

für soziale Probleme nachhaltig konzipiert und nicht von kurzfristigen und kurzsichtigen Überlegungen verhindert werden. Im Bereich sozialer Dienstleistungen müssen die Übergänge zwischen den betroffenen Gruppen und den professionellen Helferinnen und Helfern besser gestaltet und unterstützt werden. Bürgerschaftliches Engagement und professionelle Soziale Arbeit ergänzen sich, sie sind komplementär. Dabei kommt sozialräumlichen Ansätzen eine besondere Rolle zu. Soziale Arbeit in Ostdeutschland hat viele Risiken, aber auch Chancen. Es kommt darauf an, neue Strategien zu entwickeln und der sozialpolitischen Stagnation und Entprofessionalisierung entgegenzutreten.

5. Empirische Forschung

Grundlage jeder Veränderungsstrategie sind belastbare Daten und aussagefähige Analysen der jeweiligen Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie der Wirkungen professioneller und bürgerschaftlicher Angebote. Hier bestehen noch große Defizite. Dabei fehlt es weniger an fachlich geeigneten Personen als an einer weitsichtigen Politik, ausreichende Mittel für die empirische Erforschung der für die Soziale Arbeit relevanten Problemlagen bereitzustellen. Die Lehrenden und Forschenden an den Hochschulen/Fakultäten der Sozialen Arbeit sind bereit, diese Aufgabe verstärkt zu übernehmen.

Soziale Arbeit muss insgesamt so ausgestattet sein, dass sie in der Lage ist, den sozialen und demographischen Wandel mitzugestalten. Dafür halten wir eine Repolitisierung der Sozialen Arbeit und der Sozialpolitik für notwendig. Das bedeutet, dass die hier beschriebenen Aufgaben wieder in die Aufmerksamkeit öffentlichen Bewusstseins getragen und in öffentlicher Verantwortung aktiv gestaltet werden müssen. Es geht um die Ermöglichung von Lebensbewältigung und um die Emanzipation von lebensbeeinträchtigenden Verhältnissen. Das sind notwendige Investitionen in die Zukunft unserer Gesellschaft.

Fälle in der Falle – Reflexionen zur Konstruktion von Aussichtslosigkeit in der Suchthilfe

Chronisch alkoholkrank Menschen in der Klinischen Sozialarbeit

Uta Maria Walter; Michael Gollnow

Zusammenfassung

Klinische Sozialarbeit ist eine Fachsozialarbeit, die sich dem bio-psychozialen Ansatz in Verständnis und Bearbeitung gesundheitsspezifischer Probleme verschreibt. Dieser Beitrag setzt sich mit den Grundlagen des „client-directed“-Ansatzes (Duncan u.a. 2004) auseinander. Dieser Ansatz räumt den inneren und äußeren Bezugssystemen von Klienten und Klientinnen sowie ihren eigenen Theorien über die Veränderung ein beziehungsleitendes Primat ein, denn dort, wo professionelle Konventionen und Ideen einseitig die helfende Beziehung bestimmen, droht die Konstruktion „aussichtsloser“ Fälle. Anhand jahrelanger Praxis im Bereich der Suchthilfe mit chronisch alkoholabhängigen Menschen reflektiert Co-Autor *Michael Gollnow* exemplarisch die von *Duncan* u.a. benannten vier Wege in die Konstruktion von Aussichtslosigkeit und illustriert den heuristischen Wert einer Rekonstruktion von Zuschreibungen wie „Aussichtslosigkeit“ als Ausdruck professioneller Hindernisse im Beziehungsprozess.

Abstract

Clinical social work is a specialised profession with emphasis on a bio-psycho-social approach to health and mental health-related problems. This article outlines basic ideas of a "client-directed" approach as suggested by *Duncan* (2004) for the context of clinical social work practice. The approach in question is essentially guided by clients' internal and external reference systems, making clients' theories of change the primary point of orientation. Helping relationships which are, by contrast, dominated by professional conventions and ideas run the risk of constructing seemingly "hopeless" cases. Co-author *Michael Gollnow* reflects on his own long-standing practice with chronically alcohol-dependent clients and gives examples of *Duncan's* four pathways of constructing "hopelessness" thus illustrating the heuristic value of re-constructing the use of such labels as "hopelessness" as an expression of barriers to the helping process which are intrinsic to the profession itself.

Schlüsselwörter

Alkoholkrank – Therapie – Suchtkrankenfürsorge
– Methode – Wirkung – Aussichtslosigkeit

„Common Factors“ und klienten- gesteuerte klinische Arbeit

Die Umstrukturierung der akademischen Landschaft in Europa hat in den letzten Jahren eine neue Spezialisierung für die Ausbildung von Sozialarbeitern und Sozialarbeiterinnen in Deutschland eröffnet. Unter anderem entstanden Masterstudiengänge in „Klinischer Sozialarbeit“ (Geißler-Piltz 2005, Pauls 2004), die Konzepte und Methoden einer im weitesten Sinn beratenden und behandelnden Sozialarbeit fokussieren (Geißler-Piltz 2004). Während die englischsprachige Fachwelt mit „clinical social work“ schon lange vertraut ist, bedarf der Begriff „Klinische Sozialarbeit“ im Deutschen bis auf Weiteres noch einiger Erklärungen, um nicht als Sozialarbeit im Krankenhaus missverstanden zu werden.

Die Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit bei der Deutschen Gesellschaft für Sozialarbeit (DGS) definiert Klinische Sozialarbeit als „gesundheitspezifische Fachsozialarbeit“ mit dem Ziel einer „Einbeziehung der sozialen und psycho-sozialen Aspekte in die Beratung, (sozio)therapeutische Behandlung und psycho-pädagogische Unterstützung von gesundheitlich gefährdeten, erkrankten und (vorübergehend oder dauerhaft) behinderten Menschen. Fokus ist die Person-in-ihrer-Welt (person-in-environment) im Rahmen eines bio-psycho-sozialen Verständnisses von Gesundheit, Störung und Krankheit“ (Pauls 2009).

Zu den Zielgruppen Klinischer Sozialarbeit gehören insbesondere jene Bevölkerungsgruppen, die an chronischen somatischen und/oder psychischen Leiden erkrankt sind und die oft als „hard to reach“, also schwer erreichbar gelten (Geißler-Piltz 2004). Das Verstehen dieser Menschen und ihrer komplexen Lebenslagen durch eine bio-psycho-soziale Perspektive kann in der Sozialen Arbeit auf eine lange Tradition zurückblicken und war schon zu den Anfängen der Profession in den USA durch *Mary Richmond* und in Deutschland durch *Alice Salomon* vertreten (Müller 2006). Insofern ist Klinische Sozialarbeit eine der Erbinnen des klassischen *case work*, das sich seit seinen Anfängen immer auch an Theorien und Modellen psychologischer Praxis der jeweiligen Zeit orientiert hat. So wurden nach psychodynamischen, lerntheoretischen und klientenzentrierten Ideen seit den 1970er-Jahren verstärkt systemische Theorien und Methoden für die Soziale Arbeit rezipiert. Gleichzeitig steht Klinische Sozialarbeit auch in der Tradition, Klienten und Klientinnen alltags- und lebensweltorientiert begegnen zu wollen und deshalb vor allem eine vertrauensvolle Beziehung zu ihnen herstellen zu müssen (Geißler-Piltz 2004).

Obwohl der Beziehung zwischen Klientin und HelferIn in der Sozialen Arbeit schon lange eine zentrale Bedeutung zugeschrieben wurde (Perلمان 1979), geriet diese Idee im Bemühen, das eigene professionelle Profil wissenschaftlicher und glaubhafter zu machen, vielfach aus den Augen (Drisko 2004).

In den vergangenen Jahren aber haben Studien psychotherapeutischer Prozesse das Interesse an der Bedeutung und Gestaltung von Klient-Helfer-Beziehungen auch in der Sozialen Arbeit neu entfacht (ebd.). Metaanalysen psychotherapeutischer Studien (Lambert; Bergin 1994) machen deutlich, dass Unterschiede in den Ergebnissen therapeutischer Hilfeprozesse weniger auf die von den Helfenden genutzten theoretischen Modelle zurückzuführen sind, sondern viel mehr von modellunspezifischen Faktoren (*common factors*), wie außertherapeutischen Ressourcen der Klientinnen und Klienten, der Qualität der therapeutischen Beziehung und der Hoffnung auf Veränderung, die Klienten und Klientinnen haben.

Der von *Duncan, Hubble, Miller* und *Sparks* vertretene Ansatz einer client directed therapy, einer klientengesteuerten Therapie, versucht genau diesen Erkenntnissen Rechnung zu tragen (Duncan u.a. 2004, Duncan u.a. 1998, Miller u.a. 2000). Er basiert einerseits auf Konzepten lösungsorientierter Arbeit und andererseits auf den genannten empirischen Erkenntnissen über die unspezifischen Faktoren (*common factors*). Um diese Faktoren zu nutzen und zu stärken, räumt client directed therapy der therapeutischen Beziehung eine zentrale Bedeutung ein, fokussiert die Problem- und Lösungskonstruktionen der Klientel und richtet sich an deren Bezugssystemen aus.

Als Bezugssystem von Klienten bezeichnen die Autoren jene inneren und äußeren Ressourcen, die den Menschen „außerhalb der Therapie zur Lösung ... (ihres) akuten Problems zur Verfügung stehen“, sowie ihr Wahrnehmen und Erleben der therapeutischen Beziehung und des Problems (Duncan u.a. 1998, S. 37). Dabei wird die „Änderungstheorie“ von Klientinnen und Klienten, also die klienteneigenen Vorstellungen zu Ätiologie, Behandlung und Prognose des Problems, zum wesentlichen Orientierungspunkt und handlungsleitend in der gemeinsamen Arbeit (Duncan u.a. 2004). Ausdrücklich warnen die Autoren vor der Tendenz von Helfern und Helferinnen, eigenen professionellen Ideen, Theorien und Modellen Vorrang einzuräumen. Diese Praxis führe nicht nur an den Lösungspotenzialen der Klientel vorbei, sondern locke das Helfer-Klienten-System

oft in die Falle vermeintlicher Aussichtslosigkeit. In einer ihrer ins Deutsche übersetzten Arbeiten beschäftigen sich die Autoren genauer mit jenen Prozessen, die der Konstruktion von „aussichtslosen Fällen“ (Duncan u.a. 1998) gemeinsam sind. In einer fünfjährigen Untersuchung analysierten sie die Prozesse, die zur Zuschreibung von „Aussichtslosigkeit“ führten und kristallisierten vier typische Wege heraus, die immer wieder eine erfolgreiche therapeutische Beziehung behindern und Aussichtslosigkeit kokonstruieren (ebd., S.17 ff.): der negative Zuschreibungseffekt von Diagnosen, die Verhärtung der Theorie, „mehr desselben“, und die Missachtung der Motivation von Klienten und Klientinnen.

Im Folgenden wird der heuristische Wert dieser sich immer wieder kreuzenden Pfade der Konstruktion aussichtsloser Fälle exemplarisch im Bereich der Suchthilfe mit chronisch alkoholabhängigen Menschen illustriert. Im Rahmen seines Masterstudiums in Klinischer Sozialarbeit setzte sich Co-Autor Michael Gollnow mit Grundlagen eines „client-directed“-Ansatzes für die Klinische Sozialarbeitspraxis auseinander und reflektierte seine jahrelange Praxis mit einer oft als schwer erreichbar (hard-to-reach) eingestuften Klientel aus der Suchthilfe neu.

Das Setting: Tagesstätte für chronisch alkoholranke Menschen

Im Rahmen der psychiatrischen Pflichtversorgung unterhält ein Träger der Suchthilfe eine Tagesstätte für chronisch mehrfach geschädigte, alkoholranke Klientinnen und Klienten, die zu einem nicht geringen Teil auch psychische Erkrankungen aufweisen. Nach Kontaktaufnahme mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst und der zuständigen Klinik durch das Steuerungsgremium Psychiatrie werden Klienten und Klientinnen an die Tagesstätte überwiesen. In engem Verbund mit dem Betreuten Wohnen werden sie von einem Team betreut.

Eine Besonderheit des Klientels der Tagesstätte ist, dass sie meist erst nach bereits jahrzehntelangem Alkoholabusus zu der Einrichtung gelangen beziehungsweise erstmalig an einem Hilfesystem partizipieren, weil sie einen von der Gesellschaft nicht mehr tolerierten „Auffälligkeitsgrad“ erreicht haben. Nicht nur fehlt es zu Beginn der Hilfemaßnahme an Motivation zur Abstinenz, sondern viele Besucher und Besucherinnen sind durch Folgeerkrankungen, vom Korsakow-Syndrom bis hin zu substanzbedingten Karzinomen, mehrfach gefährdet. Das zielgerichtete und umfangreiche Betreuungsprogramm dient vor allem dazu, den Besuchern und Besucherinnen eine durch ihre Suchterkrankung verlorene

Tagesstruktur wiederzugeben. Weiterführend sollen zudem Kompetenzen zu einer abstinenter beziehungsweise suchtreduzierten Lebensweise gefördert werden. Ein besonderer Bestandteil der Konzeption der Tagesstätte ist aufsuchende Arbeit, die vor allem dazu dient, rückfällige Klienten und Klientinnen so schnell als möglich zu erreichen und die Option eines stationären Aufenthalts anbieten zu können, was bei dem Schweregrad der Erkrankungen lebensrettend sein kann.

Als Leiter dieser Tagesstätte wurde ich (Michael Gollnow) immer wieder mit dem als weitläufig bekannten Phänomen der „Therapieunwilligkeit“ oder der „Therapieunfähigkeit“ vieler Klienten und Klientinnen konfrontiert. Im Rahmen von sozialtherapeutischen Handlungsverläufen kommt es häufig vor, dass selbst differenzierte therapeutische Methoden versagen. So werden Menschen über Jahre erfolglos behandelt, schleppen sich mühsam von einem Therapiesystem zum anderen und fallen am Ende ganz aus einem Hilfesystem heraus. Die Begründungspalette der Helfer und Helferinnen für dieses Phänomen ist von großem Einfallsreichtum geprägt. Für das Versagen von therapeutischer Hilfe werden gerade in der Suchttherapie immer wieder mangelnde Motivation und zu geringe Krankheitseinsicht der Klientel als Begründung angeführt. Oft wird erwartet, dass chronisch alkoholranke Menschen schon vor Beginn einer möglichen Therapie „Beweise“ oder „Bekanntnisse“ erbringen, um eine für den Therapeuten erkennbare „Krankheitseinsicht“ und eine daraus abgeleitete Motivation zur Veränderung ihrer Situation deutlich zu machen (Amering; Schmolke 2007).

Diese Erwartungen aufseiten der Professionellen werden nicht selten unweigerlich enttäuscht und führen zum Verlust der Hoffnung auf Veränderung. In Fachrunden professioneller Helferinnen und Helfer sorgt dann wiederum das Nennen der fehlgeschlagenen Therapieversuche, der verschiedenen Diagnosen und Krankheitssymptome, der Fähigkeitseinschränkungen und negativen Charaktereigenschaften der potenziellen Klientel schon im Vorfeld einer weiteren Behandlung für eine Abwehralterhaltung. Bei den Helfenden der verschiedenen Professionen machen sich prompt Entmutigung, Hilflosigkeit und Resignation breit. Kreatives Nachdenken über Behandlungsoptionen wird verdrängt von der Angst, sich „einen hoffnungslosen Fall“ einzuhandeln. Die folgenden Fallreflexionen zeigen, inwiefern das Festhalten am Primat professioneller Theorien und Grundsätze diese Aussichtslosigkeit konstruiert.

Der Sog der Diagnose

Der erste Weg in die Konstruktion von Aussichtslosigkeit ist der Zuschreibungseffekt von Diagnosen. Ohne die Vorteile psychiatrischer Diagnosen für effektive Kommunikation zwischen Professionellen zu leugnen, warnen *Duncan* u.a. (1998) vor der Tendenz von Helfenden, dem Erwartungssog diagnostischer Labels zu verfallen, und – vor allem bei besonders „schweren“ Diagnosen – allein anhand der diagnostischen Zuschreibungen in die Annahme von Aussichtslosigkeit zu gleiten.

Frau L., 42, wurde vom zuständigen Sozialpsychiatrischen Dienst vorgestellt. Als Diagnose wurde ein komorbides Krankheitsbild, paranoid-halluzinatorische Psychose in Kombination mit einer chronischen Alkoholabhängigkeit, angegeben. Die vorstellende Mitarbeiterin betonte mehrfach, dass die Klientin unzählige stationäre Entgiftungen und Entwöhnungstherapien absolviert hatte, die allesamt nicht von Erfolg gekrönt waren. Sie in die Tagesstätte einzubinden, galt als ein letzter Versuch einer Hilfe-maßnahme. Das Team der Tagesstätte stand der Idee reserviert bis ablehnend gegenüber. Man hätte *Frau L.* lieber bei einem Träger gesehen, der primär psychische Erkrankungen behandelt. Meine ersten Terminvereinbarungen mit *Frau L.*, um die Tagesstätte kennenzulernen, schlugen fehl, da sie die Verabredungen nicht einhielt. Die meisten meiner Kolleginnen und Kollegen fühlten sich sogleich in ihrer Annahme, dass der Fall aussichtslos sei, bestätigt und taten dieses bei jeder sich bietenden Gelegenheit kund.

Nach kontinuierlicher Kontaktaufnahme erschien *Frau L.* schließlich doch in der Tagesstätte. Sie äußerte sich erstaunt, dass ich immer wieder bei ihr angerufen hatte, um einen neuen Termin zu vereinbaren. Andere Einrichtungen hätten sich nach ihrem Nichterscheinen nicht mehr bei ihr gemeldet. Sie berichtete dann aus ihrem Leben und über den Beginn ihrer Erkrankung. Nach vielen Jahren Berufspraxis als gelernte Buchhalterin entschloss sich *Frau L.*, nach Berlin zu ziehen, um ein Studium der Betriebswirtschaft aufzunehmen. Nach drei Semestern begann sie, Stimmen zu hören, und nahm eine andere Realität wahr. Die Erkrankung und vor allem die Diagnose der paranoid-halluzinatorischen Psychose waren für *Frau L.* ein Schock. Nichts war mehr wie es gewesen war und sie musste krankheitsbedingt ihr Studium aufgeben. Ihr Anliegen war, Freunden und der Familie ihre neue Realität zu erklären. Sie wollte über die Stimmen und die Dinge, die sie sah, berichten damit andere sie verstehen. Ein Verständnis für ihre Welt blieb allerdings trotz ihrer Erklärungs-

versuche aus. Sie versuchte es immer wieder und scheiterte schließlich daran. Um ihre Verzweiflung zu betäuben, begann sie exzessiv zu trinken. Aus diesen Betäubungsversuchen erwuchs schließlich eine chronische Alkoholabhängigkeit.

Während einer Probeweche in der Tagesstätte blieb *Frau L.* der Einrichtung fern und ging auch nicht mehr ans Telefon. Wieder erhoben sich Stimmen im Team, die sich darin bestätigt sahen, dass *Frau L.* ein aussichtsloser Fall sei. Ich suchte *Frau L.* zu Hause auf und fand sie intoxikiert vor. Ich besprach mit ihr, sie ins Krankenhaus zu bringen, um diesen Rückfall einerseits zu unterbrechen, andererseits aber auch sicherzustellen, dass ihr eine stationäre Behandlung zuteil würde, um eventuelle Komplikationen wie ein Delir zu unterbinden. Der zuständige Arzt der psychiatrischen Abteilung des zur Aufnahme verpflichteten Krankenhauses war nicht begeistert von der Idee, *Frau L.* auf seine Station zur Entgiftung zu bringen, da ihm die Patientin bekannt war und auch er die Überzeugung vertrat, dass sie aufgrund fehlender Motivation und zeitnaher Rückfälligkeit ein aussichtsloser Fall sei. Erst im Laufe eines weiteren Gesprächs konnte eine Aufnahme erwirkt werden. *Frau L.* erklärte, dass es ihr sehr peinlich sei, dass ich sie in diesem betrunkenen Zustand sehe, sie sei aber sehr berührt, dass ich sie besucht hätte, um ihr zu helfen. Dieses habe vorher noch niemand getan.

Nach der Entgiftung erschien sie wieder in unserer Tagesstätte. Der Wunsch von *Frau L.*, nicht am gesamten wöchentlichen Programm der Einrichtung teilzunehmen, löste eine weitere Kontroverse im Team aus. Es wurden Meinungen vertreten, dass *Frau L.* mit ihrem Krankheitsbild in der Tagesstätte völlig deplatziert sei und sie eine nicht ausreichende Motivation zur Abstinenz mitbringe. Es folgten weitere Rückfälle verbunden mit Stationsaufenthalten. Im Team wurde mein Handeln mit großer Skepsis und jeder Rückfall mit einer gewissen Genugtuung betrachtet. Aber im Wechsel zwischen Rückfälligkeit, Krankenhausaufenthalten und Tagesstättenbesuchen gelang es *Frau L.* dennoch bedingt, eine „Kundenhaltung“ (*Berg* 1992) einzunehmen: Sie formulierte den Wunsch, in eine Therapeutische Wohngemeinschaft für Menschen mit einer Doppeldiagnose zu ziehen, da sie einen erweiterten „Schutzraum“ benötige. Durch das Ausrichten auf ihre eigene Theorie über das, was sie benötigt, gelang es, gemeinsam auf dieses Ziel hinzuwirken und sie bald in einer Wohngemeinschaft unterzubringen. Ein halbes Jahr später erschien *Frau L.* in der Tagesstätte, um sich bei mir zu bedanken. Es ging ihr viel besser als vorher; sie könne mit ihrer

Erkrankung besser umgehen. Die Rückfälle hätten sich auf ein Minimum reduziert. Sie erklärte mir, dass dieser Schritt nicht möglich gewesen wäre, wenn ich nicht die Beziehung zu ihr aufrechterhalten hätte. Der Respekt für *Frau L.*s eigene Erklärungs- und Lösungsmuster gab der therapeutischen Beziehung eine Art Bestandsschutz gegen die hartnäckige Zuschreibung von Aussichtslosigkeit. Nur aus dieser, ihrer eigenen Sichtweise der Dinge konnte *Frau L.* nach einer Zeit, in der sie sich trotz der vielen Rückfälle nicht im Stich gelassen fühlte, eine Kundenhaltung entwickeln und klar artikulieren, was sie sich wünschte. Der Fall von *Frau L.* zeigt, welchen Sog eine Diagnose mit dem Nimbus der Aussichtslosigkeit auf Helfende aus verschiedensten Professionen hat. Aus der manifestierten Vorerwartung des Scheiterns wäre ohne ein Ausrichten auf das Bezugssystem und die Änderungstheorie der Klientin schnell eine sich selbst erfüllende Prophezeiung geworden.

Die Verhärtung der Theorie

„Theoriegeleitete Gegenübertragung“ nennen *Duncan* u.a. (1998, S. 19) den zweiten Weg in die Konstruktion aussichtsloser Fälle. Die Loyalität zu bestimmten Theorien verführt Professionelle dazu, die Individualität von Klientinnen und Klienten und ihre ideosynkratischen Änderungstheorien aus den Augen zu verlieren. Wo Klienten dem Versuch, ihre Geschichte einer Theorie anzupassen, Widerstand leisten, kommt es zu einer Verhärtung der Fronten. Professionelle verfolgen verstärkt jene Themen, die mit ihren theoretischen Prämissen und Konventionen vereinbar sind, aber die alternativen Ideen und Überzeugungen ihrer Klienten und Klientinnen ignorieren und damit einer guten therapeutischen Beziehung im Wege stehen.

Herr B. hatte über Jahre exzessiven Alkoholabusus betrieben und unzählige Entgiftungen und Entwöhnungstherapien erfolglos absolviert. Zu Beginn seiner Besuche in der Tagesstätte gelang es ihm zunächst, am tagesstrukturierenden Programm der Einrichtung teilzunehmen. Aber *Herr B.* wurde auch relativ schnell immer wieder rückfällig. Bei jedem Rückfall trank *Herr B.* erhebliche Mengen Alkohol, die bedingt durch seine geringe Körpergröße und sein geringes Gewicht einen extrem selbstgefährdenden Charakter hatten. *Herr B.* wurde aufgrund seiner häufigen und in kurzen Intervallen folgenden Rückfälle immer wieder zu Hause aufgesucht und dann im Krankenhaus untergebracht. Dieser sich wiederholende Ablauf führte im Team zu heftigen Kontroversen. Aufsuchende Arbeit, so die Kritisierenden, verhindere die Eigenmotivation und stehe suchttapeutischer Konvention entgegen. Ein

überwiegender Teil der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter hielt an der suchttapeutischen Überzeugung fest, der Klient müsse erst ganz unten sein (hitting bottom) (*Wienberg; Driessen* 2001), um überhaupt eine Art von Leidensdruck zu verspüren. Überdies sei eine Kommstruktur für Hilfen sinnvoll, weil ein Kommen des Klienten Nachweis von Leidensdruck und Motivation für eine therapeutische Behandlung sei.

Dem gegenüber stand die Erfahrung, dass *Herr B.* so stark abhängig war, dass er die Hausbesuche und die anschließende Begleitung ins Krankenhaus als eine auf sich gerichtete Zuwendung empfand. Die Alternative war, *Herrn B.* eine echte Motivation, abstinenter zu werden, abzusprechen und ihn aus der Betreuung der Tagesstätte zu entlassen, wohl wissend, dass es danach kein Hilfesystem gibt, das ihn aufnehmen würde. Dieser Gedanke, *Herrn B.* sich selbst zu überlassen, wurde aber nie zu Ende gedacht. Die Argumentation galt allein dem Handeln gegen tradierte suchttapeutische Grundsätze, eine Ansicht, die sich im Laufe der Zeit immer mehr verhärtete. Gegen alle Widerstände zog sich der Prozess der aufsuchenden Arbeit fast zwei Jahre lang hin. Dann fasste *Herr B.* den Entschluss, in eine betreute Wohnform außerhalb von Berlin zu ziehen. Nach Berichten kommt es vereinzelt, aber nur in sehr großen Intervallen, zu Rückfällen. *Herr B.* hat im betreuten Rahmen sogar eine Arbeit aufgenommen.

Sich gegen professionell-theoretisches Wissens (hier suchttapeutische Konventionen) zu stellen, erfordert Ausdauer und den festen Glauben an die Möglichkeiten der Beziehung zur Klientel. Der Fall des *Herrn B.* zeigt, wie unflexibel ein Hilfesystem zu werden droht, wenn theoriegeleitete Sichtweisen die Sicht der Klientel ausblenden. Es werden dann falsche Entweder-Oder-Dichotomien konstruiert, wie in diesem Fall eine Entscheidung zwischen klassischer Suchttherapie und boshaft betitletem „betreutem Trinken“. Eine aufsuchende Arbeit im kreativen Zwischenraum zwischen Entweder und Oder erlaubte eine Abkehr vom einer Kommstruktur und dem Hit-the-bottom-Dogma, um *Herrn B.* im wahren Sinne des Wortes dort abzuholen, wo er war (nämlich zu Hause). Hier spielte auch Zeit als klienteneigene Dimension eine wichtige Rolle, da *Herr B.* erst nach zwei Jahren eine Kundenhaltung entwickeln konnte, die es ihm ermöglichte, eine eigene Lösungsentscheidung zu treffen.

Mehr desselben

Ein dritter Weg in die Aussichtslosigkeit ist das beharrliche Wiederholen erfolgloser Lösungsstrategien,

wie sie schon von *Watzlawick* u.a. (1974) für den Erhalt von Problemen innerhalb von Klientensystemen beschrieben wurden. In der Hoffnung, dass „mehr desselben“ irgendwie doch zum Erfolg führen möge, tragen in diesem Fall die Lösungsversuche seitens des Helfersystems zum Erhalt oder sogar zur Eskalation des Problems „Aussichtslosigkeit“ bei.

Herr F. kam über die Vermittlung der Sozialen Wohnhilfe in unsere Einrichtung. Wenn er trank, konnte er schon mal laut werden und schimpfte auf alles und jeden. Ich lernte *Herrn F.* als ein Universaltalent kennen, der über große künstlerische Fähigkeiten verfügte. Er hatte als Friseur und Konditor gearbeitet, als Filialleiter eines Hähnchen-Restaurants und sogar im Chor einer Staatsoper gesungen. *Herr F.* sagte von sich selbst, dass er alle Arbeitsstellen verlor, weil er dem Alkohol zusprach und immer wieder Frauenbekanntschaften hatte, die dieser Neigung förderlich waren. Sein Alkoholkonsum diente auch dem Betäuben von Schmerzen, denn *Herr F.* besaß zwei künstliche Hüftgelenke, deren Zustand sich durch alkoholbedingte Stürze verschlechtert hatten. *Herr F.* fühlte sich in der Tagesstätte sichtlich wohl. Er bot an, regelmäßig Sahnetorten zu backen, und versorgte uns immer zum Freitagskaffee. Zudem schrieb er Kinderbücher, illustrierte sie mit Zeichnungen und Tagesstättenbesucherinnen und -besucher profitierten außerdem von seiner Friseurkunst.

Wie viele chronisch alkoholerkranke Menschen wurde auch *Herr F.* immer wieder rückfällig, lehnte Krankenhausaufenthalte aber vehement ab. Er besaß eine eigene Strategie, sich nach einem Rückfall zu regenerieren, indem er sich „herunter trank“ und nach einigen Tagen wieder in der Tagesstätte erschien. Dieses „Heruntertrinken“ ist mit Risiken verbunden, aber *Herr F.* bestand darauf, nicht ins Krankenhaus zu gehen. Er war überdies auch nicht zugänglich für Einzelgespräche und Gruppenangebote zum Thema Sucht. Dieses Verhalten führte zwangsläufig zu einer Konfrontation mit den suchttherapeutischen Vorstellungen einiger Kolleginnen und Kollegen. *Herr F.* wurde angehalten, in der zweimal wöchentlich stattfindenden Gesprächsgruppe ausführlich über seinen Rückfall zu berichten. Im Einzelgespräch wurde dieses ebenfalls thematisiert. *Herr F.* zeigte jedoch kein Entgegenkommen, sprach lieber über seine neueste Kindergeschichte und erläuterte Sahnetortenrezepte.

Das Kollegium reagierte brüskiert auf *Herrn F.s* Verhalten, und steigerte seine Lösungsversuche. Immer wieder wurde er vor allem in den Gruppengesprächen angehalten, über seine Rückfälle ausführlich zu berichten. Er bekam sogar „Hausarbeiten“ auf-

getragen, die zum Beispiel darin bestanden, dass er beim nächsten Termin offenlegen sollte, was er eigentlich in der Tagesstätte wolle. Es wurde ein Beziehungs- und Behandlungsrahmen aufgebaut, der mit „Sanktionen“ drohte. *Herr F.* sollte erst einmal über sein Alkoholproblem reden, bevor er mit irgendeiner (kreativen) Aktivität begann. Als *Herr F.* den Wunsch äußerte, das Benutzen eines Computers zu erlernen, um besser seine Kindergeschichten schreiben zu können, eskalierte die Konfrontation. Obwohl die Tagesstätte Computerkurse anbot, wurde ihm diese Aktivität in der Annahme erschwert, dass man ihn so zu einer Krankheitseinsicht bekehren könne. Es wurde hartnäckig der Standpunkt vertreten, dass jemand, der sich zu seinem Alkoholproblem nicht bekenne, in dieser Einrichtung nicht betreut werden könne.

Weder in den Gruppen noch in den Einzelgesprächen wurde *Herrn F.* die Möglichkeit zu einem Feedback gegeben, wo er seine Lösungsoptionen hätte darstellen können. Seine eigenen Lösungsansätze versanken im „Mehr“ der professionellen Strategien. Die Fronten waren derart verhärtet, dass mein Argument, *Herr F.* brächte doch seine Fähigkeiten in den Tagesstättenbetrieb ein, woraus sich weitere Optionen ergeben könnten, kein Gehör fand. Einem Ausschluss aus der Maßnahme kam *Herr F.* zuvor, indem er nicht mehr in der Einrichtung erschien. Auch ein Hausbesuch meinerseits konnte daran nichts mehr ändern. Ich fand *Herrn F.* zu Hause an seiner alten Schreibmaschine vor. Er sagte mir, dass er seine Kindergeschichten auch hier schreiben könne, dazu brauche er nicht die Tagesstätte.

Missachtung der Motivation

Die Missachtung der Motivation von Klientinnen und Klienten ist der vierte Weg in die Aussichtslosigkeit. Nach Ansicht von *Duncan* u.a. gibt es keine „unmotivierten“ Klienten oder Klientinnen. Entsprechend der lösungsorientierten Unterscheidung von „Besucher“, „Kläger“, und „Kunde“ (*Berg* 1992) bringen Klienten und Klientinnen durchaus eine Kundenhaltung mit und wollen etwas. Sie sind also motiviert, wenn auch mitunter für Ziele, die von denen der Helfenden abweichen. Diese Motivationen und die damit verbundenen Zielvorstellungen von Klientinnen und Klienten zu leugnen, zu ignorieren oder abzuwerten, beschädigt eine zentrale Komponente guter therapeutischer Beziehungen, nämlich die der Kooperation und Übereinkunft über Zielvorstellungen.

Herr L., studierter Germanist, wurde über das bezirklich zuständige Krankenhaus an die Tagesstätte

überwiesen, die bei der Prävention von möglichen Rückfällen helfen sollte. Aufgrund seines akademischen Grades und Interesses unterschied sich *Herr L.* von den anderen Tagesstättenbesucherinnen und -besuchern erheblich. Wenn auch zu dieser Zeit arbeitslos, war er im Kulturbereich nach wie vor sehr aktiv und besaß viele Kontakte und Beziehungen. *Herr L.* hielt oft Vorträge und organisierte Foren im Rahmen seines kulturellen Engagements. Er verfügte über eine selbstbestimmte Tagesstruktur und besaß auch einen deutlichen Leidensdruck hinsichtlich seiner Alkoholkrankheit. Ihn plagten die immer wieder auftauchenden Rückfälle und die damit verbundenen Ausfallzeiten in seinen kulturellen Tätigkeiten. Gleichzeitig fühlte er sich aber verpflichtet, zum Beispiel auf Empfängen mit Alkohol anzustoßen. Er hoffte auf Lösungen, die aber außerhalb seiner Kontrolle zu liegen schienen.

Im Team der Tagesstätte stellte sich schnell die Frage, wie mit *Herrn L.* umzugehen sei. Das Team beschloss, dass, gemäß der in der Suchtarbeit noch immer vertretenen These „alkoholkrank gleich alkoholkrank“, *Herr L.* ein Alkoholkranker wie alle anderen sei und daher wie die anderen dasselbe tagesstrukturierende Programm absolvieren müsse. Diese Vorgehensweise führte schnell zu einer Konfrontation. Es war *Herrn L.s* Wunsch, nur an vier Wochentagen in die Tagesstätte zu kommen, da er einen Tag für seine Tätigkeit im Kulturaustausch benötigte. Sofort wurde ihm unterstellt, er glaube wohl, etwas Besonderes zu sein. Der freie Tag wurde ihm zwar gewährt, jedoch begegnete man *Herrn L.* mit Skepsis. In den Gesprächsgruppen erzählte er immer wieder von seiner Arbeit in den Kulturgruppen. Das Interesse, ihm auf dieser Ebene zu begegnen, blieb bei den meisten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus. Man riet ihm stattdessen, er solle ganz mit seinem kulturellen Engagement brechen und sich ausschließlich den Fragen des Alkoholismus zuwenden. Man unterstellte ihm, er sei von seinen Aktivitäten überfordert und versuche, dies durch Alkoholkonsum zu kompensieren.

Herrn L.s Alkoholabstinenz wurde an eine Aktivitätsabstinenz geknüpft. Seine Motivation, den Alkoholismus zu bekämpfen, weil er kulturell aktiv war, wurde ins Gegenteil verkehrt. Er könne den Alkoholismus nur bekämpfen, wenn er nicht kulturell aktiv sei – eine Theorie, die sich immer mehr verhärtete. Jedes weitere kulturelle Engagement wurde zum Beweis für seine Unmotiviertheit, dem Alkoholproblem Herr werden zu wollen. *Herr L.* hielt sich jedoch seine Freiräume vehement offen und musste dafür in Kauf nehmen, dass ihm Ablenkung und

Realitätsflucht unterstellt wurden. Er entschied sich nach einem Jahr, eine Langzeitentwöhnungstherapie zu absolvieren. Selbst dieser Entschluss änderte nichts an der Sichtweise im Team. Als er vor Beginn seiner Entwöhnung einige Bücher aus seiner umfangreichen Bibliothek bei einer Bekannten unterstellen wollte, wurde ihm von einem Mitarbeiter angeraten, doch seine Bücher zu verkaufen, da er dann mehr Zeit besäße, sich seinem Alkoholproblem zu widmen. Hier wurden die Ideen und Vorstellungen der professionell Helfenden zum Maßstab einer geforderten Motivation des Klienten, ohne zu berücksichtigen, welche Motivationen den Klienten selbst bewegen.

Abschließende Anregungen

Am Beispiel der Arbeit in der Suchthilfe wurde hier aufgezeigt, wie die Zuschreibung von „Aussichtslosigkeit“ als ein komplexer Beziehungs- und Deutungsprozess de- und rekonstruiert werden kann. Es liegt nahe, dass die hier für das System Suchthilfe beschriebenen Dynamiken in ähnlicher Form auch in anderen Feldern der Klinischen Sozialarbeit wiederzufinden sind. Für die Klinische Sozialarbeit, die sich einer Person-in-Umwelt-Perspektive verschreibt, bieten die hier illustrierten Ideen vor allem die Aufforderung zu reflektieren, wie Helfer und Helferinnen selbst zum Teil der Umwelt ihrer Klientel werden und wie Haltung und Kommunikation professionell Helfender, ihre Sprach-, Denk-, und Handlungskonventionen in der Kokonstruktion einer helfenden Beziehung ebenso hilfreich wie hinderlich oder unbedeutend für Klienten und Klientinnen sein können.

Genau wie im Falle von „Aussichtslosigkeit“ gilt es, auch andere Zuschreibungen in der Klinischen Sozialarbeit, wie zum Beispiel „hard to reach“, immer wieder kritisch auf ihre Konstruktion, ihren Gebrauch und ihren Nutzen zu überprüfen. „Hard to reach“, um kurz bei diesem Beispiel zu bleiben, ist zunächst eine Aussage über die Fähigkeit der Professionellen, ihre Klientel zu erreichen. Es beschreibt die relative Passung von Anbieter und Adressat und nicht einfach ein Charakteristikum des Adressaten. Insofern ist die Sprachkonvention, von einem „Hard-to-reach-Klientel“ zu sprechen, irreführend, weil sie den Anteil der Helfenden an dieser Dynamik ausblendet und stattdessen die Problematik einseitig der Klientel zuschreibt. Aus solchen Prozessen kritischer Reflexion erwachsen Klinischer Sozialarbeit andere und erweiterte Möglichkeiten, helfende Beziehungen zu gestalten und der Tendenz entgegenzuwirken, professionellen oder disziplinären Konventionen ein Primat über das Wissen und Können von Klienten und Klientinnen einzuräumen.

Literatur

- Amering**, Michaela; Schmolke, Margit: Recovery – Das Ende der Unheilbarkeit. Bonn 2007
- Berg**, Inoo K.: Familien-Zusammenhalt(en). Dortmund 1992
- Drisko**, James W.: Common factors in psychotherapy outcome. Metaanalytic findings and their implications for practice and research. In: Families in Society 1/2004, S. 81-90
- Duncan**, Barry L. u.a.: Aussichtslose Fälle. Stuttgart 1998
- Duncan**, Barry L. u.a.: The Heroic Client. San Francisco 2004
- Geißler-Piltz**, Brigitte: Im Brennpunkt liegt der Alltag der erkrankten Menschen. In: Sozial Extra 1/2004, S. 32-35
- Geißler-Piltz**, Brigitte (Hrsg.): Psychosoziale Diagnosen und Behandlung in Arbeitsfeldern der Klinischen Sozialarbeit. Münster/Berlin 2005
- Lambert**, Michael J.; Bergin, Allen E.: The effectiveness of psychotherapy. In: Bergin; Garfield (eds.): Handbook of psychotherapy and behavior change (4th ed.). New York 1994, S. 143-189
- Miller**, Scott D. u.a.: Jenseits von Babel – Wege zu einer gemeinsamen Sprache in der Psychotherapie. Stuttgart 2000
- Müller**, C.W.: Wie Helfen zum Beruf wurde. Weinheim 2006
- Pauls**, Helmut: Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psychosozialer Behandlung. Weinheim/München 2004
- Pauls**, Helmut: Was ist Klinische Sozialarbeit? In: Webseite der Deutsche Gesellschaft für Sozialarbeit (DGS), Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit, abgerufen am 14.2.2009 von www.klinische-sozialarbeit.de
- Perlman**, Helen H.: Relationship. The Heart of Helping People. Chicago 1979
- Watzlawick**, Paul u.a.: Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien. Bern/ Stuttgart/Wien 1974
- Wienberg**, Günther; Driessen, Martin: Auf dem Weg zur vergessenen Mehrheit – Innovative Konzepte für die Versorgung von Menschen mit Alkoholproblemen. Bonn 2001

Das Förderzentrum in der Gemeinde in Israel Ein kompensatorisches Umfeld für benachteiligte Schüler und Schülerinnen

Istifan Maroon

Zusammenfassung

Gemeindeorientierte Wohlfahrtsdienste und Bildungsinstitutionen in Israel haben in den letzten Jahren auf eine Gruppe aufmerksam gemacht, die besonders benachteiligt ist: Schulkinder aus schwierigen Familienverhältnissen. Die Studie, über die im vorliegenden Artikel berichtet wird, hat die Arbeit von Förderzentren und deren Einfluss auf Schüler, Schülerinnen und Eltern untersucht. Die Untersuchungsergebnisse bestätigen den Bedarf für eine solche Einrichtung sowie den positiven Beitrag, den sie für das Wohlergehen der Kinder zu leisten vermag. Es hat sich herausgestellt, dass das Zentrum die schulischen Fertigkeiten ebenso unterstützt und fördert wie die soziale Kompetenz und die kognitiven Fähigkeiten.

Abstract

During the past few years, community-oriented welfare services and education institutions in Israel have been drawing attention to a group which is particularly disadvantaged: schoolchildren in difficult family conditions. The study reported on in the present article has examined the work of special schools and their impact on pupils and parents. The findings confirm the need for such institutions and their positive contribution towards the children's wellbeing. It turned out that the centre supports school skills as well as social competence and cognitive capacities.

Schlüsselwörter

Benachteiligter Jugendlicher – Schüler – Fördermaßnahme – Intervention – Förderzentrum – Israel

1. Forschungsstand

Die schon lange bestehenden sozialen und erzieherischen Defizite in Bezug auf Kinder mit unterschiedlichem ethnischen Hintergrund und sozioökonomischen Status sind in Israel ein Thema, das sowohl der Aufmerksamkeit der Forschung als auch der Politik und der Öffentlichkeit bedarf. Erzieherische Lücken sind Teil der Ungleichheit zwischen sozialen Gruppen, genauso wie Unterschiede in den Lebensbedingungen und in anderen Ressourcen. Diese Lücke versuchen die außerschulischen Förderprogramme zu schließen (Asawa u.a. 2008, Burch u.a. 2007, Perez-Johnson; Maynard 2007, Steinberg 2006).