gibt, wird eine Kostenerstattung von den Krankenkassen in der Regel abgelehnt.

Psychotherapeuten, die eine Kassenzulassung erhalten, sind jetzt Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung, die als Vertragspartner für die Krankenkassen fungieren. Wie bei den Ärzten üblich, gibt es auch für psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten Zulassungsbeschränkungen entsprechend dem in einer Region festgestellten Bedarf. Die Neuzulassung in traditionell eher überversorgten Großstadtreionen wird sich zukünftig als sehr schwierig erweisen.

Das Psychotherapeutengesetz ist der Ansatz einer Öffnung des Sozialgesetzbuches für eine weitere Berufsgruppe neben den Ärzten. Es ist der Versuch, die Psychotherapie vollständig in das bisherige Krankenkassensystem und seine Behandlungs- und Abrechnungslogik zu integ-

"Konnte eine Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen ... und sind dadurch dem Versicherten für die selbstbeschaffene Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war."

¹"Konnte eine Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen ... und sind dadurch dem Versicherten für die selbstbeschaffene Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war."

rieren. Die Nachteile dieses Systems (u.a. Interesse der Behandler an einer möglichst optimalen Ausnutzung seiner abrechnungsfähigen Tätigkeiten, um möglichst hohe Punktwerte zur Abrechnung einzureichen, Sinken der Punktwerte bei Budgetierung) bleiben damit und werden auch auf den Bereich der Psychotherapie vollständig übertragen.

An der ärztlichen Sonderstellung und Dominanz in wichtigen Punkten des Gesundheitssystems (z.B. Bescheinigung einer Arbeitsunfähigkeit ausstellen, Arzneimittel verordnen, Hilfeleistungen anderer Personen anordnen, ärztliche Vorrangstellung im Bereich der Psychiatrie) wird durch das PsychThG nichts verändert. Da die Psychotherapie eine bewilligungspflichtige Leistung der Krankenkassen darstellt, muss ein Patient vor Aufnahme einer Psychotherapie einen Antrag stellen. Sein Therapeut/seine Therapeutin müssen ihrerseits ein Gutachten (ca. 3-4 Seiten) über die Therapienotwendigkeit verfassen, dass von einem Gutachter der Krankenkasse positiv beurteilt werden muss, um eine Behandlung beginnen zu können. Außerdem muss vom Therapeuten ein Konsiliarbericht eines Arztes eingeholt werden, der dem Antrag des Patienten beigelegt werden muss. In diesem Konsiliarbericht bescheinigt der Arzt, dass die Probleme des Patienten nicht körperlich verursacht und daher medizinisch zu behandeln sind. Man stelle sich vor, dieses umständliche Verfahren müsste vor ärztlichen Behandlungen eingeleitet werden: Erst muss ein Psychotherapeut dem Arzt in einen Konsiliarbericht bescheinigen, dass die Symptome der Patientin nicht auf psychische Probleme zurückzuführen sind. Angesichts dessen, dass vermutlich mehr als die Hälfte aller Beschwerden, mit denen Menschen einen Arzt aufsuchen, einen psychischen Hintergrund haben, geriete unser von Ärzteinteressen dominiertes Gesundheitssystem vermutlich aus den Fugen.

2.2 Psychotherapierichtlinien

Die Einzelheiten der "Psychotherapie in der Kassenärztlichen Versorgung" wurden bereits vor dem Inkrafttreten des PsychThG durch die "Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinien)" und nachfolgende Vereinbarungen zwischen den Vertreterorganisation der Kassenärzte und der Krankenkassen geregelt. Auch nach dem Inkrafttreten des PsychThG bleiben diese Richtlinien und Vereinbarungen mit einigen Änderungen wirksam. Vor allem folgende Punkte sind von Bedeutung:

- Seelische Krankheit wird als krankhafte Störung der Wahrnehmung, der Erlebnisverarbeitung, der sozialen Beziehungen und der Körperfunktionen verstanden. Der Krankheitscharakter dieser Störungen kommt wesentlich darin zum Ausdruck, dass sie der willentlichen Steuerung durch den Patienten nicht mehr oder nur zum Teil zugänglich sind.

Die Indikation für Psychotherapie erfüllen: psychoneurotische Störungen (Ängste, Depressionen), psychosomatische Störungen, Abhängigkeit von Alkohol, Drogen, Medikamenten, seelische Behinderungen aufgrund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände oder körperlicher Schädigungen und Missbildungen, seelische Behinderung als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe oder extremer Situationen (Traumatisierungen), seelische Behinderungen als Folge von Psychosen.

Keine Indikation für Psychotherapie auf Krankenschein sind: Erziehungs-, Ehe-, Lebens- und Sexualberatung, berufliche und soziale Anpassung, berufliche und schulische Förderung.

- Es gelten weiterhin nur zwei Psychotherapieverfahren als wissenschaftlich anerkannt: Die analytische Psychotherapie und ihre Ableitung, die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (als Sonderformen davon: Kurztherapie, Fokalthherapie, Dynamische Psychotherapie), und die Verhaltenstherapie. Anhang D der Psychotherapie-Richtlinien, der die Anwendungsbereiche für Psychotherapie regelt, gibt Ausschlusskriterien für folgende Verfahren an:

"Die Erfordernisse der Psychotherapie-Richtlinien werden nicht erfüllt von:

1. Gesprächspsychotherapie
 2. Gestalttherapie
 3. Logotherapie
 4. Psychodrama
 5. Respiratorisches Biofeedback
 6. Transaktionsanalyse." (Psychotherapie-Richtlinien vom 23.10.1998, Anlage 1)
- Psychologische Psychotherapeuten müssen spätestens nach den probatorischen Sitzungen (max. 5) und vor der Behandlung den Konsiliarbericht eines Vertragsarztes zur Abklärung einer somatischen Erkrankung einholen. D.h., der Patient muss vor dem Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung noch immer zu einem Arzt gehen und sich eine Art Unbedenklichkeitserklärung geben lassen. (Das Misstrauen gegenüber psychotherapeutischer Heilbehandlung ist im öffentlichen Gesundheitssystem tief verwurzelt.)
 - Alle Therapie müssen in einem Gutachterverfahren beantragt, begründet und bewilligt werden.
 - Die Anzahl der maximalen Therapiestunden für Erwachsene beträgt 240 Stunden bei analytischer Psychotherapie, 80 Stunden bei tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie, 60 Stunden bei Verhaltenstherapie. Für Kinder liegen die entsprechenden Stundenzahlen bei 120 Stunden bei der analytischen und tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und 60 Stunden bei der Verhaltenstherapie. Für Jugendliche gelten analog die Stundenobergrenzen von 140 und 60 Stunden. Eine Ausweitung des Stundenkontingentes gibt es nur aufgrund besonders zu begründender Umstände.

3 Psychotherapie und Soziale Arbeit

Zukünftige Möglichkeiten und Probleme.- Mir scheint es, als würden sich Sozialpädagogen/-innen in Bezug auf die Psychotherapie in zwei Lager spalten: während die einen es als ein wesentliches Berufsmotiv erleben, mit anderen Menschen therapeutisch umzugehen und sich über viele Fort- und Weiterbildungswege nach dem Studium eine entsprechende Qualifikation und Legitimation erwerben, wehren es die anderen entschieden ab, als Sozialpädagogen therapeutisch zu arbeiten.

Ähnlich wie sich die Psychologen im deutschen Gesundheitswesen gegenüber den Ärzten auf dem Gebiet der psychisch verursachten und mitbedingten Erkrankungen berufspolitisch behaupten müssen, sind auch die SA/SP gegenüber den Psychologen in einer Situation, in gleichen Arbeitsfeldern tätig zu sein. Dass ein SA/SP berät und nicht therapiert, gehört heute zwar zum an Hochschulen gelehrt Grundverständnis des Faches, die praktische Situation wesentlich komplexer ist jedoch oft weit komplexer als es die Theorie wahrhaben will.

Die Zuordnung von Psychotherapie zu einer bestimmten Wissenschaft ist ohnehin fraglich: "Es ist kein Geheimnis, dass viele der derzeit verbreiteten Behandlungs- und Psychotherapiemethoden nicht unter dem Einfluss psychologischer Theorien der Allgemeinen Psychologie entstanden sind, sondern auf privater Erfahrung und wirkungsvoll kommunizierter Intuition beruhen. Von einer wissenschaftlichen Fundierung kann in vielen Fällen keine Rede sein." (Perrez, 1991, S. 56)

Nach Seligman (1995) scheint zumindest für amerikanische Verhältnisse zu gelten, dass sich die Wirksamkeit der Psychotherapie nicht dadurch unterschied, ob sie von einem psychotherapeutisch ausgebildeten Sozialarbeiter, Arzt oder Psychologen durchgeführt wurde.

Die Psychotherapieforschung zeigt zudem, dass es weniger auf das angewandte Verfahren als auf die Therapeut-Klient-Beziehung ankommt, wenn sich Erfolge einstellen.

Auch wenn also die Ausübung von Psychotherapie eigentlich nicht zum Aufgabengebiet der Sozialen Arbeit gehört, sind in der Praxis nicht wenige Sozialpädagogen/Sozialarbeiter psychotherapeutisch tätig:

- in der Psychiatrie (Arbeit in multiprofessionellen Teams),
- in der Arbeit mit Süchtigen (Suchttherapie als Sozialtherapie),
- in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen (z.B. Heilpädagogische Tagesstätten),
- in der Arbeit mit Paaren und Familien (z.B. als FamilientherapeutInnen nach Satir).

Sozialpädagogen werden immer dort mit psychischen Problemen konfrontiert, wo das Modell der vom Patienten freiwillig aufgesuchten ambulanten Psychotherapie für bestimmte Krankheitsbilder (v.a. Suchterkrankungen oder Schizophrenie) oder bestimmte Patientengruppen (z.B. Menschen ohne ausreichende Krankenversicherung, Obdachlose, chronisch Kranke) nicht greift.

Das Psychotherapeutengesetz bringt deshalb auch für die Soziale Arbeit wesentliche Veränderungen mit sich. Die positive Seite ist die Zugangsmöglichkeit zur Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichentherapeuten mit dem Ziel der staatlichen Approbation und der Kassenzulassung. Die negative Seite besteht in der Gefahr, dass die bisherige psychotherapeutische Tätigkeit von SA/SP illegal wird. Noch ist ungeklärt, was z.B. aus den Sozialtherapeuten wird, die bislang in der Drogentherapie mit den Rentenversicherungsträgern therapeutische Leistungen abrechnen konnten. In Bayern wird derzeit mit dem Sozialministerium um eine Regelung gerungen, die Sozialpädagogen mit einer Zusatzqualifikation als Suchttherapeut es ermöglicht, die Heilpraktikererlaubnis zu bekommen, um in einer Organisation der Suchtkrankenhilfe therapeutisch unter fachlicher Anleitung eines Arztes oder psychologischen Psychotherapeuten tätig sein zu können.

Psychotherapie oder Beratung.- Die Psychologen versuchten nach dem 2. Weltkrieg, ihre "Heilungsunterstützung" (Schubenz, 1998, S. 716) als psychologische Beratung von ärztlicher Therapie abzugrenzen. Eine genaue Abgrenzung von Therapie und Beratung nicht leicht: "Die Beratungsfunktion unterscheidet sich in einigen Aspekten - wenn auch nicht exakt - als besondere Form der Hilfestellung vom Training, der Behandlung bzw. der Therapie. Die psychologische Beratung lässt sich theoretisch dadurch charakterisieren, dass durch die Beratung den Ratsuchenden Informationen zur Verfügung gestellt werden, die die Entscheidungs- oder allgemein die Handlungsgrundlage verbessern. Die Entscheidung bzw. Veränderung selbst ist durch den Beratenen zu vollziehen. Beim Training, der Behandlung und Therapie hilft der Experte nicht nur, die Handlungs- respektive Entscheidungsgrundlage zu verbessern, er hilft auch aktiv mit, bei der Veränderung von Verhaltensdispositionen, bei der Umsetzung von Zielen. Psychologische Beratungen sind zeitlich begrenzter als Psychotherapien. In der Praxis sind die Übergänge von beratender und intervenierender Tätigkeit im oben umschriebenen Sinne fließend." (Perrez und Baumann, 1991, S. 25)

Tiefenpsychologisch orientierte Beratungskonzepte meinen, der Berater solle auf der Ebene des "Ichs" bleiben, während die therapeutische Arbeit sich dem "Es" und "Über-Ich" widmen solle.

Umgang mit psychisch kranken Menschen nach Germain und Gitterman.- Auch von Theoretikern der Sozialen Arbeit wird immer wieder der Versuch unternommen, Beratung und Therapie voneinander abzugrenzen. Bei Germain und Gittermann findet sich das Stich-

wort Psychotherapie nicht einmal im Index, obwohl in den meisten ihrer Fallbeispiele Klienten mit psychischen Problemen im Mittelpunkt stehen. Mit ihrem "Life Model" meinen sie, einen theoretischen Bezugsrahmen für sozialarbeiterisches Handeln gefunden zu haben, das es erlaubt, die Psychopathologie eines Klienten zu "umgehen": "Die Sozialarbeiterin bezog sich nicht nur auf die besonderen Stärken von Frau R., sondern umging auch erfolgreich ihre Pathologie. Anstatt jemand zu behandeln, der eine Psychose hat, faßte die Sozialarbeiterin die Schwierigkeiten von Frau R. auf der Grundlage des 'Life Model' auf und lokalisierte sie im Zwischenfeld zwischen ihr und der Umwelt. Sie versuchte, transaktionale Prozesse zu unterbrechen, die das gegenwärtige Problem geschaffen und aufrechterhalten hatten, und war erfolgreich darin, indem sie die besonderen Stärken in den Brennpunkt rückte. Zielbewußt suchte sie, Frau R.s schwer beschädigtes Selbstwertgefühl zu kräftigen und gleichzeitig ihre Fähigkeit zu realitätsorientierter Wahrnehmung zu schärfen, indem sie bei jeder Gelegenheit die Unterschiede zwischen dem subjektiven und dem objektiven Erleben aufzeigte." (Germain & Gitterman, 1988, S. 30)

Die hier beschriebene Technik der positiven Verstärkung und Ressourcenorientierung könnte jedoch ebenso als Bestandteil verhaltenstherapeutischer wie systemtherapeutischer Intervention im Sinne de Shazers (Miller & de Shazer, 1991) interpretiert werden. Legt man bei einem Beratungsgespräch auch noch die Maßstäbe einer klientenzentrierten Gesprächsführung zugrunde, wird auch die Abgrenzung zwischen "bloßer" Beratung Gesprächspsychotherapie undeutlicher.

... nach Lüssi.- Lüssi (1992) grenzt Therapie und Beratung dadurch ab, dass in der Therapie "der Klient an sich", "die Persönlichkeit", "das Unbewußte" des Klienten das Hauptthema sei, in der Beratung dagegen ein "sozialer Sachverhalt". Der innere Zustand des Klienten sei hingegen in der Beratung *eine* Bedingung, *ein* problemkonstituierender Faktor unter mehreren. In der Beratung solle dem Klienten auch nicht Einsicht in sein innerstes Wesen vermittelt werden, sondern Einsicht in seine soziale Lage und wie diese durch die Persönlichkeit mitbedingt sei.

Es scheint so, als müsse sich die Soziale Arbeit immer wieder ein neues Terrain für ihr Handeln im Gesundheitssystem suchen, dass von den Ärzten und Psychotherapeuten noch nicht besetzt ist.

Grundsätze der Beratung bei Menschen mit psychisch auffälligen Symptomen.- Beratung hat immer eine Inhalts- und eine Methodenseite. Wie ein Schuhverkäufer nicht gleichzeitig einen Bankkunden beraten kann, der sein Geld möglichst profitabel anlegen möchte, so kann auch ein Berater, der sich z.B. gut mit Eltern-Kind-Konflikten auskennt, nicht unbedingt auch einen Alkoholkranken beraten, sofern er sich nicht mit dem Thema Alkoholsucht befasst hat. Selbst eine Befassung mit Alkoholismus gewährleistet noch keine ausreichende Beraterqualifikation für alle anderen Suchtformen, wie z.B. Medikamenten-, Heroin-, Nikotin-, Spielsucht etc.. Es gilt also auch für "psychische Störungen" eine Vielzahl von speziellen Einzelheiten zu wissen, um kompetent beraten zu können.

In Bezug auf die Methodenseite lassen sich jedoch Gemeinsamkeiten für verschiedene Beratungsthemen festhalten:

- *Das psychische Problem erkennen.* Sich über das Ausmaß des psychischen Problems Klarheit verschaffen. Der Beratende wird also zunächst diagnostisch tätig sein, d.h. sich verfügbare Informationen über den Klienten vor einem Gespräch besorgen (Aussagen von Eltern, Erziehern, Lehrern, Gutachten ...). In der Beratungssituation wird er/sie die Äußerungen des Klienten sorgfältig beobachten, protokollieren und analysieren. Wenn es seine/ihre Konzen-

tration auf das Gespräch stören und den Klienten irritieren würde, macht man dies möglichst im Anschluss an das Beratungsgespräch.

- *Psychische Probleme klassifizieren und diagnostizieren*, nicht um zu labeln ("Sie sind zwangsneurotisch!"), sondern um die Ernsthaftigkeit der Störung für sich zu erkennen, um damit auch die eigenen Handlungsmöglichkeiten abschätzen können.
- *Einsicht in psychische Problemlagen vermitteln und für eine Problemlösung motivieren*. Viele Menschen sind sich unsicher, ob Psychotherapie etwas für sie bringt. Bei Süchtigen liegen in der Regel große Widerstände gegen Psychotherapien vor. Bei Alkohol- oder Heroi-nabhängigen muss daher der SA/SP häufig erst eine Therapiemotivation wecken. Dem Klienten muss dabei die Ambivalenz seiner bisherigen Konfliktlösungsstrategien widerge-spiegelt werden.
- *Sich nicht verstricken lassen*. Der Berater darf sich nicht mit einer Person und ihren Proble-men identifizieren. Diese Gefahr steigt, wenn der Berater selbst ein ähnliches Problem hat oder zu haben glaubt (z.B. Beziehungsprobleme, selbst depressiv oder süchtig ist) und seine innere Situation in den Klienten hinein projiziert ("Ach ja, das kenne ich auch ..., mir geht es auch manchmal ..."), ihn zu trösten versucht ("Ist nicht so schlimm ...") oder ihn mit eigen-en guten Ratschlägen überhäuft ("Also in so einem Fall mache ich immer ...").
- *Die Selbstverantwortlichkeit des Klienten betonen*. Der Berater zeigt Möglichkeiten auf, ent-scheiden, welche Möglichkeit für ihn die Beste ist, muss der Klient letztlich immer selbst. Der Berater unternimmt nichts, wenn der Klient dem nicht zustimmt (z.B. einen Platz in ei-ner Entzugsklinik organisieren).
- *Themen der Beratung eingrenzen*, denn je konkreter ein Problem eingegrenzt werden kann, desto mehr besteht die Aussicht auf einen erfolgreichen Abschluss der Beratung.
- *Eine tragfähige Beziehung mit dem Klienten aufbauen*. Dies gelingt besonders dann, wenn man mit den starken und "gesunden" Seiten des Klienten/der Klientin arbeitet.
- *Auf konkrete Lösungsschritte für Probleme bestehen*. Beratung sollte immer mit prakti-schen Konsequenzen verbunden sein. Nicht nur: Denken sie also darüber nach, sondern tun sie etwas Bestimmtes. Zwar sollte der Berater also auf Konsequenzen aus der Beratung dringen, aber keine Lösungsvorschläge auftischen, sondern Handlungsalternativen aufzei-gen. Vor- und Nachteile der Alternativen mit dem Klienten zusammen erörtern.
- *Vereinbarung festhalten und deren Einhaltung überprüfen*. Dabei ist darauf zu achten, dass der Klient keine Versprechen abgibt, die er absehbar gar nicht einhalten kann. Er hat dann nur ein schlechtes Gewissen und ist eher geneigt, sich der Beratung zu entziehen.
- *Weitere professionelle psychotherapeutische Hilfe anbieten und mitorganisieren*. Der Bera-ter muss in Bezug auf die Hilfsangebote in der psychosozialen Szene Bescheid wissen, ent-sprechende Institutionen und Personen kennen und Kontakte mit ihnen pflegen, um Klienten mit psychischen Störungen und Erkrankungen weiterverweisen zu können. Der Berater/die Beraterin sollte mit den Psychotherapeuten eines Klienten in Kontakt bleiben. Nach meinen Erfahrungen findet eine Zusammenarbeit zwischen Psychotherapeuten und SA/SP viel zu selten statt.

Unabhängig davon, wie viel oder wenig SA/SP selbst psychotherapeutisch auf andere Men-schen einwirken, benötigen sie also psychotherapeutisches Grundlagenwissen,

- um zu erkennen, welche ihrer Klienten bzw. "Kunden" therapiebedürftig sind (Fähigkeit zur Diagnose psychischer Störungen und Erkrankungen),
- welche psychotherapeutischen Hilfsangebote es gibt und worin sie sich unterscheiden (Fä-higkeit zur kompetenten Verweisung) und
- wie Psychotherapien für ihre Klienten finanzierbar sind (Krankenkassen, Rentenversiche-rungsträger, Sozialhilfe).

Um wirksam psychotherapeutisch tätig sein zu können, bedarf es einer fundierten Ausbildung und sehr viel Erfahrung mit den verschiedenen Symptomatiken. Ebenso ist die Bereitschaft und Fähigkeit zentral, sich mit den eigenen psychischen Problemen auseinander zu setzen. Ohne diese Voraussetzungen zu erfüllen, sollte niemand einem anderen Menschen das Versprechen geben, ihn psychotherapeutisch behandeln zu können.

4 Soziotherapie

Durch das Gesundheitsreformgesetz 2000 für die gesetzliche Krankenversicherung, das seit dem 1. Januar 2000 in Kraft getreten ist, eröffnet sich für die Soziale Arbeit eine neue Perspektive für therapeutisches Handeln. Im SGB V wurde nämlich ein Paragraph 37a eingefügt mit der Überschrift „Soziotherapie“:

„(1) Versicherte, die wegen schwerer psychischer Erkrankungen nicht in der Lage sind, Leistungen selbständig in Anspruch zu nehmen, die ihnen aufgrund eines ärztlichen Behandlungsplanes verordnet worden sind, haben Anspruch auf Soziotherapie, wenn dadurch Krankenhausbehandlungen vermieden oder verkürzt wird oder wenn diese angeboten, aber nicht ausführbar ist. Die Soziotherapie umfasst im Rahmen des Absatzes 2 die im Einzelfall erforderliche Koordinierung der verordneten Leistungen sowie Anleitung und Motivation zu deren Inanspruchnahme. Der Anspruch besteht für höchstens 120 Stunden innerhalb von drei Jahren je Krankheitsfall.

(2) Der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen bestimmt in den Richtlinien nach § 92 das Nähere über die Voraussetzungen, Art und Umfang der Versorgung nach Absatz 1, insbesondere

1. Die Krankheitsbilder, bei deren Behandlung im Regelfall Soziotherapie erforderlich ist,
2. den Inhalt, den Umfang, die Dauer und die Häufigkeit der Soziotherapie,
3. die Voraussetzungen, unter denen Ärzte zur Verordnung der Soziotherapie berechtigt sind,
4. die Anforderungen an den ärztlichen Behandlungsplan und an die Therapiefähigkeit des Patienten,
5. Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des verordnenden Arztes mit dem Leistungserbringer.“

Auch wenn bei dieser Gesetzesänderung ähnlich wie beim Psychotherapeutengesetz die näheren Umstände ihrer konkreten Umsetzung und Ausgestaltung viele Konflikte zwischen den beteiligten Parteien aufwirft, die letztlich immer auf die Finanzierung und die Aufteilung der Beiträge der Krankenversicherten auf die verschiedenen Leistungserbringer hinauslaufen, so eröffnen sich auf diesem Weg neue Chancen für Sozialarbeiter/-innen, psychotherapeutisches Knowhow, diagnostisches Wissen wie therapeutische Behandlungsfähigkeiten in der Praxis auf anerkannten und honorierten Wegen zum Einsatz zu bringen.

In einem Modellversuch, konnte nachgewiesen werden, dass durch ambulante Soziotherapie die stationäre Behandlung chronisch psychisch kranker Menschen deutlich verkürzt oder ganz vermieden werden kann (Melchinger und Giovelli, 1999). Die Autoren definieren Soziotherapie dabei wie folgt:

„Soziotherapie ist ein zentraler Baustein einer integrierten Komplexleistung im Rahmen einer medizinischen Behandlung/Rehabilitation. Soziotherapie ist begleitende Unterstützung und Handlungsanleitung von chronisch psychisch Kranken zur Überwindung von krankheitsbedingten Grundstörungen, die zu Beeinträchtigungen im Umgang mit der sozialen

dingten Grundstörungen, die zu Beeinträchtigungen im Umgang mit der sozialen Umwelt führen. Mit Beziehungsherstellung zum Therapeuten, Motivierung und psychischer Mobilisierung zur Überwindung sozialer Ängste soll die Integration in das soziale Umfeld hergestellt werden, angefangen mit der Fähigkeit zur Teilnahme an lebenspraktischem Training zur Inanspruchnahme der verordneten medizinischen Maßnahmen bis hin zur Arbeitsaufnahme auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Soziotherapie übernimmt eine Brückenfunktion zwischen ärztlichem Behandlungsprogramm und Angeboten außerhalb der Leistungspflicht der Krankenkassen, indem sie darauf abzielt, dem Patienten die Nutzung solcher Angebote zu erschließen. Durch Soziotherapie soll die Informationsvernetzung zwischen unterschiedlichen Leistungserbringern und die Koordination der verordneten Leistungen im Einzelfall optimiert und dadurch eine effizientere Nutzung der vorhandenen Ressourcen erreicht werden.“ (a.a.O., S. 73)

Wirklich neu ist das Konzept der Soziotherapie also nicht. Wer die Arbeit in Sozialpsychiatrischen Diensten, betreuten Wohngruppen oder Tagesstätten für psychisch Kranke kennt, weiß, dass dort ähnliche Ziele verfolgt werden. Dennoch eröffnet die Verankerung der Soziotherapie im SGB V neue Perspektiven für sozialpädagogische Handlungs- und Berufsfelder. Zumindest sollte dieser Entwicklung seitens der Sozialen Aufmerksamkeit entgegengebracht werden.

5 Bindungsorientierte Traumapädagogik

Aus der Erkenntnis, dass sehr viele, wenn nicht sogar die meisten Klienten der Sozialen Arbeit traumatisiert sind, hat sich die sog. Traumapädagogik entwickelt. Wilma Weiß ist an der Etablierung dieses vielversprechenden Ansatzes innerhalb der Sozialarbeit maßgeblich beteiligt (Weiß 2008; Bausum, Besser, Kühn & Weiß 2009). Auch die Zeitschrift „Trauma und Gewalt“ hat diesem neuen Ansatz zwei Sonderhefte gewidmet. In der Kombination mit der Theorie von Bindung und Bindungsstörung (Schleiffer 2007) ergeben sich hier neue Grundkonzepte und damit erweiterte Handlungsmöglichkeiten für die Soziale Arbeit.

Ein neuer Aspekt für die Abgrenzung wie Kooperation zwischen Sozialer Arbeit und Psychotherapie ergibt sich, wenn wir psychische Krankheiten als Folgen traumatisierender Erfahrungen besser verstehen lernen. Demnach könnte es die Hauptaufgabe von Sozialpädagogen sein, ihre Klienten darin zu unterstützen, sich aus traumatisierenden Situationen zu befreien (z.B. Arbeitslosigkeit, drohende Obdachlosigkeit, Zusammenleben mit gewalttätigen Partnern, missbrauchenden Eltern). Die Aufgabe der Psychotherapie wäre es dann, die Folgen von Traumatisierungen zu lindern oder wo möglich zu heilen. Dieser Aspekt schließt dann auch eine erhöhte Wachsamkeit von Sozialpädagogen für sekundärtraumatisierende Faktoren ein, die durch Reaktionen der sozialen Umwelt auf traumatisierte Personen einwirken, wie z.B.

- Unverständnis und unempathisches Verhalten,
- Tabuisierung des Traumas,
- Aufforderungen an den traumatisierte Menschen, möglichst schnell zu vergessen und zum Alltag überzugehen,
- Opferbeschuldigung,
- Verweigerung von Rechten, Ausgleich und adäquater Hilfe.

Dieser Ansatz bedeutet jedoch auch, dass sich SozialpädagogInnen wie PsychotherapeutInnen mit der oft erschreckenden und das menschliche Vorstellungsvermögen oft übersteigenden grausamen und brutalen Realität zwischenmenschlicher Beziehungen konfrontieren und auseinandersetzen können müssen. Wer eigene Traumatisierungen noch nicht bewältigt hat, läuft

Gefahr, unprofessionell zu agieren. Die Auseinandersetzung mit menschlichen Grenzerfahrungen, z.B. mit Leid und Tod, lässt nach meinen Erfahrungen auch ausgebildete Psychologen und Sozialpädagogen zurückschrecken. Die Probleme des Patienten/Klienten werden daher oft tabuisiert (z.B. seine Selbstmordneigung), man behandelt dann lieber das, was man selbst noch seelisch verkraften kann.

Literatur:

- Bausm, J., Besser, L., Kühn, M. & Weiß, W. (2009). Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. Weinheim: Juventa Verlag.
- Butollo, W., Hagl, M. & Krüsmann, M. (1999). Kreativität und Destruktion posttraumatischer Bewältigung. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Davison G.C. & Neale, J.M. (1979). Klinische Psychologie. Ein Lehrbuch. München: Urban & Schwarzenberg.
- Faber, F. R. & Haarstrick, R. (1996). Kommentar Psychotherapie-Richtlinien. Neckarsulm: Jungjohann Verlag.
- Fischer, G. & Riedesser, P. (1999). Lehrbuch der Psychotraumatologie. München: UTB.
- Freud, S. (1979). Abriß der Psychoanalyse. Das Unbehagen in der Kultur. Frankfurt/M.: Fischer.
- Huber, M. (1998). Multiple Persönlichkeiten. Überlebende extremer Gewalt. Frankfurt/M.: Fischer.
- Lüssi, P. (1992). Systemische Sozialarbeit. Bern: Paul Haupt.
- Perrez, M. & Baumann, U. (1991). Klinische Psychologie. Band 2: Intervention. Bern: Huber.
- Richter, H. (1992). Eltern, Kind, Neurose. Reinbek: rowohlt.
- Melchinger, H. & Giovelli, M. (1999). Ambulante Soziotherapie. Evaluation und analytische Auswertung des Modellprojektes 'Ambulante Rehabilitation psychisch Kranker' der Spitzenverbände der Krankenkassen. Nomos Verlag.
- Miller, G. & de Shazer, S. (1991). Jenseits von Beschwerden: Ein Entwurf der Kurztherapie. In Reiter, L. und Ahlers, C. (Hrsg.), Systemisches Denken und therapeutischer Prozeß. (S.117 - 135). Berlin: Springer-Verlag.
- Sauter, F. Ch. (1993). Psychologie der Intervention. In H.-P. Langfeldt (Hrsg.), Psychologie. (S. 259-307). Neuwied: Luchterhand.
- Schleiffer, R. (2007). Der heimliche Wunsch nach Nähe. Bindungstheorie in der Heimerziehung. Weinheim: Juventa Verlag.
- Schubenz, S. (1998). Die Bedeutung der Psychotherapie-Richtlinien für die wissenschaftlich fundierte Psychologische Therapie. report Psychologie, 9, 710-719.
- Seligman, M. (1995). The Effectiveness of Psychotherapy. The Consumer Reports Study. American Psychologist, 50, 965-974.
- Szasz, T.S. (1976). Die Fabrikation des Wahnsinns. Gegen Macht und Allmacht der Psychiatrie. Frankfurt/M.: Fischer.
- Weiß, W. (2008). Phillip sucht sein Ich. Zum pädagogischen Umgang mit Traumata in den Erziehungshilfen. Weinheim: Juventa Verlag.

