



Silke Birgitta Gahleitner

Soziale Arbeit als Beziehungs- profession

Bindung, Beziehung und Einbettung
professionell ermöglichen

BELTZ JUVENTA

Silke Birgitta Gahleitner
Soziale Arbeit als Beziehungsprofession

Silke Birgitta Gahleitner

Soziale Arbeit als Beziehungsprofession

Bindung, Beziehung und Einbettung
professionell ermöglichen

BELTZ JUVENTA

Die Autorin

Silke Birgitta Gahleitner, Psychotherapeutin, Prof. Dr. phil. habil., Studium der Sozialen Arbeit, Promotion in Klinischer Psychologie, Habilitation in den Erziehungswissenschaften, langjährig in sozialtherapeutischen Einrichtungen für traumatisierte Frauen und Kinder sowie in eigener Praxis tätig. Seit 2006 lehrt und forscht sie an der Alice-Salomon-Hochschule Berlin und betreut dort den Arbeitsbereich Psychosoziale Diagnostik und Intervention. 2015 hat sie einen vierjährigen Forschungsaufenthalt an der Donau-Universität Krems abgeschlossen.

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme.



Dieses Buch ist erhältlich als:

ISBN 978-3-7799-3477-6 Print

ISBN 978-3-7799-4544-4 E-Book (PDF)

1. Auflage 2017

© 2017 Beltz Juventa

in der Verlagsgruppe Beltz · Weinheim Basel

Werderstraße 10, 69469 Weinheim

Alle Rechte vorbehalten

Herstellung: Ulrike Poppel

Satz, Druck und Bindung: Beltz Bad Langensalza GmbH, Bad Langensalza

Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autoren und Titeln finden Sie unter: www.beltz.de

Inhalt

Vorbemerkung und Danksagung	9
Einführung	10
Kapitel 1	
Theoretische Grundlagen	17
1.1 Psychosoziale Arbeit im ‚hard to reach‘-Bereich: Von der Tradition und Notwendigkeit biopsychosozialer Perspektiven in der Sozialen Arbeit	17
1.1.1 Lebensbewältigung in der ‚Entgrenzung der zweiten Moderne‘	19
1.1.2 Forschung zu biopsychosozialen Einflussfaktoren auf die Gesundheit	21
1.1.3 Forschung und Theoriebildung zum biopsychosozialen Modell	23
1.1.4 Das biopsychosoziale Modell: Versuch einer Begriffsklärung	26
1.1.5 Biopsychosoziales Gedankengut in der Praxis: Aktualität eines zersplitterten Konzepts	27
1.1.6 ‚Biopsychosozial denken und handeln‘: Herausforderungen für die Zukunft der Sozialen Arbeit	30
1.1.7 Resümee	33
1.2 Theoretische Perspektiven professioneller Beziehungsgestaltung für psychosoziale Arbeitsfelder	34
1.2.1 Stand der Forschung und theoretische Konzepte zur (sozial)pädagogischen Beziehungsgestaltung	37
1.2.2 Stand der Forschung und theoretische Konzepte zur therapeutischen Beziehungsgestaltung	58
1.3 Theoretische Grundlagen professioneller Beziehungsgestaltung in zugehörigen Bezugstheorien	79
1.3.1 Stand der Forschung und theoretische Konzepte der Bindungstheorie	80
1.3.2 Stand der Forschung und theoretische Konzepte zu sozialen Netzwerken und sozialer Unterstützung	105
1.4 Fazit: Die theoretischen Perspektiven der Beziehungsgestaltung für psychosoziale Arbeitsfelder unterliegen einer disziplinären Versäulung	137

Kapitel 2

Ergebnisse aus drei Sekundäranalysen	142
2.1 Fragestellung und Methodik der Sekundäranalyse	142
2.1.1 Fragestellung	142
2.1.2 Methodische Vorüberlegungen für die Auswahl der Projekte	143
2.1.3 Vorstellung der Projekte und methodisches Vorgehen der Sekundäranalyse	150
2.2.4 Kritische Reflexion der gewählten Methodik	156
2.2 Ergebnisdarstellung der ausgewählten Projekte	158
2.2.1 Psychosoziale Onkologie: Das Projekt ‚Lebensqualität von TumorpatientInnen der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie‘	158
2.2.2 Stationäre Kinder- und Jugendhilfe: Das Projekt ‚KATA-TWG‘	181
2.2.3 Frauen in Gewaltverhältnissen Zuflucht bieten: Ein ‚Daphne‘-Projekt	203
2.3 Fazit: „Weil dann so ‘ne persönliche Ebene hergestellt ist“ – AdressatInnenstimmen aus den drei Sekundäranalysen im Diskurs	228

Kapitel 3

Persönliche Beziehung ‚inside‘? – Vertrauen schaffen und Einbettung unterstützen im ‚hard to reach‘-Bereich	234
3.1 Verbindungsdiskurse ‚bottom up‘: Bindungsaspekte in helfenden Beziehungen und Supportprozessen	236
3.1.1 Bindungsphänomene in pädagogischen Beziehungen	236
3.1.2 Bindung als Element in therapeutischen Beziehungskonstellationen	254
3.1.3 Bindungsaspekte in unterstützenden Netzwerken	224
3.1.4 Resümee und Relevanz für das psychosoziale Feld	229
3.2 Verbindungsdiskurse ‚top down‘: Soziale und institutionelle Kontextfaktoren in helfenden Beziehungen	230
3.2.1 Soziale Kontextfaktoren in Hilfeprozessen der Sozialen Arbeit und Pädagogik	254
3.2.2 Soziale Kontextfaktoren im therapeutischen Beziehungsgeschehen	261
3.2.3 Soziale Kontextfaktoren in der Identitätsbildung	265
3.2.4 Resümee und Relevanz für das psychosoziale Feld	272
3.3 ‚Persönliche Beziehungen‘ als ‚Essential‘ auf allen Ebenen der professionellen Beziehungsgestaltung	273
3.3.1 Die ‚persönliche Beziehungsdimension‘	274
3.3.2 Soziale Unterstützung: ein ‚Netzwerk aus persönlichen Beziehungen‘	277
3.3.3 Resümee und Relevanz für das psychosoziale Feld	279

3.4	Die Dimension ‚Vertrauen‘ als Mikro-, Meso- und Makrokonzept	280
3.4.1	Vertrauensprozesse in der psychosozialen Praxis beginnen ‚persönlich‘	281
3.4.2	Vertrauen auf allen Ebenen herstellen	283
3.4.3	Resümee und Relevanz für das psychosoziale Feld	285
3.5	Fazit: Voraussetzungen für eine professionelle Beziehungsgestaltung in psychosozialen Arbeitsfeldern	286
3.5.1	Voraussetzungen für eine professionelle Beziehungsgestaltung	286
3.5.2	Professionelle Beziehungsgestaltung in der psychosozialen Arbeit: Ein ‚Modellversuch‘	299
	Ausblick	309
	Literatur	314
	Abbildungs-, Tabellen- und Abkürzungsverzeichnis	387
	Abbildungsverzeichnis	387
	Tabellenverzeichnis	387
	Abkürzungsverzeichnis	387

Vorbemerkung und Danksagung

Mein Dank gilt an erster Stelle den InterviewpartnerInnen aus allen vorliegenden Projekten, die mir und uns mit beachtlicher Offenheit und großem Vertrauen begegnet sind. Auf ihren Erzählungen beruht der Blick auf eine professionelle Beziehungsgestaltung und deren Gelingen, der sich im Laufe des Forschens und Schreibens immer weiter präzisiert hat. Das Gleiche gilt für die zahlreichen Begegnungen mit KlientInnen, die diese Arbeit maßgeblich angeregt und durch den Dialog mit mir mitgestaltet haben.

Auch ist es mir ein Bedürfnis, all jenen Lehrenden, KollegInnen und ExpertInnen aus dem Bereich der Sozialen Arbeit, (Heil-)Pädagogik, Psychologie, Soziologie, Medizin, Recht, Philosophie und Anthropologie zu danken, die mir interdisziplinäres Denken möglich gemacht haben. Meinen StudentInnen und KollegInnen aus der Praxis verdanke ich beharrliches Nachspüren und Hinterfragen aller meiner – zum Teil auch noch unausgegorenen – Gedanken. Frank Nestmann und Ingrid Miethe verdanke ich eine Begleitung dieser Entwicklungen, die mich nicht nur inhaltlich entscheidend weitergebracht, sondern zudem stets wieder angefeuert hat. Und meinen Angehörigen und FreundInnen aus dem unmittelbaren Umfeld danke ich für eine große Portion Geduld und Unterstützung für die lange Durststrecke, die die Entwicklung eigener Gedanken stets mit sich bringt. Ihnen allen danke ich von ganzem Herzen.

Einführung

„Wer ‚bin‘ ich ohne dich?“
(Butler, 2003/2005, S. 39)

Vor ca. 1000 Jahren ließ Friedrich II. von Aragón ein ‚Experiment‘ durchführen. Mit der Zielsetzung, die Ursprache des Menschen zu erkunden, entwendete er Müttern ihre Säuglinge und ließ sie von Ammen aufziehen. Diese sollten sie zwar mit dem Nötigsten versorgen, ihnen aber jede emotionale Zuwendung und jeden Körperkontakt versagen. Alle 30 Kinder dieses Experiments starben nach kurzer Zeit (vgl. Benoist-Méchin, 1980/1982; vgl. auch Straus, 2008). Heute gibt es zwar in der Anthropologie und den angrenzenden Humanwissenschaften keine Differenzen mehr darüber, dass „die Orientierung auf andere Menschen zu den Grundkonstanten menschlichen Lebens gehört“ (Straus, 2008, o.S.) und auch forschungsethische Gesichtspunkte würden dem ‚Experiment‘ entgegenstehen, aber es sind keineswegs alle Fragen geklärt. In langjähriger Praxis in psychosozialen Arbeitsbereichen vermittelte sich mir z.B. von Beginn an die Erfahrung, dass die Qualität der Arbeit eng an das Gelingen der professionellen Beziehungsgestaltung gebunden ist. Obwohl diese Erfahrung jedoch von vielen KollegInnen aus der Praxis und Forschung geteilt wird, bleibt es in der weiteren Folge nicht selten bei naiv-empathischen Beteuerungen und ist nach wie vor nicht geklärt, wie – im Detail – sich eine professionelle Beziehung gestaltet bzw. gestalten sollte: „Zwar weiß jeder, dass ohne Beziehungen nichts läuft. Aber es scheint nicht so einfach zu sein, ein Theoriegebäude für die Beziehungen zu entwickeln“ (Schröder, 2002, S. 59). Noch größer werden die Unklarheiten, wenn es darum geht, wie das Wissen um die Wichtigkeit professioneller Beziehungsgestaltung und Beziehungskompetenz verlässlich an angehende Fachkräfte vermittelt werden kann.

Die Unklarheiten und Unsicherheiten zeigen u.a. die Schwierigkeit auf, die Komplexität des Beziehungsgeschehens präzise in Theorien und Konzepten zu verorten. Fachkräfte der Sozialen Arbeit sind in der Praxis zudem „als Personen mit anderen Subjekten (und deren Problemen), mit Institutionen und Organisationen in je besonderen gesellschaftlichen und kulturellen Deutungsmustern konfrontiert. Dies macht es geradezu erwartbar, dass sie mit emotionsgeladenen Themen, wenn nicht gar Konflikten zu tun haben, in denen sowohl Zuneigung, Zärtlichkeit, Sexualität, als auch Macht, Ohnmacht, Hass, Aggressionen, personale und strukturelle Gewalt mit im Spiel sind“ (Dörr, 2007, S. 138). Die während der letzten Jahre in den Medien veröffent-

lichten sexuellen Übergriffe in pädagogischen Einrichtungen verweisen hier lediglich auf die Spitze eines wesentlich tiefer gründenden Eisbergs (vgl. Thole et al., 2012). Dazu treten gesellschaftliche Veränderungsprozesse, die der professionellen Beziehungsgestaltung eine immer größere Bedeutung zuweisen. Tradierungsmuster, vorgebahnte Verwandtschaftsstrukturen und Lebensläufe haben sich in Freiräume für Entscheidungen und kommunikative Entscheidungsprozesse aufgelöst. Individualisierung und Mobilität bedingen veränderte Formen sozialer Interaktion und einen Mangel an sozialer Einbettung (vgl. ‚disembedding-Phänomene‘ nach Giddens, 1990/1995; vgl. auch Keupp, 1997a). Die zunehmenden gesellschaftlichen Anforderungen an den Einzelnen sind von einer Reihe von AdressatInnen nicht ‚bewältigbar‘ und „bedürfen psychosozialer, integrativer Unterstützung“ (Hanses, 2008, S. 21).

Diese Einschätzung gilt insbesondere im Bereich psychosozialer Arbeit, in dem PraktikerInnen mit ‚hard to reach‘-KlientInnen konfrontiert sind, die dringend und umfassend Unterstützung benötigen, jedoch vom Gesundheits- und Sozialsystem nicht angemessen erreicht werden. Oft sind sie durch multiple, existenzielle Problemlagen und Krankheitszustände bedroht. Meist verfügen sie in ihrem Umfeld nicht über eine ausreichende An- und Einbindung. Gerade bei dieser Zielgruppe sind Fachkräfte der Sozialen Arbeit besonders explizit für „das Anknüpfen an die unterbrochene Kommunikation zuständig“ (Döring, 2004, S. 196). Dieser „Komplexität der Beziehungsdimension“ (Stemmer-Lück, 2004, S. 55) hat sich die Soziale Arbeit in besonderer Weise gewidmet. Konzeptionen aus der Psychologie erweisen sich häufig als zu individuumsbezogen für diesen Kontext. Konzeptionen aus der Pädagogik und Sozialen Arbeit allerdings werden von Fachkräften aus der Praxis oft als nicht präzise genug erlebt, um – gerade für die Beziehungsgestaltung mit schwer und mehrfach beeinträchtigten AdressatInnen bzw. KlientInnen – sinnvoll einsetzbar zu sein.

Die Bindungsforschung, die sich in den letzten Jahren – immer mehr auch praxisnah – damit befasst, Interventionskonzepte auf der Grundlage der Bindungstheorie zu untersuchen und die daraus resultierenden Ergebnisse für die Hilfepraxis zugänglich zu machen, hat insofern für die obige Fragestellung ohne Zweifel eine entscheidende Lücke geschlossen. Die Erfahrung in der Praxis, dass Muster gelingender Interaktion in jeder professionellen Hilfeleistung – nicht nur in der frühen Kindheit – eine wichtige Grundlage für Hilfeprozesse darstellen, lässt sich auf dieser Basis besser systematisieren. Mit seinen umgebenden Bindungspersonen organisiert der Mensch Gefühle und mentale Prozesse, nimmt Ereignisse wahr, macht sich Pläne und reguliert stetig Anpassungen an neue Herausforderungen (vgl. Bowlby, 1973/2006). Konzeptionen der Bindungstheorie jedoch beziehen sich in ihrer Herkunft lediglich auf dyadische Beziehungskonstellationen und Szenerien

der Kleinfamilie. Auch in Forschungsergebnissen der Psychotherapie fokussieren die meisten Studien zentriert auf die Person des/der KlientIn. Konzeptionen professioneller Beziehungsgestaltung in der psychosozialen Arbeit benötigen diese Wissensbestände, jedoch zudem eine deutlich erweiterte Perspektive professioneller Beziehungsgestaltung, die auch das Problemfeld sozialer Integration fokussiert. Es geht stets um die ‚Person-in-ihrer-Welt‘ (vgl. Thomae, 1969), die ‚person-in-environment‘ (vgl. Dorfman, 1996). Bindungstheorie und andere psychologische Bezugsgrößen bieten folglich für das dyadische Beziehungsgeschehen in psychosozialen Arbeitsfeldern einen hilfreichen Orientierungsrahmen, sie sollten allerdings für eine tragfähige Anwendung in der Sozialen Arbeit um weitere Überlegungen und Theoriebestände erweitert werden.

Entlang dieser Überlegungen wird in der vorliegenden Arbeit der Frage nachgegangen, welche umfassenden Einflussfaktoren für eine gelingende professionelle Beziehungsgestaltung und soziale Einbettung sich herausarbeiten lassen und wie sich diese Einflussfaktoren mit bereits bestehenden Konzepten aus der Sozialen Arbeit und aus den angrenzenden Bezugswissenschaften in ein Verhältnis setzen bzw. weiterentwickeln lassen. Dafür wird auf die sekundäranalytisch erarbeitete subjektive Perspektive von HilfeempfängerInnen in drei bereits durchgeführten Forschungsprojekten zurückgegriffen. Zielsetzung der Analyse ist das Herauskristallisieren der Aspekte, die zu einer professionellen Gestaltung eines förderlichen Beziehungsgeschehens und -umfeldes für KlientInnen und Adressatinnen in der psychosozialen Praxis mit ‚hard to reach‘-Klientel beitragen können. Das Kapitel 1.1 – im Anschluss an die Einleitung – widmet sich daher den soeben angesprochenen gesundheitlichen Überforderungen durch psychosoziale Verarbeitungsprozesse in der heutigen Gesellschaft. Aufgrund gesellschaftlicher Individualisierungsprozesse haben Problemlagen – insbesondere für benachteiligte Bevölkerungsgruppen – zugenommen. Die dadurch bedingte Destabilisierung psychosozialer Lebensverhältnisse hat Versorgungsnotstände mit sich gebracht, denen mit Erkenntnissen aus nur einer Disziplin nicht ausreichend begegnet werden kann und denen ‚biopsychosoziale Professionalität‘ entgegengesetzt werden muss. Hier hat die Soziale Arbeit eine besondere Verantwortung.

Da Fachkräfte der Sozialen Arbeit an vielen Stellen mit sozial stark belasteten, häufig auch psychisch beeinträchtigten oder physisch kranken ‚hard to reach‘-KlientInnen in Multiproblemsituationen zu tun haben, benötigen sie spezifische Wissensbestände und Kompetenzen. Als theoretische Perspektiven zum Verständnis professioneller Beziehungsgestaltung in der psychosozialen Arbeit werden daher in Kapitel 1.2 Überlegungen zur pädagogischen Beziehungsgestaltung sowie die Konzeptionen der einzelnen Therapieverfahren zur therapeutischen Beziehungsgestaltung inkl. der ‚common factor‘-

Forschung ausgeführt. Kapitel 1.3 widmet sich den zugehörigen bezugswissenschaftlichen Grundlagen, der Bindungstheorie bzw. treffender den ‚Bindungstheorien‘ und sozialen Netzwerktheorien bzw. sozialen Unterstützungstheorien. Diese Theoriestränge existier(t)en bisher weitgehend unverbunden nebeneinander und werden zunächst auch einzeln entlang ihrer theoretischen bzw. empirischen Wurzeln in ihrem Erkenntnisgewinn gewürdigt bzw. in ihren für die Fragestellung relevanten Entstehungszusammenhängen, Inhalten und Forschungsergebnissen dargelegt.

Das zweite Kapitel entfaltet die empirische Basis der vorliegenden Arbeit, eine sekundäranalytische Reanalyse dreier Forschungsprojekte aus den Bereichen ‚psychosoziale Arbeit im Krankenhaus‘, ‚stationäre Kinder- und Jugendhilfe‘ sowie ‚Beratung und Begleitung gewaltbetroffener Frauen‘. Die Ergebnisse zeigen übereinstimmend, dass das Gelingen von Hilfe eine authentische, emotional tragfähige, von Nähe geprägte und dennoch reflexiv und fachlich durchdrungene Diagnostik und Beziehungsgestaltung erfordert. Es zeigt sich darüber hinaus, dass Hilfe besonders dann gelingt, wenn beziehungserschütterte KlientInnen die Möglichkeit zu persönlichen Beziehungsdimensionen und -momenten erhalten, die als Alternativerfahren zu früheren Beziehungserschütterungen den Weg zurück in soziale Zusammenhänge bahnen. In diesem persönlichen Beziehungsgeschehen wird arbeitsfeldübergreifend von den AdressatInnen in den Interviews ein großer Teil der Wirkung verortet. Durch die professionelle Beziehungsgestaltung entstehen ihren Aussagen zufolge eine Reihe wirkungsvoller Möglichkeiten und Chancen auf Veränderung im primären, sekundären und tertiären Netzwerkgefüge – keineswegs nur auf der Ebene der Dyade.

Auf konkrete Hilfeprozesse bezogen bedeuten diese Ergebnisse, dass als Grundlage für adäquate Kompetenzen und Performanzen ein umfassendes Wissen über die Qualitäten professioneller Beziehungsgestaltung unabdingbar ist. Soziale Arbeit bietet in ihren ausgewiesenen Fachkompetenzen der dialogischen und authentischen Begegnung, der Umfeldorientierung und des Schnittstellenmanagements zur Vernetzung der verschiedenen Unterstützungssysteme bereits eine Reihe von Fachkompetenzen für ein vertrauensvolles Aufgehoben-Sein der KlientInnen in einer wertschätzenden Beziehungsumgebung. Für ein tieferes konzeptionelles Verständnis und den Aufbau passfähiger Beziehungskonstellationen bedarf es jedoch der Integration und Ergänzung der unterschiedlichen Wissensbestände der verschiedenen disziplinären Perspektiven, die im ersten Kapitel dargestellt wurden. Dabei geht es jedoch nicht einfach um eine Addition der bereits existierenden Ansätze, sondern diese bedürfen in Forschung wie Praxis einer inhaltlichen Zusammenführung und Ausdehnung. In der Diskussion im dritten Kapitel werden daher entlang der empirischen Ergebnisse verschiedene Verbindungsdiskurse – ‚bottom up‘ wie ‚top down‘ (in einer Zirkelbewegung von

der Bindungsebene in die Netzwerkdimension und wieder zurück) – zusammengetragen.

Der Forschungsstrang der persönlichen Beziehungen verknüpft diese verschiedenen theoretischen Stränge nochmals in besonderer Weise, indem er sich konsequent zwischen verschiedenen Disziplinen bewegt. Als ein weiteres Bindeglied sind der Vertrauensdiskurs und das Professionsverständnis der Pädagogik und Sozialen Arbeit mit dem Hinweis auf die berufsspezifischen Antinomien (sozial-)pädagogischen Handelns zu nennen, die als übergreifendes Muster die professionelle Beziehungsgestaltung handlungsorientiert und reflexiv organisieren helfen. In der Diskussion der vorliegenden Ergebnisse im dritten Kapitel werden alle diese verschiedenen Stränge zusammengeführt und in einem aus der Empirie und Theorie entwickelten ‚Prozessmodell‘ für eine gelungene professionelle Beziehungsgestaltung in psychosozialen Arbeitsfeldern unter dem Titel „Von der ‚schützenden In-selberfahrung‘ zum ‚persönlich geprägten Netzwerk‘“ (Kapitel 3.5.2) veranschaulicht. Dieses Modell zu zentralen Dimensionen hilf- und erfolgreicher psychosozialer Intervention sowie ein kurzer Ausblick schließen die Arbeit ab.

Bei allem Anspruch auf das Ausleuchten komplexer Zusammenhänge muss an manchen Orten, um eine klare Gestalt deutlich werden zu lassen, auf bestimmte Diskurse verzichtet werden. Zum vorliegenden Thema könnten z.B. auch die umfassenden Ergebnisse aus der Neurobiologie und der Epigenetik der letzten Jahre (vgl. u.a. Fuchs, 2010; Bauer, 2010) und die Diskurse zu den Themen Diversity, Intersektionalität und Postkolonialismus (vgl. u.a. Castro Varela & Dhawan, 2005; Czollek & Perko, 2011; Rommelspacher & Wachendorfer, 2008; Comas-Díaz, 2006) weiteren Aufschluss verschaffen. Um in der gewählten Verortung der Arbeit jedoch nicht an Prägnanz zu verlieren, wurde auf diese und eine Reihe weiterer Themenfelder weitgehend verzichtet. Genderaspekte allerdings werden immer wieder berührt und in Bezug auf eine gendergerechte Schreibweise wurde das Binnen-I gewählt.

An dieser Stelle sei auch ein Hinweis zur ‚Benennungskultur‘ eingefügt, die auch den interdisziplinären Gesamtcharakter der Arbeit verdeutlicht. Das Spektrum psychosozialer Arbeit hat eine Reihe von Begriffskulturen hervorgebracht, die sich aus dem unterschiedlichen Verständnis der Bezugsdisziplinen speisen und Hinweise auf Asymmetrien im Professionsverständnis geben wie z.B. PatientIn, KlientIn, KundIn, NutzerIn, AdressatIn, AkteurIn (vgl. Homfeldt & Gahleitner, 2015). In der Sozialen Arbeit findet insbesondere der Begriff der/s AdressatIn Verwendung. Damit soll vermittelt werden, dass es um die subjektiven Bedarfe der institutionellen Angebote in Bezug auf den/die AdressatIn geht, nicht umgekehrt. Die Psychotherapie- und Beratungsszene spricht von KlientInnen. Damit soll wiederum die Mündigkeit

der Klientel in Abgrenzung zum Begriff PatientIn zum Ausdruck gebracht werden, der insbesondere im medizinischen Bereich gängig ist. In der vorliegenden Arbeit wird eine Verknüpfung der verschiedenen Arbeitsbereiche inkl. ihrer jeweiligen Kulturen und Begrifflichkeiten angestrebt. Daher werden – zur besseren Verständigung – alle drei genannten Begriffe AdressatIn, KlientIn und PatientIn entlang ihrer jeweiligen Kontexte in der Arbeit verwendet und damit der Versuch gemacht, unter den verschiedenen Herangehensweisen eine gegenseitige Anschlussfähigkeit zu schaffen.

Ob im Umgang mit AdressatInnen, KlientInnen oder PatientInnen, psychosoziale Fachkräfte verfügen in ihrer tagtäglichen Praxis häufig über einen immensen Schatz an wichtigen Erfahrungen, die ihnen handlungspraktische Wege intuitiv aufzeigen. Oftmals fällt es jedoch aufgrund der Komplexität des Arbeitsalltags schwer, das Erfahrungswissen systematisch an Konzepte und Theoriebestände zurückzubinden. Nur über eine dezidierte Zuordnung ist jedoch letztlich eine gelungene Theorie-Praxis-Verknüpfung machbar, nur auf diese Weise können Strukturen entwickelt werden, die systematisch an Auszubildende weitergegeben werden können und dann eventuell die Möglichkeit zu einer ‚strukturierten Intuition‘ (siehe unten; vgl. Gahleitner, 2005a) bieten, die sich vor einem breiten Wissenshintergrund gekonnt und systematisch entfalten kann. Das bereits angesprochene ‚Prozessmodell‘ für eine professionelle Beziehungsgestaltung in psychosozialen Arbeitsfeldern versucht diese konzeptionelle Rückbindung über den Stufe für Stufe beschriebenen Weg „von der ‚schützenden Inselerfahrung‘ zum ‚persönlich geprägten Netzwerk‘“ (Kapitel 3.5.2) zu ermöglichen. Als Grundlage dafür bedarf es jedoch der detaillierten Ausformulierung der zugehörigen Wissensbestände und eines angemessenen Einbezugs der jeweiligen sinnvoll zusammengetragenen bezugswissenschaftlichen Aspekte.

Die Arbeit ist daher sowohl einer Verbindung verschiedener Disziplinen als auch einer Verknüpfung der verschiedenen Erfahrungsebenen Forschung, Theorie und Praxis gewidmet, legt jedoch letztlich ihren zentralen Schwerpunkt auf die theoretische Detailarbeit einer zentralen Schlüsselqualität für die Soziale Arbeit: auf die einer professionellen Beziehungs- und Umfeldgestaltung – insbesondere für diejenigen AdressatInnen und KlientInnen, die bereits mehrfach Vertrauensmissbrauch und Beziehungsabbrüche erlebt haben. Gelungene Interaktion – im Gegensatz zu falsch verstandenen Autonomiekonzepten im Rahmen der zunehmenden Individualisierung – als wichtigen Professionsbestandteil und Ressource zu betrachten, ist meines Erachtens jedoch nicht nur eine wichtige Perspektiveneinnahme für jenen Teil der Sozialen Arbeit, der in psychosozialen, klinisch geprägten Handlungsfeldern mit einer multiproblembelasteten Klientel stattfindet, sondern auch für unser alltägliches (Er-)Leben insgesamt (vgl. Nestmann, 1988, 2010). Insofern greift das zunehmende Interesse an bindungstheore-

tischen und beziehungsorientierten Konzepten eine „Besorgnis des heutigen Menschen“ (Dornes, 1998, S. 300; vgl. auch Endres & Hauser, 2002, S. 9 f.) auf, in dieser immer unüberschaubarer werdenden Welt Halt zu gewinnen, und verkörpert damit ein empirisch und theoretisch fundiertes „Plädoyer gegen Nachlässigkeit im sozialen Miteinander“ (Grossmann & Grossmann, 2004, S. 19).

Entlang dieses Gedankens einer Autonomie, die sich über Verbundenheit herstellt (vgl. Gahleitner, 2008), und der These, dass stets die „Einlagerung personaler Prozesse in die jeweiligen Lebenswelten ihrer Subjekte“ (Hanses, 2005, S. 190) als Aufgabe der Sozialen Arbeit zu verstehen ist – ein Gedanke, der auch von den InterviewpartnerInnen der drei herangezogenen Studien immer wieder hervorgehoben wird –, müsste das eingangs von Butler (2003/2005, S. 39) angeführte Zitat eventuell leicht modifiziert werden und lauten:

„Wer bin ich ohne euch?“

Kapitel 1

Theoretische Grundlagen

1.1 Psychosoziale Arbeit im ‚hard to reach‘-Bereich: Von der Tradition und Notwendigkeit biopsychosozialer Perspektiven in der Sozialen Arbeit

In der Antike bezog man den Menschen ‚ganzheitlich‘ mit allen seinen Sinnen und Umfeldfaktoren in Unterstützungs- und Behandlungsvorgänge ein (vgl. u. a. Petzold & Sieper, 1990). Allerdings sprach man zu dieser Zeit den Göttern die letztendliche Wirkkraft im Veränderungsgeschehen zu. Insofern ist nicht uninteressant, dass der Leib-Seele-Dualismus, also die strikte Trennung in die Bestandteile ‚Psyche‘ und ‚Soma‘, die in ihrem Ursprung auf Descartes (1641/1960) zurückgeführt wird (kritisch zu dieser Position vgl. u. a. Damasio, 1994), unmittelbar im Anschluss an den Dreißigjährigen Krieg in einer Zeit der Glaubenskrise aufkam (vgl. dazu auch Toulmin, 1990/1994). Der medizinische, psychologische und sozialwissenschaftliche Diskurs wurde davon bis heute entscheidend geprägt, ohne alle damit zusammenhängenden Fragen jemals auch nur annähernd beantworten zu können. In der Disziplin der Sozialen Arbeit ist jedoch – entgegen dem an vielen Stellen zugrundegelegten psychophysischen Dualismus – ein „sozio-psycho-biologische[s]“ (Pauls, 2013c, S. 167; Erg. v. Verf.; vgl. bereits Sommerfeld, Hollenstein & Calzaferri, 2011) Verständnis der ‚person-in-environment‘ (vgl. Richmond, 1917), der ‚Person-in-ihrer-Welt‘ (vgl. Thomae, 1969) von Beginn an verwurzelt (vgl. für weiterführende Gedanken und Vorüberlegungen zum vorliegenden Kapitel Gahleitner, Hintenberger & Leitner, 2013b; Gahleitner, Pauls, Hintenberger & Leitner, 2014; Gahleitner, 2014a).

In den letzten Jahrzehnten haben diese Überlegungen noch zusätzlich an Bedeutung gewonnen (vgl. Franzkowiak, Homfeldt & Mühlum, 2011). Im Zuge kultureller Freisetzungsprozesse aus traditionellen Lebensformen hat sich der Alltag in modernen Gesellschaften gravierend verändert (vgl. Beck, 1986). „Der gesellschaftliche Umbruch an unserer Jahrtausendschwelle ist ... vielgestaltig ... mit weitreichenden technologischen, ökonomischen und ökologischen Konsequenzen“, beschreibt Keupp (1998, S. 279) diese Prozesse. Und weiter: „Aber er zeitigt auch eine tiefgreifende zivilisatorische Umgestaltung, die sich in der Alltagskultur, in unseren Werthaltungen und in unserem Handeln notwendigerweise auswirken muß“ (ebenda). Einem Teil der Bevölkerung stehen dadurch und dafür zahlreiche Ressourcen und

Möglichkeiten zur Verfügung. Kulturelle Deutungsmuster und Normalitätsvorstellungen haben sich zugunsten neuer – zunehmend virtueller – Formen der Identitätsgestaltung und Vernetzung verändert und immense Freiräume geschaffen. Aber auch vielfältige Übergänge und Brüche sind dabei zu bewältigen (vgl. Gahleitner & Hahn, 2012). Diese erfordern flexible Orientierungs- und Reflexionsleistungen (vgl. Sennett, 1998/2000). Die damit verbundenen Anforderungen bringen für Menschen, die über wenige Ressourcen verfügen, zahlreiche Risiken und Belastungen (vgl. abermals Beck, 1986) mit sich. Die Kluft zwischen Arm und Reich hat sich erheblich vergrößert (vgl. BMAS, 2008).

Eine Reihe internationaler Untersuchungen zeigt auf, dass psychosoziale Faktoren die wichtigsten Mediatoren zwischen psychischer wie körperlicher Gesundheit und materieller Benachteiligung darstellen (siehe unten; vgl. WHO, 2001). Auch „biographische Studien kranker Menschen zeigen sehr deutlich, dass Krankheit nicht nur als körperliche Funktionsstörung oder leiblich erlebtes Leiden vorgetragen wird, sondern als tiefe Erfahrung des Normalitätsverlustes und damit im Kern als soziales Problem“ (Hanses, 2005, S. 193). Um psychosoziale Versorgung im Sozial- wie Gesundheitswesen am ‚aktuellen Bedarf‘ zu orientieren, muss folglich neben einer Reihe anderer Aufgaben auch eine adäquate professionelle Antwort auf die Überforderungen durch psychosoziale Verarbeitungsprozesse aktueller Lebensverhältnisse bereitgestellt werden – und zwar für alle Menschen. Angesichts der psychischen und körperlichen Beeinträchtigungen von Menschen, die an der Grenze zur Armut leben und die weder angemessen von psychotherapeutischen noch von Klinik-Settings erreicht werden (oft auch als ‚hard to reach‘ bezeichnet, siehe unten), sollte sich die Soziale Arbeit der Aufgabe, an dieser Stelle psychosozial tätig zu werden, keinesfalls entziehen (vgl. aktueller Überblick über Soziale Arbeit im Gesundheitswesen Homfeldt & Gahleitner, 2015; vgl. auch Pauls & Stockmann, 2013). Dafür bedarf es der Entwicklung geeigneter Konzepte (vgl. Gahleitner & Pauls, 2010), die als Orientierungsangebote „zwischen den Anforderungen der gesellschaftlichen Funktionssysteme und den Verarbeitungsmöglichkeiten der individuellen Psyche ... helfen, die Exklusion ... möglichst niedrig zu halten“ (Großmaß, 2006, S. 5).

Solche und verwandte Überlegungen haben bereits im letzten Jahrhundert zu biopsychosozialen Konzeptbildungen geführt (vgl. Engel, 1977, deutsch: 1979, 1980; Uexküll, 1963; Uexküll & Wesiack, 1996; erweitert Egger, 2005; Egger, Fazekas, Pieringer & Wisiak, i. V.; Orth & Petzold, 2000; aktuell im Überblick Gahleitner, Hintenberger & Leitner, 2013a). Krankheit und Gesundheit werden dabei – entlang salutogenetischer Überlegungen (vgl. dazu Antonovsky, 1979) – als nicht lineares, komplexes Geschehen verstanden und weder in einzelne, disziplinär fixierte Bestandteile zerlegt, noch als rein biologisches Geschehen konzeptualisiert. Konzepte und theo-

retische Ansätze aus Medizin, Soziologie, Pädagogik, Sozialer Arbeit, Pflege, Psychologie und Psychotherapie werden interdisziplinär zu verknüpfen versucht. Wenn man dabei einbezieht, dass wir von der Kindheit bis ins Alter unterschiedlichste Lebens- und Entwicklungsphasen durchlaufen, in denen sich „unsere Lebenswelten und Lebensorte, Lebenskonstellationen und Lebensumstände“ (Weinhold & Nestmann, 2012, S. 52) stets wieder verändern, wird anschaulich, wie überfällig diese Bemühungen sind. Obwohl jedoch das biopsychosoziale Modell in seiner Entstehung sehr begrüßt wurde (vgl. u.a. Lolas, 1985), ist es inzwischen in viele widersprüchliche Diskurse zersplittert (vgl. dazu Keupp, 2013). Im Folgenden wird das Modell zunächst aus den gesellschaftlichen Implikationen heutigen Aufwachsens hergeleitet und anschließend vor dem Hintergrund aktueller Forschung beschrieben bzw. – soweit möglich – definiert (vgl. insbesondere Kapitel 1.4). Anschließend wird seine Umsetzung in die Praxis betrachtet. Zum Abschluss des Kapitels wird die interdisziplinäre Perspektive des biopsychosozialen Modells in ihrer Umsetzung kritisch reflektiert und in ihren Implikationen spezifisch für die Soziale Arbeit umrissen, insbesondere für jenen Teil der Sozialen Arbeit, der in psychosozialen, klinisch geprägten Handlungsfeldern mit einer multi-problembelasteten Klientel stattfindet und der den Überlegungen der vorliegenden Arbeit zugrunde liegt.

1.1.1 Lebensbewältigung in der ‚Entgrenzung der zweiten Moderne‘

„Die Zweite Moderne fällt durch Entgrenzung auf“ (Böhnisch, Lenz & Schröer, 2009, S. 9). Während in der Vergangenheit stark vorgegebene Sozialisationsverläufe üblich waren, „also bestimmte Entwicklungsachsen und zentrale Entwicklungsbereiche in der Formung von Persönlichkeit und Biografie in der Auseinandersetzung mit der sozialen Umwelt und mit sich selbst“ (ebenda), sind lineare Lebensverläufe heute selten geworden. Moderne entwicklungs- und sozialisationstheoretische Ansätze präferieren daher multidimensionale und auf den gesamten Lebensverlauf bezogene biopsychosoziale Konzepte entlang des Metamodells eines „produktiv realitätsverarbeitenden Subjekts“ (Hurrelmann, 1983; vgl. auch Faltermaier, Mayring, Saup & Strehmel, 1992). Es ist daher inzwischen disziplinübergreifend Konsens, dass Identität von klein auf in einer lebenslangen „aktiven Auseinandersetzung mit der ... Umwelt“ (Hurrelmann & Ulich, 1980, S. 7) erworben wird – im „Prozess der Vermittlung von Individuum und Gesellschaft im Lebensverlauf“ (Böhnisch et al., 2009, S. 9).

Die in den letzten Jahrzehnten fortgeschrittene Pluralisierung von Selbst- und Weltbildern und die Beschleunigung sozialer und kultureller Wandlungsprozesse erfordern eine hohe Flexibilität (vgl. Sennett, 1998/2000) und

bedingen eine „lebenslange Aufforderung, sich mit Veränderungen auseinanderzusetzen, Neues hinzu- und Überkommenes zu verlernen: Was früher für die Lerngeschichte zwischen den Generationen galt, wird nun zum Problem der individuellen biographischen Lerngeschichte selbst“ (Helsper, 2000, S. 22). Resultat ist ein zunehmender Verlust sozialer Einbindung und kultureller Einbettung mit positiven wie negativen Konsequenzen für Entwicklungs-, Sozialisations- und Identitätsprozesse (vgl. Keupp, 2012; vgl. auch „Disembedding-Prozesse“ nach Giddens, 1999/2001). Es gibt keineswegs mehr klare Vorstellungen „von gelungenen Sozialisationsprozessen und typischen Biografieverläufen“ (Böhnisch et al., 2009, S. 9) – gekoppelt an eindeutig bestimmte „Entwicklungsaufgaben“ (ebenda). Weder Geschlechtsidentität noch Sozialisation kann heute als etwas Eindeutiges und Widerspruchsfreies begriffen werden (vgl. Gahleitner, 2013b).

Die zunehmende Entgrenzung eröffnet durchaus eine Reihe von Freiheiten zu aktiver Identitätsarbeit (vgl. Keupp, 2013): „Während das Sozialisationsregime im Verlauf der Ersten Moderne durch die Spannung von Institution und personaler Autonomie bestimmt war, ist das Sozialisationsregime der Zweiten Moderne durch ... die Chance und den Zwang zur Selbstorganisation charakterisiert“ (Böhnisch et al., 2009, S. 10). „Bisherige lineare Rekonstruktionen im Lebensverlauf brechen auf, werden hinterfragt und mitunter reflexiv rekonstruiert. Aus Entweder-oder- werden *und* -Strukturen“ (ebenda; Herv.i.O.; vgl. auch Beck, 2000). Aufgrund der Beschleunigung und der Ungerichtetheit soziokultureller und sozioökonomischer Umbrüche wird jedoch dem „Individuum eine verstärkte Bereitschaft zu Neu- und Umorientierungen“ (Hanses & Homfeldt, 2009, S. 154; vgl. auch Joos, 2008) abgefordert. Die „Aneignung“ (Hanses & Homfeldt, 2009, S. 150) solcher „gesellschaftlicher Anforderungen und Komplexitäten“ (ebenda) geschieht in der Biografie „vor dem Hintergrund eigener biografischer Selbstkonstruktionen und Sinnorientierungen“ (ebenda).

Dafür stellt unsere heutige Gesellschaft eine Reihe von Möglichkeiten für individuelle Lebensformen bereit, ohne jedoch „eine institutionell wirksame, sozial verlässliche Garantie für den Erfolg der biografischen Projekte zu übernehmen“ (Böhnisch et al., 2009, S. 18). Für die andauernden emotionalen, kognitiven und handlungsbezogenen Planungs-, Entscheidungs- und Aktionsanforderungen benötigen Kinder, Jugendliche und Erwachsene eine Reihe von Ressourcen. Die Ermöglichung von Vielfalt und Pluralität bringt eine Leistungsverdichtung mit sich, z.B. Anforderungen an den Menschen, sein Leben zu managen und äußere Einflüsse – entlang der vorherrschenden „Aneignungstätigkeit“ (ebenda, S. 16) und „Sozialisationsregimes“ (ebenda, S. 14) – in innere Selbstkontrolle umzuformen (vgl. bereits Elias, 1939/1969). Diese Kontrolle von Leidenschaften im Sinne einer Selbstkontrolle in der Lebensführung hat im Verlauf der Modernisierung schwer durchschaubare

Formen angenommen (vgl. Foucault, 1976) und wird aktuell unter dem Stichwort ‚Selbstoptimierung reflektiert (vgl. u.a. Ehrenberg, 2011).

„Moderne Biografien erfordern zugleich Konformität und Abweichung, Anpassung und Eigensinn, Fremd- und Selbstreferentialität“ (Schefold, 1993; zit. n. Böhnisch et al., 2009, S. 19). Heranwachsende müssen heute „bei freier artikulierbaren Ansprüchen, Wünschen und Emotionen ... die Regulierung der freigesetzten Sinnlichkeits- und Erlebniswünsche selbst leisten“ (Helsper, 2000, S. 28). Wer mit einer guten Ressourcenausstattung schnell wechselnde soziale und kulturelle Bedingungen flexibel zu nutzen weiß, sieht sich einem attraktiven Angebot an Lebenswegen und Gestaltungsmöglichkeiten gegenüber. Das Streben nach biografischer Handlungsfähigkeit erlaubt dann, „Kohärenz in der Zeit herzustellen und die Kontingenzen moderner Lebensformen durch eigene Entscheidungs- und Gestaltungsoption zu ‚meistern‘“ (Hanses & Homfeldt, 2009, S. 157; vgl. auch Alheit, 2000). Für viele Menschen, die durch physische wie psychische Krankheit oder andere Benachteiligungen beeinträchtigt sind, ist dies jedoch schwer einzulösen. Gesundheitsrisiken und Exklusionsdynamiken sind die Folge (vgl. für einen Überblick u.a. Keupp, Rudeck, Schröer, Seckinger & Straus, 2010). Benachteiligte und beeinträchtigte Menschen geraten auf diese Weise nicht selten ins Abseits (vgl. ebenda). Dazu gibt es inzwischen eine Reihe tragfähiger epidemiologischer Untersuchungen.

1.1.2 Forschung zu biopsychosozialen Einflussfaktoren auf die Gesundheit

Nicht etwa nur in ‚armen‘ Ländern, sondern insbesondere in Gesellschaften, die eine starke Ungleichheitsverteilung aufweisen, nehmen soziale und gesundheitliche Probleme zu (vgl. Wilkinson & Pickett, 2010). Internationale wie auch Untersuchungen aus dem deutschsprachigen Raum belegen, dass bei Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status die Krankheitshäufigkeit am höchsten ist: In diesen Familien kommt es häufiger zu Verletzungen, Familienmitglieder konsumieren mehr psychoaktive Substanzen, haben ein schlechteres Ernährungsverhalten, sind häufiger übergewichtig und insgesamt häufiger physisch und psychisch beeinträchtigt (vgl. u.a. BMAS, 2008; Mielck, 2011). Auf diese Weise kristallisiert sich als größter Einflussfaktor aller erfassten gesundheitlichen und sozialen Probleme weltweit soziale Ungleichheit heraus. Mangel an Respekt, Wertschätzung, Ansehen und sozialer Einbettung sind offenbar gewichtige Faktoren mit negativem Einfluss auf Gesundheit und Lebenserwartung.

Diese Tatsache gilt insbesondere für frühe Verletzungen, Vernachlässigung und Gewalt. In einer umfassenden Studie zu frühen Traumata in der Kindheit (vgl. sog. ACE-Studie über „adverse childhood experiences“; Felitti,

2002) zeigte sich longitudinal: Menschen, die frühes Trauma erlitten haben, leiden ungleich häufiger an Armut, Arbeitslosigkeit, Mittellosigkeit, unzureichender oder unsicherer Unterkunft bzw. Wohnungslosigkeit, sind somit stärker sozial gefährdet und sterben deutlich früher als Menschen ohne solche Belastungen. Die Abwärtsspirale funktioniert also auch in diese Richtung. Das ‚abgehängte Prekariat‘ leidet unter der Exklusion nicht nur durch Armut, sondern diese geht – das belegen zahlreiche Untersuchungen (vgl. Franzkowiak et al., 2011; Homfeldt & Sting, 2006) – mit gravierenden gesundheitlichen Risiken einher, denen das aktuelle Gesundheitssystem definitiv nicht gewachsen ist (vgl. Hanses, 2007c).

„Es sind sehr häufig sozial benachteiligte ‚Alltagsumwelten‘, einschließlich ökonomischer Mangelsituationen, die mit den biopsychosozialen Gesundheitsproblemen verknüpft sind“ (Pauls & Reicherts, 2013, S. 58). Daraus erwachsen demografisch, kulturell oder strukturell benachteiligte AdressatInnen, die multiproblembelastet sind und vom Versorgungssystem schlecht erfasst werden. Brackertz (2007) bezeichnet diese Gruppe von AdressatInnen als ‚hard to reach‘-Klientel (vgl. umfassend dazu Labonté-Roset, Hoefert & Cornel, 2010). Gemeinsam ist diesen Menschen, dass sie – zumeist aufgrund schwer erschütterter Bindungserfahrungen – sozial schlecht integriert sind (vgl. u. a. ‚soziale Kinderarmut‘ bei Krappmann, 2002) und ihr Vertrauen in Menschen und Institutionen durch zahlreiche Abbrüche zerstört wurde. Armut, Arbeitslosigkeit, Ausgrenzung, psychosoziale Problemlagen und manifeste psychische und physische Krankheiten häufen sich. Auf der Suche nach Ursachen arbeitet Brackertz (2007) demografische, kulturelle, strukturelle sowie verhaltensbedingte Aspekte heraus, die dazu führen, dass diese KlientInnen von Hilfsangeboten kaum profitieren können. Die jeweiligen Versorgungssysteme sind demnach maßgeblich an der ‚schweren Erreichbarkeit‘ beteiligt. „Zum einen führt die Begrenzung von Ressourcen zur Erschwerung von Ermöglichungsperspektiven und zum anderen führen die organisationalen Umstrukturierungen zur ‚Abwendung‘ von einer eigentlichen NutzerInnenorientierung“ (Hanses & Homfeldt, 2009, S. 153).

Aus dieser Perspektive kann Krankheitsentstehung gar nicht anders als ein multikausaler, nonlinearer Prozess begriffen werden, der sich im Zusammenwirken von biologischen, psychologischen, sozialen, kulturellen, politischen und ökonomischen Verhältnissen vollzieht (vgl. Leitner, 2010; Gahleitner & Pauls, 2011; Petzold 2003; Sommerfeld, Dällenbach & Rügger, 2010). Auch Antonovskys (1979) Überlegungen zur Salutogenese lassen sich hier verorten. „Der Krankheit wohnt trivialerweise ein Subjekt inne und dieses betritt als ‚Patient/Patientin‘ oder als ‚Nutzer/NutzerIn‘ [sic] von gesundheitsbezogener Dienstleistung als soziale(r) Akteur/Akteurin die Bühne professioneller Praxis“ (Hanses, 2012, S. 36 f.; vgl. auch Hanses, 2005; Weizsäcker, 1928/2008). Das Subjekt muss sich wiederum immer in ein „um-

fassenderes, ... soziales System einbetten“ (Bunge & Mahner, 2004, S. 153). Diese Gedanken existierten bereits lange vor der Etablierung des biopsychosozialen Modells, welches aus der Logik der Sozialen Arbeit heraus besser als „soziopsychosomatisches Konzept“ (Schaub, 2009, S. 118; vgl. auch Schaub, 2008; Pauls & Stockmann, 2013) zu bezeichnen wäre. Dem Erfolg von Engels Publikationen (vgl. Engels, 1977, 1980) jedoch ist es zu verdanken, dass „dialogisches und beziehungsorientiertes Vorgehen und die Beachtung des sozialen Milieus“ (Pauls, 2013b, S. 18) im medizinischen und allgemeinen Fachdiskurs unter dieser Begrifflichkeit Fuß fassen konnte.

Dem Diskurs der Sozialen Arbeit im Gesundheitsbereich stehen das Modell und die ihm zugrunde liegende Haltung allerdings sehr nahe (vgl. Hanses, 1996, 1998; Hanses & Börgartz, 2001). Es gehört zu den Kernaufgaben Sozialer Arbeit, die Schnittstellen zwischen sozialen, psychischen, physischen und Alltagssituationen auszuleuchten (vgl. Pauls & Mühlum, 2005; Franzkowiak et al., 2011) und die „Einlagerung personaler Prozesse in die jeweiligen Lebenswelten ihrer Subjekte“ (Hanses, 2005, S. 190) herauszuarbeiten. Im Gegensatz zu benachbarten Disziplinen im Gesundheitsbereich wie der Psychologie und der Medizin setzt daher die klinisch und psychosozial engagierte Soziale Arbeit am Unterstützungspotenzial an, indem sie bei defizitären sozialstrukturellen Faktoren kompensierend und bei sozialen Problemlagen und Ungleichheitsverhältnissen im Alltag unterstützend wirkt, und somit – im Sinne eines doppelten Fokus – menschliches Verhalten weder unabhängig von den individuellen noch sozialen Lebensverhältnissen begreift, also weder die individuelle noch die klinische Perspektive aus den Augen verliert (vgl. Pauls, 2004/2011).

1.1.3 Forschung und Theoriebildung zum biopsychosozialen Modell

In der Forschung lässt sich die biopsychosoziale Perspektive bisher leider nur teilweise auffinden bzw. abbilden (vgl. hier und im Folgenden detaillierter Pauls, 2013b; vgl. hier und im Folgenden abermals Gahleitner, Hintenberger & Leitner, 2013b; Gahleitner, Pauls, Hintenberger & Leitner, 2014; Gahleitner, 2014a), obwohl eine Reihe von Teilbelegen existiert. Nicht zuletzt die Bindungsforschung (vgl. u.a. Bowlby, 2006; Grossmann & Grossmann, 2004; siehe unten, Kapitel 3.1) hat bereits die Anlage-Umwelt-Beziehung biopsychosozial begriffen, damals ähnlich revolutionär wie heute die aktuelle Forschung aus der Neurobiologie, die aufzeigt, wie sehr Umwelterfahrungen die Entwicklung des Gehirns formen (vgl. u.a. Damasio, 1994). Inzwischen wissen wir: Immunologische, humorale und neuronale Prozesse verschränken sich bei dem komplexen Wechselspiel zwischen endogenen und exogenen Faktoren. Positive Supporterfahrungen z.B. führen zu psychologischen

wie (neuro)physiologischen Veränderungen: „Unsere sozialen Einbindungen in ein soziales Netzwerk werden über soziale Regulation, soziale Kontrolle und vor allem soziale Unterstützung zu so etwas wie einem ‚sozialen Immunsystem‘“ (Weinhold & Nestmann 2012, S. 65; vgl. auch bereits Caplan, 1974). Und ausgerechnet die Genforschung hat in den letzten Jahren ebenfalls Ergebnisse hervorgebracht, die das Verhältnis Anlage-Umwelt, einst Gegenstand zahlreicher erbitterter Kontroversen, aus seiner Polarität befreit hat.

Inzwischen gibt es eine Reihe fundierter Studien zur:

- gesundheitssoziologischen Forschung (vgl. u.a. Hurrelmann, 2006/2010; Kolip & Hurrelmann, 2002),
- Kinder- und Jugendgesundheitsforschung (KIGGS mit seiner Teilstudie zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen BELLA; vgl. dazu Ravens-Sieberer, Will, Bettge & Erhart, 2007),
- Forschung sozioökonomischer Merkmale wie Bildung, Einkommen, Beruf bzw. sozialer Ungleichheit und Gesundheit (vgl. u.a. Franzkowiak et al., 2011; Homfeldt & Sting, 2006; Mielck, 2005),
- Forschung und Theoriebildung zu Grundbedürfnissen (vgl. u.a. Borg-Laufs & Dittrich, 2010b; Grawe, 2004; Maslow, 1962/1973; Obrecht, 2005),
- Forschung sozialer Integration und psychischer Krankheit (vgl. u.a. Sommerfeld et al., 2011),
- Resilienzforschung (vgl. u.a. Rutter, 2012; Wustmann, 2004),
- Forschung im Bereich der Netzwerktheorien (vgl. Übersichten bei Laireiter, 2009b; Röhrle, 2001; Nestmann, 2010),
- Forschung zur Stressbewältigung (vgl. u. a. Antonovsky, 1979; Buchwald, Schwarzer & Hobfoll, 2004; Lazarus & Folkman, 1984).

Das Zusammenwirken des biopsychosozialen Modells in seiner Komplexität in einem ‚Heilungsprozess‘ zu analysieren, gelingt jedoch nach wie vor nur ansatzweise. Problematisch wird es immer dann, wenn biopsychosoziales Geschehen zu operationalisieren versucht wird. Das biopsychosoziale Modell wirft forschungsmethodologisch eine Reihe von Problemen auf: „Die Notwendigkeit ganzheitlicher Ansätze und Perspektiven wird forschungsstrategisch zum Fluch“, konstatiert Hanses (2005, S. 189).

Dennoch ist hinreichend bekannt: „Die Prozesse der sozialen und der psychischen Systemebene existieren nicht ohne biologische Prozesse und sind auf deren Funktion angewiesen. Umgekehrt prägen die psychosozialen Vorgänge, einschließlich gesellschaftlicher Lebensverhältnisse, nicht nur funktionale biologische Abläufe, sondern auch strukturell das Zentralnervensystem und das Gehirn (Stichwort ‚Neuroplastizität‘) sowie genetische

Prozesse (Stichwort ‚Epigenetik‘)“ (Pauls, 2013a, S. 38 f.). Auch wenn viele Ergebnisse noch nicht ausreichend gesichert sind, weist eine Reihe von Untersuchungen darauf hin, dass genetische Dispositionen viel weniger statisch zu betrachten sind als lange Zeit angenommen (vgl. Shanahan & Hofer, 2005). Morgan, Santos, Green, Dean und Reik (2005, S. 47) betonen sogar, dass diese Fähigkeit zur genetischen Flexibilität des Organismus sein Überleben sichert. Rutter (2008) konstatiert zum aktuellen Stand der Verhaltensgenetik: „It seemed to me that a lot of strong, misleading statements were being made both by geneticists on the one side, and anti-geneticists on the other“ (S. 9). Die Tatsache, dass dieser Prozess stark in sich verwoben ist und die (soziale) sog. Gen-Expression das Erbgut trotz einer gewissen angeborenen Ausstattung zu verändern vermag, zeigt, dass Gen-Umwelt-Interaktionen eine beachtliche Rolle in der gesamten menschlichen Entwicklung spielen.

Angeregt durch die zunehmende Forschung in diesem Bereich, jedoch insbesondere durch die vorliegenden Versorgungsnotstände, haben die Berichte der Weltgesundheitsorganisation (WHO) die Verschränkung biopsychosozialer Prozesse und Strukturen sowie das interdisziplinäre Versorgungsdefizit seit Jahrzehnten aufgegriffen (vgl. auch Franzkowiak et al., 2011; Homfeldt & Sting, 2006; Pauls, 2011). 1986 als „Ottawa-Charta“ von der WHO verabschiedet, 2001 erneut bekräftigt, gilt das Zusammenwirken biologischer, psychischer und sozialer Faktoren in Bezug auf die Entstehung, Behandlung und Prävention von Erkrankungen als Basisvoraussetzung für ein umfassend orientiertes Gesundheitsverständnis. Seither wird immer wieder darauf hingewiesen, dass Gesundheit multidimensional und multiperspektivisch zu verstehen ist und eine arbeitsteilige und interdisziplinäre Praxis der Behandlung erfordert (vgl. auch Pauls, 2013c). Fest steht auch, dass die soziale Systemebene bisher weder „systematisch in den Blick genommen, noch systematisch bearbeitet“ (Ortmann & Kleve, 2000, S. 364) wurde bzw. die Bedeutung und die Komplexität der sozialen Dimension in Gesundheitskontexten immer noch und immer wieder erheblich unterschätzt werden (vgl. Sommerfeld, Hollenstein & Krebs 2008). Zur Beschreibung des Menschen in seinem Lebensführungssystem und entsprechenden Wechselwirkungen zwischen der körperlich-biologischen, psychischen und soziokulturellen Ebene ist daher noch viel zu tun (vgl. z. B. entsprechende Bemühungen auf Basis der Systemtheorie bei Sommerfeld et al., 2011; Sommerfeld & Rüegger, 2013). „Psychogenese und Soziogenese können demnach als zwei verschiedene Perspektiven auf den gleichen Menschen verstanden werden, die interdependent und verflochten sind und sich interdependent und verflochten entwickeln bzw. verändern“ (Sommerfeld et al., 2010, S. 21). Die Gesetzmäßigkeiten der Wechselwirkungen im biopsychosozialen Modell sind bedauerlicherweise jedoch noch an vielen Stellen empirisch ungeklärt.

1.1.4 Das biopsychosoziale Modell: Versuch einer Begriffsklärung

Aufgrund der forschungsmethodischen Herausforderungen in der Aufklärung der komplexen Zusammenhänge in biopsychosozialen Prozessen „operiert man weitgehend mit einem ‚Black-Box-Modell‘“ (Pauls, 2013b, S. 24). Auch wenn z. B. aktuelle Ergebnisse aus der Neurophysiologie darauf hinweisen, dass somatische, emotionale und kognitive Prozesse sowie soziales Geschehen untrennbar miteinander verknüpft sind (vgl. u. a. Fuchs, 2010; vgl. auch Damasio, 1994, 1999), sind eindeutige Ursache-Wirkung-Zusammenhänge bei multikausal begriffenen Problemlagen nur sehr schwer zu erbringen. Das Zusammenspiel aller drei Ebenen, „also die Dynamik zwischen der biologischen, der psychischen und der sozialen Ebene im Einzelfall“ (Sommerfeld et al., 2010, S. 17 f.) bedarf daher noch weiterer Klärung. „Denn die je spezifische Dynamik bestimmt das individuelle Krankheitsgeschehen“ (ebenda, S. 18). Sommerfeld und KollegInnen (2008) z. B. arbeiten die Bedeutung der ‚Koordination und Synchronisation individueller und sozialer Prozesse‘ als eines ‚integrierten Prozessbogens‘ zwischen ‚Drinne‘ und ‚Draußen‘ heraus (vgl. auch Pauls, 2013a) – mit dem Ziel bestmöglicher sozialer Integration. Zu fragen ist also nach der dynamischen Interdependenz der biopsychischen mit der sozialen Dimension und deren Bedeutung für Entstehung, Verlauf und fachliche Begleitung biopsychosozialer Problemlagen.

Wood (2012) bezeichnet daher das biopsychosoziale Modell weder als ‚wissenschaftliches Modell‘ noch als ‚wissenschaftliche Theorie‘ oder ‚Paradigma‘, sondern am ehesten noch als eine ‚Meta-Theorie‘ (vgl. ausführlich Pauls, 2013b) und verweist dabei auf die wachsende, jedoch bisher noch wenig systematisierte und äußerst mangelhaft finanzierte Forschung. Was genau aber ist darunter zu verstehen? Ursprünglich wurden die zentralen Annahmen des biopsychosozialen Modells in Form von sieben Thesen aufgestellt (vgl. Borrell-Carrió, Suchman & Epstein, 2004, S. 577 f.; vgl. als Übersicht Pauls, 2013a, S. 39 ff.). Kurz inhaltlich zusammengefasst beinhalten diese: Die Entstehung einer Erkrankung resultiert aus der Interaktion diverser verursachender Faktoren auf der biochemischen, individuellen und sozialen Ebene. Die psychosoziale Ebene wird dabei von der biomedizinischen Perspektive unterschätzt und zu wenig in die Behandlung einbezogen. Biologische Störungen bilden sich zudem nicht im subjektiven Erleben der KlientInnen ab. Auch Behandlungserfolge sind stark von psychosozialen und subjektiven Faktoren sowie vom Beziehungsgeschehen in der Behandlung beeinflusst. Der Zugang zu KlientInnen und ihren subjektiven Wahrnehmungen spielt daher eine übergeordnete Rolle.

Das Gedankengut dieser sieben Thesen wurde der unpräzisen Forschungslage zum Trotz an vielen Stellen aufgegriffen. Zahlreiche Modelle sind daraus entstanden (vgl. für den Bereich der Sozialen Arbeit in der

Psychiatrie z.B. Sommerfeld et al., 2011; für die Pflege bereits Day, 1985; aktuell Moniz & Gorin, 2009), die jedoch noch nicht genügend empirisch abgesichert sind. Die Frage, ob mit dem biopsychosozialen Modell „endlich eine integrative Perspektive gefunden [ist], die jahrzehntelange Paradigmenkontroversen endgültig beenden könnte“ (Keupp, 2013, S. 48; Erg. v. Verf.), ist daher bis heute nicht angemessen zu beantworten (vgl. zum Überblick über den aktuellen Diskurs abermals Gahleitner, Hintenberger & Leitner, 2013a). Für eine gelungene interprofessionelle Kooperation ist jedoch ein „gemeinsames Modell über die verschiedenen Dimensionen und Teilzuständigkeiten hinweg, eine notwendige Voraussetzung“ (Sommerfeld et al., 2010, S. 17; vgl. auch Obrecht, 2006). „Das bio-psycho-soziale Modell von Gesundheit und Krankheit muss, wenn es als neues Paradigma bestehen will, einen integrierenden Rahmen entwerfen, in dem sich die Theorien für somatische, psychische und sozial-ökologische Diagnosen zu einer Gesamtdiagnose ergänzen“ (Wilm, 2006, S. 52 f.; vgl. auch Sommerfeld et al., 2010, S. 18).

Entlang der Überlegungen von Wood (2012) zum biopsychosozialen Modell als ‚meta-theoretischer‘ Rahmung kann der *Begriff biopsychosozial* daher aktuell am überzeugendsten als *Perspektive* begriffen werden, *die alle empirischen und theoretischen Anstrengungen umfasst, welche biologische, soziale und psychische Phänomene der Gesundheitserhaltung und Erkrankung aufeinander beziehen*. Dieses Verständnis kommt der Position von Resch und Westhoff (2008, 2013) nahe, die das biopsychosoziale Modell als ein nützliches Modell von ‚Vorstellungs- und Sichtweisen‘ mit interdisziplinären Bezügen begreifen, mit dessen Hilfe die beteiligten Professionen „in unterschiedlichen Denksystemen und Sprachen ihre jeweiligen Erkenntnisse ausformulieren“ (Resch & Westhoff, 2008, S. 146).

1.1.5 Biopsychosoziales Gedankengut in der Praxis: Aktualität eines zersplitterten Konzepts

Auch wenn sich die Forschung zum biopsychosozialen Modell noch in den Anfängen befindet, so stehen in der Praxis die immer komplexer werdenden Krankheitsbilder den traditionellen Erfolgen biomedizinischer Ansätze zunehmend gegenüber, neuerdings auch die immer schlechter zu bewältigende Kostenexplosion des Gesundheitswesens (vgl. z.B. dpa, 2013). Folgerichtig sind der Gesundheits- und Sozialbereich zurzeit stark in Bewegung begriffen. Die Zunahme von Multiproblemlagen, der höhere Anspruch an Versorgungssysteme und die Destabilisierung psychosozialer Lebenssituationen haben Umstände mit sich gebracht, in denen sich monodisziplinäre Erkenntnisse nicht unwidersprochen aufrechterhalten lassen. Diese Probleme lassen sich auch durch kostensenkende Maßnahmen nicht mehr im Zaum halten

(vgl. Hanses, 2007c). „Die gegenwärtigen Probleme rangieren zum Teil auf einer neuen Komplexitätsstufe und lassen sich nur noch begrenzt durch eine körpermedizinische Diktion ausreichend erfassen, geschweige denn professionell bearbeiten“ (ebenda, S. 114).

Die Gesetzgebung ist der Praxis diesbezüglich weit voraus. Nicht nur nach der Definition der Ottawa-Charta ist es für ein „umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden ... notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können“ (WHO, 1986, S. 1), sondern auch in zahlreichen Gesundheitsgesetzgebungen auf Länderebene wird Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens verstanden – eingebettet in die jeweiligen Umwelt-, Umfeld- und Lebensbedingungen. Damit wird von der WHO und auf Länderebene explizit und lokal auf die soziale Dimension von Gesundheit Bezug genommen und eine Gleichrangigkeit der drei Ebenen postuliert (vgl. Pauls, 2011). Der Bedarf an multiprofessionellen Abstimmungen und der Anspruch an eine PatientInnen- und NutzerInnenorientierung wachsen stetig (vgl. Gahleitner & Homfeldt, 2012). Im Dreieck Subjekt, Organisation und Gesellschaft entfalten sich jedoch Machtprozesse, die den Einfluss darauf, Wirklichkeit setzen zu können (vgl. Berger & Luckmann, 1966/1969) ungleich verteilen. Hanses (2007c) sieht als notwendigen nächsten Schritt in dieser Gemengelage die Hinwendung zu einer „subjekttheoretische[n] Perspektive“ (S. 118; Erg. v. Verf.; vgl. bereits Weizsäcker, 1928/2008) mit der Ermöglichung von ‚Aneignungsprozessen‘ (vgl. Hanses, 2007c, S. 116) zugunsten einer „Autonomie der Lebenspraxis“ (ebenda, S. 118-120). Dies sollte schon in der Diagnostik beginnen (vgl. Gahleitner & Pauls, 2013; Niemeyer, 2015).

Andererseits ist die biopsychosoziale bzw. psychosoziale Perspektive in der Praxis keineswegs neu, sondern eher immer wieder ‚verloren gegangen‘, nicht nur in der Antike, sondern auch in jüngerer Zeit. Auch Freud und einige seiner Zeitgenossen trugen wesentlich dazu bei, das biomedizinische Konzept infrage zu stellen (vgl. u.a. Freud, 1913; Adler, 1912; Ferenczi, 1927/1964). Aber auch die psychosomatisch ausgerichtete Medizin (vgl. Deutsch, 1927; Alexander, 1950/1971; Uexküll, 1963; Uexküll & Wesiack, 1996; aktuell Egger et al., i. V.) mit ihrem disziplinübergreifenden Wissenschaftsbegriff hat an vielen Stellen eine Abkehr von einer ‚naturwissenschaftlichen Medizin‘ mit biologistisch ausgerichtetem Menschenbild vollzogen: „Es fehlt der Medizin eine Definition des erlebenden Körpers. Eine Definition für Seele hat sie auch nicht, wenn beides getrennt formuliert wird. Das Menschenbild der Medizin ist technokratisch. Der biotechnisch nicht fassbare Inhalt geht verloren, um den kümmern sich die meisten Mediziner nicht“ (Uexküll, 2001, o.S.). Auch salutogenetische Überlegungen aus der Medizinsoziologie

konzeptualisieren Krankheit und Gesundheit nicht mehr als einen von der sozialen Wirklichkeit isolierten, sondern als einen zutiefst damit verknüpften Vorgang (vgl. Antonovsky, 1979). Insbesondere aber Pädagogik und Soziale Arbeit waren in den Anfängen viel stärker mit biopsychosozialen Überlegungen verknüpft, als dies heute in den Disziplinen deutlich wird. So gewann Freuds Psychoanalyse im ersten Drittel des 20. Jahrhunderts in pädagogischen Kreisen deutlich mehr Einfluss als in der Psychiatrie (vgl. u.a. Aichhorn, 1925; vgl. zusammenfassend Dörr, 2011; du Bois & Ide-Schwarz, 2001).

Auch historische Schriften wie beispielsweise von Salomon (1926/2002), Addams (1923) oder Richmond (1917, 1922) verweisen darauf, dass die Geschichte sozialarbeiterischer und pädagogischer Konzepte biopsychosozial begann. Addams, Richmond und Salomon „haben in selbstverständlicher Weise sozialarbeiterisches Vorgehen in Bezug auf die Gesundheit der Menschen beschrieben und methodisch-theoretisch fundiert“ (Pauls, 2011, S. 177). Sie griffen wiederum gegen Ende des neunzehnten Jahrhunderts entstandene erste sozialarbeiterische Beratungs- und Betreuungsbemühungen im Gesundheitsbereich auf: „Ergebnis dieses Prozesses war die Entstehung einer eigenständigen ‚Gesundheitsfürsorge‘ neben der Armenfürsorge und der sich gleichzeitig etablierenden Jugendfürsorge“ (Homfeldt & Sting, 2006, S. 51). In den Anfängen der Sozialen Arbeit, u.a. aus Forschungsergebnissen der ‚Chicagoer Schule‘ in den 1920er-Jahren, entstanden Konzepte mit der dreifachen Konfiguration: Person – Lebenssituation – darin ablaufende Interaktionen (vgl. hier und im Folgenden Schubert, 2013; Pauls, 2013a). Dieses heute unter dem Begriff ‚person-in-situation‘- oder ‚person-in-environment‘-Ansatz (vgl. Richmond, 1917; Dorfman, 1996) bekannt gewordene Modell wurde von zahlreichen VertreterInnen der Sozialen Arbeit weiterentwickelt.

In der Sozialen Arbeit haben sich biopsychosoziale Denk- und Vorgehensweisen jedoch, wie man diesen Überlegungen entnehmen kann, stärker unter der Bezeichnung ‚psychosozial‘ etabliert und in die Praxis implementiert (vgl. zu parallelen Bemühungen in der Gemeindepsychologie Keupp & Rerrich, 1982/1989). Die ‚psychosoziale Perspektive‘, der ‚doppelte Fokus‘ bedeutet, „den Klienten und seine soziale Situation als wechselseitige Beziehung zu erfassen sowie auch die helfende Person in ihrem Einfluss auf dieses und in diesem System zu reflektieren“ (Geißler-Piltz, Mühlum & Pauls, 2005, S. 133). Germain und Gitterman (1980/1999) formulierten auf dieser Basis z.B. ein sozialökologisches Modell menschlicher Lebensvollzüge („life model“), Karls und Wandrei (1994) entwickelten ein Instrument zur diagnostischen Einschätzung der biopsychosozialen Situation von AdressatInnen („person-in-environment system“). In Deutschland hat sich in den letzten 20 Jahren insbesondere die Klinische Sozialarbeit verstärkt der Forschung und Theoriebildung im psychosozialen Bereich gewidmet und eine Reihe von