

Das Verhältnis von Psychotherapie und Sozialpädagogik in der Kinder- und Jugendhilfe

Masterarbeit

zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Arts

an der Karl-Franzens-Universität Graz

vorgelegt von

Čurk Carina, Bakk. phil.

und

Pekert Michaela, BA

am Institut für Erziehungs- und Bildungswissenschaft

Begutachter: Univ.-Prof. Dr. phil. Arno Heimgartner

Graz, 2016

Eidesstattliche Erklärung

Wir, Čurk Carina und Michaela Pekert erklären hiermit ehrenwörtlich, dass wir die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel verfasst haben. Die aus den Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Graz, 2016

Carina Čurk, Bakk. phil.

Michaela Pekert, BA

Unser Dank gilt...

...unseren Familien, ganz besonders Otti, Fritz und Silvia sowie Margit und Manfred, die uns den Weg für das Studium geebnet haben und ohne deren Unterstützung wir nie so weit gekommen wären.

...unserem Betreuer Univ.-Prof. Dr. phil. Arno Heimgartner, der uns stets hilfreiche Tipps gegeben hat und immer ein offenes Ohr für unsere Anliegen hatte.

...den InterviewpartnerInnen, die uns ihre wertvolle Zeit zur Verfügung gestellt haben und unsere Fragen so kompetent beantwortet haben.

...allen StudienkollegInnen mit denen wir die Studienzeit gemeinsam verbringen durften und viele spannende Erfahrungen geteilt haben.

...außerdem noch unseren Partnern, Heli und Lukas, die alle Hochs und Tiefs miterleben mussten und sich kaum beschwerten.

Abstract

Sozialpädagogik und Psychotherapie sind zwei Disziplinen, welche nicht sofort miteinander in Verbindung gebracht werden, jedoch in der Arbeit oft aufeinandertreffen. Die häufig getrennte Sichtweise der beiden Disziplinen täuscht über die vielen Schnittflächen hinweg. Mit der vorliegenden Arbeit wollen wir diese dunklen Flecken näher beleuchten. Das Ziel ist es, die Relevanz der Zusammenarbeit von PsychotherapeutInnen und SozialpädagogInnen im Kinder- und Jugendbereich festzustellen und die beiden Bereiche gegenüberzustellen. Dafür haben wir sowohl SozialpädagogInnen als auch PsychotherapeutInnen mittels Leitfaden interviewt. Die Ergebnisse der Forschung zeigten, dass die Zusammenarbeit sehr unterschiedlich ausgeprägt ist. Die Befragten wünschen sich jedoch eine intensivere Kooperation der Disziplinen. Zwischen der Sozialpädagogik und Psychotherapie konnten sowohl Unterschiede als auch Gemeinsamkeiten festgestellt werden, welche im empirischen Teil der Arbeit näher beschrieben werden.

Social work and psychotherapy are two disciplines, that aren't associate with another right away, but often encounter each other in practice. Their intersection is deceived by the common separated view on the disciplines. In this thesis we would like to take a closer look on those hidden parts. The goal is to locate the cooperation of psychotherapists and social workers in the field of child and youth work, as well as to compare those disciplines. Therefore we used a guideline to interview social workers and psychotherapists. We came to the conclusion, that the collaboration varies a lot. However, the respondents require a more intensive cooperation of the disciplines. Differences of social work and psychotherapy as well as commonalities were detected, which are explained further in the empirical part of the thesis.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung (Čurk /Pekert).....	1
2. Sozialpädagogik (Čurk).....	3
2.1. Begriffserklärung (Čurk)	3
2.2. Sozialpädagogik, Sozialarbeit, Soziale Arbeit (Čurk)	6
2.3. Die Ausbildung (Čurk)	7
2.3.1. Universitäre Ausbildung	7
2.3.2. Fachhochschule.....	8
2.3.3. Kolleg für Sozialpädagogik	8
2.3.4. Exkurs: Ausbildung in Europa.....	9
2.4. Methoden der Sozialpädagogik (Čurk).....	10
2.4.1. Soziale Einzelfallhilfe.....	10
2.4.2. Soziale Gruppenarbeit	11
2.4.3. Soziale Gemeinwesenarbeit	12
2.5. Handlungsorientierungen in der Sozialpädagogik (Čurk)	14
2.5.1. Lebensweltorientierung	14
2.5.2. Partizipation.....	15
2.5.3. Sozialraumorientierung.....	17
2.5.4. Systemischer Ansatz.....	17
2.5.5. Ressourcenorientierung	19
3. Psychotherapie (Čurk/Pekert).....	21
3.1. Begriffserklärung (Čurk)	21
3.2. Psychotherapeutische Methoden (Čurk/Pekert).....	23
3.2.1. Tiefenpsychologisch-psychodynamische Orientierung (Čurk)	24
3.2.2. Humanistisch- existentielle Orientierung (Čurk).....	28
3.2.3. Systemische Orientierung (Čurk)	30

3.2.4. Verhaltenstherapeutische Orientierung (Pekert).....	31
3.3. Abgrenzung der Psychotherapie (Čurk)	33
3.3.1. Differenzierung der Berufe	33
3.3.2. Abgrenzung zu anderen Therapien	34
3.4. Exkurs: Psychotherapie in anderen europäischen Ländern (Pekert)	36
3.4.1. Psychotherapie in Deutschland.....	36
3.4.2. Psychotherapie in Großbritannien	37
3.5. Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen (Čurk)	38
4. Spannungsfeld zwischen Therapie und Sozialpädagogik (Pekert).....	42
4.1. Merkmale nach Ohling (Pekert)	42
4.2. Weitere ausgewählte Merkmale (Pekert).....	47
5. Schnittstellen der Therapie und Sozialpädagogik (Pekert).....	56
5.1. Klinische Sozialarbeit (Pekert)	56
5.2. Traumapädagogik (Pekert)	57
5.3. Psychoanalytische Sozialarbeit (Pekert).....	60
5.4. Familientherapie (Pekert)	61
6. Kinder- und Jugendhilfe Steiermark (Čurk/Pekert).....	64
6.1. Aufgaben (Pekert).....	65
6.2. Verschiedene Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe (Čurk/Pekert).....	66
6.3. Sozialraumorientierung (Čurk).....	66
7. Empirischer Zugang (Čurk/Pekert)	68
7.1. Forschungsfrage und Forschungsziel (Čurk/Pekert)	68
7.2. Stichprobe (Čurk/Pekert).....	69
7.3. Durchführung der Interviews (Čurk/Pekert).....	70
7.4. Erhebungsmethode (Čurk/Pekert)	72
7.5. Auswertung (Čurk/Pekert).....	73

7.5.1. Transkription.....	73
7.5.2. Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring	74
7.5.3. Kategoriensystem	76
7.6. Präsentation und Diskussion der Ergebnisse (Čurk/Pekert)	77
7.6.1. Grundverständnis	77
7.6.2. Unterschiede und Ähnlichkeiten der Disziplinen	83
7.6.3. Zusammenarbeit	117
7.6.4. Entwicklungsbedarf	132
8. Resümee und Ausblick (Čurk/Pekert)	137
9. Literaturangaben	139
10. Abbildungsverzeichnis	150
11. Tabellenverzeichnis	151
12. Anhang	152
12.1. Interviewleitfaden	152
12.2. Transkriptionsregeln	154

1. Einleitung (Čurk /Pekert)

Die beiden Disziplinen, Sozialpädagogik und Psychotherapie, werden nur selten in Verbindung gebracht. Meist werden sie getrennt voneinander betrachtet. Im praktischen Alltag treffen VertreterInnen der beiden Richtungen aufeinander, da sie oft die gleiche Zielgruppe betreuen. SozialpädagogInnen und PsychotherapeutInnen arbeiten mit Menschen auf ihre spezielle Art und Weise.

Für uns Forscherinnen stellte sich die Frage, wie sich diese Zusammenarbeit gestaltet und wo die Unterschiede und Ähnlichkeiten der beiden Disziplinen liegen. Um die Forschung einzugrenzen wurde die Thematik nur in der Kinder- und Jugendhilfe betrachtet.

Ziel der Arbeit ist es, die beiden Fachrichtungen näher zusammenzubringen und die Relevanz der Zusammenarbeit von SozialpädagogInnen und PsychotherapeutInnen im Alltag mit Kindern und Jugendlichen aufzuzeigen.

Die vorliegende Arbeit beginnt mit der Darstellung von bereits vorhandener Literatur und Forschungsergebnissen, auf welche der empirische Teil aufbaut. Kapitel 2 ist dem Gebiet der Sozialpädagogik gewidmet. Zuerst werden etwaige Begrifflichkeiten geklärt. Danach folgt die Beschreibung der Ausbildungsmöglichkeiten. Des Weiteren werden die Methoden und Handlungsorientierungen näher erläutert. In Kapitel 3 wird Auskunft über Psychotherapie gegeben. Auch hier werden zu Beginn die Begriffe definiert und als nächstes die Methoden erklärt. Die Abgrenzung der Psychotherapie von anderen Therapierichtungen und psychologischen Berufen stellt ein weiteres Kapitel dar. Am Ende des dritten Kapitels folgt die Beschreibung der Psychotherapie in anderen europäischen Ländern. Kapitel 4 bezieht sich auf das Spannungsfeld der Psychotherapie und der Sozialpädagogik. Es werden mehrere Merkmale aufgezeigt, aus denen sich Unterschiede und Ähnlichkeiten der Disziplinen ergeben. In Kapitel 5 wird versucht ein Überblick über ausgewählte Schnittstellen zu geben. Exemplarisch werden 4 Konzepte vorgestellt. Da sich die Arbeit auf die Kinder- und Jugendhilfe bezieht, wird diese in Kapitel 6 kurz erklärt.

Nach Darstellung der Ergebnisse der Literaturrecherche folgt der empirische Zugang zum Forschungsthema. Zu Beginn wird die Herangehensweise an die Forschung beschrieben, damit diese nachvollziehbar und transparent wird. Danach folgt die Präsentation und Diskussion der Ergebnisse. Um die Forschungsergebnisse besser veranschaulichen zu können, wurden diese in mehreren Grafiken dargestellt. Den Abschluss der Masterarbeit bildet Kapitel 8, in welchem die theoretischen Inhalte mit den empirischen Ergebnissen verbunden werden und ein Ausblick für die Thematik gegeben wird.

2. Sozialpädagogik (Čurk)

Während des Studiums wurde deutlich, dass Sozialpädagogik nichts Eingegrenztes oder Abgeschlossenes ist, sondern eine Weite vorweist, facettenreich ist und unüberschaubar wirkt. Auch ausgedehnte Literaturrecherchen machen es nicht leichter dieses Gebiet zu überblicken, da auch die Wissenschaft diesem Themengebiet eine hohe Komplexität zuweist. Hinsichtlich der Begriffe gibt es im sozialen Bereich immer wieder Diskussionen über die Definitionen „Sozialpädagogik“ und „Soziale Arbeit“. Deshalb soll in diesem Kapitel versucht werden, einen Überblick über die Entstehung der Sozialpädagogik/Sozialen Arbeit, sowie eine Beschreibung der beiden Begriffe zu geben, um Verständnisproblemen in der Arbeit vorzubeugen. Des Weiteren sollen die verschiedenen Ausbildungswege, die es für diesen Beruf gibt aufgezeigt werden. Anschließend werden die Methoden der Sozialpädagogik näher erklärt, ehe ein Überblick über die Handlungsorientierungen und Handlungsfelder der Sozialpädagogik gegeben werden soll.

2.1. Begriffserklärung (Čurk)

Das Verständnis von Sozialpädagogik als wissenschaftliche Disziplin gestaltete sich von Beginn an sehr unterschiedlich (vgl. Hamburger 2003, S. 18). Dies macht es beinahe unmöglich, eine allgemein gültige Definition von Sozialpädagogik zu finden. Das Problem der Definierbarkeit von Sozialpädagogik wird auch in der Literatur sichtbar. So schrieb Mollenhauer etwa:

“Mit dem Ausdruck ‘Sozialpädagogik’ als einem erziehungswissenschaftlichen Terminus hat es eigene Schwierigkeiten. Obwohl er seit gut 100 Jahren im Gebrauch ist, wechselt seine Bedeutung immer noch von Autor zu Autor, von Interessensgruppe zu Interessensgruppe. Man tut deshalb gut, keine Übereinkunft vorauszusetzen, sondern zu sagen, wovon zu sprechen man beabsichtigt” (Mollenhauer 1971, S. 134, zit. n. Schilling 1997, S. 212).

Hamburger äußerte Folgendes zu dieser Problematik:

“Die Sozialpädagogik hat es schwer mit sich selbst und kann die Frage, was sie sei, nicht beantworten. Sie existiert als schriftlich fixiertes Gedankengebäude oder als Gesellschaftliche Realität in vielfältigen Formen, doch scheint es unmöglich, sie als Ganze von innen her darzustellen oder von außen her zu beschreiben” (Hamburger 2003, S. 11).

Von den unzähligen Definitionsversuchen in der wissenschaftlichen Literatur, erschien folgende Definition von Böhnisch als passend für diese Arbeit, da sie nicht zu eingeschränkt, aber auch nicht zu weit gefasst ist.

“Als erziehungswissenschaftliche Disziplin beschäftigt sich die Sozialpädagogik mit jenen sozialstrukturell und institutionell bedingten Konflikten, welche im Verlauf der Sozialisation von Kindern und Jugendlichen auftreten: Konflikte zwischen subjektiven Antrieben und Vermögen der Kinder und Jugendlichen und gesellschaftlichen und institutionellen Anforderungen, wie sie in Familie, Schule, Arbeitswelt und Gemeinwesen vermittelt sind. Sie versucht diese Konflikte aufzuklären, ihre Folgeprobleme zu prognostizieren und in diesem Kontext die Grundlagen für erzieherische Hilfen zu entwickeln“ (Böhnisch 1979, S. 22 zit. n. Hamburger 2003, S. 14).

Sozialpädagogik entstand mit dem Einbringen des Erziehungsgedankens in die Wohlfahrts- und Armenpflege. Sie folgt den Linien der Jugendfürsorge und Jugendhilfe, sowie einer Pädagogik im Kindesalter (vgl. Schilling 1997, S. 136). Als Begründer der Sozialpädagogik wird Pestalozzi, der von 1746-1827 lebte, bezeichnet (vgl. Schilling 1997, S. 136).

Es gibt jedoch zahlreiche Werke von Personen, welche als Klassiker der Sozialpädagogik bezeichnet werden und maßgeblich an ihrer Entwicklung beteiligt waren. So beschreibt Niemeyer in seinem Werk “Klassiker der Sozialpädagogik” (1998) das Wirken unterschiedlicher Personen. Als Klassiker werden von ihm die Werke von Johann Heinrich Pestalozzi, Johann Hinrich Wichern, Paul Natorp, Aloys Fischer, Hermann Nohl, Karl Wilker, Siegfried Bernfeld, Klaus Mollenhauer und Hans Thiersch genannt,

wobei die genauere Beschreibung ihrer Dienste für die Sozialpädagogik jedoch den Umfang der Arbeit sprengen würde (vgl. Niemeyer 1998).

Einen großen Fortschritt in der Sozialpädagogik gab es im 20. Jahrhundert, weshalb dies auch als sozialpädagogisches Jahrhundert bezeichnet wird (vgl. Böhnisch/Niemeyer/Schröer 1997, S. 11). Am Anfang des 20. Jahrhunderts beschäftigte sich die Sozialpädagogik noch mit einem engen Bereich und beschränkte sich auf die Jugendfürsorge und Jugendpflege. Bald wurde jedoch klar, dass Sozialpädagogik ausgeweitet gehört. Mit der Zeit wurde sie um unterschiedliche Tätigkeitsfelder, wie beispielsweise Beratung, Unterstützung oder die Leistung von verschiedenen Hilfestellungen erweitert und auch die Zuordnung zu einem bestimmten Lebensbereich war nicht mehr möglich, da die Tätigkeiten der Jugendhilfe, verschiedene Institutionen wie Familie und Schule miteinbezog.

Schlussendlich wurde auch die Fokussierung der Sozialpädagogik auf Kinder und Jugendliche aufgehoben. Die Sozialpädagogik war von nun an auch in der Arbeit mit Erwachsenen, im Behindertenbereich sowie in der Altenarbeit zu finden (vgl. Hamburger 2003, S. 18f.). Die nachstehende Darstellung zeigt die Vielfalt der Handlungsfelder auf:

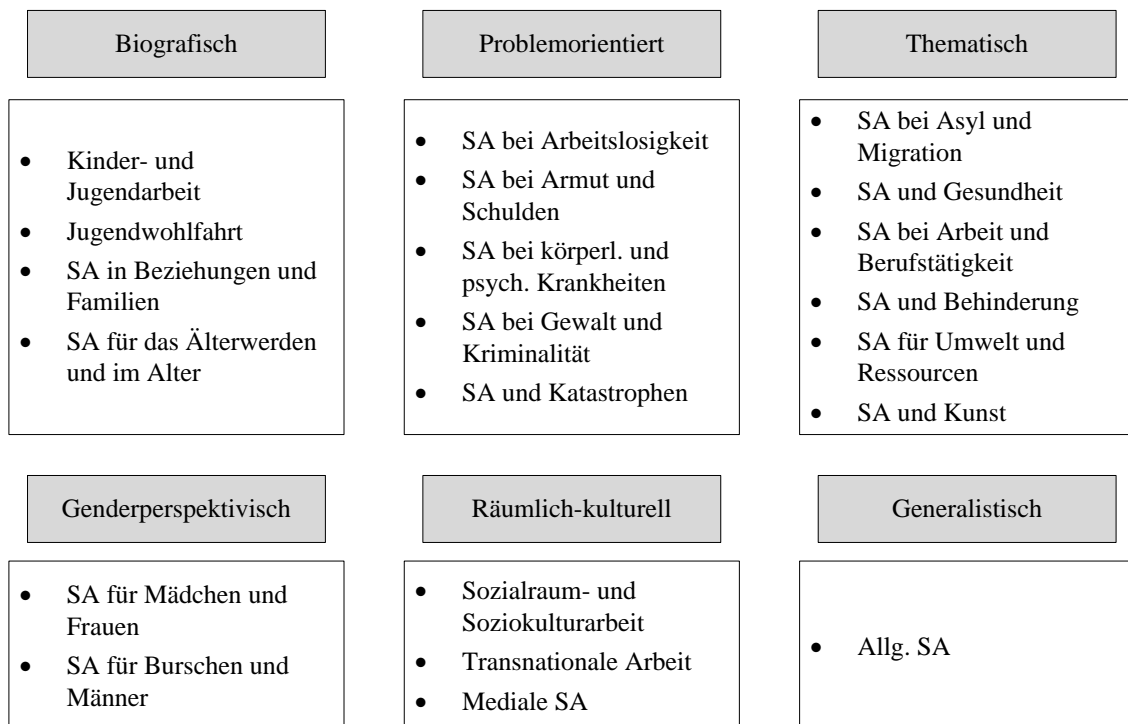


Abb. 1: Handlungsfelder der Sozialen Arbeit (modifiziert übernommen aus: Heimgartner 2009, S. 192).

2.2. Sozialpädagogik, Sozialarbeit, Soziale Arbeit (Čurk)

In der Literatur werden die Begriffe „Sozialpädagogik“ und „Sozialarbeit“ oft synonym verwendet, in der Ausbildungslandschaft in Österreich wird jedoch eine Trennung zwischen SozialpädagogInnen und SozialarbeiterInnen vorgenommen (vgl. Niemeyer 2012, S. 147f.). Dies führt nun unweigerlich zu der Frage, ob diese Begrifflichkeiten als ident angesehen werden können, oder ob diese differenziert betrachtet werden müssen.

Historisch betrachtet sind Sozialpädagogik und Sozialarbeit in ihren Wurzeln verschieden, da sie sich aus unterschiedlichen Bereichen entwickelt haben. Die Sozialarbeit entwickelte sich aus der “Sozialhilfe und der klassischen Wohlfahrtspflege” (Thole 2012, S. 19), sowie aus der Tradition der sozialen Fürsorge (vgl. Hamburger 2003, S. 20). Die Sozialpädagogik, wie bereits erwähnt, entstand durch das Einbringen des Erziehungsgedankens in die Wohlfahrts- und Armenpflege (vgl. Schilling 1997, S. 136).

In den unzähligen Werken zur Sozialpädagogik und der Sozialarbeit wird jedoch deutlich, dass die beiden Disziplinen heutzutage viele Gemeinsamkeiten aufweisen. Die Aufgaben und Tätigkeiten der beiden Disziplinen vereinen sich in dem Feld der “Sozialen Arbeit” (vgl. Hamburger 2003, S. 21).

Hamburger schreibt hinsichtlich der Diskussion der beiden Disziplinen: “Sozialpädagogik und Sozialarbeit werden als (weitgehend) identisch angesehen” (Hamburger 2003, S. 20). Auch Niemeyer bezweifelt die Sinnhaftigkeit einer Trennung zwischen Sozialpädagogik und Sozialarbeit, denn “die moderne Sozialpädagogik [kann] nur als sozialwissenschaftlich aufgeklärte und interdisziplinär angelegte Wissenschaft sinnvoll betrieben werden” (Niemeyer 2012, S. 147). Laut Thole findet sich heutzutage keine Unterscheidung von Sozialpädagogik und Sozialarbeit in den Aufgabenbereichen mehr, da es keine klare Abgrenzung zwischen den Tätigkeitsfeldern gibt (vgl. Thole 2012, S. 20).

Die österreichische Gesellschaft für Soziale Arbeit schreibt auf ihrer Homepage:

“Im deutschsprachigen Raum hat sich nach jahrzehntelangem Hin und Her in Bezug auf Abgrenzung, Überlappung oder Gleichsetzung von Sozialarbeit und Sozialpädagogik der Leitbegriff Soziale Arbeit etabliert” (OGSA 2016).

Aus diesem Grund werden in der vorliegenden Arbeit die Begriffe Sozialpädagogik und Sozialarbeit ebenfalls weitgehend synonym verwendet.

2.3. Die Ausbildung (Čurk)

In Österreich gibt es unterschiedliche Möglichkeiten, eine Ausbildung zum/zur Sozialpädagogen/in oder Sozialarbeiter/in zu absolvieren. Genannt werden sollen nur jene, die eine Reifeprüfung, beziehungsweise eine Studienberechtigungsprüfung voraussetzen.

2.3.1. Universitäre Ausbildung

Ein Studium der Sozialpädagogik wird in Österreich an der Universität Graz am Institut für Erziehungs- und Bildungswissenschaft angeboten, sowie an der Universität in Klagenfurt, wo es eine Abteilung für Integrations- und Sozialpädagogik gibt (vgl. Institut für Erziehungs- und Bildungswissenschaft Graz 2016).

Die Abteilung für Sozialpädagogik in Graz besteht seit dem Jahr 1982. Im Jahr 2006 wurde das Diplomstudium unter anderem durch das Masterstudium “Sozialpädagogik” ersetzt, welches nun auf dem Bachelorstudium “Pädagogik” aufbaut (vgl. Heimgartner 2009, S. 142).

Das Masterstudium Sozialpädagogik gliedert sich nach dem 2. Semester dauernden Kernmodul in die Spezialisierungsmodule “Sozialpädagogik” und “Elementarpädagogik” (vgl. Mitteilungsblatt 2015).

In Klagenfurt gibt es aufbauend auf den Bachelor “Erziehungs- und Bildungswissenschaft”, den Master “Integrations- und Sozialpädagogik” (vgl. Universität Klagenfurt 2016).

2.3.2. Fachhochschule

Eine Ausbildung zum/r Sozialarbeiter/in ist an neun Fachhochschulstandorten in Österreich möglich. Auf den Bachelor “Soziale Arbeit” folgt ein Masterstudium, das je nach Standort einen anderen Schwerpunkt hat. In Graz, St. Pölten, Dornbirn und Linz nennt sich der Master “Soziale Arbeit”. In Wien gibt es die Masterzweige “Sozialraumorientierte- und klinische Soziale Arbeit” sowie den Master “Sozialwirtschaft und Soziale Arbeit”. In Feldkirchen nennt sich der Master “Soziale Arbeit: Entwickeln und Gestalten“ (vgl. Institut für Erziehungs- und Bildungswissenschaft Graz 2016). In Innsbruck wird der Masterstudiengang unter dem Namen „Soziale Arbeit, Sozialpolitik- & management“ angeboten (vgl. MCI 2016). Auf der Fachhochschule Burgenland gibt es nur ein Bachelorstudium der Sozialen Arbeit (vgl. FH Burgenland 2016). Salzburg bietet ebenfalls nur ein Bachelorstudium “Soziale Arbeit” an, welches jedoch berufsbegleitend ist. Abgesehen von Innsbruck ist allen Standorten gemein, dass die Masterstudiengänge berufsbegleitend angeboten werden, was im Vergleich zur Universität nicht der Fall ist (vgl. Institut für Erziehungs- und Bildungswissenschaft Graz 2016).

2.3.3. Kolleg für Sozialpädagogik

Neben den Ausbildungsmöglichkeiten, welche die Universitäten und Fachhochschulen anbieten, gibt es noch die Möglichkeit, ein Kolleg für Sozialpädagogik zu besuchen. Voraussetzung dafür bildet die Reifeprüfung oder die Studienberechtigungsprüfung. Ein Kolleg für Sozialpädagogik gibt es in Baden, Graz, Liezen, Linz, St. Pölten, Stams, Oberwart und drei Standorte existieren in Wien. Kollegs bieten die Ausbildung, mit Ausnahme von Liezen, auch berufsbegleitend an, wobei sie in Wien und Oberwart nur berufsbegleitend absolviert werden kann. Die Ausbildung dauert regulär zwei Jahre, wird diese berufsbegleitend besucht, so verlängert sich die Ausbildungsdauer auf drei Jahre. Kollegs schließen mit einem Diplom ab (vgl. AMS Sozialpädagoge 2016).

2.3.4. Exkurs: Ausbildung in Europa

Nicht in jedem Land gestaltet sich die Ausbildung zum/zur SozialpädagogIn gleich. Worin sich die Länder jedoch ähneln, ist das weite Spektrum an verschiedenen Ausbildungsinstitutionen. Die Ausbildung in Sozialpädagogik/Sozialarbeit entwickelte sich in letzter Zeit ständig weiter, wobei es zu einer Ausdifferenzierung kam. Die Ausbildungen in Europa reichen von einjährigen Kursausbildungen bis hin zum Abschluss eines Studiums und behandeln eine Fülle von unterschiedlichen Thematiken. In vielen Ländern, wie zum Beispiel in der Schweiz, in Dänemark, Großbritannien, Deutschland oder auch in Norwegen gibt es, wie auch in Österreich eine parallele Ausbildung an Fachhochschulen und Universitäten. Es gibt jedoch auch Länder, an denen die Ausbildung nur im Rahmen eines universitären Studiums möglich ist. Dies ist beispielsweise in Kroatien, Island und Finnland der Fall (vgl. Hirschler/Sander 2012, S. 1084).

Die Dauer der Ausbildung ist in den verschiedenen europäischen Ländern sehr ähnlich und variiert zwischen drei und fünf Jahren (vgl. ebd., S. 1084).

Unterschiede gibt es in der Trägerlandschaft der Länder, sowie in der Benennung der Studienrichtungen. Ebenso gibt es Differenzen bezüglich der Abschlüsse und auch bei den Möglichkeiten, die den Studierenden nach Erhalt des Abschlusses am Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen (vgl. ebd., S. 1084).

In den meisten europäischen Ländern liegt der Großteil der Ausbildungsmöglichkeiten im öffentlichen Bereich wie beispielsweise der Universität. Österreich gehört mit den vielen Fachhochschulstandorten mit privaten Trägern, die ein Studium der Sozialen Arbeit anbieten, zu einer Ausnahme in Europa. Der gesellschaftliche Wandel führt in vielen Ländern zu einer Erweiterung der sozialen Berufe, was sich wiederum auf die Ausbildungslandschaft auswirkt und zu einer ständigen Weiterentwicklung führt (vgl. ebd., S. 1086).

2.4.Methoden der Sozialpädagogik (Čurk)

Die Literatur zu Methoden in der Sozialpädagogik ist zahlreich, weshalb es mitunter durchaus schwerfallen kann, den Überblick zu behalten. Die Strukturierung bezüglich dessen, was nun zu den sozialpädagogischen Methoden zählt, ist meist nicht klar ersichtlich und je nach Autor unterschiedlich geordnet. Dementsprechend variieren auch die Definitionen von Methoden, zwischen begrenzten, klarer formulierten Begriffsbestimmungen und breiteren Definitionen (vgl. Galuske 2007, S. 25).

Eine gut eingegrenzte und leicht verständliche Begriffserklärung stammt von Schilling. Er versteht unter sozialpädagogischen Methoden “das planmäßige Vorgehen zur Erreichung eines Ziels” (Schilling 1997, S. 278). Er sieht sie als “Formen des Herangehens an Aufgaben und Lösungen von Zielen und/oder Problemen” (Schilling 1997, S. 278).

Unter Methoden der Sozialpädagogik werden in dieser Arbeit die drei klassischen Methoden verstanden. Dies sind die soziale Einzelfallhilfe, die soziale Gruppenarbeit und die Gemeinwesenarbeit (vgl. Kreft/Müller 2010, S. 22). Diese “entsprechen nach Herkunft und Entwicklung den drei kommunikativen Grundmustern allen sozialpädagogischen/sozialarbeiterischen Handelns: Face-to-Face- Beziehung, handelnd in Gruppen, agierend im sozialen Raum” (Kreft/Müller 2010, S. 22).

2.4.1. Soziale Einzelfallhilfe

Die soziale Einzelfallhilfe, auch Casework genannt, wird als die älteste Methode in der sozialen Arbeit gesehen und wurde Ende des 19. Jahrhundert in den USA entwickelt. Als Begründerin gilt Mary Richmond, welche das Ziel verfolgte, Armut, sowie andere psychosoziale Probleme zu untersuchen, um effizientere Hilfe anbieten zu können. Im deutschsprachigen Raum gehen die Anfänge dieser Methode auf Alice Salomon zurück (vgl. Belardi 2010, S. 59f.).

Beeinflusst wurde das Casework von der Tiefenpsychologie, vor allem von Freuds Schüler, Otto Rank, sowie von Carl Rogers, welcher die Gesprächstherapie entwickelte (vgl. ebd., S. 61).

Im Zentrum der sozialen Einzelfallhilfe steht das Individuum mit seinen Bedürfnissen. Die Probleme, welche es aufzuarbeiten gilt, werden immer im Individuum selbst gesehen, wobei auch die Probleme die sich in der Umwelt der Person befinden, nicht außer Acht gelassen werden, diese spielen jedoch nicht die primäre Rolle im Behandlungsprozess (vgl. Galuske 2007, S. 78). “Das bedeutet, dass der Hauptakzent der Hilfe des Caseworkers auf die Schwierigkeiten gerichtet ist, die die Person hat, sich sozial richtig oder konstruktiv zu verhalten, oder auf die Angriffe, denen sie sich durch die Umwelteinflüsse ausgesetzt fühlt” (Perlman 1973, S. 43 zit.n. Galuske 2007, S. 79).

Das Casework ist eine Art der Gesprächsführung der Sozialpädagogik. Das Gespräch folgt dabei einem bestimmten Ablauf. Zuerst findet eine Anamnese statt, bei der die Vorgeschichte geklärt wird, sowie Daten aufgenommen werden. Darauf folgt die Diagnose, bei der das gesammelte Material strukturiert wird, um das Problem sichtbar zu machen. Anschließend findet die Hilfeplanung statt, bei der Lösungen für das Problem erarbeitet werden. Wichtig für den Hilfeprozess ist die Beziehung zwischen SozialpädagogInnen und deren KlientInnen. Das Ziel der sozialen Einzelfallhilfe liegt in der Verbesserung des Wohlbefindens der Person, sowie der Beziehung der Person zur Umwelt (vgl. Galuske 2007, S. 79f.).

Eine Weiterentwicklung des Casework ist das Case-Management, bei dem, zusätzlich zu den oben genannten Schritten, die Koordination verschiedener Hilfeleistungen sowie die Vernetzung relevant sind. Des Weiteren gibt es beim Case Management die Schritte Controlling, also die Überwachung der Hilfeleistung, sowie Evaluation, um den Erfolg der angewandten Hilfeleistung zu messen (vgl. Belardi 2010, S. 64f.).

2.4.2. Soziale Gruppenarbeit

Die Gruppenarbeit wurde von unterschiedlichen Bereichen beeinflusst. Zu nennen wären hier die Jugendbewegungen, die Reformpädagogik, die Gruppendynamik, sowie Nachbarschaftsheime. Der Stellenwert der Gruppe wurde schon früh erkannt, jedoch gab es bis in die 30er Jahre des 20. Jahrhunderts keine Gruppenarbeit als Methode (vgl. Galuske 2007, S. 89).

Nicht jedes Arbeiten in der Gruppe kann als soziale Gruppenarbeit bezeichnet werden. Soziale Gruppenarbeit findet erst dann statt, wenn ein Experte, der die Methode der Gruppenarbeit beherrscht, die Gruppe leitet (vgl. ebd., S. 93).

Die Gruppenmitglieder sollen bei der sozialen Gruppenarbeit anhand der Erlebnisse in der Gruppe Unterstützung und Hilfe erhalten, sowie Raum für die Lösung von Konflikten zur Verfügung gestellt bekommen (vgl. Schilling 1997, S. 274).

Der Ablauf der Gruppenarbeit gliedert sich, wie auch beim Casework, in die Stufen Anamnese, Diagnose und Hilfeplanung. Hinzu kommt ein ständiger Evaluationsprozess der einzelnen Phasen. Begonnen wird mit der Gruppenarbeit dort, wo die Gruppe steht. Der Gruppenleiter muss sich erst an die Struktur der Gruppe herantasten und sich mit dieser in Bewegung begeben (vgl. Müller 2010, S. 71).

Die Stärken der einzelnen Individuen werden in der Gruppe berücksichtigt. Die Gruppe sollte durch einen Zusammenhalt gekennzeichnet sein. In der Gruppe sollte stets Platz für wichtige Entscheidungen sein, jedoch müssen der Gruppe, wenn nötig, auch Grenzen gesetzt werden. Der Gruppenleiter ist beraten, sich, wenn die Gruppe eine bestimmte Dynamik entwickelt hat, von dieser abzulösen (vgl. Schilling 1997, S. 274).

Die soziale Gruppenarbeit kommt einerseits in den Bereichen der Jugendarbeit, der Erwachsenenbildung, der Freizeitpädagogik sowie in der Stadtteilarbeit zum Einsatz, wobei die Orientierung an den Ressourcen und nicht die Orientierung an den Defiziten im Vordergrund steht. Auf der anderen Seite wird auch mit Personen gearbeitet, welche benachteiligt oder hilfsbedürftig sind und bei denen die Gruppenarbeit auf Hilfe und Unterstützung ausgerichtet ist (vgl. Galuske 2007, S. 98).

2.4.3. Soziale Gemeinwesenarbeit

In den 50er Jahren wurde im deutschsprachigen Raum das Methodenrepertoire in der Sozialpädagogik um eine dritte Methode, der sozialen Gemeinwesenarbeit (GWA) erweitert. Die GWA wurde davor jedoch schon in den USA, Großbritannien und den Niederlanden angewendet und dort als “Community Organisation” und “Community Development” bezeichnet.

In der Gemeinwesenarbeit wird nicht nach einer speziellen Struktur gearbeitet. Zum Einsatz kommt, was gerade als hilfreich erscheint. Dies können aktivierende Befragungen, Kampagnen, Demonstrationen, einfache Gespräche vor der Haustür oder die Unterstützung einer Initiative sein (vgl. Hinte 2010, S. 78ff.).

Zu Beginn der Arbeit ist die Kontaktaufnahme zu möglichst vielen BewohnerInnen des Ortsteils wichtig, da sich durch Gespräche der Handlungsbedarf ergibt. Bei diesen Gesprächen wird meist die ‘aktivierende Befragung’ verwendet, um von den Menschen ihre Gefühle, ihre Wut oder ihre Betroffenheit zu erfahren. Wenn sich Personen von einer Sache betroffen fühlen, dann werden sie auch aktiv und wollen an der Situation etwas ändern und mitbestimmen. Die Gemeinwesenarbeit möchte herausfinden, was sich die Menschen in einem Raum wünschen, um anschließend in einem gemeinsamen Prozess Ideen zu sammeln, wie die Umsetzung konkret aussehen könnte (vgl. ebd., 80f.).

“Ziel (...) der Gemeinwesenarbeit ist es, Menschen so auszustatten, daß sie in Eigenverantwortung die Gestaltung ihres Lebens übernehmen können. Sie sollen sich ihrer eigenen Stärke bewußt werden und durch Vernetzung und Ressourcenvermittlung erleben, daß sie selbst in der Lage sind, Veränderungen in ihrem sozio-kulturellen Milieu (...) zu bewirken” (Schilling 1997, S. 275).

Die Menschen sollen aktiviert werden, selbst zu handeln und ihre Fähigkeiten und Potenziale mit einfließen zu lassen (vgl. Hinte 2010, S. 81). Gemeinwesenarbeit, im Sinne dieser Methode, findet jedoch nur statt, wenn die Aktivierung der Menschen und der Prozess des Handelns von einem Experten angeregt, begleitet und organisiert wird (vgl. Galuske 2007, S. 103).

Aus den Aspekten der Gemeinwesenarbeit wurde das Konzept der Sozialraumorientierung entwickelt, bei dem es darum geht, den Raum von Menschen so zu gestalten, dass sie auch in schwierigen Situationen ihr Leben bewerkstelligen können (vgl. Hinte 2010, S. 84).

2.5. Handlungsorientierungen in der Sozialpädagogik (Čurk)

Die Sozialpädagogik folgt in ihrem Tun verschiedenen Orientierungskonzeptionen. Diese sollen nun im folgenden Kapitel näher beschrieben werden.

2.5.1. Lebensweltorientierung

Die Lebensweltorientierung ist eine von Hans Thiersch entwickelte Orientierung, welche seit den 1970er Jahren die Soziale Arbeit mitbeeinflusst hat (vgl. Grunwald/Thiersch, 2005, S. 1136).

“Das Konzept Lebensweltorientierte Soziale Arbeit verweist auf die Notwendigkeit einer konsequenten Orientierung an den AdressatInnen mit ihren spezifischen Selbstdeutungen und individuellen Handlungsmustern in gegebenem gesellschaftlichen Bedingungen” (Grunwald/Thiersch 2005, S. 1136).

Die Lebensweltorientierung legt den Fokus auf den Alltag der Menschen. Die Menschen sollen anhand professioneller Hilfe dazu gebracht werden, ihren Alltag selbstständig zu bewältigen und zu lernen, Hilfe zur Selbsthilfe zu leisten. Der Lebensraum der Personen wird dabei als Raum gesehen, indem Möglichkeiten und Ressourcen innewohnen, die es zu stärken gilt. Jeder Mensch ist in seinem individuellen Alltag mit unterschiedlichen Problemen und Schwierigkeiten konfrontiert, für die jedoch jeder selbst zuständig ist (vgl. Grunwald/Thiersch 2005, S. 1136f.).

Der Mensch wird dabei nicht nur als Individuum betrachtet, sondern wird immer in unterschiedliche Erfahrungen, die er gemacht hat und die ihn umgeben eingebettet. Die Lebensweltorientierung gliedert diese Erfahrungen in die Erfahrungen von Zeit, Raum und sozialen Beziehungen (vgl. ebd., S. 1139). Hinsichtlich der Zeit wird versucht, die Spannungen zwischen Gegenwart und Zukunft aufzuarbeiten, indem in der Gegenwart Kompetenzen und Fähigkeiten erworben werden, die es in der zukünftigen Lebenswelt des Menschen braucht. Raum meint, dass der Mensch sich in seinem Alltag in verschiedenen räumlichen Dimensionen befindet, wie zum Beispiel Stadt-Land, öffentlicher Raum-privater Raum, in denen es unterschiedliche Aufgaben zu bewältigen gilt, in denen jedoch ebenfalls Ressourcen liegen, die es zu nützen gilt. Lebensweltorientierte Soziale Arbeit sieht den Menschen des Weiteren immer in seinen

sozialen Beziehungen, zum Beispiel der Familie oder dem Freundeskreis, durch die ein Netzwerk entsteht, welches wiederum Ressourcen bietet (vgl. ebd., S. 1141f.). In Bezug auf Raum, Zeit und die sozialen Beziehungen, sollte auch auf die unterschiedlichen Bewältigungsaufgaben geachtet werden. Der Mensch, der die Hilfe bekommt, soll im ganzen Prozess dennoch als Subjekt wahrgenommen werden (vgl. ebd., S. 1141f.).

Neben den genannten Dimensionen nennt Thiersch noch Handlungs- und Strukturmaximen die in der Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit relevant sind. Dies sind "Prävention, Alltagsnähe, Integration, Partizipation, Dezentralisierung/Regionalisierung, Vernetzung" (Grunwald/Thiersch 2005, S. 1143).

Ziel der Lebensweltorientierung ist es, das Leben der Menschen so zu organisieren, zu verändern und die gegebenen Ressourcen zu nützen, "damit ein gelingender Alltag möglich wird" (Thiersch/Grunwald/Köngeter 2012, S. 178).

2.5.2. Partizipation

Der Begriff Partizipation stammt von dem lateinischen Begriff "participatio" und bedeutet übersetzt "Teilhabe". Hinsichtlich des Begriffs gibt es keine einheitliche Definition was darunter konkret verstanden wird (vgl. Scheu/Autrata 2013, S. 11).

Grundsätzlich kann Partizipation folgendermaßen beschrieben werden: "Partizipation ist Handeln, Wahl zwischen Handlungsalternativen, Teilhabe an der Gesellschaftlichkeit und Einflussnahme auf das subjektiv Ganze des Gesellschaftlichen oder Sozialen" (Scheu/Autrata 2013, S. 265). Ab den 1970er Jahren wurde die Debatte um den Begriff zunehmend größer und im Zusammenhang mit Mitsprache und Demokratisierung verwendet (vgl. Scheu/Autrata 2013, S. 11).

Vor den 70er Jahren wurde in der Sozialpädagogik kaum über Partizipation diskutiert. Es wurde der Standpunkt vertreten, die KlientInnen hätten den Vorgaben der SozialpädagogInnen zu folgen. Erst ab den 80er Jahren wurde vermehrt über Partizipation und die Teilhabe von KlientInnen gesprochen (vgl. ebd., S. 75). Partizipation führt dazu, dass sich der Handlungsraum von Personen vergrößert und sich ihr Horizont erweitert. Der Partizipationsgedanke geht davon aus, dass sich gesellschaftliche und soziale Gegebenheiten verändern und bearbeiten lassen. Dazu braucht es jedoch gewisse

Fähigkeiten und Kompetenzen, die auf die jeweilige Situation angepasst sein müssen (vgl. ebd., S. 266f.).

Partizipation umfasst unterschiedliche Formen der Beteiligung, von denen es verschiedenen Versuche der Ordnung und Aufzählung gibt. Das bekannteste Modell, welches verschiedene Stufen von Partizipation beschreibt, ist die “ladder of citizen participation” von Arnstein (1969).

Arnstein erforschte die Beteiligung von BürgerInnen an verschiedenen Plänen. Sie unterscheidet 8 Stufen der Partizipation, welche sich in drei Abschnitte gliedern, wie in Abb. 2 ersichtlich ist. Je weiter oben sich jemand auf der „Leiter“ befindet, desto mehr Mitsprache hat er. Arnstein verweist darauf, dass Partizipation immer von einem Machtgefüge, zwischen den Beteiligten und jenen die Entscheidungen treffen, ausgeht (vgl. Arnstein 1969, S. 216f.).

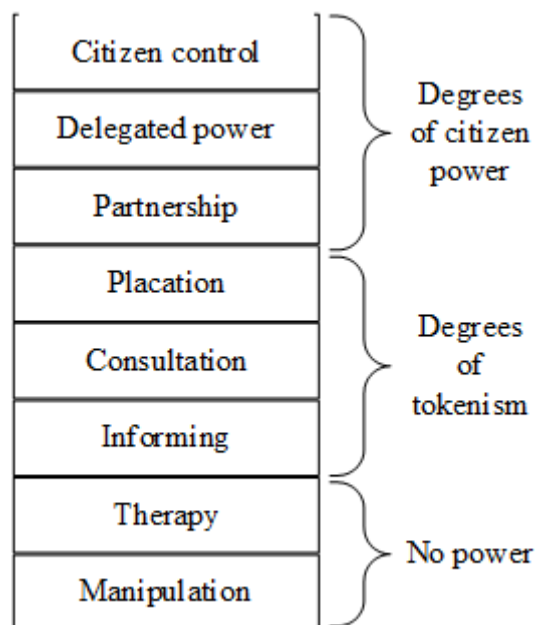


Abb. 2: Stufen der Partizipation (modifiziert übernommen aus: Arnstein 1969, S. 217).

In Österreich setzt sich die “ARGE Partizipation” für die Beteiligung von Kindern und Jugendlichen hinsichtlich verschiedener Themen ein, da sich die Beteiligungen an unterschiedlichen Prozessen positiv auf junge Menschen auswirkt. Die ARGE Partizipation nennt beispielsweise die Förderung von Solidarität, Zusammenhalt, Kommunikation und Verantwortungsbewusstsein als positive Auswirkungen von Beteiligung (vgl. ARGE Partizipation 2016).

2.5.3. Sozialraumorientierung

Die Sozialraumorientierung möchte die Lebenswelt von Menschen so gestalten, dass diese auch in schwierigen Situationen zurechtkommen. Im Mittelpunkt steht nicht die Bearbeitung des Menschen, sondern des sozialen Raums. Der soziale Raum eines Menschen setzt sich dabei aus unterschiedlichen sozialen Räumen zusammen, wie beispielsweise dem Wohnhaus, dem Stadtteil und der Schule und ist somit nichts Eingegrenztes. Der soziale Raum ist individuell bestimmt und kann von Mensch zu Mensch entweder enger begrenzt, oder aber sehr weit sein (vgl. Hinte 2012, S. 668).

Wolfgang Hinte nennt fünf Prinzipien, welche das Konzept der Sozialraumorientierung ausmachen. Um mit den Menschen in einem sozialen Raum arbeiten zu können, müssen diese grundsätzlich Willen und Interesse für die Sache mitbringen. Zweitens soll die Arbeit die Menschen zum Selbsttun aktivieren und nicht nur eine reine Betreuung sein. Als dritten Punkt nennt er die Ressourcen der Menschen, welche auch eine wesentliche Rolle bei der Arbeit im sozialen Raum spielen. Viertens sollte immer darauf geachtet werden, dass die Aktivitäten sich nicht nur auf eine Zielgruppe oder einen Bereich beschränken. Als letzten Punkt nennt er die Vernetzung zwischen verschiedenen sozialen Institutionen und Dienstleistungen, um eine angemessene Hilfe anbieten zu können (vgl. Hinte 2006, S. 9).

Das Konzept der Sozialraumorientierung befindet sich in einer ständigen Weiterentwicklung und Anpassung. Die Grunddimensionen jedoch existieren schon seit den 70er Jahren in der Gemeinwesenarbeit (siehe Kapitel 2.4.3.) (vgl. Hinte 2006, S. 9).

In Graz wird seit 2004 das Konzept der Sozialraumorientierung angewendet (vgl. Stadt Graz 2016). Die Grazer Umsetzung wird in Kapitel 6.3 noch näher beschrieben.

2.5.4. Systemischer Ansatz

Es gibt nicht nur den einen systemischen Ansatz in der Sozialen Arbeit, sondern eine Bandbreite an systemischen Theorien und Denkweisen. Aufgrund der Fülle soll in dieser Arbeit nur der systemische Ansatz von Silvia Staub-Bernasconi, welcher auch während des Studiums immer wieder auftauchte und behandelt wurde, näher beschrieben werden.

Die Theorie von Systemen geht davon aus, “dass alles, was existiert, entweder ein System oder eine Komponente eines Systems ist” (Staub-Bernasconi 2012, S. 270). Unter einem System wird “ein komplexes Gebilde, dessen Teile durch Bindungen verschiedenster Art zusammengehalten werden” (Staub-Bernasconi 2012, S. 270) verstanden. Es gibt eine Unzahl an verschiedenen Systemen, welche beispielsweise kultureller, sozialer oder biologischer Natur sein können. Jeder Mensch ist von zahlreichen, unterschiedlichen Systemen umgeben, wobei er zu mehr als einem sozialen System dazugehört (vgl. Staub-Bernasconi 2012, S. 270).

Menschen gehören von Geburt an bestimmten sozialen Systemen an und lernen mit der Zeit, deren Struktur und Funktion kennen. In jedem System steht ein unterschiedlich großer Handlungsraum zur Verfügung, der die Erreichung von bestimmten Zielen zulässt oder verhindert (vgl. Staub-Bernasconi 1995, S. 132). Staub-Bernasconi bezeichnet den Menschen als Biosystem, wobei dieser nach einem bestimmten Zustand strebt. Um diesen zu erreichen, müssen unterschiedliche Bedürfnisse des Menschen befriedigt werden. Nach systemischer Erkenntnis wird der Mensch immer wieder mit Problemen der Bedürfnisbefriedigung und Wunscherfüllung konfrontiert, für die Lösungen gefunden werden müssen (vgl. Staub-Bernasconi 1995, S. 130).

Durch das Zusammenleben von Menschen in sozialen Prozessen kommt es zu unterschiedlichen Problemen. Staub-Bernasconi nennt vier grundlegende soziale Probleme, die durch das Zusammenleben mit anderen Menschen in der Gesellschaft auftreten. Dies sind “Ausstattung-, Austausch-, Macht-, und Kriterienprobleme” (Staub-Bernasconi 1983a, 1994b, zit.n. Staub-Bernasconi 1995, S. 133).

Die systemische Soziale Arbeit kann als eine “gesellschaftliche Antwort auf Problemkonstellationen, in denen die sozialökologischen, psychischen, sozialen und kulturellen Ressourcen der Bedürfnisbefriedigung fehlen bzw. nicht dank sozialer Beziehungen und Mitgliedschaften eigenständig erschlossen werden können” (Staub-Bernasconi 1995, S. 134) bezeichnet werden.

2.5.5. Ressourcenorientierung

Ressourcenorientierte Soziale Arbeit zielt auf die individuellen und subjektiven Möglichkeiten und Stärken ab, welche in der Biografie und in der Lebenswelt eines Menschen existieren. Hinsichtlich der Ressourcen gibt es unzählige Kategorisierungen. Grundlegend können Ressourcen jedoch in drei Gruppen eingeteilt werden. Die erste Gruppe enthält die individuellen Ressourcen, wie zum Beispiel Kompetenzen und Begabungen einer Person. Die zweite Gruppe besteht aus den sozialen Ressourcen, zu denen Familie, Freunde, Unterstützungssysteme gehören. Die dritte Gruppe umfasst materielle Ressourcen, wie beispielsweise Wohnung oder Gehalt (vgl. Möbius 2010, S. 13f.).

Die Aktivierung der Ressourcen dient den KlientInnen als Unterstützung bei der Bewältigung von Problemen (vgl. ebd., S. 16). Um die Ressourcen einer Person nützen und aktivieren zu können, muss diese aktiv in den Unterstützungsprozess eingebaut werden, da die Person selbst am besten über ihr Leben Bescheid weiß. Wichtig ist auch der soziale Raum in der das Individuum lebt, wie der Stadtteil oder die Siedlung, da es auch dort mögliche Ressourcen gibt, die verwendet werden können (vgl. ebd., S. 15). Durch die Ressourcenorientierung kommt es zur Fokussierung der Stärken und Potenziale einer Person und man geht weg von einer Orientierung an den Defiziten (vgl. ebd., S. 15).

In Verbindung mit der Ressourcenorientierung steht das Empowerment Konzept, welches ebenfalls den Blick auf die Ressourcen des Menschen richtet und sich von einer Defizitorientierung entfernt. Die Fokussierung auf die Defizite führt dazu, dass mögliche vorhandene Ressourcen übersehen werden (vgl. Galuske 2007, S. 263).

Empowerment kann als ein Vorgang bezeichnet werden, "innerhalb dessen Menschen sich ermutigt fühlen, ihre eigenen Angelegenheiten in die Hand zu nehmen, ihre eigenen Kräfte und Kompetenzen zu entdecken und ernst zu nehmen und den Wert selbst erarbeiteter Lösungen schätzen zu lernen" (Keupp 1996, S. 164 zit.n. Galuske 2007, S. 262). Des Weiteren dient Empowerment dazu, dass sich die Menschen ihrer Rechte bewusst werden und für diese eintreten (vgl. Herriger 2006, S. 91).

Empowerment, was wörtlich übersetzt “Ermächtigung, Befähigung” bedeutet (vgl. Dict.-Wörterbuch 2016), soll demnach zu mehr Selbstbestimmung und Eigenverantwortung beitragen.

3. Psychotherapie (Čurk/Pekert)

In diesem Kapitel soll der Begriff der Psychotherapie näher beleuchtet werden. Um dem weiteren Verlauf der Arbeit besser folgen zu können, ist es wichtig, zu verstehen, dass es nicht die "eine" Psychotherapie gibt, sondern sich diese aus unterschiedlichen Richtungen zusammensetzt. Diese verschiedenen Richtungen, die oft auch als Methoden bezeichnet werden, sollen ebenfalls aufgezeigt werden. Die Bezeichnung Therapie wird in unterschiedlichen Kontexten verwendet, deshalb soll die Grenze zwischen Psychotherapie und anderen Therapieformen, sowie die Grenze zu anderen Berufen, mit denen die Psychotherapie gerne verwechselt oder vermischt wird, aufgezeigt werden. Danach wird in einem Exkurs kurz die Psychotherapie in anderen Ländern beschrieben. Abschließend wird noch näher auf die Psychotherapie bei Kinder und Jugendlichen eingegangen.

3.1. Begriffserklärung (Čurk)

Die Anfänge der Psychotherapie reichen bis ins Altertum zurück. Beim Zusammenleben in sozialen Gruppen gab es schon damals die Vorstellung vom "richtigen", der Norm entsprechendem, Verhalten einer Person. Wurde bei jemandem ein differenziertes Verhalten beobachtet, so wurde mit Worten oder verschiedenen Praktiken versucht, die psychische Beeinträchtigung zu lindern. Diese elementaren psychotherapeutischen Tätigkeiten wurden von Angehörigen oder Medizinmännern durchgeführt (vgl. Kriz 2007, S. 1).

Die professionelle Psychotherapie entwickelte sich jedoch erst Ende des 19. Jahrhunderts mit der Entstehung der Psychoanalyse von Sigmund Freud (vgl. ebd., S. 1).

Doch was kann nun unter "Psychotherapie" verstanden werden?

An erster Stelle soll festgehalten werden, "dass Psychotherapie lediglich einen Teilbereich der Klinischen Psychologie umfasst, nämlich den, der sich auf der Grundlage der gesamten wissenschaftlichen Psychologie mit der psychologischen Therapie von

Menschen befasst, die unter definierten psychischen Störungen leiden” (Wittchen/Hoyer 2011, S. 4).

Der Duden definiert Psychotherapie folgendermaßen: “Gesamtheit der psychologischen Verfahren zur Heilung oder Linderung von Störungen im psychischen Bereich, in den sozialen Beziehungen, im Verhalten oder auch in bestimmten Körperfunktionen” (Duden Psychotherapie 2016, o. S.). Der Begriff “Gesamtheit” macht deutlich, dass sich Psychotherapie aus unterschiedlichen Methoden und Verfahren zusammensetzt. Aufgrund der breiten Fächerung der Psychotherapie findet sich in der Literatur keine einheitliche Begriffsdefinition, sondern vielmehr eine Vielzahl an Beschreibungen.

Eine viel zitierte Definition ist jene von Hans Strotzka, der scherzhaft sogar äußerte, es gäbe so viele Definitionen von Psychotherapie, wie es publizierende TherapeutInnen gibt. Er definiert Psychotherapie in folgender Weise:

“Psychotherapie ist eine Interaktion zwischen einem oder mehreren Patienten und einem oder mehreren Therapeuten (auf Grund einer standardisierten Ausbildung), zum Zwecke der Behandlung von Verhaltensstörungen oder Leidenszuständen (vorwiegend psychosozialer Verursachung) mit psychologischen Mitteln (oder vielleicht besser durch Kommunikation, vorwiegend verbal oder auch a verbal), mit einer lehrbaren Technik, einem definierten Ziel und auf der Basis einer Theorie des normalen und abnormen Verhaltens” (Strotzka 1982, S. 1).

Strotzka weicht mit seiner Begriffserklärung einer Problematik des Krankheitsbegriffs aus und bezieht sich vielmehr auf die Interaktion und Kommunikation zwischen PsychotherapeutInnen und PatientInnen.

Eine weitere Definition, welche im österreichischen Psychotherapiegesetz zu finden ist und deshalb hier ebenfalls beschrieben werden soll, ist folgende:

“Die Ausübung der Psychotherapie im Sinne dieses Bundesgesetzes ist die nach einer allgemeinen und besonderen Ausbildung erlernte, umfassende, bewußte und geplante Behandlung von psychosozial oder auch psychosomatisch bedingten Verhaltensstörungen und Leidenszuständen mit wissenschaftlich-psychotherapeutischen Methoden in einer Interaktion zwischen einem oder mehreren Behandelten und einem

oder mehreren Psychotherapeuten mit dem Ziel, bestehende Symptome zu mildern oder zu beseitigen, gestörte Verhaltensweisen und Einstellungen zu ändern und die Reifung, Entwicklung und Gesundheit des Behandelten zu fördern” (Psychotherapiegesetz RIS 2016, §1).

Diese Beschreibung erwähnt auch die Ausbildung zum/zur PsychotherapeutIn, die durch das Psychotherapiegesetz geregelt ist. Die Psychotherapie wird als eigenständige Wissenschaft angesehen. PsychotherapeutInnen können in Österreich unterschiedliche “Vorberufe” aufweisen. Dies bedeutet, dass die Psychotherapieausbildung nicht an bestimmte Berufsgruppen gebunden ist. Eine Volksschullehrerin kann beispielsweise genauso die Ausbildung absolvieren, wie PsychologInnen oder SozialpädagogInnen (vgl. Morschitzky 2007, S. 229).

Die Ausbildung setzt sich aus zwei Teilen zusammen, dem psychotherapeutischen Propädeutikum und dem psychotherapeutischen Fachspezifikum (vgl. Psychotherapiegesetz RIS 2016, §2). Die Ausübung des Berufes ist jedoch erst ab dem 28. Lebensjahr möglich (vgl. ebd., § 11). Alle fertig ausgebildeten PsychotherapeutInnen finden sich in der PsychotherapeutInnenliste des Bundesministeriums für Gesundheit.

Jeder/Jede PsychotherapeutIn folgt einer bestimmten psychotherapeutischen Orientierung und verwendet die dementsprechenden Methoden. Im nachstehenden Kapitel sollen diese Richtungen näher beschrieben werden.

3.2. Psychotherapeutische Methoden (Čurk/Pekert)

Die Psychotherapie gliedert sich in eine Vielzahl an unterschiedlichen psychotherapeutischen Verfahren, von denen jedoch nicht alle wissenschaftlich fundiert sind. In der Literatur gibt es verschiedene Gliederungen und Gruppierungen der methodischen Richtungen.

In der vorliegenden Arbeit halten wir uns an die anerkannten Therapierichtungen des Bundesministeriums für Gesundheit und dessen Einteilung (vgl. Gesundheitsberufe BMG 2016). In Österreich sind die Therapierichtungen zu vier Orientierungen zugeordnet.

3.2.1. Tiefenpsychologisch-psychodynamische Orientierung (Čurk)

Zu dieser Richtung gehören die psychoanalytischen Methoden sowie die tiefenpsychologisch fundierten Methoden, welche sich wiederum aus spezifischen Verfahren zusammensetzen. Die tiefenpsychologische Orientierung basiert auf den Erkenntnissen der Psychoanalyse und deren Veränderungen und weiterentwickelten Konzepten. Sie geht davon aus, dass die Entstehung und die Bewältigung von Krankheiten und Störungen durch Elemente des Unbewussten geschehen. Durch Verwendung unterschiedlicher Methoden gilt es, dieses Unbewusste zu ermitteln (vgl. Reimer/Eckert/Hautzinger/Wilke 2007, S. 81f.).

Psychoanalytischen Methoden

-Analytische Psychologie

Begründer der Analytischen Psychologie war Carl Gustav Jung. Für ihn besteht die Psyche des Menschen aus unterschiedlichen bewussten und unbewussten Teilen. In der Therapie kommt es zur Auseinandersetzung mit dem Unbewussten in Form von Traumarbeit. Unbewusstes soll mit der Zeit zum Bewussten werden und der Mensch soll somit zu sich selbst finden.

Das Ziel der Therapie besteht nicht in der Heilung, sondern in der Selbstverwirklichung des Menschen (vgl. Kriz 2007, S. 62ff.).

-Gruppenpsychoanalyse

Hierbei kommt eine psychoanalytische Methode in einer Gruppe zur Anwendung, welche meist aus sieben bis zwölf Personen besteht, wobei die Gruppe heterogen sein sollte. Die Gruppe bietet den Vorteil, dass die PatientInnen direktes Feedback von den Gruppenmitgliedern erhalten, wenn sie etwas von sich erzählen (vgl. Deister/Laux/Möller 2009, S. 528).

Die Gruppe folgt den Regeln der freien Kommunikation. Die PatientInnen äußern, im Rahmen der Gruppe, bestimmte Konflikte oder Triebwünsche, welche anschließend bearbeitet werden (vgl. Reimer et al. 2007, S. 662).

-Individualpsychologie

Die Individualpsychologie stammt von Alfred Adler. Zentral für dieses Konzept sind die Erforschung des Lebensstils und die sozialen Beziehungen einer Person. Um dies bearbeiten zu können, schildert der/die PatientIn dem/der PsychotherapeutIn frühere Erlebnisse und Erinnerungen. Das Ziel dieser Art von Psychotherapie liegt in einem erreichten Gemeinschaftsgefühl, welches laut A. Adler in jeder Seele steckt (vgl. Kriz 2007, S. 40ff.).

-Psychoanalyse

Die Psychoanalyse wurde von Sigmund Freud entwickelt. Sie geht davon aus, dass bestimmte Züge des menschlichen Verhaltens unbewusst sind. Die Psyche des Menschen gliedert sich nach Freud in das Es, das Ich und das Über-Ich, die miteinander in Verbindung stehen (vgl. Deister et al. 2009, S. 521). Des Weiteren unterscheidet Freud zwischen verschiedenen Stufen des Bewusstseins, nämlich dem Bewussten, dem Unbewussten und dem Vorbewussten (vgl. Kriz 2007, S. 27).

Beim klassischen Setting der Psychoanalyse liegt der/die PatientIn auf einer Couch, während der/die TherapeutIn hinter ihm/ihr sitzt. Der/die PatientIn sieht während der Durchführung den/die PsychoanalytikerIn nicht, dadurch soll es ihm/ihr leichter fallen über Erinnerungen zu sprechen (vgl. ebd., S. 34).

Die auf der Couch liegende Person wird nun gebeten, alles zu erzählen, was ihr gerade einfällt. Der/die TherapeutIn deutet anschließend das Material, welches sich aus der freien Erzählung ergibt. Während der Behandlung spielen der Widerstand gegen das Bewusstwerden von Konflikten, die Übertragung von Gefühlen in die gegenwärtige Situation, sowie die Gegenübertragung, sprich das Aufgreifen der Gefühle durch den/die PsychoanalytikerIn eine bedeutende Rolle (vgl. ebd., S. 35). Die Behandlung mittels Psychoanalyse dauert meist mehrere Jahre lang (vgl. Deister et al. 2009, S. 524).

Die Psychoanalyse geht davon aus, dass die Ursache für bestimmte psychische Erkrankungen und Leidenszustände im Verborgenen der Psyche liegt (vgl. Reimer et al. 2007, S. 82).

Ihr Ziel ist es, die Auslöser für bestimmte Probleme und Erkrankungen im Unbewussten zu finden und bewusst zu machen (vgl. Strotzka 1982, S. 58).

- Psychoanalytisch orientierte Psychotherapie

Dies ist eine Weiterentwicklung der klassischen Psychoanalyse. Anders als bei der Standardmethode sitzt die Person während der Behandlung. Des Weiteren finden seltener Sitzungen statt, als bei der klassischen Variante. Auch hier geht es um die Deutung und Bewusstmachung vom Unbewussten sowie Übertragung und Widerstand (vgl. Strotzka 1982, S. 61).

Tiefenpsychologisch fundierten Methoden

-Autogene Psychotherapie

Die autogene Psychotherapie ist eine vom Nervenarzt Schultz entwickelte Methode, welche zur Selbstentspannung dienen soll. Durch das spezielle Entspannungsverfahren sollen Muskelverspannungen und innere Anspannungen, die oft durch psychischen Stress bedingt sind, gelöst werden. Durch die Entspannung kommt es zu einem Abbau von Ängsten und die psychische Leistung wird gesteigert (vgl. Reimer et al. 2007, S. 365f.). Ist eine bestimmte Entspannung erreicht, werden freie Assoziationen der Person, sowie Erinnerungen tiefenpsychologisch bearbeitet (vgl. ebd., S. 372).

-Daseinsanalyse

Ludwig Binswanger, ein Freund Freuds, gilt als der Begründer der Daseinsanalyse, welche stark von den Philosophen Edmund Husserl, sowie Martin Heidegger beeinflusst worden ist (vgl. Kriz 2007, S.12). "Ziel seiner psychotherapeutischen Behandlung ist es besonders das Verständnis für die Struktur des menschlichen Daseins zu gewinnen und wieder über die ureigensten Existenzmöglichkeiten verfügen zu können" (Kriz 2007, S. 12).

-Dynamische Gruppentherapie

Diese Form der Therapie entwickelte sich nach dem 2. Weltkrieg und soll Individuen in einer Gruppe psychotherapeutische Hilfe bieten (vgl. Reimer et al. 2007, S. 652). Die

Gruppe verfolgt meist ein gemeinsames Ziel, wobei die Mitglieder lernen, sich abzugrenzen oder eine bestimmte Rolle einzunehmen (vgl. ebd., S. 654). Die Methode ist besonders für Störungen im interpersonellen Bereich geeignet (vgl. ebd., S. 686).

-Hypnosepsychotherapie

Bei der Anwendung von Hypnose wird der/die PatientIn in einen Zustand der Trance versetzt. Dadurch kommt es zu einer Einengung des Bewusstseins (vgl. ebd., S. 364). In diesem Zustand ist die Psyche besonders beeinflussbar und während der Hypnose verinnerlichtes Verhalten oder Denkweisen bleiben auch im Wachzustand erhalten (vgl. ebd., S. 368). Die Hypnosetherapie wird bei unterschiedlichen psychischen sowie psychosomatischen Störungen eingesetzt (vgl. ebd., S. 371).

-Katathym Imaginative Psychotherapie

Die Bezeichnung dieser Therapieform stammt aus dem Griechischen und bedeutet so viel wie abhängig von (kata) der Seele (thymos) sein oder von den Emotionen abstammend (vgl. Bahrke/Nohr 2013, S. 2). Diese Form der Psychotherapie entspringt der Psychoanalyse und beschäftigt sich mit Tagträumen, Fantasien und Imaginationen. Das Verfahren nützt die Kraft innerer Bilder (vgl. Reimer et. al. 2007, S. 166). Anhand der Imaginationen werden unbewusste Konflikte bearbeitet und gelöst (vgl. ebd., S. 159).

-Konzentrationale Bewegungstherapie

Dieses körperorientierte psychotherapeutische Verfahren gründet auf der Gymnastikbewegung der 20er Jahre (vgl. Schönfelder 1982, S. 3f.). Bei der Therapie geht es um die Wahrnehmung des Selbst. Durch die Konzentration auf bestimmte Körperbewegungen werden unterschiedliche Erlebnisebenen aktiviert. Die Verknüpfung von Gefühlen und Bewegungen kann unterschiedliche Verbindungen zu Lebensinhalten hervorrufen (vgl. ebd., S.4f.). Das während der Bewegungstherapie hervorgerufene Material bedarf anschließend einer Bearbeitung mittels Gespräch, um Probleme aufarbeiten zu können (vgl. ebd., S. 7).

-Transaktionsanalytische Psychotherapie

Die von Eric Berne entwickelte Transaktionsanalyse sieht den Menschen als einzigartiges und ganzheitliches Wesen. Diese Form der Psychotherapie, die auf der Basis der Psychoanalyse sowie der Individualpsychologie aufbaut, hat die Selbstverwirklichung und das Wachstum der PatientInnen als Ziel. Angewandt werden spezielle Formen der Analyse, wie die Strukturanalyse, bei der die Persönlichkeit festgehalten wird, die Transaktionsanalyse, welche sich auf Kommunikationsabläufe bezieht, die Skriptanalyse, die den Lebensplan einer Person bearbeitet sowie die Spielanalyse, welche Bezug auf das pathologische Sozialverhalten nimmt (vgl. Kriz 2007, S. 89f.).

3.2.2. Humanistisch- existentielle Orientierung (Čurk)

Die Humanistische Psychotherapie nimmt den Menschen als ganzheitliches Wesen wahr, welches autonom und unabhängig handelt (vgl. Kriz 2007, S. 161). Zentral in der Therapie sind die unmittelbaren Emotionen des Menschen, die Orientierung an den Ressourcen, sowie die Suche nach dem Sinn. Charakteristisch für diese Orientierung ist die Wachstumsorientierung, das heißt, das Ziel der Therapie liegt in der Förderung und Weiterentwicklung der PatientInnen (vgl. Eberwein 2014, S. 20).

-Existenzanalyse

Längle und Kolbe definieren die Existenzanalyse als “eine phänomenologisch-personale Psychotherapie mit dem Ziel, der Person zu einem (geistig und emotional) freien Erleben, zu authentischen Stellungnahmen und zu eigenverantwortlichem Umgang mit ihrem Leben und mit ihrer Welt zu verhelfen” (Längle/Kolbe 2014, S. 149). Im Mittelpunkt steht der Existenzbegriff, der für ein sinnvolles Leben steht. Die PatientInnen werden bei der Therapie in der Gestaltung ihres erfüllenden Lebens bestärkt (vgl. Längle/Kolbe 2014, S. 149).

-Existenzanalyse und Logotherapie

Begründer dieser Theorie war der Nervenarzt Viktor Frankl. Im Zentrum der Theorie steht die Frage nach der Sinnhaftigkeit im Leben (vgl. Deister et al. 2009, S. 526f.). Ziel der Therapie ist es, den PatientInnen bei der Sinnsuche zu helfen. Der Mensch soll sein

Leben wieder als sinn- und wertvoll empfinden (vgl. Kriz 2007, S. 201). Eine angewandte Technik ist hierbei der “sokratische Dialog”, bei dem durch gezieltes Fragen und Wiederholen dessen, was der/die PatientIn gesagt hat, der/die TherapeutIn den/die PatientIn in seinem/ihrem Denken fördert und anregt (vgl. Deister et al. 2009, S. 527).

-Gestalttheoretische Psychotherapie

Die Gestalttherapie nahm ihre Anfänge durch Salomon Perls, der verschiedene Therapiekonzepte in die Entwicklung der Gestalttherapie miteinbezog. Vor allem psychoanalytische Ansätze wurden integriert. In der Therapie geht es um Wachstum und Bewusstheit, wobei die Innenwelt des/der PatientIn eine bedeutende Rolle spielt ebenso wie das “Hier und Jetzt” (vgl. Kriz 2007, S. 183ff.). Ziel ist die Alltagsbewältigung, bezogen auf das Verhältnis des Menschen zu sich selbst, sowie zu dessen Umwelt (vgl. Reimer et al. 2007, S. 332).

-Integrative Gestalttherapie

Diese Therapie basiert auf der Gestaltpsychotherapie und integriert unterschiedliche Ansätze, wie die Psychodramatherapie und die systemische Psychotherapie (vgl. Kriz 2007, S. 184). Zentral sind die Selbstbestimmung des Patienten/der Patientin, die Übernahme von Verantwortung und Selbstorganisation (vgl. Reimer et al. 2007, S. 333).

-Integrative Therapie

Die Integrative Therapie, welche von Hilarion G. Petzold in den 60er Jahren entwickelt wurde, vereint unterschiedliche Therapiemethoden. Der Mensch wird als Ganzes, samt seiner Umwelt und seiner Lebensgeschichte wahrgenommen (vgl. Petzold 2000, S. 319). Das Leben eines Menschen wird als Weg gesehen, wobei die Therapie ihn dabei begleitet (vgl. Petzold 2014, S. 301). Im Laufe des Lebens erfährt der Mensch einen ständigen Wandel, wobei er sich zunehmend besser kennenlernt, sich weiterentwickelt und den persönlichen Sinn des Lebens findet (vgl. Petzold 2000, S. 319).

-Klientenzentrierte Psychotherapie- Gesprächspsychotherapie

Der amerikanische Psychologe Carl Rogers gilt als Begründer der klientenzentrierten Psychotherapie, die auch als Gesprächstherapie bezeichnet wird (vgl. ebd., S. 234). Dieser

Therapieansatz geht von der Annahme aus, dass in jedem Menschen ein bestimmtes Wachstumspotential innewohnt, welches sich in zwischenmenschlichen Beziehungen offenbart (vgl. ebd., S. 235). Der therapeutischen Beziehung wird bei der Gesprächstherapie eine besondere Relevanz zugeschrieben (vgl. ebd., S. 250). Ziel der Therapie ist die Verminderung von Inkongruenz im Erleben, also von mangelnden Übereinstimmungen im Erleben (vgl. ebd., S. 271).

-Person(en)zentrierte Psychotherapie

Diese wurde ebenfalls von Carl Rogers entwickelt und ähnelt stark der Gesprächstherapie. Geht es um eine Heilbehandlung, so wird meist von Gesprächstherapie gesprochen. Steht die grundlegende Konzeption im Mittelpunkt, so wird die Bezeichnung "Personenzentrierte Psychotherapie" verwendet (vgl. Kriz 2007, S. 163). Das Wachstum und die Entfaltung der Persönlichkeit sind die zentralen Elemente des Ansatzes. Dabei spielen Selbstorganisationsprozesse eine zentrale Rolle. Die Beziehung zum/zur PatientIn gestaltet sich empathisch, transparent und authentisch (vgl. ebd., S. 180f.).

-Psychodrama

Entwickelt wurde die Therapieform vom Wiener Psychiater Jakob Levy Moreno. Er sah den Menschen als kreatives Wesen, welches sich stets in einer bestimmten Rolle befindet und handelt (vgl. Kriz 2007, S. 203f.). Bei der Psychodramatherapie wird der/die PatientIn aufgefordert, eine bestimmte Situation oder Erinnerung auf einer Bühne vorzutragen und darzustellen. Angewandt werden unterschiedliche Methoden des Rollenspiels (vgl. Reimer et al. 2007, S. 348). Das Ziel der Therapie liegt in der Aufarbeitung von ungelösten Konflikten und der Steigerung der schöpferischen Kraft und Kreativität des Menschen (vgl. ebd., S. 353).

3.2.3. Systemische Orientierung (Čurk)

Die Systemische Orientierung ist stark geprägt von Konzepten aus anderen Wissenschaften, wie beispielsweise der Soziologie, den Naturwissenschaften, der Philosophie und den Sprachwissenschaften (vgl. Kriz 2007, S. 217). Mit System sind hier soziale Systeme, wie beispielsweise die Familie gemeint. Die Therapie arbeitet an der

zirkulären Wechselbeziehung von Menschen. Es wird davon ausgegangen, dass die Interaktion in sozialen Systemen sich auf die Symptome einer Person auswirken können, deshalb werden auch andere Personen, die dem System angehören, in die Therapie, mit eingebunden (vgl. Reimer et. al. 2007, S. 290). In Österreich sind die Neuro-Linguistische Psychotherapie, sowie die Systemische Familientherapie die anerkannten Systemischen Therapieverfahren.

-Neuro-Linguistische Psychotherapie

“Die Neuro-Linguistische Psychotherapie ist eine systemisch-imaginative Psychotherapiemethode mit integrativ-kognitivem Ansatz” (Schütz 2000, S. 459). Bedeutend bei dieser Therapie ist die zielorientierte Arbeit. Sprachliche Äußerungen, sowie die Motorik des/der PatientIn erfahren in dieser Therapie besondere Beachtung, da aus diesen Folgerungen über bestimmte Erinnerungen abgeleitet werden können (vgl. Kriz 2007, S. 265). Verinnerlichte Fixierungen und Einstellungen, die die Krankheitssymptome aufrechterhalten, sollen gelöst werden und die Person soll dabei unterstützt werden, gesunde Verhaltensweisen und Einstellungen zu entwickeln (vgl. Schütz 2000, S. 459).

-Systemische Familientherapie

Die systemische Familientherapie richtet sich in ihrem therapeutischen Tun auf die Strukturen und Interaktionsprozesse der Familie, wobei während der Therapie nicht alle Familienmitglieder präsent sein müssen (vgl. Kriz 2007, S. 263). Relevante Prozesse passieren nicht während der Therapie, sondern in der Zeit zwischen den Sitzungen (vgl. Reimer et. al. 2007, S. 298). Die Therapie hat zum Ziel, familiäre Interaktionen, die das Symptom verstärken, zu verringern und Interaktionen zu fördern, welche den Gesundheitszustand und die Beschwerden verbessern (vgl. ebd., S. 306).

3.2.4. Verhaltenstherapeutische Orientierung (Pekert)

Die Verhaltenstherapie bezieht sich nicht ausschließlich auf das wahrnehmbare Verhalten einer Person, sondern auch auf dessen Vorstellungen, Emotionen und physischen Reaktionen. Daher wird meist der Begriff “kognitive Verhaltenstherapie” verwendet um Unklarheiten zu vermeiden. Diese Therapie stützt sich auf die Annahme, dass bestimmte

äußere Reize, schwierige Verhaltensmuster von Menschen hervorrufen können (vgl. Wittchen/Hoyer/Fehm/Jacobi/Junge-Hoffmeister 2011, S. 469).

Als Grundlagen für die Veränderungen der Probleme dienen Lerntheorien, nämlich das klassische Konditionieren, das operante Konditionieren, das Modelllernen und die kognitiven Lerntheorien. Auf dieser Basis bauen die folgenden Interventionen der Verhaltenstherapie auf:

- **Operante Methoden:** Die operanten Methoden orientieren sich an dem bereits erwähnten operanten Konditionieren. Bei diesem Verfahren wird beim Auftreten eines bestimmten Verhaltens einer Person ein sogenannter Verstärker hinzugefügt oder beseitigt. Ein bekanntes Beispiel für die Arbeit mit Verstärkern sind die Tokensysteme. In diesem System ist vor allem die Fremdbestimmung zu erkennen, da die Token von TherapeutInnen oder ErzieherInnen vergeben werden. Zu finden ist sie daher eher bei Kindern oder Menschen die auf Fremdkontrolle angewiesen sind. Sobald jedoch Eigenverantwortung übernommen werden kann, sollte diese auch ermöglicht werden (vgl. Müller/Quaschner 1997, S. 97-103).
- **Systematische Desensibilisierung:** Dieses Verfahren verschwindet immer mehr, da das Konfrontationsverfahren an Bedeutung zunimmt. Anwendung findet das Verfahren hauptsächlich bei Angststörungen. Es wird zunächst eine Entspannungstechnik erlernt, welche dann in den angstausslösenden Situationen angewendet werden soll. Begonnen wird hier mit leichteren Situationen hin zu den schlimmeren (vgl. ebd., S. 103).
- **Konfrontationsverfahren:** Im Gegensatz zur Desensibilisierung wird der/die PatientIn mit einer Situation konfrontiert, die bei ihm starke Angst auslöst. Er/Sie muss dann solange in der Situation bleiben, bis sich die Angst verringert. Hierfür ist eine lange Vorbereitungsphase notwendig (vgl. ebd., S. 103f.).
- **Kognitive Umstrukturierung:** Die Umstrukturierung findet meist bei Depressionen Anwendung. Die negativen Gedanken werden benannt, auf ihre

Realität hin geprüft und folglich wird nach alternativen Sichtweisen gesucht (vgl. ebd., S. 105).

- **Selbstsicherheitstraining:** “Selbstsicherheitstrainings verfolgen vor allem zwei Ziele, den Abbau sozialer Ängste und den Aufbau sozialer Fertigkeiten” (Müller/Quaschner 1997, S. 105).
- **Selbstkontrollverfahren:** Der große Vorteil bei diesem Verfahren ist, dass der/die PatientIn selbst für sein/ihr Handeln verantwortlich ist. Der/die TherapeutIn zeigt dem/der PatientIn Strategien zur Problembewältigung und der/die PatientIn soll sie geeignet umsetzen, anfangs mit Anleitung, später dann selbstständig (vgl. Müller/Quaschner 1997, S. 105f.).

3.3. Abgrenzung der Psychotherapie (Čurk)

In den folgenden Unterkapiteln sollen Berufsfelder erläutert werden, welche der Psychotherapie ähnlich sind und sich mit dieser überschneiden. Des Weiteren sollen überblicksmäßig Therapien, welche auch bei psychischen Erkrankungen eingesetzt werden, jedoch nicht zur Psychotherapie zählen oder nicht anerkannt sind, genannt werden.

3.3.1. Differenzierung der Berufe

Die Berufsgruppen PsychotherapeutIn, PsychologIn und PsychiaterIn sind häufig von Verwechslungen betroffen, deshalb sollen nun die Berufe PsychologIn sowie PsychiaterIn kurz beschrieben werden.

PsychologIn

Ein/Eine PsychologIn hat ein Studium der Psychologie an einer Universität absolviert. Nach dem Studium kann eine postgraduelle Ausbildung zum klinischen Psychologen, sowie zum Gesundheitspsychologen angehängt werden (vgl. Psychologengesetz RIS 2013).

Die Psychologie wird “als die Wissenschaft vom Verhalten und von den mentalen Prozessen” (Myers 2014, S. 6) definiert. Innerhalb der Psychologie gibt es unterschiedliche Arbeitsfelder, die sich jedoch alle mit der “Beschreibung und Erklärung des Verhaltens und der mentalen Prozesse, die ihm zugrunde liegen” (Myers 2014, S. 11) beschäftigen.

PsychiaterIn

Ein Facharzt/Eine Fachärztin für Psychiatrie und Neurologie hat ein abgeschlossenes Studium der Medizin, sowie die Fachausbildung für Psychiatrie.

Die Psychiatrie ist eine “Teildisziplin der Medizin, die sich mit psychischen Störungen beschäftigt” (Myers 2014, S. 12). Aufgrund der medizinischen Ausbildung darf der/die PsychiaterIn eine medizinische Behandlung mit Medikamenten, als auch Psychotherapie offerieren (vgl. Myers 2014, S. 12).

Das Aufgabengebiet eines/einer Psychiaters/Psychiaterin umfasst “[d]ie Prävention, Diagnostik und Behandlung einschließlich Psychotherapeutischer Medizin und der forensischen Psychiatrie, die Rehabilitation sowie die fachspezifische Begutachtung von psychischen Krankheiten, Störungen und Verhaltensauffälligkeiten” (Gesundheitsberufe BMG 2016, S. 19). Da ein/e PsychiaterIn im Gegensatz zum/r Psychologen/in und Psychotherapeuten/in auch Medikamente verschreiben darf, können psychische Erkrankungen auf andere Weise, nämlich medikamentös, behandelt werden (vgl. Myers 2014, S. 12).

Die Gemeinsamkeit der drei Berufsgruppen liegt in der Behandlung von psychischen Erkrankungen, wobei jedoch jeder Beruf ein bestimmtes Gebiet davon abdeckt und unterschiedliche Herangehensweisen an die psychischen Erkrankungen vertritt. Durch die unterschiedliche Ausbildung benutzt jede Berufsgruppe unterschiedliche Methoden und Konzepte.

3.3.2. Abgrenzung zu anderen Therapien

Neben der Psychotherapie gibt es noch andere Therapieformen, die sich positiv auf die Psyche auswirken können, jedoch nicht als Psychotherapieverfahren anerkannt sind,

sondern als eigenständiges Therapieverfahren gelten. Zu nennen wären hier kreativitätsbezogene, sowie körperbezogene Therapien (vgl. Morschitzky 2007, S. 233).

Bei Verfahren, die sich auf die Kreativität eines Menschen beziehen, stehen die schöpferischen Fähigkeiten im Mittelpunkt. Anhand von kreativen Tätigkeiten können Gefühle, Gedanken oder Wünsche auf non-verbaler Ebene zum Ausdruck kommen. Dies ist besonders bei Problemen hilfreich, bei denen es dem/der PatientIn schwer fällt darüber zu sprechen.

Zu den kreativitätsbezogenen Verfahren gehören die Musik-, Tanz- und die Kunsttherapie. Innerhalb der Psychotherapie werden Aspekte dieser Therapieformen oft von PsychotherapeutInnen unterschiedlicher Orientierungen genutzt und in die jeweiligen Ansätze integriert (vgl. ebd., S. 233f.).

Die körperbezogenen Verfahren nutzen den Körper als Medium, durch den Gefühle oder Gedanken zum Ausdruck kommen können. In Österreich gibt es, wie in Kapitel 3.2.1 ersichtlich, sogar ein als psychotherapeutisch anerkanntes körperbezogenes Verfahren, nämlich die Konzentrative Bewegungstherapie. In Deutschland gibt es zum Vergleich keine anerkannte Methode. Der körperorientierte Ansatz beinhaltet unterschiedliche Therapieformen, wie Entspannungstherapien und Atemtherapien, auf die auch gerne PsychotherapeutInnen zurückgreifen und in ihre Therapien miteinbeziehen (vgl. ebd., 237f.).

Neben den seriösen Therapieformen, gibt es eine Unzahl an alternativen und spirituellen Therapien, die mit unterschiedlichen Methoden arbeiten und dem/der PatientIn eine Verbesserung psychischer Beschwerden versprechen (vgl. ebd., S. 240).

3.4.Exkurs: Psychotherapie in anderen europäischen Ländern (Pekert)

Psychotherapie ist nicht in jedem europäischen Land gleich. Es gibt beispielsweise Unterschiede bei den staatlich anerkannten Richtungen, wie die untenstehende Tabelle zeigt.

Frankreich	keine Vorgaben
Deutschland	Psychoanalyse, systemische Therapie, klientenzentrierte Psychotherapie, psychodynamische Psychotherapie, Verhaltenstherapie
Griechenland	Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, personenzentrierte Psychotherapie, Hypnose-therapie, Gestalttherapie, systemische Therapie
Italien	Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, personenzentrierte Psychotherapie, Gestalttherapie, systemische Therapie, Hypnose-therapie, Pesso-Psychotherapie
Polen	keine offiziellen Vorgaben
Schweden	Gruppen-Psychotherapie, Familientherapie, kognitive Therapie, kognitive Verhaltenstherapie, psychodynamische Psychotherapie
Großbritannien	psychodynamische Psychotherapie, systemische Therapie, Verhaltenstherapie (öffentlich finanzierte Formen)

Tab. 1: Anerkannte Formen der Psychotherapie (modifiziert übernommen aus: Hagspiel/Sulz 2011a, S. 162f).

Um einen Überblick zu bekommen, wie unterschiedlich die Psychotherapie aufgebaut sein kann, soll nun im Folgenden die Psychotherapie in Deutschland und in Großbritannien exemplarisch beschrieben werden.

3.4.1. Psychotherapie in Deutschland

In Deutschland gibt es zwei Unterscheidungen bei der Ausbildung zum/r PsychotherapeutIn, nämlich für Erwachsene und für Kinder- und Jugendliche. Um mit Erwachsenen arbeiten zu dürfen, benötigt man einen universitären Abschluss in Medizin oder Psychologie. Für die Ausbildung zum/r Kinder- und JugendpsychotherapeutIn wird ein Abschluss der Studien Sozialer Arbeit, Erziehungswissenschaft oder Psychologie verlangt (vgl. Hagspiel/Sulz 2011a, S. 163f.).

Die Ausbildung ist je nach Vorbildung und der Spezialisierung unterschiedlich. Für Personen mit Psychologieabschluss oder jene die Kinder- und JugendpsychotherapeutIn

werden möchten, gliedert sich die Ausbildung in 600 Stunden Theorie, 120 Stunden Selbstwahrnehmung, 1800 Arbeitsstunden in der Praxis, 150 Stunden Supervision und 600 Stunden Behandlungsstunden (vgl. Ausbildung DE 2016). Diese Ausbildung dauert zwischen drei und fünf Jahren und am Ende gibt es eine mündliche und eine schriftliche Abschlussprüfung. Danach darf man sich als Psychologische/r PsychotherapeutIn bzw. als Kinder- und JugendpsychotherapeutIn bezeichnen. Verantwortlich für die Regelungen bezüglich der Psychotherapie in Deutschland ist das Sozialministerium und die Ausbildung ist gesetzlich verankert (vgl. Hagspiel/Sulz 2011a, S. 167-172). Fertig ausgebildete PsychotherapeutInnen dürfen eine eigene Praxis mit Kassenvertrag eröffnen. Jedoch gibt es in einigen Städten bereits zu viele TherapeutInnen, sodass die Krankenkassen keine neuen Verträge mehr ausgeben. Nur wenn eine Praxis "frei" wird, kann diese schließlich übernommen werden (vgl. Hagspiel/Sulz 2011b, S. 49).

3.4.2. Psychotherapie in Großbritannien

Der Staat Großbritannien gibt keine Vorgaben bezüglich der Ausbildung zu PsychotherapeutInnen, diese unterstehen jedoch dem Gesundheitsministerium (vgl. Hagspiel/Sulz 2011a, S. 171f.). Eine einheitliche, gesetzliche Regelung ist nicht vorhanden, daher verwalten mehrere Dachverbände die freiwillige Registrierung der PsychotherapeutInnen und der Institutionen. Eine von diesen Dachverbänden ist der "British Psychoanalytic Council". Für die Ausbildung beim BPC benötigt man einen Abschluss, Basiswissen in der Psychoanalyse und Praxiserfahrung mit PatientInnen (vgl. McGregor Hepburn 2011, S. 143ff.).

Wo die Ausbildung erworben wird und auf welche Psychotherapieform die Spezialisierung erfolgt, beeinflusst die Ausbildungsdauer. 200 Stunden Theorie sind das Minimum, 150 bis 700 Stunden Selbstwahrnehmung, 150 bis 460 Stunden praktische Arbeit und 100 bis 150 Stunden für die Supervision. Je nach Spezialisierung dauert die Ausbildung mindestens zwei oder mindestens vier Jahre. Wie auch in Deutschland gibt es in Großbritannien bei der Abschlussprüfung einen mündlichen und einen schriftlichen Teil, jedoch erfolgt die Registrierung als Psychotherapeut über die Ausbildungsinstitution (vgl. Hagspiel/Sulz 2011a, S. 164-168).

Zum übersichtlicheren Vergleich, folgt hier abschließend eine Tabelle mit den verschiedenen Strukturen der Psychotherapie in Österreich, Deutschland und Großbritannien:

	Österreich	Deutschland	Großbritannien
Vorwissen	Reifeprüfung oder Ausbildung im sozialen Bereich	Abschluss in Medizin, Psychologie, Sozialer Arbeit, Erziehungswissenschaft	Abschluss, Basiswissen in der Psychoanalyse und Praxiserfahrung mit PatientInnen
Ausbildung Mindestdauer	Basis: 1-2 Jahre, Fachspezifikum: 4 Jahre	3-5 Jahre	2 oder 4 Jahre
Abschlussprüfung	Fallvignetten, Theorietest, Fallpräsentation	mündlich und schriftlich	mündlich und schriftlich
Staatliche Vorgaben	gesetzlich verankert	gesetzlich verankert	Keine
Ministerium	Gesundheitsministerium	Sozialministerium	Gesundheitsministerium

Tab. 2: Vergleichstabelle Psychotherapie (modifiziert übernommen aus: Hagspiel/Sulz 2011a, S. 163-172).

3.5. Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen (Čurk)

Die psychotherapeutische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen hatte ihre Anfänge erst 20 Jahre nach der Entwicklung der professionellen Psychotherapie durch Anna Freud und Melanie Klein. (vgl. Strotzka 1982, S. 119).

Vor allem in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen ist ein entwicklungspsychologisches Wissen unabdingbar. Die Entwicklungspsychologie beschäftigt sich mit den psychischen Funktionen des Menschen und betrachtet diese unter dem Aspekt des Alters und der Zeit. Je nach Alter gibt es bestimmte Zuschreibungen, was ein Kind in einem bestimmten Alter beispielsweise können sollte oder nicht, wobei die individuelle Entwicklung stets berücksichtigt wird (vgl. Görlitz 2004, S. 26).

Der/Die PsychotherapeutIn muss Kenntnis über die Erlebnis- und Konfliktwelt von Kindern und Jugendlichen haben, sowie über die Entwicklungen und Problematiken der

Adoleszenz (vgl. BMG 2014, S. 6). Vor allem bei Kindern und Jugendlichen muss die Abhängigkeit von ihrer persönlichen Umwelt in der psychotherapeutischen Arbeit beachtet werden. Des Weiteren sind rechtliche Vorgaben, wie die Kinderrechte oder Kinderschutzbestimmungen zu berücksichtigen (vgl. ebd., S. 7).

Die/Der PsychotherapeutIn sollte über Kommunikationskompetenzen hinsichtlich Kindern und Jugendlichen verfügen und diverse Kommunikationsmethoden beherrschen. Es gibt zahlreiche Faktoren, die Kinder und Jugendliche beeinflussen und über die der/die TherapeutIn Bescheid wissen sollte, um adäquat handeln zu können (vgl. ebd., S. 8).

Fast alle psychischen Störungen des Erwachsenenalters können auch bei Kindern und Jugendlichen auftreten oder dauern bis ins Erwachsenenalter an. Einige Störungen setzen jedoch bestimmte entwicklungspsychologische Funktionen voraus, ohne denen das Auftreten nicht möglich ist. So ist beispielsweise, die Entstehung einer Suizidalität erst möglich, wenn ein Kind ein "Todeskonzept" für sich entworfen hat (vgl. Reimer et al. 2007, S. 614).

In der ICD-10 der WHO ¹ sind unter den Punkten F80-F89 und F90-98 jene Störungen aufgelistet, welche charakteristisch für das Kindes- und Jugendalter sind. F80-89 benennt die Entwicklungsstörungen, F90-98 Verhaltens- und emotionale Störungen (vgl. WHO ICD-10, S. 12). Diese Störungen werden in den folgenden beiden Tabellen aufgezeigt.

F80 Specific developmental disorders of speech and language
F81 Specific developmental disorders of scholastic skills
F82 Specific developmental disorder of motor function
F83 Mixed specific developmental disorders
F84 Pervasive developmental disorders
F88 Other disorders of psychological development
F89 Unspecified disorder of psychological development

Tab. 3: Entwicklungsstörungen (modifiziert übernommen aus: WHO ICD-10, S. 39).

¹ International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems- Diagnoseklassifikation der Weltgesundheitsorganisation

F90 Hyperkinetic disorders
F91 Conduct disorders
F92 Mixed disorders of conduct and emotions
F93 Emotional disorders with onset specific to childhood
F94 Disorders of social functioning with onset specific to childhood and adolescence
F95 Tic disorders
F98 Other behavioural and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence

Tab. 4: Verhaltensstörungen und emotionale Störungen (modifiziert übernommen aus: WHO ICD-10, S. 40f.).

Wie in den Tabellen 3 und 4 gut zu sehen ist, gibt es unterschiedliche psychische Störungen, welche im Kindes- und Jugendalter auftreten können und unterschiedliche Ursachen haben können. Deshalb Bedarf es auch einer angemessenen Wahl der psychotherapeutischen Methode, um die entsprechende Wirkung zu erzielen. Die zum Einsatz kommenden Methoden müssen so verändert werden, dass sie dem Entwicklungsstand und dem Alter des Kindes entsprechen (vgl. Remschmidt 1997, S. 4).

Ob ein Kind eine psychotherapeutische Behandlung braucht, hängt nicht nur davon ab, ob eine psychische Störung diagnostiziert wurde. Zu beachten ist auch, ob das Kind und die Familie über Problembewältigungsstrategien verfügen, wodurch ein Eingreifen in die aktuelle Situation womöglich gar nicht nötig ist (vgl. Reinhard 1997, S. 16).

Psychische Probleme im Kindes- und Jugendalter äußern sich meist in verschiedenen sozialen Kontexten und auf verschiedenen gesellschaftlichen Ebenen. Dies können die Schule, der Kindergarten, die Familie sein, welche bei der Behandlung mitgedacht werden müssen.

Ziel der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen ist die Verarbeitung von Problemen auf den unterschiedlichen Ebenen. Dazu sollen die Ressourcen der Kinder und Jugendlichen aktiviert werden und Kompetenzen gestärkt und erarbeitet werden. Vor allem bei Störungen des Sozialverhaltens (F91) fehlt es den Personen oft an Strategien, um in einer bestimmten Situation angemessen reagieren zu können (vgl. Reimer et al. 2007, S. 620f.).

Bezüglich der Wirkung von Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen kann gesagt werden, dass diese die gleichen Wirkungen zeigt, wie jene bei Erwachsenen (vgl. ebd., S. 624).

4. Spannungsfeld zwischen Therapie und Sozialpädagogik (Pekert)

Das Verhältnis von Sozialer Arbeit und Psychotherapie wird seit langem diskutiert. Manche Anschauungen betonen eher die Gemeinsamkeiten der beiden Disziplinen, bei anderen Auffassungen sind die Unterscheidungen ausschlaggebend. Bis heute sind die Grenzen eher unklar definiert (vgl. Heidenreich/Schneider 2011, S. 1661f.). In diesem Kapitel soll näher auf eventuelle Unterschiede und Überschneidungen zwischen Psychotherapie und Sozialpädagogik eingegangen werden. In der Literatur finden sich verschiedene Unterscheidungsmerkmale. In dieser Arbeit stützen wir uns vor allem auf die Merkmale von Ohling. Sie nimmt in ihrer Darstellung die Position der Sozialen Arbeit ein und betrachtet von dort aus die Unterschiede zur Psychotherapie. Da dies jedoch nur eine Auswahl von Unterscheidungen ist, werden von den Autorinnen der vorliegenden Arbeit noch weitere, relevant erscheinende Merkmale hinzugefügt.

4.1. Merkmale nach Ohling (Pekert)

Zuerst soll auf die Punkte von Ohling (2015) eingegangen werden. Sie führt 11 Punkte an, welche Unterscheidungen, sowie auch Überschneidungen beinhalten. Diese sollen nun beschrieben werden:

- **Soziale Gerechtigkeit**

Als Grundsatz der Gerechtigkeit gilt, dass jeder Mensch, dass bekommen soll, was er/sie verdient hat. Gerechtigkeit unterteilt sich in verschiedene Untergruppen, wie zum Beispiel die Bildungsgerechtigkeit, Einkommensgerechtigkeit und eben auch die soziale Gerechtigkeit (vgl. Böllert/Otto/Schrödter/Ziegler 2011, S. 517). Beide, sowohl Psychotherapie, als auch Sozialpädagogik beeinflussen die soziale Gerechtigkeit, wobei die Sozialpädagogik hier vorrangig ist. Sie ermöglicht Menschen aus benachteiligten Gruppen die Partizipation am gesellschaftlichen Leben (vgl. Ohling 2015, S. 66f.). "Soziale Arbeit als Profession lässt sich durch ihre Ausrichtung an der Idee der sozialen Gerechtigkeit begründen" (Böllert et al. 2011, S. 517). Die Psychotherapie hilft Menschen

ihre seelische Gesundheit wiederherzustellen und trägt somit zu fairen Bedingungen für das gesellschaftliche Leben bei (vgl. Thiersch 2012, S. 38-42 zit.n. Ohling 2015, S. 66f.).

- **Eingriff in die Lebensbereiche der KlientInnen**

Ein weiterer Unterschied liegt in der Ebene, auf der die beiden Bereiche arbeiten. In der Sozialpädagogik wird direkt in den Lebensbereichen der Menschen gearbeitet. Das bedeutet beispielsweise, dass die PädagogInnen mit den Familien gemeinsam arbeiten oder in der Schule intervenieren. In den Lebensbereichen in denen Schwierigkeiten auftauchen, können PädagogInnen arbeiten, von der Familie, über Gleichaltrige, bis hin zur Arbeitswelt. Die Psychotherapie hat bis vor einiger Zeit, in diesen Bereichen nicht direkt gearbeitet. Doch hier hat sich, vor allem durch den systemischen Ansatz der Therapie, ein Wandel vollzogen. Dadurch hat sich auch in der Therapie die Praxis des Eingreifens in die Lebenswelten der Menschen etabliert (vgl. Thiersch 2012, S. 38-42 zit.n. Ohling 2015, S. 67f.).

- **Aufgaben**

Wie im Kapitel 4.1 Begriffserklärung bereits beschrieben wurde, zählt die “Behandlung von psychosozial oder auch psychosomatisch bedingten Verhaltensstörungen und Leidenszuständen” zu den Aufgaben der Psychotherapie (Psychotherapiegesetz RIS 2016, §1). In diesem Paragraphen werden nur psychische Probleme erwähnt und keine sozialen Problemlagen. Diesen nimmt sich die Sozialpädagogik an. Die Sozialpädagogik hat die Aufgabe, in der Gesellschaft inklusive Rahmenbedingungen zu schaffen, damit alle Menschen die Möglichkeit haben, in Bereiche wie Beschäftigung, Bildung, Freizeit und Wohnen miteinbezogen zu werden (vgl. Uni Graz Sozialpädagogik 2016). “Alle Alltagsprobleme eines Menschen an der Schnittstelle Mensch/Gesellschaft können in ihren Aufgabenbereich fallen (...)” (Ohling 2015, S. 25).

- **Zuständigkeitsbereich**

Die Zuständigkeit von PsychotherapeutInnen ist klarer als bei SozialpädagogInnen einzugrenzen. In der Sozialpädagogik herrscht eine Allzuständigkeit, welche oft zu Schwierigkeiten führt, die berufliche Identität zu definieren (vgl. Ohling 2015, S. 69f.). Seithe sieht aber gerade in dieser Allzuständigkeit das Spezielle der Sozialpädagogik.

Denn nur diese Disziplin hat eben ein breites Wissen über den menschlichen Alltag, in den auch andere Disziplinen mit ihrem Spezialwissen einfließen. Das System hat Anforderungen an die Soziale Arbeit und diese arbeitet mit Menschen die Probleme mit dem System haben (vgl. Seithe 2010, S. 34-50). Die Psychotherapie ist für bestimmte psychische Störungen zuständig und behandelt Menschen mit speziellen Methoden, welche für die jeweiligen Probleme entwickelt wurden (vgl. Ohling 2015, S. 69f.).

“Psychotherapie bedeutet und bleibt immer Krankenbehandlung. Sie dient nicht Zielen, die darüber hinausgehen. Sie kann und will nicht erzieherische Maßnahmen oder allgemeine Lebenshilfen ersetzen” (Remschmidt 1997, S. 9).

- **Kontrollfunktion**

In der Sozialpädagogik wird ursprünglich von dem sogenannten “doppelten Mandat” gesprochen. Auf der einen Seite ist man den Vorgaben der Organisation bzw. des Staates verpflichtet, auf der anderen Seite den professionellen Richtlinien, welche sich oft widersprechen (vgl. Bettinger 2008, S. 26f.). Vereinfacht gesagt, handelt es sich hier um den Grat zwischen Hilfeleistungen und Kontrolle. Denn es ist schwierig eine Beziehung aufzubauen, sowohl für die SozialpädagogInnen als auch für die KlientInnen, wenn gleichzeitig auch immer die Kontrolle eine wichtige Rolle bei der Arbeit spielt. Gerade bei sozialen Berufen ist jedoch ein gutes Verhältnis zwischen den Beteiligten für den Erfolg ausschlaggebend (vgl. Ohling 2015, S. 70). Staub-Bernasconi geht nicht mehr nur von einem Doppelmandat aus, sondern von einem Tripelmandat. Das dritte Mandat wird als professionelles Mandat bezeichnet und besteht aus zwei Teilen: Erstens aus den Methoden, die wissenschaftlich begründet sind und zweitens aus dem Ethikkodex, in dem Menschenrechte und Gerechtigkeit enthalten sind (vgl. Staub-Bernasconi 2007, S. 6f.). Diesem Konflikt zwischen Kontrolle und Hilfe steht die Psychotherapie nicht gegenüber. Denn die Kontrolle fällt in den meisten Fällen weg, es geht also rein um die Hilfestellungen der TherapeutInnen (vgl. Ohling 2015, S. 70).

- **Rechtliches**

Die rechtliche Beratung oder Hilfe zählt nicht zu den Aufgaben von PsychotherapeutInnen, daher wissen diese in der Regel relativ wenig über diesen Bereich.

Hingegen gehört die rechtliche Bildung bereits zum Studium der Sozialpädagogik dazu. In ihrer Arbeit müssen SozialpädagogInnen nämlich oft KlientInnen in rechtlichen Belangen beraten und sie bei diesbezüglichen Tätigkeiten unterstützen (vgl. Ohling 2015, S. 70).

- **Grad der Problematik**

Galuske beschreibt hier eine klassifizierende Einteilung der Probleme, die in wissenschaftlichen Texten des Öfteren genannt wird. Diese Einteilung verleiht den beiden Disziplinen jedoch einen unterschiedlichen Status, denn der Psychotherapie werden die gravierenden Fälle zugeteilt und der Sozialen Arbeit die trivialeren. Daraus folgt der Anschein, dass die Psychotherapie höherwertiger als die Soziale Arbeit sei. Eine außenstehende Person kann aber nie über den tatsächlichen Grad einer Problematik entscheiden (vgl. Galuske 2013, S. 138f.). Galuske stellt hier die treffende Frage: "Ist die Armut von Kindern ein geringeres Problem als eine Depression?" (Galuske 2013, S. 139) Diese Annahme hält aber in der tatsächlichen Arbeit mit den KlientInnen nicht stand, denn einige SozialpädagogInnen arbeiten mit Menschen zusammen, die auch in Therapie sind, wie beispielsweise in Wohngemeinschaften einer Psychiatrie. Daher ist diese strikte Trennung der Fälle nicht immer möglich (vgl. Ohling 2015, S. 71).

- **Setting**

Grob gegliedert arbeitet die Psychotherapie eher alltagsfern und die Sozialpädagogik alltagsnah. Im Setting der Therapie werden in einem eigens geschaffenen Rahmen Probleme bearbeitet und dafür Bewältigungsstrategien und neue Handlungsmuster entwickelt. Alles was neu erlernt wurde, muss erst danach in den Alltag der KlientInnen übertragen werden und auf dessen Eignung dafür überprüft werden. Es besteht auf Grund dessen die Gefahr, dass das Erlernte aus der Therapie im Alltag versagt (vgl. Galuske 2013, S. 140f.). Grundsätzlich kann man bei der Therapie sowohl unter stationärem, teilstationärem und ambulantem Setting unterscheiden, als auch unter Einzel- oder Gruppenbehandlungen (vgl. Wittchen et al. 2011, S. 456f.).

Im Gegensatz dazu setzt die Sozialpädagogik direkt im Alltag der KlientInnen an. Die Intervention soll möglichst dort stattfinden, wo auch das Problem liegt. Folglich gibt es nicht das eine Arbeitsumfeld für SozialarbeiterInnen, sondern verschiedene, welche sich immer aus der spezifischen Problemlage ergeben. Das reicht von Beratungsstellen, über Streetwork, hin zu Familienentlastung und vielem mehr. Wegen der Breite der möglichen Arbeitsumgebungen, die sich aus der Komplexität des Alltags der KlientInnen ergeben, wird riskiert, den Überblick zu verlieren (vgl. Galuske 2013, S. 140f.). Diese komplexe Arbeitsumgebung kann oft sehr anstrengend für die SozialpädagogInnen sein. Doch die Arbeit außerhalb des Therapiezimmers ist wichtig, da hier mögliche Ressourcen erarbeitet werden und nicht nur auf die Probleme geachtet wird. Pfeifer-Schnaupp meint, die Akzeptanz des Nicht-Therapeutischen ist für die Sozialpädagogik relevant (vgl. Pfeifer-Schnaupp 1995, S. 140f.).

- **Intervention**

Die unterschiedlichen Arbeitsumgebungen von Therapie und Sozialer Arbeit geben in gewisser Weise auch die Interventionsmöglichkeiten vor. Da sich die Soziale Arbeit stark am Alltag der KlientInnen orientiert, muss sie die Unterstützung so gestalten, dass das persönliche Umfeld der Betroffenen und die vorhandenen Ressourcen miteinbezogen werden und die Intervention in die Alltagsstruktur passt. Für die Therapie gelten andere Voraussetzungen. Die Interventionen müssen nicht mit dem Alltag kompatibel sein, sondern heben sich vom Alltag ab und passieren in einer eigens dafür geschaffenen Situation. Für bestimmte Probleme mag diese Abgrenzung zum Alltag sinnvoll sein, doch durch die Abschottung des komplexen Alltags sind viele Probleme nicht lösbar. In der Therapie wird also die Komplexität reduziert, welche gerade das Besondere an der sozialpädagogischen Arbeit darstellt (vgl. Galuske 2013, S. 141ff.).

- **KlientInnen**

Das Klientel der beiden Bereiche unterscheidet sich ebenfalls:

“Sozialpädagogische Unterstützung wendet sich potentiell an jeden Menschen mit bestimmten Versorgungsinteressen (z.B. öffentliche Kleinkinderziehung, Jugendarbeit) und/oder (Alltags-)Problemen sachlicher oder personaler Art, mit denen er nicht mehr

selbst bzw. unter Rückgriff auf gewachsene Unterstützungsnetzwerke zu Recht kommt” (Galuske 2013, S. 143).

In der Psychotherapie sind die KlientInnen stärker eingegrenzt. Menschen die auf Grund einer psychischen Krankheit in ihrem Leben so stark eingeschränkt sind, dass für sie keine “Normalität” mehr möglich ist, können eine Therapie in Anspruch nehmen. Zu solchen psychischen Krankheiten zählen etwa Depressionen, Phobien, Psychosen, Zwänge, Essstörungen, Borderline-Störung und Suchtprobleme (vgl. Schmoll 2009, S. 13-20).

- **Arbeitsweisen**

Bei den Arbeitsweisen gibt es Überschneidungen zwischen Sozialer Arbeit und Psychotherapie. Die Soziale Arbeit hat vereinzelt Methodenteile aus der Therapie übernommen und modifiziert diese entsprechend weiter (vgl. Ohling 2015, S. 73f.). Die Soziale Einzelfallhilfe ist ein Beispiel für eine sozialpädagogische Methode mit Wurzeln in der Therapie. Der psychosoziale Ansatz geht auf das diagnostische Konzept von Gordon Hamilton zurück (vgl. Galuske 2013, S. 83ff.). Die genauen Arbeitsweisen und Methoden der Psychotherapie und der Sozialpädagogik werden in den einzelnen Kapiteln der beiden Bereiche näher beschrieben.

Dies waren die von Ohling formulierten Unterscheidungspunkte zwischen Therapie und Sozialpädagogik. Sie wurden mit zusätzlicher Literatur belegt und ausgeführt.

4.2. Weitere ausgewählte Merkmale (Pekert)

Nun folgen noch weitere Punkte, die zur Unterscheidung der beiden Berufsgruppen herangezogen werden können. Diese wurden während der Literaturrecherche der Autorinnen für diese Arbeit gefunden.

- **Begriffsverwendungen**

Nach ausgiebiger Auseinandersetzung mit den Themenbereichen wurde besonders im Hinblick auf die verwendeten Begrifflichkeiten in der Fachliteratur ein Unterschied festgestellt. In der Literatur über Psychotherapie erkennt man die Nähe zur Medizin.

Wörter wie Störungen, psychische Krankheiten und PatientInnen ziehen sich durch die Texte (vgl. Hartig 1975, S. 20f.; Wittchen/Hoyer 2011). Hingegen zeigen sich in der Sozialpädagogik Begriffe wie Probleme, KlientInnen, KundInnen und Unterstützung. Doch die Begriffsverwendungen sind nicht in Stein gemeißelt. Sie unterliegen Veränderungen und hängen teilweise von der behandelten Thematik ab (vgl. Galuske 2013; Pantuček 2012). Früher wurde in der Pädagogik vom “Zögling” gesprochen. Dieser Begriff ist jedoch überholt, da er mit der Schwarzen Pädagogik zusammenhängt, welche “Zögling” als minderwertiger ansieht (vgl. Hamburger 2003, S. 112f.). Der Terminus “KundInnen” bedarf ebenfalls einer Diskussion, weil der Begriff impliziert, dass für eine Dienstleistung Geld bezahlt wird, dies ist jedoch in der Sozialpädagogik meist nicht der Fall (vgl. Pantuček 2012, S. 49f.). Diese beiden Beispiele sollen den Veränderungscharakter der Begrifflichkeiten aufzeigen. Das folgende Zitat soll nur die unterschiedliche Begriffsverwendung in den beiden Disziplinen verdeutlichen:

“Die jeweiligen Ziele heilkundlicher Psychotherapie liegen in der Regel primär in der Veränderung psychischer Leidenszustände und setzen Störungen mit Krankheitswert voraus. Im Gegensatz dazu (...) ist das spezifische Profil Sozialer Arbeit durch Problemanalysen und Interventionen gekennzeichnet (...)” (Heidenreich/Schneider 2011, S. 1665).

- **Forschung**

Die Psychotherapieforschung ist der Forschung in anderen Psychologiebereichen ähnlich. Daher gelten die gleichen Regeln bei der Durchführung von Experimenten, bei den Gütekriterien und anderen Teilen der Methodik und Forschung (vgl. Hartig 1975, S. 7-10). In der Psychotherapie gibt es, wie bereits weiter oben beschrieben, verschiedene Schulen mit unterschiedlichen Ansätzen. Doch welche ist die wirksamste? Welche Therapieform ist für welche Störungen geeignet? Diesen Fragen widmet sich die Psychotherapieforschung. Ohne eine wissenschaftliche Grundlage würde die Psychotherapie nicht mehr auskommen (vgl. Tschuschke/Crameri/Koemeda/Schulthess/von Wyl/Weber 2010, S. 3). Zur Psychotherapieforschung zählt unter anderem die Versorgungsforschung und die Wirksamkeitsforschung. Die Versorgungsforschung widmet sich Themen, wie der Anzahl der psychischen Störungen in der Bevölkerung, der Inanspruchnahme einer

Therapie und den zugrundeliegenden Gründen, der durchschnittlichen Behandlungsdauer und vielem mehr (vgl. Remschmidt/Mattejat 1997, S. 45f.). Die Wirksamkeitsforschung untersucht sowohl die Effekte der einzelnen Methoden bzw. Richtungen, als auch die allgemeinen Effekte der Psychotherapie, ohne dabei genauer auf die Methoden einzugehen (vgl. Laireiter/Thiele/Untner/Baumann 1994, S. 133).

In der Sozialpädagogik muss zu aller erst zwischen quantitativer und qualitativer Forschung unterschieden werden (vgl. Thaler/Birgmeier 2011, S. 187). Thaler betont, dass es beide Richtungen braucht, weil die Sozialpädagogik ein sehr breites, vielfältiges Feld ist und daher verschiedene Methoden benötigt werden, um alle Bereiche abzudecken. Aus diesem breiten Feld lassen sich drei Forschungsebenen herauskristallisieren, nämlich Disziplinforschung, Handlungsforschung und Praxisforschung (vgl. Thaler 2013, S. 168f.). Die Tabelle 5 zeigt kurz und deutlich die Unterscheidungen der drei Ebenen und was sie jeweils ausmacht:

	Praxisforschung	Professionsforschung	Disziplinforschung
Intention	Praxisoptimierung	Reflexion der Praxis	Theoriebildung
Wissensdimension	Handlungswissen	Professionswissen	Wissenschaftliches Wissen
Praxisbezug	Hoch	eher hoch	eher niedrig
Theoriebezug	eher niedrig	bis zu einem gewissen Grad	eher hoch

Tab. 5: Ebenen der Forschung (modifiziert übernommen aus: Thole 2012, S. 47).

- **Umgang mit KlientInnen**

Die Beziehung zwischen TherapeutIn und KlientIn ist von großer Bedeutung, wobei in den verschiedenen Therapierichtungen diese Beziehung anders interpretiert wird. Es werden grob zwei Standpunkte vertreten, welche Funktion diese Beziehung für die Psychotherapie hat. Bei der ersten Annahme wird davon ausgegangen, dass nur mit einer stabilen Beziehung therapeutische Maßnahmen umgesetzt werden können. Der zweite Standpunkt besagt, dass Beziehungen und die therapeutische Wirkung kongruent seien. Wie die Beziehung genau aufgebaut sein sollte, hängt von der psychischen Störung, den

individuellen Fähigkeiten des/der PatientIn, vom Verlauf der Therapie und von der genauen Situation und dem Setting ab (vgl. Schulz 1996, S. 9-12). In der Sozialpädagogik hat sich in den letzten Jahren das Menschenbild mit der Entwicklung der Lebensweltorientierung verändert (vgl. Seithe 2010, S. 39).

“Der Mensch wird als Subjekt gesehen, als zumindest potentiell aktives Wesen, das für sein Leben Verantwortung übernehmen will und kann. Gleichwohl bestimmen die gesellschaftlichen Verhältnisse die Möglichkeiten und Grenzen seiner individuellen Aktivität” (Seithe 2010, S. 40).

Die ganzheitliche Betrachtung des Menschen gehört ebenfalls zum Konzept der Lebensweltorientierung. Gesellschaft und Individuum beeinflussen sich gegenseitig. Die Sozialarbeit muss sowohl den einzelnen Menschen fokussieren und andererseits die Einflüsse der Umwelt auf diese Person betrachten (vgl. Seithe 2010, S. 43f.).

- **Diagnoseverfahren**

Hört man das Wort “Diagnostik” denkt man eher an Psychotherapie als an Sozialpädagogik. Ein Grund dafür könnte sein, dass der Begriff in der Sozialpädagogik selten verwendet wird. Die Rolle der DiagnostikerInnen haben MedizinerInnen und PsychotherapeutInnen mehr oder weniger übernommen (vgl. Pantuček 2012, S. 14-18). Das klinische Interview ist ein Beispiel für eine Methode der psychologischen Diagnostik. Dabei werden Daten zur Anamnese erfasst, Gründe für die Therapie und Ziele sowie biographische Daten (vgl. Krohne/Hock 2015, S. 462f.). Als Orientierung bei der psychotherapeutischen Diagnostik dient die “Internationale Klassifikation der Krankheiten” (ICD) der Weltgesundheitsorganisation (vgl. WHO ICD-10 o.J.). Doch auch in der Sozialen Arbeit gibt es diagnostische Verfahren. Pantuček beschreibt zwei Phasen der sozialen Diagnostik. Bei der ersten geht es um die Anhäufung von Wissen. In der Praxis bedeutet dies, dass man möglichst viele Informationen über den Fall sammelt. Danach folgt die zweite Phase, in der all diese Informationen strukturiert und geordnet werden. Mit Hilfe der geordneten Informationen können letztlich pädagogische Maßnahmen gesetzt werden (vgl. Pantuček 2012, S. 55-58). Laut Pantuček “ist es nicht der Klient, der diagnostiziert wird, sondern seine Lebenssituation” (ebd., S. 50). Ein Beispiel für ein bekanntes soziales Diagnoseverfahren ist die Netzwerkkarte. Hierbei

werden die sozialen Beziehungen der Person erfasst. Die folgende Abbildung 3 zeigt eine ausgefüllte Netzwerkkarte. In der Mitte befindet sich der/die KlientIn und die Punkte stellen Personen dar. Je näher sie bei dem/der Klienten/in sind, desto enger ist die Beziehung zwischen ihnen (vgl. ebd., S. 186-196).

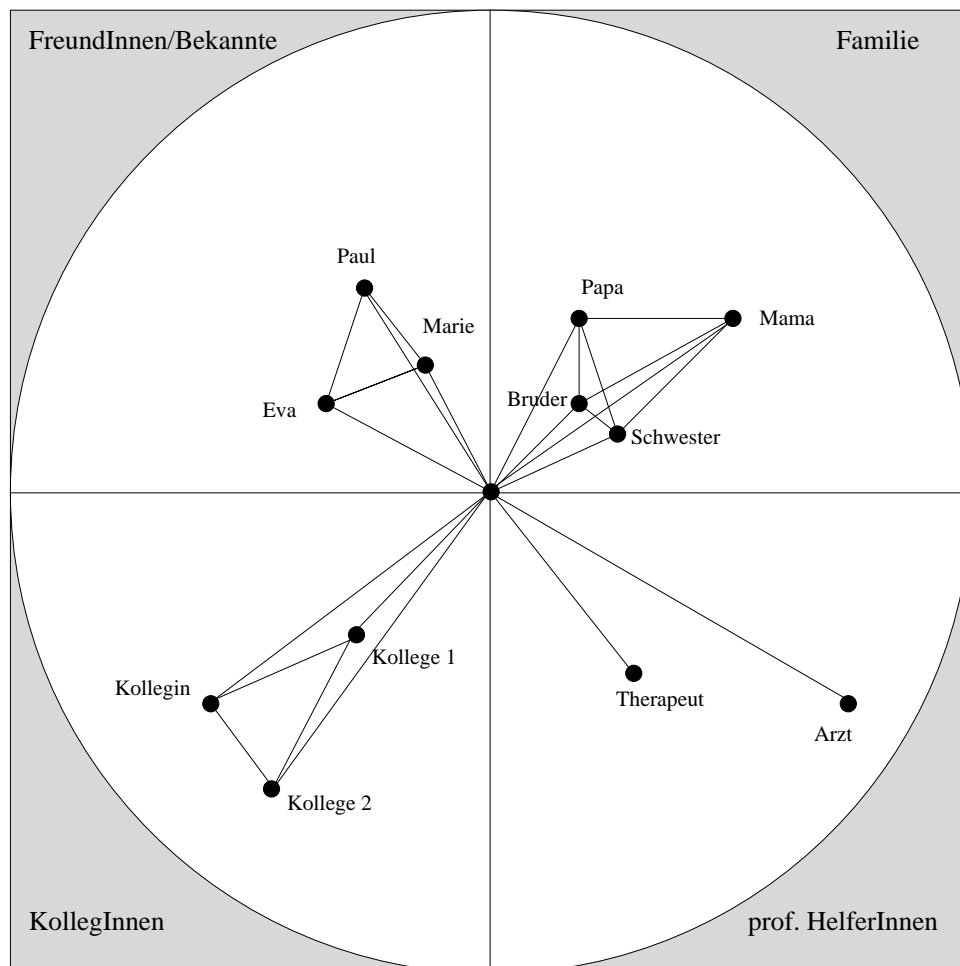


Abb. 3: Netzwerkkarte (modifiziert übernommen aus: Pantuček 2012, S. 212).

- **Freiwilligkeit**

“Die Rolle des Beraters in der Sozialarbeit ist nicht zu vergleichen mit der des Therapeuten; in der Sozialarbeit muß gehandelt, notfalls auch aktiv in soziale Prozesse eingegriffen werden” (Pfeifer-Schnaupp 1995, S. 203).

Dieses Zitat zeigt, dass bei der Freiwilligkeit ein Unterschied vorliegt. Laut Kinder- und Jugendhilfegesetz können notwendige Erziehungsmaßnahmen durchgeführt werden, auch wenn die Erziehungsberechtigten nicht zustimmen. Das bedeutet, in der

Sozialpädagogik muss nicht unbedingt Freiwilligkeit gegeben sein, damit Interventionen stattfinden können (vgl. Kinder- und Jugendhilfegesetz § 28).

Für die Therapie ist es wichtig, dass der/die PatientIn diese auch möchte und für eine Veränderung bereit ist. Eine Veränderung der eigenen Persönlichkeit ist nichts, was leicht geschieht, daher wird dieser Schritt nur gewagt, wenn das Leben durch die jeweilige Störung, auf Grund derer die Therapie aufgesucht wird, negativ beeinflusst wird. Ohne Freiwilligkeit des/der PatientIn ist das Gelingen der Therapie unwahrscheinlich (vgl. Schmoll 2009, S. 34f.).

- **Ausbildung**

Die Ausbildung der beiden Disziplinen wurde in den einzelnen Kapiteln der Psychotherapie und der Sozialpädagogik näher beschrieben. Hier soll das Thema nur kurz zusammengefasst und angerissen werden.

Für die Ausbildung zum/zur Sozialpädagogen/in benötigt man eine Reifeprüfung oder eine Studienberechtigungsprüfung. Als Studium gibt es Sozialpädagogik bzw. Soziale Arbeit auf Fachhochschulen und auf Universitäten, zusätzlich gibt es die Ausbildung auf mehreren Kollegs.

Für die Psychotherapieausbildung ist ebenfalls die Reifeprüfung notwendig oder aber ein Abschluss einer sozialen, pflegerischen Ausbildung. Das psychotherapeutische Propädeutikum und das Fachspezifikum sind jedoch keine Studien, sondern Lehrgänge, welche mit hohen Kosten verbunden sind (vgl. Kosten ULG Graz 2016).

- **Bedarf**

Bei der Psychotherapie gibt es grundsätzlich wenig Daten bezüglich des Bedarfs. In Deutschland wurde mit Unterstützung der Bundesregierung im Jahr 1983 eine Erhebung der administrativen Prävalenz durchgeführt. Das bedeutet, dass in einer definierten Region alle Organisationen, welche mit Psychotherapie arbeiten, ihre Fälle aufgezeichnet haben. Die Aufzeichnungen wurden für ein Jahr geführt, mit dem Ergebnis, dass bei Kindern und Jugendlichen die Rate 2,9% betrug (vgl. Walter 1997, S. 11-16).

Doch dieses Ergebnis spiegelt nur jene wider, welche auch in Behandlung sind und nicht alle die tatsächlich psychisch krank sind. In einer anderen Untersuchung, in der die wahre Prävalenz berücksichtigt wurde, zeigte sich, dass 12,7% der Befragten psychisch auffällig mit Behandlungsbedarf waren. Jedoch nahmen nur 3,3% der Befragten eine Beratung oder Behandlung in Anspruch. Walter nimmt an, dass der tatsächliche Bedarf einer Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen weniger als 10% beträgt, da für einige andere Therapien oder Beratungen genügen dürften (vgl. Walter 1997, S. 11-16).

Der aktuelle Bedarf der Sozialpädagogik hat sich vor allem in der steigenden Flüchtlingszahl des letzten Jahres gezeigt. Zirka 10.000 unbegleitete minderjährige Flüchtlinge kamen 2015 nach Österreich (vgl. UMF 2016). Verschiedenste Organisationen in Österreich, wie Jugend am Werk oder Caritas, nehmen sich der Betreuung dieser jungen Menschen an und für diese Betreuung und Unterstützung werden eben auch SozialpädagogInnen eingesetzt (vgl. Caritas Welcome 2016; Jugend am Werk Flüchtlingsbetreuung UMF 2016). Dies ist jedoch nur ein Bereich der Sozialpädagogik der hier exemplarisch angeführt wird.

- **Kompetenzen**

Im Berufskodex für PsychotherapeutInnen des Bundesministeriums für Gesundheit werden die Kompetenzen oberflächlich beschrieben.

“Die Erfüllung psychotherapeutischer Aufgaben erfordert die ständige selbstkritische Prüfung der eigenen persönlichen und fachlichen Qualifikation und Kompetenz, das ständige Bemühen um ihre Weiterentwicklung und die Beachtung der eigenen Grenzen” (Berufskodex PsychotherapeutInnen 2012, S. 4).

Für die Sozialpädagogik sollen hier die zehn wichtigsten Kompetenzen genannt werden, die in einer Studie von Heimgartner angeführt wurden. Dafür wurden SozialpädagogInnen befragt, welche Kompetenzen sie für relevant halten. Die Kompetenzen in der folgenden Tabelle 6 sind nach Häufigkeit aufgelistet, wobei die am häufigsten beschriebene an erster Stelle steht (vgl. Heimgartner 2009, S. 133ff.).

Empathie und Einfühlungsvermögen
Teamfähigkeit
Geduld
Fachwissen
Flexibilität
Kreativität
Organisationsfähigkeit
Kommunikationsfähigkeit
Belastbarkeit
Abgrenzungsvermögen und Nähe-Distanz-Verhältnis

Tab. 6: Die 10 relevantesten Kompetenzen (modifiziert übernommen aus: Heimgartner 2009, S. 134).

Abschließend soll die nachstehende Darstellung einen Überblick über einige der erwähnten Unterschiede bieten. Die Grafik von Galuske zeigt zwar nicht alle der hier beschriebenen Merkmale auf, dennoch verdeutlicht sie die Unterschiede sehr schön, da Sozialpädagogik und Therapie gegenübergestellt werden.

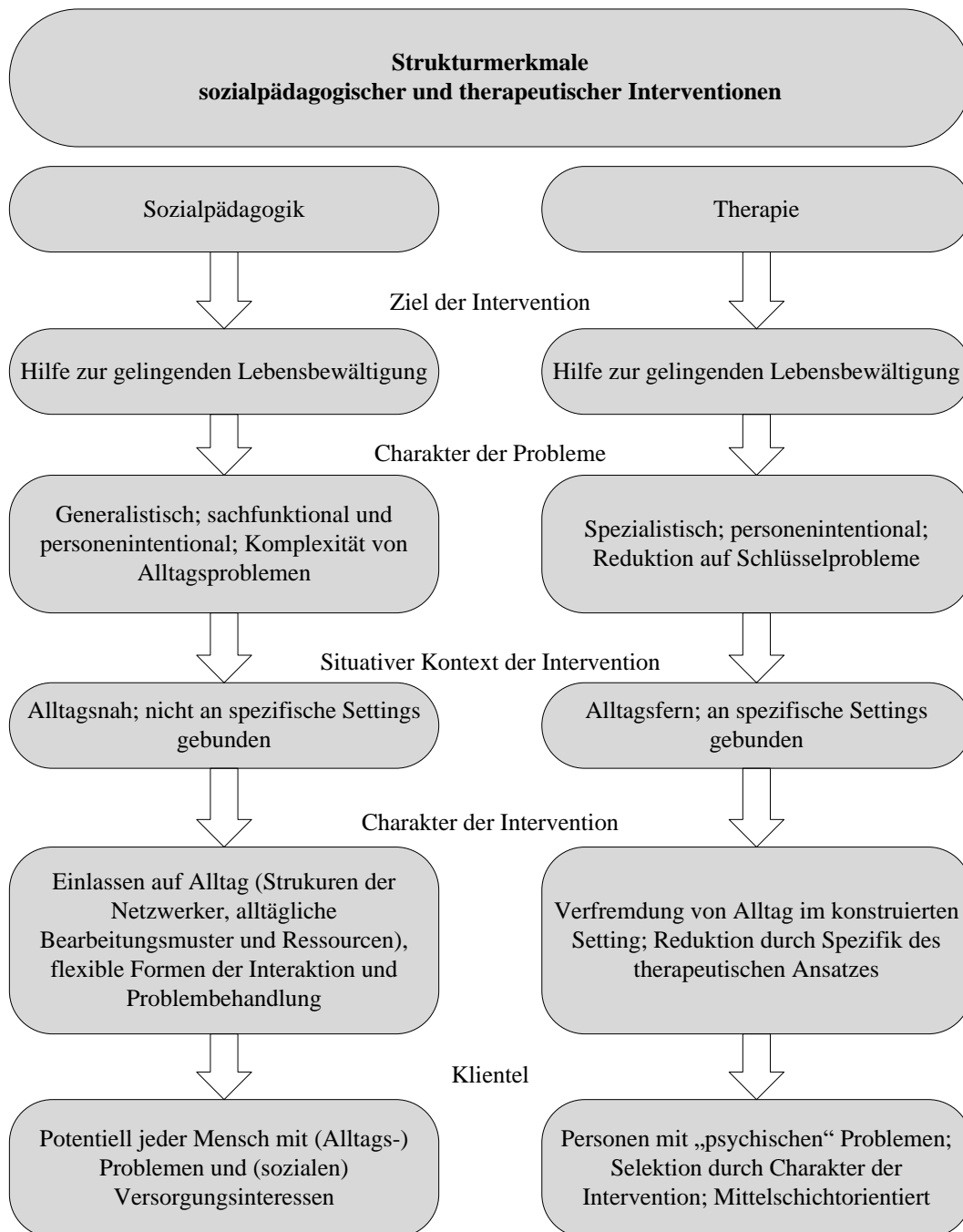


Abb. 4: Darstellung einiger Strukturmerkmale (modifiziert übernommen aus: Galuske 2013, S. 142).

5. Schnittstellen der Therapie und Sozialpädagogik (Pekert)

In den vorhergehenden Kapiteln wurden Psychotherapie und Sozialarbeit ausführlich beschrieben. Auf die Unterscheidungen der beiden Disziplinen wurde ebenfalls näher eingegangen. Folgend sollen nun Ansätze vorgestellt werden, welche sowohl psychotherapeutische als auch sozialpädagogische Elemente beinhalten. Die Kombination aus den verschiedenen Elementen eröffnet neue Handlungsmöglichkeiten in der Hilfeleistung.

5.1. Klinische Sozialarbeit (Pekert)

Im deutschsprachigen Raum nimmt die Bekanntheit der Klinischen Sozialarbeit mehr und mehr zu. Es gibt mehr Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten für diesen Bereich (vgl. Geißler-Piltz/Mühlum/Pauls 2005, S. 11). In den USA verlief die Entwicklung der clinical social work anders als im deutschsprachigen Raum, obwohl die gemeinsamen Wurzeln in der Einzelfallhilfe liegen. Die clinical social work gehört in den USA zu den meisten Handlungsfeldern der Sozialarbeit dazu. Der Grund für die unterschiedliche Entwicklung, von Amerika und Europa, liegt im Aufkommen des Nationalsozialismus in Europa, welcher die Entfaltung der Klinischen Sozialarbeit unterbrach (vgl. ebd., S. 131ff.). Klinische Sozialarbeit wird von dem American Board of Examiners wie folgt beschrieben. Diese Definition ist weitestgehend auch auf den deutschsprachigen Raum übertragbar:

“Clinical social work is a mental-health profession whose practitioners, educated in social-work graduate schools and trained under supervision, master a distinctive body of knowledge and skill in order to assess, diagnose, and ameliorate problems, disorders, and conditions that interfere with healthy bio-psychosocial functioning of people-individuals, couples, families, groups-of all ages and backgrounds” (Definition clinical social work 2016).

Bei der Klinischen Sozialarbeit orientiert man sich also an dem bio-psycho-sozialen Modell, welches sowohl das körperliche und psychische als auch das soziale Wohl

miteinbezieht. Die drei Komponenten stehen miteinander in Beziehung und können sich gegenseitig beeinflussen (vgl. Geißler-Piltz/Mühlum/Pauls 2005, S. 21f.).

Im Allgemeinen arbeiten Klinische SozialarbeiterInnen mit Menschen, welche durch ihre körperliche Erkrankung, psychisch und sozial beeinträchtigt sind oder durch ihre sozialen Probleme, psychisch und körperlich erkranken (vgl. ebd., S. 14.). Bei der Arbeit mit den KlientInnen besteht ein integrierender Handlungsansatz, welcher den KlientInnen helfen soll, mit ihrer Umwelt klar zu kommen. Die Klinische Sozialarbeit übernimmt durch diesen integrierenden Ansatz auch psychotherapeutische Ansichten. Das Methodenrepertoire ist sehr vielfältig und umfasst folgende Verfahren:

- Psychosoziale Beratung
- Sozialtherapie und psychotherapeutische Hilfen
- Soziale Unterstützung und Case Management
- Krisenintervention
- Soziale Prävention und Rehabilitation
- Psychoedukation (vgl. ebd., S. 104-115).

5.2. Traumapädagogik (Pekert)

Bevor die Traumapädagogik beschrieben werden kann, sollte der Begriff des Traumas erläutert werden. Das Wort stammt ursprünglich aus dem Griechischen und bedeutet "Wunde" (vgl. Duden Trauma 2016, o. S.). In der Psychologie wird es heute als "starke psychische Erschütterung, die [im Unterbewusstsein] noch lange wirksam ist" (ebd. 2016, o. S.) verstanden.

Traumatische Erlebnisse sind für die betroffenen Personen daher schockierende Situationen, von denen sie überrascht werden. Sie treten unerwartet auf und die Personen können aus dieser Situation nicht entkommen, sind ihr also ausgeliefert. Daher kommt es im Körper zu starken Stressreaktionen, welche die Hirnfunktion für einige Zeit

vermindern. Die traumatischen Erlebnisse werden im Gehirn gespeichert. Durch Reize, welche mit diesem Erlebnis neuronal verbunden sind, können sogenannte Flashbacks hervorgerufen werden. Eine betroffene Person erinnert sich durch einen Reiz wieder an die traumatische Situation und kann dadurch Angstzustände, Panikanfälle, Impulsdurchbrüche, Schlafprobleme oder andere Störungen bekommen (vgl. Besser 2013, S. 45ff.).

Nun stellt sich die Frage, warum eine spezielle Traumapädagogik notwendig ist? Kühn stellt grundsätzlich fest, dass es heute vermehrt Entwicklungsrisiken für Kinder gibt und sich dadurch auch Schwierigkeiten bei der Erziehung häufen. Durch das Miteinbeziehen der Traumarbeit in die Pädagogik ergeben sich neue Sichtweisen und Möglichkeiten bei den Interventionen. Er zählt vier Gründe für eine Traumapädagogik auf:

- In der Heimerziehung gibt es auch heute noch Gewalt. Zwar nicht mehr in dieser Form und diesem Ausmaß, wie im vergangenen Jahrhundert, aber dennoch gibt es sie. Die Traumapädagogik spricht sich hier klar für eine Aufklärung solcher Vorfälle aus und möchte diese aufdecken.
- Bereits in vielen klassischen Werken, wie beispielsweise von Wygotsky und Aichhorn, wurde auffälliges Verhalten von Kindern, Jugendlichen oder Menschen mit Behinderung oft mit traumatischen Erfahrungen in Verbindung gebracht. Diese Texte beinhalten viele relevante Ansätze für die heutige Traumapädagogik.
- In der Pädagogik spielt die Interdisziplinarität eine wichtige Rolle. Neue Erkenntnisse aus Medizin, Psychologie oder anderen Disziplinen bieten Entwicklungsmöglichkeiten in der Pädagogik. Vor allem neues Wissen der vergangenen Jahre über das menschliche Gehirn führte zu neuen Sichtweisen in der Pädagogik und ermöglichte es somit, passendere Maßnahmen einzusetzen.
- Mit den steigenden Herausforderungen im pädagogischen Alltag, besonders in stationären Einrichtungen, kommt es immer häufiger zu Situationen, in denen die PädagogInnen nicht weiterwissen. Sie werden mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen konfrontiert, wissen jedoch wenig über Traumata und deren

Auswirkungen auf das Verhalten. Um dieser Ratlosigkeit zu entkommen, hilft es sich der Traumapädagogik zu bedienen (vgl. Kühn 2013, S. 24-28).

Befinden sich traumatisierte Menschen in einer betreuten Einrichtung, ist es meist so, dass sie außerhalb der Therapie nicht über ihre Traumata sprechen sollten. In den beiden Einrichtungen Ubuntu und ReethiRa haben sich PädagogInnen und TherapeutInnen auf ein neues Konzept geeinigt, von dem alle Seiten profitieren. Die BezugsbetreuerInnen können mit ihren KlientInnen in die Therapiesitzung mitgehen, um als Stütze zu fungieren. Sollte eine/r der KlientInnen nach einer Therapieeinheit instabil sein, gibt es einen Notfallplan, eventuelle Medikamente und Stabilisationsmöglichkeiten, die die BetreuerInnen durchführen können. Durch diese Zusammenarbeit von PädagogInnen und TherapeutInnen lässt sich ein besseres Arbeitsklima feststellen und bei den KlientInnen gibt es weniger klinische Einweisungen und Therapieabbrüche (vgl. Halper/Orville 2013, S. 105-112).

Die Methoden der Traumapädagogik sind sehr von den Traumatisierungen der KlientInnen abhängig. Bevor eine Intervention gesetzt wird, sollte auf den derzeitigen Zustand des/der Klienten/in geachtet werden. In der Traumapädagogik gibt es den so genannten "sicheren Ort". Dieser sichere Ort kann für jede Person anders aussehen, dennoch besteht dessen Aufgabe darin, den Menschen ein Gefühl der Sicherheit zu vermitteln. Des Weiteren ist es als Pädagoge/in besonders wichtig, sich selbst über die eigenen Gefühle, Handlungen und Grenzen im Klaren zu sein. Wenn man selbst gelassen ist und die Kontrolle über eine Situation hat, werden die gesetzten Maßnahmen wirkungsvoller sein. Der Aufbau von Beziehungen zu den KlientInnen und auch deren Pflege gehört, wie in jeder pädagogischen Arbeit, auch in der Traumapädagogik dazu. Ohne eine positive Beziehung zwischen PädagogInnen und Betroffenen wird die gesamte Arbeit schwierig. Auch die Beziehungen der KlientInnen zu Familie und Bekannten muss geachtet werden und Bedarf manchmal auch Unterstützung. Dieses Wissen über die Beziehungen zu Anderen und das Leben des/der Klienten/in ermöglichen es den BetreuerInnen, die KlientInnen besser zu verstehen. Durch die Traumatisierung verlieren die KlientInnen meist ihr Selbstwertgefühl und fühlen sich ohnmächtig, Kontrolle auszuüben (vgl. Baierl 2014, S. 80-85). Daher "ist es notwendig, wieder Boden unter die Füße zu bekommen sowie die eigenen Körperreaktionen, Gefühle und Verhaltensweisen

neu steuern zu lernen” (Baierl 2014, S. 85). Baierl nennt noch die Entwicklung neuer Wahrnehmungs- und Denkmuster, das Bilden eines neuen Selbst- und Weltbildes, die Integration der traumatischen Erfahrungen, spirituelle Rituale und der Einbezug der Lebensfreude als Handlungsmöglichkeiten der Traumapädagogik (vgl. Baierl 2014, S. 98-105).

5.3. Psychoanalytische Sozialarbeit (Pekert)

Sigmund Freud legte den Grundstein für die Psychoanalytische Sozialarbeit. Die “Analyse der Phobie eines fünfjährigen Knaben” von Freud ist als erster Beleg der psychoanalytischen Beratung zu sehen. Durch die Arbeiten von August Aichhorn, Siegfried Bernfeld und Wera Schmidt gelangte die Psychoanalytische Pädagogik mehr in den Vordergrund (vgl. May 2008, S. 205f.). Durch den Nationalsozialismus stagnierte die Entwicklung im deutschsprachigen Raum und erst in den 1970er Jahren etablierte sich die psychosoziale Sozialpädagogik (vgl. Günter 2010, S. 250f.).

Wie der Name schon verrät, werden hierbei psychoanalytische Methoden im sozialen Bereich angewendet. Oft gibt es bei Personen mit sozialen Schwierigkeiten auch psychische Störungen. In solchen Situationen kommt meist die psychoanalytische Sozialpädagogik zur Anwendung. Diese Kombination birgt jedoch auch Widersprüchlichkeiten, denn die Psychoanalyse beschäftigt sich mit dem inneren Befinden einer Person, wie Gedanken und Fantasien. Die Sozialarbeit bemüht sich um die Partizipation aller Menschen am sozialen Leben und hilft, die Lebensumstände zu verbessern (vgl. ebd., S. 249f.).

Doch gerade durch diese Differenzen “(...) bietet sich die Psychoanalytische Sozialarbeit als Möglichkeit an, sozialarbeiterische Hilfestellung in der realen Lebenswelt mit einer Arbeit an Beziehungsstrukturen, seelischen Problemen und Kompetenzen des betreffenden Klienten und seines Umfeldes zu verbinden” (Günter 2010, S. 250).

Die Arbeit findet direkt in der Lebenswelt der KlientInnen statt, berücksichtigt jedoch auch die psychischen Belastungen, welche sich oft in unpassendem sozialen Verhalten äußern. Durch die psychoanalytische Sicht werden die inneren Probleme erkannt und die

daraus entstandenen (Gegen-) Übertragungen werden berücksichtigt. Die Betrachtung der inneren Probleme und deren Folgen auf das Verhalten ermöglichen die Zusammenstellung einer passenden Hilfe für die KlientInnen. Die Anwendungsbereiche der Psychoanalytischen Sozialarbeit reichen daher von psychotischen, autistischen Kindern und Jugendlichen über dissoziale Entwicklungen, psychische Störungen, hin zu Frühförderung, Mediation und einigem mehr (vgl. Günter 2010, S. 251-257).

5.4.Familientherapie (Pekert)

In den 1950er Jahren begannen PsychiaterInnen nicht nur ihre/n Patienten/in, sondern auch deren Familien in die Sitzungen miteinzubeziehen. Eigentlich war dies in der Therapie nicht so vorgesehen, doch die TherapeutInnen erkannten, dass dies eine neue Sichtweise auf die Probleme des/der PatientIn zuließ. Die Familientherapie entstand also eher zufällig, zählt jedoch heute zu den anerkannten Formen (vgl. Pfeifer-Schaupp 1995, S. 21). Bei der Familientherapie geht es also darum, die “Entstehung aller Störungen auf ihrem familiären Hintergrund zu sehen und zur Behandlung grundsätzlich alle Familienmitglieder einzuladen” (Pfeifer-Schaupp 1995, S. 21).

Es lassen sich jedoch mehrere Arten der Familientherapie unterscheiden, da viele Psychotherapierichtungen ihre eigene gestaltet haben. Vor allem die systemische Familientherapie ist sehr bekannt geworden (vgl. Galuske 2013, S. 233f.). Pfeifer-Schnaupp spricht hier von der systemisch-konstruktivistische Perspektive. Hierbei lassen sich sechs größere Entwicklungen beschreiben:

- Es gibt nicht nur das eine System “Familie”, sondern es werden alle möglichen Systeme integriert, wie zum Beispiel Organisationen.
- Die ExpertInnen sind Teil des Systems, welches sie auch mitgestalten.
- Maßnahmen und Interventionen führen nicht immer zum geplanten Ziel oder werden nicht angenommen. Mit dieser Tatsache hat sich der systemisch-konstruktivistische Ansatz abgefunden. Lebende Systeme lassen sich nicht von äußeren Interventionen kontrollieren.

- Die systemisch-konstruktivistische Perspektive lässt Methodenpluralismus zu und auch widersprüchliche Ideen werden eingesetzt. Dies wird als “systemische Respektlosigkeit” bezeichnet.
- Im Blick der Interventionen sind nicht die Menschen selbst, sondern ihre Verhaltensweisen und Wirklichkeitskonstruktionen.
- Die Probleme werden in den Hintergrund gerückt, stattdessen werden mögliche Lösungen erarbeitet und deren Realisierung bearbeitet (Pfeifer-Schnaupp 1995, S. 53ff.).

Diese Weiterentwicklung der Familientherapie bietet viele Möglichkeiten für die Sozialpädagogik. Teile des systemisch-konstruktivistischen Ansatzes lassen sich in die Soziale Arbeit übernehmen (vgl. Pfeifer-Schnaupp 1995, S. 151-156).

Galuske benennt die Familientherapie in einem seiner Werke als Methode bzw. Konzept der Sozialpädagogik. Jedoch kritisiert er die Familientherapie, da der/die TherapeutIn während der Intervention die Leitung übernimmt und somit die Hierarchie des Systems verschoben wird. Die Partizipation, welche in der Sozialpädagogik eine wesentliche Rolle spielt, wird somit in den Hintergrund gerückt.

Galuske betont aber, dass die systemische Familientherapie sehr wohl mit Strategien arbeitet, die in die sozialpädagogische Arbeit übernommen werden können. Diese Strategien müssen lediglich für die Sozialpädagogik modifiziert werden, damit sie den Handlungen gerecht werden (vgl. Galuske 2013, S. 240f.).

Abschließend zu diesem Kapitel wurde die Grafik 5 entwickelt, welche, die in dieser Arbeit beschriebenen Schnittstellen von Sozialpädagogik und Psychotherapie, übersichtlich darstellt. Die hier angeführten Verbindungen der beiden Disziplinen, stellen keine gesamte Sammlung aller Schnittstellen dar. Sie sind nur eine Auswahl, der am bekanntesten Konzepte bzw. derer, die während der Literaturrecherche gefunden wurden.

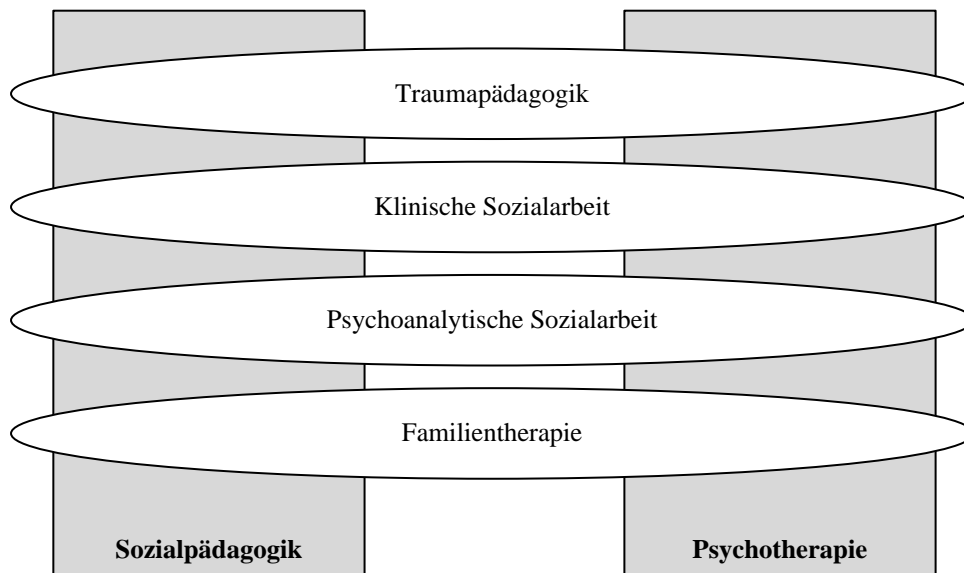


Abb. 5: Schnittstellen von Psychotherapie und Sozialpädagogik (eigene Darstellung).

6. Kinder- und Jugendhilfe Steiermark (Čurk/Pekert)

Dieses Kapitel wird in der vorliegenden Arbeit beschrieben, da die Forschung in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe stattgefunden hat. An dieser Stelle soll nur ein grober Überblick über die Kinder- und Jugendhilfe Steiermark gegeben werden, da eine tiefergehende Beschreibung das Ziel der Masterarbeit verfehlen würde.

Grundlage der Kinder und Jugendhilfe bildet das 2013 in Kraft getretene Kinder- und Jugendhilfegesetz, welches das Jugendwohlfahrtsgesetz von 1989 bundesweit abgelöst hat (vgl. KJHG RIS 2013 §47). Für die Steiermark gilt außerdem das steiermärkische Kinder- und Jugendhilfe Gesetz, welches ebenfalls 2013 in Kraft getreten ist (vgl. STKJHG RIS 2013). Träger der Kinder- und Jugendhilfe ist das Land Steiermark (vgl. STKJHG RIS 2013, §5).

Um das Arbeiten mit Kindern und Jugendlichen möglich zu machen, muss zuerst definiert werden, wer unter diese Bezeichnung fällt. Laut dem Gesetz sind Kinder und Jugendliche „Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben“ (vgl. STKJHG RIS 2013, §3).

Das Ziel der Kinder- und Jugendhilfe ist, die Fähigkeiten der Kinder und Jugendlichen sowie deren Erziehung zu fördern. Dabei liegt der Fokus auch auf der Förderung der Eltern, welche bei ihren Aufgaben Unterstützung erhalten sollen, sowie Grundsätze für eine fördernde Erziehung der Kinder kennen lernen sollen. Des Weiteren sollen Kinder und Jugendliche vor Gewalt in Bezug auf Erziehung und Pflege geschützt werden. Die Kinder- und Jugendhilfe hat sich auch zum Ziel gesetzt, Kinder und Jugendliche - wenn möglich - wieder in ihre Herkunftsfamilien zurückzuführen und wenn nötig dort passende Hilfen anzubieten (vgl. STKJHG RIS 2013, §2).

6.1.Aufgaben (Pekert)

Im Bundes- Kinder- und Jugendhilfegesetz werden folgende Aufgaben beschrieben, welche die Ziele der Kinder- und Jugendhilfe berücksichtigen:

- “1. Information über förderliche Pflege und Erziehung von Kindern und Jugendlichen;
2. Beratung bei Erziehungs- und Entwicklungsfragen und familiären Problemen;
3. Hilfen für werdende Eltern, Familien, Kinder und Jugendliche zur Bewältigung von familiären Problemen und Krisen;
4. Gefährdungsabklärung und Hilfeplanung;
5. Erziehungshilfen bei Gefährdung des Kindeswohls hinsichtlich Pflege und Erziehung;
6. Zusammenarbeit mit Einrichtungen, Behörden und öffentlichen Dienststellen;
7. Mitwirkung an der Adoption von Kindern und Jugendlichen;
8. Öffentlichkeitsarbeit zu Zielen, Aufgaben und Arbeitsweisen der Kinder- und Jugendhilfe” (KJHG RIS 2013, § 3).

Das steiermärkische Kinder- und Jugendhilfegesetz beruht auf dem bundesweiten Kinder- und Jugendhilfegesetz. Daher gelten die hier angeführten Aufgaben ebenfalls in der Steiermark (vgl. STKJHG RIS 2013). Durch diese definierten Aufgaben, ergeben sich spezifische Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe, welche im folgenden Kapitel näher beschrieben werden.

6.2. Verschiedene Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe (Čurk/Pekert)

Die Leistungen der Kinder und Jugendhilfe gliedern sich nach der DVO 2005 in drei unterschiedliche Bereiche, denen die verschiedenen Angebote zugeordnet sind.

So wird zwischen folgenden unterschieden:

- Stationären Leistungsangeboten: Hierzu zählen beispielsweise Kinder- und Jugendwohngruppen, Wohngemeinschaften für Mütter mit Kind und Betreutes Wohnen.
- Stationäre Zusatzangebote sind therapeutische WG- Unterstützung und Intensivbetreuung mit besonderer Beschulung in Wohngemeinschaften.
- Mobile und/oder ambulante Leistungsangebote sind unter anderem Erziehungshilfen, sozialpädagogische Familienbetreuung und Sozialbetreuung. Die Psychotherapie fällt ebenfalls unter diesen Punkt der Leistungen (vgl. Leistungsbeschreibung 2013, S. 1).

Wir haben unsere Forschung für die vorliegende Masterarbeit in stationären und ambulanten Leistungsangeboten durchgeführt.

6.3. Sozialraumorientierung (Čurk)

Graz geht im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe in Österreich einen bisher einzigartigen Weg und setzt das Konzept der Sozialraumorientierung um. Das Pilotprojekt zur Sozialraumorientierung in Graz startete 2004. Da wir unsere Forschung in Graz durchgeführt haben, erschien es uns notwendig diese Besonderheit kurz zu beschreiben.

Beim Konzept der Sozialraumorientierung (siehe auch Kapitel 2.5.3.) geht es vor allem darum, sich an dem Willen der KlientInnen zu orientieren und passgenaue Hilfen anzubieten und nicht vorgegebene Angebote darzulegen. Graz hat sich zum Ziel gesetzt,

solche passgenauen Hilfen in unmittelbarer Nähe des Wohnortes anzubieten. Des Weiteren soll die Zusammenarbeit und Interaktion von Jugendamt, sowie Institutionen im Sozialraum enger und besser werden. Administrative Abläufe sollen vereinfacht werden und die Personen im Sozialraum sollen aktiver in die Arbeit miteinbezogen werden, anstatt nur betreut zu werden (vgl. Grundlagenpaper SRO 2009, S. 5f.).

Als Vorbild für die Erarbeitung und Umsetzung des Sozialraumkonzepts in Graz dienten Städte wie Stuttgart oder Berlin, in welchen das Konzept schon erfolgreich umgesetzt wird (vgl. ebd., S. 7). Graz wurde, wie auf Abbildung 6 zu sehen ist, in vier Sozialräume eingeteilt:



Abb. 6: Einteilung der Sozialräume Graz (modifiziert übernommen aus: Dachverband Sozialraumorientierung 2016).

Die Arbeit im Sozialraum gliedert sich in fallspezifische Arbeit, fallübergreifende Arbeit und fallunspezifische Arbeit. Fallspezifisch meint auf einen Fall eine Familie bezogene Arbeit, unter fallübergreifender Arbeit wird die Arbeit mit verschiedenen Personen verstanden, welche sich in ähnlichen Problemlagen befinden. Fallunspezifische Arbeit zielt nicht auf einen bestimmten Fall ab, sondern hat den sozialen Raum und dessen Ressourcen im Blick und versucht diesen zu stärken (vgl. Grundlagenpaper SRO 2009, S. 6).

7. Empirischer Zugang (Čurk/Pekert)

In diesem Kapitel folgt die empirische Forschung, welche selbst durchgeführt wurde.

Bei qualitativer Forschung ist es relevant, das Forschungsvorhaben, sowie dessen Ablauf und Umsetzung zu beschreiben, da keine standardisierten Verfahren angewendet werden. Das Vorgehen richtet sich spezifisch auf den Untersuchungsgegenstand (vgl. Mayring 2002, S. 144f.).

Aus diesem Grund sollen zuerst die Forschungsfrage, sowie das Forschungsziel aufgezeigt werden. Anschließend werden die verwendeten Methoden beschrieben, dazu zählt das Leitfadeninterview, sowie die Auswertungsmethode nach Mayring. Um die Auswahl, sowie die Zusammensetzung der Stichprobe nachvollziehen zu können wird diese ebenfalls kurz beleuchtet.

Den Hauptteil der empirischen Darstellung bildet die Präsentation und Diskussion der Ergebnisse, welche sich aus der Interviewanalyse ergeben haben.

7.1.Forschungsfrage und Forschungsziel (Čurk/Pekert)

Ziel unserer Arbeit ist es aufzuzeigen, wie die Zusammenarbeit von SozialpädagogInnen und PsychotherapeutInnen abläuft. Des Weiteren sollen Unterschiede und Gemeinsamkeiten der beiden Disziplinen herausgearbeitet werden.

Aus unserem Zielvorhaben haben sich für uns folgende Forschungsfragen ergeben:

- Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit von SozialpädagogInnen und PsychotherapeutInnen bei Angeboten der Kinder- und Jugendhilfe Graz?
- Welche Unterschiede und Ähnlichkeiten weisen die beiden Disziplinen auf?
- Welchen Bedarf an Ausbau und Veränderung der Zusammenarbeit gibt es oder ist erwünscht?

7.2. Stichprobe (Čurk/Pekert)

Für die vorliegende Forschung wurden SozialpädagogInnen und PsychotherapeutInnen interviewt.

Die Auswahl der Stichprobe erfolgte nach folgenden Kriterien:

- Die SozialpädagogInnen und PsychotherapeutInnen sind in der Kinder- und Jugendhilfe Graz tätig
- Der Befragungsraum beschränkt sich auf Graz.

Für die Auswahl der Einrichtungen und Angebote der Kinder- und Jugendhilfe orientierten wir uns an der Liste der Träger und Einrichtungen der Kinder und Jugendhilfe Steiermark, welche sich auf der Homepage des Dachverbandes² der steirischen Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen befindet.

Zur Kontaktaufnahme wurde ein Flyer (siehe Anhang) gestaltet, der das Forschungsvorhaben kurz skizziert. Dieser wurde bei den E-mail Aussendungen mitgeschickt. Details wurden telefonisch geklärt.

Für die Forschung war die Durchführung von 16 Interviews geplant, wobei 8 mit SozialpädagogInnen und 8 mit PsychotherapeutInnen geführt werden sollten.

Jedoch gestaltete sich die Kontaktaufnahme zu den PsychotherapeutInnen als schwierig. Außerdem war das Interesse, sich für ein Interview zur Verfügung zu stellen bei dieser Personengruppe eher gering.

Aus diesem Grund setzt sich die endgültige Stichprobe aus 10 SozialpädagogInnen und 6 PsychotherapeutInnen zusammen.

² Mitglieder des Dachverbandes: <http://www.dachverband.or.at/cms/Mitglieder.28.0.html>

7.3. Durchführung der Interviews (Čurk/Pekert)

Die Interviews wurden im Zeitraum vom 4.5.2016 bis 13.6.2016 durchgeführt. Die 16 Interviews wurden mit Personen von 8 verschiedenen Einrichtungen abgehalten. Ort der Durchführung war meist in den Einrichtungen, nur zwei Interviews wurden in Räumlichkeiten der Universität durchgeführt. Die Dauer der Interviews variiert zwischen 16 Minuten 48 Sekunden und 100 Minuten 21 Sekunden. Einen Grund für den starken Unterschied der Länge der Interviews sehen wir darin, dass einige Interviews während der Arbeitszeit der InterviewpartnerInnen durchgeführt wurden und somit kürzer ausfielen,

Vor Beginn der Interviews wurde eine Erhebungsvereinbarung ausgehändigt, welche von den interviewten Personen unterschrieben werden musste. In dieser wurden den Personen die Anonymität, sowie die ausschließliche Verwendung des Interviewmaterials für die Masterarbeit zugesichert.

15 der insgesamt 16 Personen stimmten der digitalen Aufnahme, sowie der Transkription des Interviews zu. Eine Person stimmte einer Aufnahme des Gesprächs nicht zu, bejahte jedoch die Erstellung eines schriftlichen Protokolls während dem Interviewgespräch. Zur Übersicht über die durchgeführten Interviews folgt nun eine Tabelle:

Interview-partnerIn	Ausbildung	Dauer	Datum	Durchführung
SP1	Dipl. Sozialarbeiterin	40 min 32 s	4.5.2016	Čurk
SP2	Lehrer, Zusatzausbildungen zum Sozialpädagogen, nicht anerkannte therapeutische Ausbildung	53 min 37 s	9.5.2016	Pekert
SP3	Sozialarbeiterin	24 min 14 s	4.5.2016	Pekert
SP4	Sozialpädagoge	35 min 28 s	9.5.2016	Čurk
SP5	Sozialpädagoge	16 min 48 s	25.5.2016	Čurk
SP6	Sozialpädagogin	10 min 17 s	25.5.2016	Čurk

SP7	Kindergartenpädagogin, Sozialpädagogin, Traumapädagogin	24 min 21 s	30.5.2016	Pekert
SP8	Kindergartenpädagogin, Hortlerzieherin, Spielpädagogin, Kreativtrainerin, Systemische Familienbegleiterin	21 min 46 s	30.5.2016	Pekert
SP9	Sozialarbeiterin	22 min 44 s	30.5.2016	Pekert
SP10	Sozialpädagogin, Familienberaterin	33 min 49 s	30.5.2016	Pekert
PT1	Systemische Psychotherapeutin, Ärztin	23 min 21 s	31.5.2016	Curk
PT2	Systemisch Psychotherapeutin	25 min 36 s	13.6.2016	Curk
PT 3	Systemische Familientherapeutin, Sozialpädagogin	30 min 30 s	20.5.2016	Curk
PT4- Protokoll	Systemische Familientherapeut, Sozialpädagoge	100 min 21 s	20.5.2016	Curk
PT5	Hypnotherapeut, Klinischer Psychologe, Pädagoge	41 min 18 s	30.5.2016	Pekert
PT6	Integrativer Gestalttherapeut	31 min 32 s	1.6.2016	Pekert

Tab. 7: Übersicht der geführten Interviews (eigene Darstellung).

7.4. Erhebungsmethode (Čurk/Pekert)

Für die Durchführung unseres Forschungsvorhabens haben wir uns für ein leitfadengestütztes ExpertInneninterview entschieden.

“Das Interview ist eine systematische Methode zur Informationsgewinnung, bei dem Personen durch Fragen oder Stimuli in einer asymmetrischen Kommunikationssituation zu Antworten motiviert werden” (Reinders 2011, S. 86).

Ein Interview unterscheidet sich von einem Alltagsgespräch darin, dass dem Interview eine zielgerichtete Fragestellung zu Grunde liegt (vgl. ebd., S. 85). Ein Interview kann als konstruiertes Gespräch verstanden werden, bei dem eine Person die Fragen stellt und die zweite antwortet (vgl. Lamnek 2010, S. 301).

Ein qualitatives Interview sollte in allen Schritten transparent und nachvollziehbar sein. Bei der Durchführung von Interviews braucht der/die Befragte wenig Vorwissen, da oft eher subjektive Eindrücke abgefragt werden und der Zugang zum Forschungsthema sehr weit sein kann (vgl. Reinders 2011, S. 85f.). Da die Interviewsituation einer alltäglichen Gesprächssituation oft sehr ähnlich ist, kann sich die Dauer der geführten Interviews enorm unterscheiden (vgl. Lamnek 2010, S. 323).

Um den Interviews eine Strukturiertheit zu geben und eine Vergleichbarkeit der verschiedenen Interviews zu ermöglichen, haben wir uns für ein leitfadengestütztes Interview entschieden. Die Fragen des Interviews haben sich aus dem theoretischen Teil der Arbeit ergeben, dies bedeutet das von Seiten der Verfasserinnen ein Vorwissen der Thematik nötig war. Ein leitfadengestütztes Interview bietet trotz der Strukturierung eine Flexibilität bezüglich der Reihenfolge der Fragen (vgl. Friebertshäuser/Langer 2010, S. 439).

Mit dem erstellten Leitfaden wurden ExpertInnen, welche in unserem Fall SozialpädagogInnen und PsychotherapeutInnen waren, interviewt. Da bei uns zwei Gruppen von ExpertInnen befragt wurden, wurde der Leitfaden, wie bei ExpertInneninterviews üblich, an die jeweilige Gruppe angepasst (vgl. Bogner/Littig/Menz 2014, S. 30).

Ein/e Experte/in ist laut Duden jemand, der ein “Fachmann” oder “Kenner” ist. Der Begriff kommt vom Lateinischen “expertus” und bedeutet so viel wie “erprobt, bewährt” (vgl. Duden Experte 2016, o. S.).

Der Begriff des Experten kann sehr unterschiedlich ausgelegt werden und kann in jedem Kontext etwas anderes bedeuten. In Bezug auf das ExpertInneninterview “[ist] der Experte ein Konstrukt des Forschers *und* der Gesellschaft” (Bogner/Littig/Menz 2014, S. 11).

7.5. Auswertung (Čurk/Pekert)

Die Auswertung der Interviews beginnt bereits bei der Transkription. Wie die Verschriftlichung gestaltet wird, beeinflusst die weitere Auswertung (vgl. Langer 2010, S. 515). Wir haben uns für die Auswertungsmethode der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring entschieden. Zur Erleichterung der Bearbeitung des Materials wurde die Software MAXqda verwendet. Diese einzelnen Auswertungsschritte werden in den folgenden Unterkapiteln näher beschrieben.

7.5.1. Transkription

Bei der Transkription beschäftigt man sich gründlich mit den geführten Interviews. Insbesondere wenn das selbst geführte Interview transkribiert wird, dann ist der Bezug sehr stark und das Interview wird reflektiert. Während des Prozesses der Transkription werden bereits einige Interpretationsversuche unternommen, welche als Memos notiert werden können (Langer 2010, S. 517). Erste Ideen zur Interpretation wurden auch von uns bereits während des Transkribierens aufgeschrieben.

Je nach Art des Forschungsinteresses hängt es davon ab, ob das vollständige Interviewmaterial verschriftlicht werden soll oder nur Teile. Außerdem kann es auch Unterschiede bei der Detailgenauigkeit der Verschriftlichung geben. Damit ist gemeint, ob auch Gesten, Husten oder Blicke im Transkript erwähnt werden (Langer 2010, S. 518f.).

Für unsere Masterarbeit haben wir uns entschieden, Gesten, Blicke und dergleichen nicht zu erwähnen. Das einzige, was uns relevant erschien anzuführen, war das Lachen einer Person. Da es für die Bedeutung des Gesagten wesentlich ist, ob dabei gelacht wird oder nicht. Da wir die Masterarbeit zu zweit verfassen, war es notwendig, die Transkriptionsregeln einheitlich zu halten, damit jede von uns mit allen Transkripten arbeiten konnte. Um die Anonymität der interviewten Personen zu gewährleisten, wurden Namen, Orte und ähnliches von uns geändert. Die genauen Regeln befinden sich im Anhang.

7.5.2. Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring

Für die Auswertung der Interviews wurde die Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring verwendet. Die Inhaltsanalyse wird für die Auswertung von unterschiedlichen Textmaterialien verwendet. Das Transkript alleine genügt jedoch nicht für den Einbezug in die Forschung, es muss zusätzlich interpretiert und analysiert werden (vgl. Mayring/Brunner 2010, S. 323).

Für die Inhaltsanalyse sind folgende Punkte charakteristisch:

- *“Kommunikation analysieren.*
- *fixierte Kommunikation analysieren.*
- *dabei systematisch vorgehen.*
- *dabei also regelgeleitet vorgehen.*
- *dabei auch theoriegeleitet vorgehen.*
- *das Ziel verfolgen, Rückschlüsse auf bestimmte Aspekte der Kommunikation zu ziehen” (Mayring 2010, S. 13).*

Bei der Inhaltsanalyse gibt es verschiedene Formen. In der vorliegenden Masterarbeit orientierten wir uns an der bekanntesten Technik, nämlich der Strukturierung welche anhand von Kategorien erfolgt. Die Kategorien wurden aus der vorliegenden Literatur und den bisherigen Forschungen entwickelt. Diesen deduktiven Kategorien wurden die

Textpassagen aus den Interviews zugeordnet (vgl. Mayring 2010, S. 92). Die Interviewpassagen werden anhand ihrer inhaltlichen und thematischen Komponenten ausgewählt und den entsprechenden Kategorien zugeteilt (vgl. Mayring 2010, S. 98).

Die nachstehende Grafik zeigt die einzelnen Schritte der qualitativen Inhaltsanalyse.

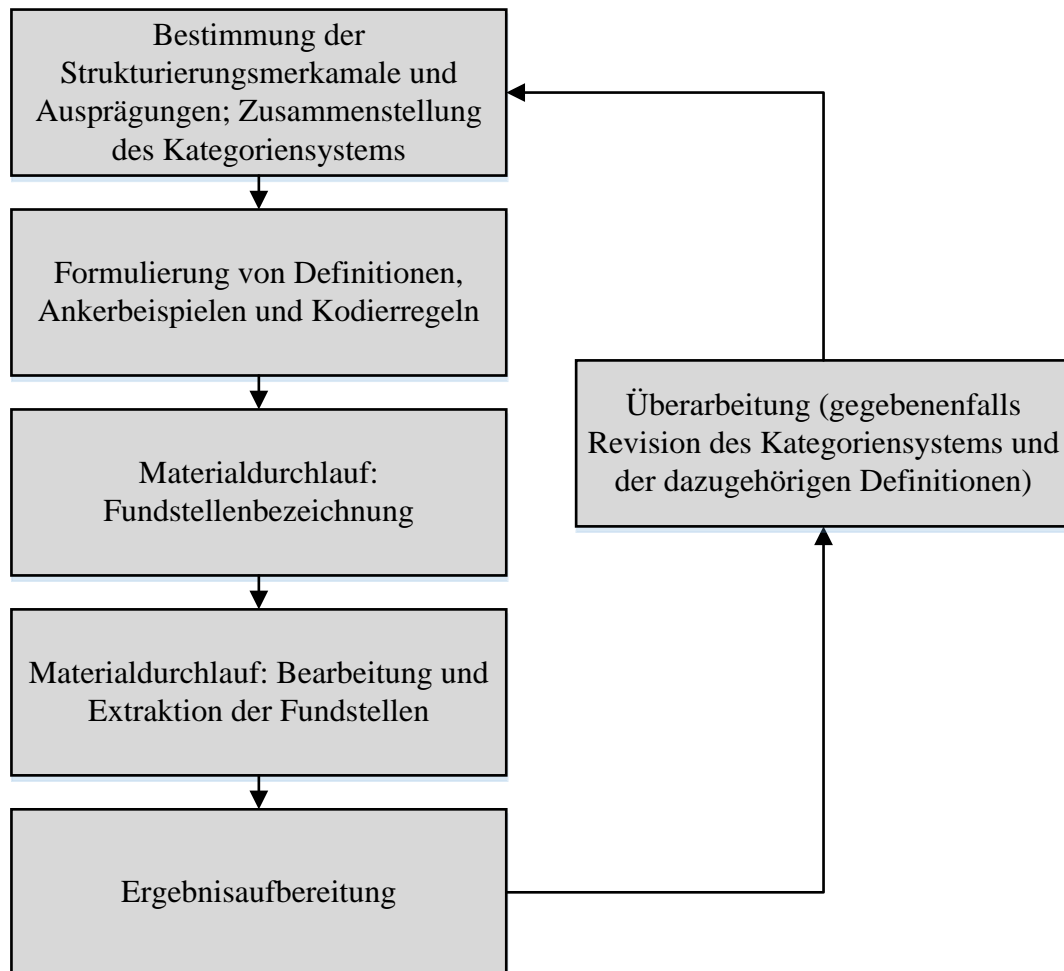


Abb. 7: Ablauf der Strukturierenden Inhaltsanalyse (modifiziert übernommen aus: Mayring 2002, S. 120).

Als Hilfsmittel für die Auswertung verwendeten wir das Softwareprogramm MAXqda. In diesem Programm können Codes erstellt werden und direkt zu den Textstellen zugeordnet werden (vgl. Heimgartner 2005, S. 230). Computergestützte Programme haben den Vorteil, dass sie das Arbeiten mit einer großen Anzahl an Interviews erheblich erleichtern. Zu beachten ist jedoch, dass das Programm lediglich eine Hilfestellung beim Auswerten darstellt und nicht die Analyse selbstständig durchführt (vgl. Bogner/Littig/Menz 2014, S. 83f.).

7.5.3. Kategoriensystem

Für die Analyse unseres Materials haben wir folgende Kategorien und die dazugehörigen Unterkategorien entwickelt, welche wie schon erwähnt, aus dem theoretischen Material abgeleitet wurden. Wie in der Tabelle zu sehen, gibt es vier Themen mit einer unterschiedlichen Anzahl von Unterkategorien, wobei die Kategorien für SozialpädagogInnen und PsychotherapeutInnen variieren können.

Grundverständnis	
Definition Sozialpädagogik	Definition Psychotherapie
Schnittstelle	
Unterschiede und Ähnlichkeiten	
Setting	
Wirkung	
Zuständigkeit	
Methoden	
Themen	
Werthaltungen	
Orientierungen	
Diagnose	
Kompetenzen	
Arbeitsfelder	
Zusammenarbeit	
Gestaltung der Zusammenarbeit	
Auswirkungen	
Vorteile	
Probleme und Spannungen	
Grenzen	
Entwicklungsbedarf	

Tab. 8: Kategoriensystem (eigene Darstellung).

7.6.Präsentation und Diskussion der Ergebnisse (Čurk/Pekert)

Im Folgenden werden die Ergebnisse der ausgewerteten Interviews dargelegt. Das Kapitel ist eingeteilt in vier Themenbereiche, denen die Kategorien untergeordnet sind.

Einleitend soll das Grundverständnis von Sozialpädagogik und Psychotherapie behandelt werden. Anschließend werden Unterschiede und Ähnlichkeiten der beiden Disziplinen anhand der von uns festgelegten Kategorien aufgezeigt. Danach wird auf die Zusammenarbeit von PsychotherapeutInnen und SozialpädagogInnen eingegangen. Abschließend werden die zukünftigen Herausforderungen, welche aus den Interviews ersichtlich waren, präsentiert. Die aus den Interviews entnommenen Textstellen werden zur besseren Unterscheidung in kursiver Schrift dargestellt. Die einzelnen Textstellen werden zur Nachvollziehbarkeit mit der jeweiligen Interviewkennzeichnung, sowie der entsprechenden Absatznummer versehen.

7.6.1. Grundverständnis

In diesem Kapitel soll aufgezeigt werden, wie PsychotherapeutInnen und SozialpädagogInnen ihre Disziplinen definieren und beschreiben. Außerdem wird auf die Schnittstelle der beiden Bereiche eingegangen.

Beschreibung von Sozialpädagogik

SP1 weist mit folgender Aussage darauf hin, wie groß das Tätigkeitsfeld der Sozialpädagogik ist:

“Grundsätzlich ist Soziale Arbeit - der ganze soziale Bereich - ein sehr breites Feld mit verschiedenen Aufgabenbereichen und Institutionen” (SP1, 8).

Wie im nachstehenden Zitat ersichtlich, wird diese Breite auch als Problem wahrgenommen, daher kann keine klare Definition von Sozialpädagogik gefunden werden. Dies bestätigte sich auch bei der Recherche über die Begriffserklärung, wie in Kapitel 2.1. ersichtlich. Selbst die interviewten ExpertInnen konnten keine eindeutige Beschreibung von Sozialpädagogik nennen, wobei man gerade bei Personen, die in diesem Feld tätig sind, dies erwarten würde.

“Ich glaube, dass ist auch so ein kleines Problem der Sozialpädagogik, dass es so unüberschaubar ist und dass der Begriff der Sozialen Arbeit dann oft falsch verwendet wird” (SP1, 8).

Verstärkt wird das Problem auch durch die missbräuchliche Verwendung des Begriffs “Soziale Arbeit” in anderen Kontexten, wie beispielsweise bei StraftäterInnen, wo es dann heißt, dass diese soziale Arbeit ableisten müssen. Laut SP1 wird die Sozialpädagogik bzw. die Soziale Arbeit so in ein schlechtes Licht gerückt (vgl. SP1, 8).

Die folgenden Aussagen beschreiben, wie SozialpädagogInnen ihre Disziplin wahrnehmen und was sie selbst darunter verstehen. Bei beiden Zitaten wird ersichtlich, dass die Arbeit mit Menschen sehr stark im Vordergrund steht. Sozialpädagogik wird als Begleitung und Unterstützung verstanden, wobei Probleme aufgearbeitet werden und so zu einem besseren Leben beiträgt:

“Sozialpädagogik ist mehr die Arbeit mit den Menschen (.) den Menschen zu begleiten, Stichwort ressourcenorientiert arbeiten, das Leben gelingender machen, wie es Thiersch beschreibt” (SP4, 6).

“(…) also Sozialpädagogik ist für mich die Arbeit mit Menschen, (.) Menschen auf unterschiedliche Weise und bei verschiedenen Problemen zur Seite zu stehen und sie zu unterstützen und Hilfe anzubieten” (SP1, 8).

Je nachdem in welchem Feld die befragten SozialpädagogInnen tätig sind, beschreiben sie den Begriff auch sehr unterschiedlich. Die nächste Textstelle bezieht sich daher, besonders auf den stationären Kinder- und Jugendhilfebereich. SP9 geht auf das alltägliche Zusammenleben mit den Kindern ein, mit allen Höhen und Tiefen.

“Sozialpädagogik bei uns da ist ein Stück weit leben mit den Kindern. Jetzt nicht irgendwelche theoretischen Konzepte, Entwürfe, sondern leben mit den Kindern, in allen Facetten die es mit sich bringt. In den schönen lustvollen Zeiten, in den ganz alltäglichen Dingen, wie ich muss dir beibringen wie das Ein-mal-Eins geht, bis hin zu den Eskalationen, die wir auch haben” (SP9, 6).

Beschreibung von Psychotherapie

Wie auch bei der Sozialpädagogik konnten die befragten PsychotherapeutInnen keine einheitliche Definition von ihrer Disziplin abgeben. Die Frage nach einer Beschreibung ihres Berufs wurde auf die subjektive Arbeit bezogen und fällt daher sehr unterschiedlich aus. Grundsätzlich gibt es wie auch bei der Sozialpädagogik eine Vielzahl an Definitionen von Psychotherapie, wie in Kapitel 3.1. erwähnt.

Bei den Aussagen von den uns interviewten PsychotherapeutInnen, zeigen sich viele Parallelen zu den Beschreibungen von Sozialpädagogik. Diese Parallelen spiegeln sich jedoch nicht in der wissenschaftlichen Literatur wider. Die Definitionen in der Literatur unterscheiden sich enorm von denen der Interviews. In den Texten zur Psychotherapie wird außerdem meist von PatientInnen gesprochen, hier in den Interviewaussagen wird der KlientInnen-Begriff, welcher auch in der Sozialpädagogik verwendet wird, bevorzugt.

“Psychotherapie ist so quasi das (2) Angebot einer planmäßigen Veränderungsmöglichkeit. Dass Menschen begleitet und unterstützt werden, Angebote bekommen. Das subjektiv erlebte Themen der KlientInnen, dass sie dort Unterstützung bekommen, um sich weiterentwickeln zu können. (.) Ja das sich die Themen weiterentwickeln können, immer im Sinne der KlientInnen” (PT6, 6).

In der darüberstehenden Interviewpassage wird Psychotherapie als Unterstützung und Begleitung von Menschen gesehen, um Veränderungen in deren Leben zu bewirken.

Diese Beschreibung von Psychotherapie ähnelt sehr der Aussage von SP5, 6 in der Sozialpädagogik ebenfalls als Unterstützung beschrieben wird.

Auch in der nachstehenden Beschreibung wird Psychotherapie eine unterstützende Funktion zugesprochen. Außerdem wird auf die Ressourcen und Fähigkeiten der KlientInnen Bezug genommen, welche relevant sind, damit sich das Leben der Personen verändern kann. Die Ressourcenorientierung wurde ebenfalls in einer Definition von Sozialpädagogik genannt.

“Aber Psychotherapie ist grundsätzlich für mich, den Klienten so zu unterstützen, dass sie mit ihren eigenen Ressourcen und Fähigkeiten ein gutes Leben leben können” (PT2, 6).

In der nachfolgenden Äußerung bezieht sich die Arbeit der TherapeutInnen auf die Probleme der KlientInnen, wobei wiederum das Ziel, das Leben des Menschen zu verbessern, im Vordergrund steht.

“Psychotherapie macht für mich aus, dass derjenige, der zu mir kommt ein Problem hat und ich ihm helfe das Problem zu bearbeiten. Also (.) es ist ein für mich eine Problemlösung, ein Problemlösungsweg und auch mit dem Sinn dahinter, dass die Lebensqualität des Betreffenden wieder besser wird” (PT1, 6).

Eine einzige Beschreibung von Psychotherapie unterscheidet sich von den Übrigen dahingehend, dass die Bearbeitung von psychischen Problemen und Erkrankungen als Tätigkeit eines/einer TherapeutIn hervorgehoben wird.

Das anschließende Zitat orientiert sich am ehesten an der gesetzlichen Definition, sowie den Erklärungen in der gefundenen wissenschaftlichen Literatur.

“Psychotherapie ist wichtig, wenn Menschen psychische Probleme haben, psychische Erkrankungen und aus diesem Grund mit ihrem Leben schwer zurechtkommen” (PT3, 6).

Beim Grundverständnis der Disziplinen konnten sowohl Unterschiede als auch Überschneidungen festgestellt werden. Wie auch schon in der Literatur ersichtlich, wird

bei der Psychotherapie von Krankheiten und psychischen Problemen gesprochen. Jedoch spielt auch das Begleiten und Unterstützen der KlientInnen für die TherapeutInnen, wie auch für die SozialpädagogInnen eine wichtige Rolle. Beide Berufsgruppen haben zum Ziel das Leben der KlientInnen zu verbessern. Die SozialpädagogInnen haben dafür mehr die sozialen Probleme und das Zusammenleben mit den KlientInnen betont.

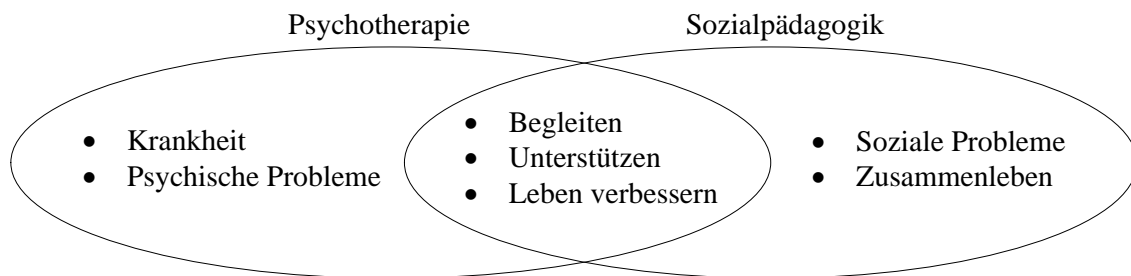


Abb. 8: Grundverständnis von Psychotherapie und Sozialpädagogik (eigene Darstellung).

Gemeinsame Konzepte

Bei der Frage nach gemeinsamen theoretischen oder praktischen Konzepten von Psychotherapie und Sozialpädagogik konnten meist keine Konzepte genannt werden. Vor allem den TherapeutInnen fiel es sichtbar schwer, ein Konzept zu benennen und so wurde oft geantwortet, dass sie keine kennen. So wurde von PT6 geäußert, ihm wären keine Konzepte bewusst, sehr wohl wurde aber gesagt, dass Überschneidungen in bestimmten Bereichen vorhanden sind (vgl. PT6, 8). Ebenfalls PT3 behauptete, es wären keine Konzepte bekannt.

Statt Konzepte aufzuzählen, wurde von den interviewten Personen vielmehr versucht, eventuelle Schnittstellen zu beschreiben. Wie im ersten Zitat ersichtlich, wurde eine Problemlage von KlientInnen beschrieben, in der PsychotherapeutInnen und SozialpädagogInnen zusammenarbeiten können und sich die beiden Disziplinen überschneiden.

“(...) wenn jemand sehr depressiv ist es genau so, dass du dich dann immer mehr einkapselst und durch alle sozialen Roste durchfliegst. (2) Also dass du dann kein Geld mehr hast, keinen Job mehr hast und die Freunde entfernen sich auch, dann ist vielleicht die Familie noch da. Und genau da finde ich ist

dies ein guter Ansatz, eine gute Verknüpfung zwischen Therapie und Sozialpädagogik” (PT1, 8).

SP1 macht die Schnittstelle an einer Einrichtung fest, in der TherapeutInnen und PädagogInnen gemeinsam KlientInnen helfen, welche ein Trauma erlitten haben. Als Einrichtung wird das Landeskrankenhaus Graz Süd-West, Standort Süd, vormalig LSF, eine psychiatrische Klinik in Graz genannt.

“(…) aber wenn ich jetzt so ans LSF denke, ich denke dort ist es schon so, wo jetzt Menschen sind mit Traumata oder so” (SP1, 10).

Wie in Kapitel 5.2. beschrieben, wird auch von SP2 als gemeinsames Konzept die Traumapädagogik genannt. Außerdem wird angemerkt, dass in letzter Zeit vermehrt Zusammenarbeit stattfindet.

“Hm, also es gibt jetzt diese Traumapädagogik. Das wäre sowas, wo ich sagen würde, da gibt es eine Vernetzung. Also so Schnittstellen und da merke ich das wird immer mehr” (SP2, 8).

In der nachfolgenden Textpassage werden gleich mehrere Konzepte erwähnt. Genannt werden die Existentielle Pädagogik, Traumapädagogik und die Neue Autorität. Interessant erscheint, dass alle drei Konzepte in der Therapie gründen und Teile davon in die Pädagogik übernommen werden.

“Mh also ich glaube eine Schnittstelle ist ganz klar ersichtlich in der Existenziellen Pädagogik, die ja auf der Logotherapie von Viktor Frankl beruht. Da ist ganz klar, dass die aus dem therapeutischen Kontext kommt. Und ein zweites Konzept ist die Traumapädagogik, die einfach diesen Begriff Traumata, der ja ganz stark aus der Therapie kommt, übernimmt und schaut was brauchen pädagogisch gesehen die Kinder, die ein Trauma haben. Und auch die Neue Autorität von Haim Omer, die auch ein Stück weit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie wurzelt” (SP9, 8).

Ein weiteres gemeinsames Konzept nennt PT5, nämlich die bio-psycho-soziale Systemtheorie. Hierbei geht es um die Kombination der drei genannten Bereiche und deren Einfluss aufeinander.

“Da vertreten wir das Konzept der Systemtheorie, die bio-psycho-soziale Systemtheorie nach Gregory Bateson und dort gibt es Schnittstellen, sogar sinnvolle Ergänzungen, wo man am besten, nicht nur zusammen, sondern das eine trägt das andere” (PT5, 8).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Frage nach gemeinsamen Konzepten von Psychotherapie und Sozialpädagogik von den meisten Befragten nicht klar beantwortet werden konnte. Nur wenige nannten konkrete Konzepte. Jene ExpertInnen, die explizit keine Konzepte nennen konnten, waren der Meinung, dass es aber sehr wohl Überschneidungen der beiden Disziplinen gibt.



Abb. 9: Gemeinsame Konzepte (eigene Darstellung).

7.6.2. Unterschiede und Ähnlichkeiten der Disziplinen

Um die Thematik der Unterschiede und Ähnlichkeiten zu gliedern, haben wir diese an bestimmten Merkmalen festgemacht. Insgesamt wurden 10 solcher Merkmale bestimmt, an Hand derer das folgende Kapitel eingeteilt wird.

Die ausgewählten Merkmale leiten sich von den in Kapitel 4. erwähnten Unterschieden und Ähnlichkeiten ab, sind jedoch nicht identisch mit diesen. Es wurden jene Punkte für die Untersuchung ausgewählt, die den Forscherinnen als wissenschaftlich relevant und interessant erschienen.

Setting

Unter Setting ist der Ort der Intervention zu verstehen. Wo handeln SozialpädagogInnen und wo PsychotherapeutInnen und wie gestalten sich diese Situationen.

Bei der Analyse konnte festgestellt werden, dass das Setting von Psychotherapie und Sozialpädagogik sehr unterschiedlich ist. Die InterviewpartnerInnen beschrieben das Setting auf einer räumlichen und zeitlichen Ebene und machten an diesen beiden Dimensionen auch die Unterschiede fest.

- Raum

Wie die drei nachstehenden Aussagen verdeutlichen, verlangt Psychotherapie einen ruhigen Rahmen, damit sich der/die KlientIn entspannen und öffnen kann. Beim therapeutischen Setting sollte der Raum so eingerichtet sein, dass sich die KlientInnen wohl fühlen. Da das Therapiegeläch vertraulich ist, sollte es nicht außerhalb des Raumes hörbar sein. PsychotherapeutInnen besitzen meist eine eigene Praxis, wodurch das Setting schon vorgegeben ist. Wie in Kapitel 4.1. unter dem Punkt Setting sollte der Sozialpädagoge in den Situationen ansetzen, wo die Schwierigkeiten der KlientInnen sind. In der Sozialpädagogik gibt es nicht den einen Raum in dem gehandelt wird und Probleme bearbeitet werden, sondern das Setting ist sehr vielfältig. Das Setting konstruiert sich in der Lebenswelt der Person und kann so in der Einrichtung, zu Hause oder an einem beliebigen Ort sein.

“Psychotherapie ist sicher im Regelfall Einzeltherapie, ja in einem klaren regelmäßigem Raum oder in einer Praxis” (PT6, 12).

“Therapie findet in einem Raum statt, wo keiner mithören kann, angenehmes Raumklima, bequeme Sitzmöglichkeiten, neutrale Einrichtung.

Sozialpädagogik findet in der Lebenswelt der KlientInnen statt. Zum Beispiel bei diesen zu Hause, oder in Form von Freizeitgestaltung, aber sie kann auch ein sehr ähnliches Setting, wie die Therapie haben zum Beispiel bei einer Beratung” (PT4, 12).

“Mhm, bei Sozialpädagogik kann es überall sein glaube ich. Das kann in der Wohnung sein, viel auch in der Natur, mhm. Und ich glaube bei der Psychotherapie ist eher schon an einen Raum gebunden” (SP3, 16).

In der Psychotherapie suchen sich die KlientInnen Hilfe und suchen die TherapeutInnen auf, wie auch SP10 im nachfolgenden Zitat meint. Es kommt nicht vor, dass PsychotherapeutInnen Menschen mit Problemen aufsuchen. Der erste Schritt muss von den KlientInnen gemacht werden. Dies hängt auch damit zusammen, dass Psychotherapie nicht überall stattfinden kann, sondern eine bestimmte Umgebung braucht, wie bereits oben beschrieben.

“Es ist auch selten, dass sie aufsuchend sind. (2) Das ist eher so, kommt zu mir und dann besprechen wir das, weil da habe ich meinen Rahmen” (SP10, 41).

- Dauer

Das Setting der Psychotherapie unterscheidet sich von jenem der Sozialpädagogik in der Dauer. Psychotherapie beschränkt sich meist auf eine bestimmte Zeitspanne, wie beispielsweise eine Stunde. Sozialpädagogik findet nicht nur in einer kurzen Zeitspanne statt, sondern kann sich über den ganzen Tag verteilen und wird öfter als einmal in der Woche angeboten. Die beiden nachstehenden Passagen beziehen sich auf den stationären Bereich. In ambulanten oder mobilen sozialpädagogischen Diensten ist die Zeit jedoch auch begrenzt. Dies bedeutet, es kommt sehr auf den sozialpädagogischen Kontext an, wie häufig und intensiv die Leistung ist.

“Auch mit diesem begrenzten Zeitrahmen, nur eine Stunde und auch der geschlossene Raum und in Ruhe. Das ist in der Sozialpädagogik ganz anders, die läuft halt den ganzen Tag” (SP7, 12).

“Und Therapie vom Setting her auch immer etwas Herausgenommenes ist. Das ist immer eine Stunde, weiß ich nicht einmal die Woche oder alle 14 Tage und nicht so das kontinuierliche, ständig begleitende, wie die Sozialpädagogik, die sich ja 24 Stunden am Tag abspielt” (SP9, 12).

Auf Grund der zeitlichen Eingrenzung der Therapie, kann es passieren, dass die Sitzung nicht effizient genutzt wird. Der Erfolg der Sitzung hängt stark von der Motivation und Mitarbeit des/der Klienten/in ab. Die Termine für die Therapiestunden werden meist im Vorhinein festgelegt, daher kann die Tagesverfassung der zu therapierenden Personen nicht berücksichtigt werden. In stationären sozialpädagogischen Einrichtungen hat man die Möglichkeit, die Interventionen auf später zu verschieben und situationsabhängig einzusetzen.

“Naja bei uns ist halt so, dass die Therapie zeitlich sehr knapp begrenzt ist, das ist ja eine Therapiestunde (.) so wie ich das kenne. Entweder passiert in dieser Stunde etwas oder es passiert nichts. Es gibt Therapiestunden, wo sich nur eine Stunde lang angeschwiegen wird und wir Sozialpädagogen arbeiten jetzt ja nicht therapeutisch mit den Kindern, sondern wir probieren einen Lebensalltag zu meistern (...)” (SP5, 11)

Die Beratung stellt eine Ausnahme dar, denn hier ähnelt sich das Setting der beiden Disziplinen sehr, wie nachstehendes Zitat beschreibt. Die Beratung findet ebenfalls in einem geschlossenen und ruhigen Raum statt (vgl. PT4, 12) und gleicht somit oft einer Therapiesitzung. Auch in der zeitlichen Dimension sind sich Beratung und Therapie ähnlich.

“Ja das Setting würde ich sagen ist sich schon sehr ähnlich (2) also bei uns da jetzt zumindest, in einer Wohngemeinschaft ist es sicher anders, aber bei uns kommen ja Familien mit Kindern oder Einzelpersonen oder Paare und das Setting in der Beratung ist da schon sehr ähnlich wie in einer Psychotherapiesitzung” (SP1, 14).

Wie in den vorhin dargestellten Passagen gibt es beim Setting große Unterschiede zwischen den Disziplinen. Dies in der nachstehenden Abbildung gut ersichtlich. Der einzige Bereich, in dem sich das Setting sehr ähnlich ist, ist die Beratung.

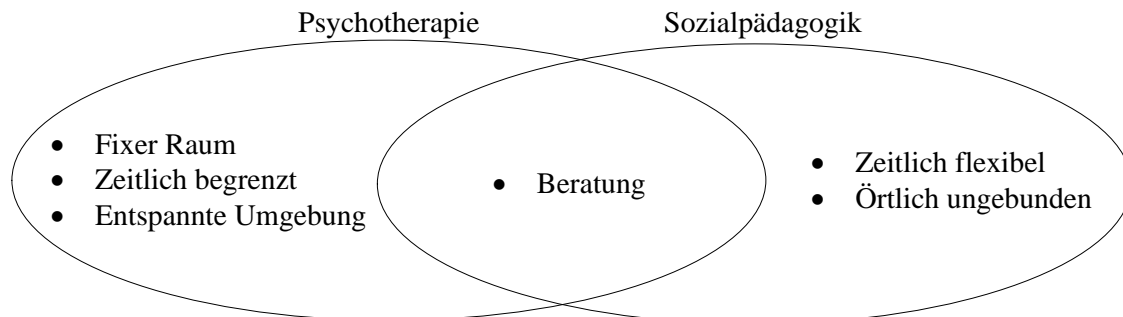


Abb. 10: Setting (eigene Darstellung).

Wirkung

Im Folgenden soll die Wirkung von sozialpädagogischen und psychotherapeutischen Maßnahmen dargelegt werden. In diesem Zusammenhang wird unter Wirkung das Ergebnis der Anwendungen verstanden. Es wurde der Frage nachgegangen, welche Voraussetzungen es braucht, damit die Psychotherapie oder die Sozialpädagogik etwas bewirken kann.

Ein Unterschied bei der Wirkung der festgestellt werden konnte, liegt in der Freiwilligkeit. Die Wirkung der Psychotherapie ist stark von einer freiwilligen Teilnahme an den Sitzungen abhängig, wie das nachstehende Zitat zeigt. Der/die KlientIn muss sich verändern wollen, sich dem/der Therapeuten/in öffnen und Interventionen zulassen.

“Zu einer Psychotherapie gehört erstens das Einverständnis des Gegenüber, ich brauche eine ganz hohe Kooperation, also wenn das Gegenüber nicht mag, dann werde ich keine Psychotherapie initiieren können” (SP4, 13).

Anders ist die Situation in der Sozialpädagogik, da die Leistung hier oft verpflichtend ist. Wie SP10 beschreibt, gibt es Situationen, in denen das Kind bestimmte Dinge tun muss, die es zwar nicht will, dennoch für das Kind förderlich sind. Wie in Kapitel 4.2. bei Freiwilligkeit bereits beschrieben, können sozialpädagogische Maßnahmen auch ohne

Zustimmung der Eltern durchgeführt werden, wenn das Kind gefährdet ist. In den folgenden Aussagen wird die Handlungspflicht ausgedrückt, indem gesagt wird, dass sie zu den KlientInnen fahren müssen oder ihnen ihre Pflichten aufzeigen.

“Also bei uns kann es sein, dass wir sowieso hinfahren müssen. Also bei uns kann es auch nicht freiwillig sein. Und bei der Psychotherapie, wenn da keine Freiwilligkeit ist, macht das oft wirklich keinen Sinn” (SP3, 18).

“Sozialpädagogik hat nicht immer einen Freiwilligkeitscharakter, weil wenn ich jetzt sage er muss das tun und das ist so oder Schule muss man gehen, dann ist das nicht freiwillig” (SP10, 15).

Gerade in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen ist oft die Einsicht nicht gegeben, dass die Therapie ihnen helfen könnte. Daher kommt es oft zur Verweigerung der Therapie, obwohl die Finanzierung da wäre (vgl. SP4, 16). Auch das untenstehende Zitat beschreibt eine oft vorhandene Abwehrhaltung bei Kindern, wo der Erfolg der Therapie ausbleiben würde.

“Wenn ein Kind eine Abwehrhaltung hat, dann wird es auch nicht viel nutzen, dann geht es in der Therapie auf Distanz und blockt ab” (SP8, 14).

Um eine Wirkung zu erzielen, hat man in der Pädagogik mehr zeitliche Möglichkeiten, wie bei Setting unter dem Punkt „Dauer“ bereits erwähnt und kann sich den geeigneteren Moment für die Arbeit mit den KlientInnen aussuchen. Hingegen muss in der Psychotherapie auf die nächste Sitzung gewartet werden, wie SP5 in dieser Aussage beschreibt:

“Wir Pädagogen haben es da leichter, weil wir ja im Alltag arbeiten und jetzt nicht eine Stunde da etwas bewirken müssen, sondern sagen können ok heute geht es so nicht, dann eben ein anderes Mal” (SP5,33).

Das Ziel der Wirkung überschneidet sich bei den beiden Disziplinen sehr. Wie PT2 beschreibt, soll sowohl Psychotherapie als auch Sozialpädagogik den/die Klienten/in dazu bringen, selbstständiger zu werden und das Leben selbst meistern zu können. Die Wirkung ist dann erreicht, wenn die Person auch ohne das Helfersystem auskommt.

“(...) man geht davon aus das Bestmögliche beizutragen, damit sich diese Personen möglichst ein Stück unabhängig von Helfern machen und ein selbstständiges, autonomes und gutes Leben leben. Also ich glaube, dass wir uns da nicht allzu sehr unterscheiden” (PT2, 12).

SP6 sieht es ähnlich, dass es darum geht, eine Stabilität im Leben herzustellen und das alltägliche Leben bewältigen zu können. Ein Unterschied wird nur bei der Tiefe der Wirkung gemacht. Die Psychotherapie greift tiefer als die Sozialpädagogik in die Psyche ein.

“Es geht immer um Stabilisierung und eben darum, den Alltag gut in den Griff zu bekommen. Ich denke, dass ist das gleiche (.) und eben einen glücklichen Lebenszustand zu haben. Das macht die Therapie auch, nur dass die Therapie da eine tiefere Herangehensweise hat” (SP6, 12).

Bei der Psychotherapie nennt PT, dass die Symptome der psychisch erkrankten Personen verringert werden oder verschwinden sollen. Des Weiteren wird viel mehr auf die Ursache der Probleme eingegangen und auf die Vergangenheit der Person geachtet.

“(...) bei der Psychotherapie ist die Wirkung, es soll die Symptome lindern, wenn möglich komplett auslöschen und aber auch mit dem Schauen, was könnte die Ursache sein und alternative Verhaltensweisen aufzeigen, aber immer mit dem Rückblick und in dem Maße, was für den Betreffenden passend ist” (PT1, 12).

Nach Meinung von PT5 wird die Wirkung der Sozialpädagogik unterschätzt und die der Psychotherapie überschätzt. In der folgenden Passage wird darauf eingegangen, dass die Therapie ja etwas aus dem Alltag Herausgenommenes ist und daher ihre Wirkung nicht so intensiv, wie die der Sozialpädagogik ist.

“Das Leben passiert ja nicht in der Therapiestunde, sondern dazwischen und das ist ja vielmehr dieser Aspekt des sozialen Umganges. Ein Sozialpädagoge interveniert ja viel stärker in diesem Auseinandersetzungsfeld als ein Psychotherapeut” (PT5, 14).

In den beiden nachstehenden Aussagen wird darauf eingegangen, was es braucht, um eine Wirkung erzielen zu können. Nicht jede Person reagiert gleich auf bestimmte Maßnahmen. Daher müssen diese auf die jeweilige Situation angepasst werden. Besonders wird die Bindung zwischen Helfenden und KlientInnen hervorgehoben, da sie einen wesentlichen Einfluss auf die Wirkung hat.

“(...) dass Klienten nicht gleichermaßen gut auf Methoden ansprechen und letztlich weiß man ja aus der Wissenschaft, dass es die Beziehung, die Bindung ist zu einer wichtigen Person, die trägt und die Veränderungen möglich macht” (PT3, 14).

SP4 betont ebenfalls die Wichtigkeit der Bindung. Für SozialpädagogInnen kann es schwierig sein, die Bindung ständig aufrechtzuerhalten, da seitens der KlientInnen oft nicht angemessenes Verhalten gezeigt wird.

“Bindung ist das um und auf (2) das heißt trotz, also man versucht das dissoziale Verhalten wirklich auszuhalten und niemals das Bindungsangebot wegzugeben” (SP4, 20).

Den beiden Disziplinen ist gemeinsam, dass sie den KlientInnen zu einem selbstständigeren Leben und Stabilität verhelfen wollen. Für eine bessere Wirkung der Maßnahmen ist die Bindung zwischen HelferIn und KlientIn wichtig. Außerdem spielt die Freiwilligkeit eine große Rolle. Die Psychotherapie ist auf die Mitarbeit und Offenheit der KlientInnen angewiesen. Im Gegensatz dazu können in der Sozialpädagogik bestimmte Maßnahmen den KlientInnen auferlegt werden, ohne dass sie diese wollen. Die Wirkung selbst wird in der Psychotherapie als tiefgreifender als in der Sozialpädagogik eingeschätzt.

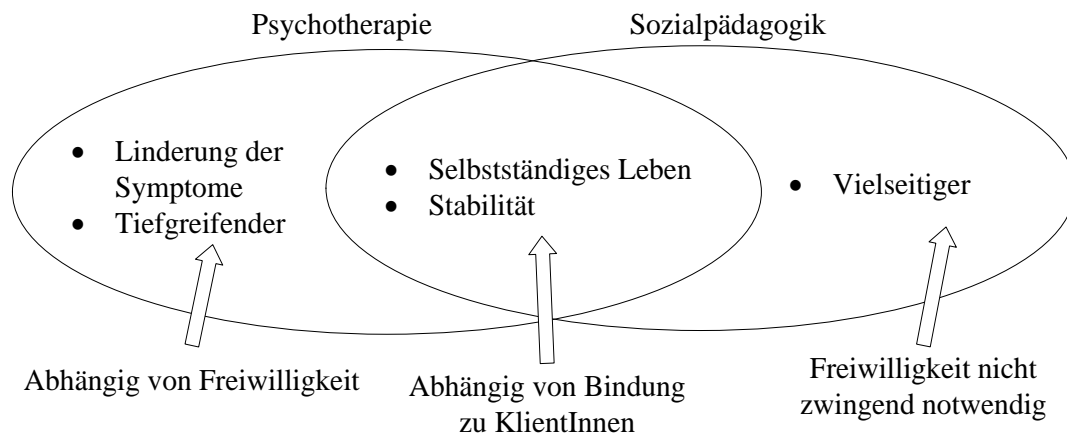


Abb. 11: Wirkung (eigene Darstellung).

Zuständigkeit

Bei der Zuständigkeit unterscheiden sich die Sozialpädagogik und die Psychotherapie. Die interviewten Personen weisen auf eine klare Trennung der Aufgabenfelder hin. Die Psychotherapie ist laut den beiden nachstehenden Interviewausschnitten, für Erkrankungen der Psyche zuständig. Da die Erkrankungen Auswirkungen auf den Alltag haben, wird auch in der Psychotherapie Einfluss auf das tägliche Leben genommen.

*“(...) Psychotherapie hat ja auch natürlich diesen Krankheitsanspruch (...)”
(SP2, 22)*

“In der Therapie geht es für mich hauptsächlich um erkrankte Personen, psychisch erkrankte Personen, die im Grunde auch Schwierigkeiten haben, ihren Alltag zu meistern (2) aber es ist doch oft schwer das auseinanderzuhalten (...)” (PT3, 16)

PsychotherapeutInnen bringen auf Grund ihrer Ausbildung die Fähigkeit mit, in die Tiefe der menschlichen Psyche zu gehen. Sie kennen geeignete Methoden, um mit Flashbacks umzugehen, wie in der folgenden Passage als Beispiel genannt wird. SozialpädagogInnen sind nicht darauf spezialisiert an den Vorgängen der Psyche anzusetzen und dort in die Tiefe einzugreifen. Das sozialpädagogische Setting ist zudem nicht darauf ausgelegt mit solchen Situationen umzugehen, da es sich meist um Gruppensettings handelt. Mit dem Beispiel “wo noch acht andere Kinder herumstehen und schauen” beschreibt SP7, dass

ein/e Sozialpädagoge/in selten mit einem Kind alleine arbeitet, sondern meist eine Gruppe von Kindern betreut. Sollte hier ein Flashback ausbrechen, wird der/die Sozialpädagoge/in überfordert sein.

“Bei Psychotherapeuten ist es das wirklich hinein und Tiefe, weil die Gefahr, wenn du das in der Sozialpädagogik machst, und es wirklich schlimme Sachen in der Vergangenheit passiert sind, dass man das mit den Methoden der Sozialpädagogik nicht auffangen kann. Also wenn sie da kippen und beispielsweise aggressiv sind. Trauma wäre da ein Beispiel, wenn sie da ein Flashback bekommen und ich weiß das ist in einem Setting mit einem Traumatherapeut zum Beispiel, der kann das wohl eher abfangen als ich da in einem Setting, wo noch acht andere Kinder herumstehen und schauen” (SP7, 16).

In der nachstehenden Textpassage wird ziemlich genau das dargelegt, was auch in der Literatur zu finden war. Gerade diese Allzuständigkeit, macht das Besondere der Sozialpädagogik aus. Sie ist sehr breit ausgerichtet und nicht auf ein Problem beschränkt, wie es bei der Psychotherapie der Fall ist. Diese ist rein für die psychischen Erkrankungen zuständig, wie in Kapitel 4.1. unter Zuständigkeit angeführt wird.

“Also der Sozialpädagoge ist für alles zuständig. @(.)@ Und der Psychotherapeut wirklich speziell um auf die Problematik hinzuschauen und spezielle Themen die für das Kind und dessen weitere Entwicklung wichtig sind zu bearbeiten und von mir aus auf irgendwelche Diagnosen hinzuschauen” (SP10, 17).

Eine weitere Unterscheidungsmöglichkeit hinsichtlich ihrer Zuständigkeit, ist der Blick auf die Zeit. Es wird in den drei nachstehenden Zitaten sehr differenziert, wohin die Aufmerksamkeit bei der Bearbeitung von Problemen gerichtet wird.

In der Psychotherapie wird die Vergangenheit bearbeitet. Der Frage, warum jemand zu dem Menschen wurde, der er heute ist, wird nachgegangen. Die Einflüsse vergangener Erlebnisse auf die Gegenwart werden eruiert. Die PsychotherapeutInnen arbeiten mit der Biographie der Menschen und helfen den Betroffenen Schlüsselmomente zu bewältigen.

In der Sozialpädagogik wird die Aufmerksamkeit auf die Gegenwart gerichtet. Beachtet wird vor allem, wie die Person im Alltag zurechtkommt. Im Vordergrund steht nicht das bereits Erlebte aufzuarbeiten, sondern, dass das aktuelle Leben reibungslos abläuft und auch als lebenswert aufgefasst wird. Sowohl PsychotherapeutInnen als auch SozialpädagogInnen beschreiben diese Unterscheidung in den Interviews.

“Das wäre jetzt meine Idee, dass die Psychotherapie ein bisschen mehr in die Vergangenheit geht, in die Prägungen geht (.) in dieses Muster - wie bin ich so geworden- hineingeht, für mich wäre die Sozialpädagogik im Gegensatz dazu jetzt mehr das Aktuelle, wie kann der Betreffende lernen mit den jetzigen Situationen zurechtkommen” (PT1, 15).

“Psychotherapie hat auch immer so ein bisschen den Anspruch, zurückzuschauen und Dinge, die gewesen sind und das Hier und Jetzt beeinflussen, zu bearbeiten und aufzuarbeiten. Sozialpädagogik bearbeitet jetzt nicht unbedingt Dinge die irgendwann einmal waren, sondern ist stärker fokussiert, auf was zeigt sich jetzt” (SP9, 10).

“Also ich denke, alles was so biografische Komponenten hat oder Aufarbeitung von Erlebnissen, das ist eindeutig therapeutische Arbeit. So seelisches, psychisches Arbeiten. Ja und alles was mit Alltag und dem Hier und Jetzt zu tun hat, das ist denke ich eher sozialpädagogisch” (SP6, 15).

Die Zuständigkeitsbereiche der Disziplinen sollten gut abgeklärt sein. Bereits durch die Ausbildungen der SozialpädagogInnen und PsychotherapeutInnen ergeben sich die Aufgabenbereiche. Die Grenze zwischen den Arbeitsfeldern sollte von beiden Berufsgruppen respektiert und nicht überschritten werden. Wie PT2 im folgenden Zitat äußert, sollten PädagogInnen und TherapeutInnen, wenn sie an ihre Grenzen stoßen, an einen andere ExpertInnen verweisen und nicht versuchen das Problem selbst in die Hand zu nehmen.

“Also bei beiden Berufsgruppen denke ich mir, dass man da achtsam sein muss, was ist mein Auftrag, wie werden die Ziele vereinbart und dann mit den

anderen Helfern gut zu koordinieren, wer ist da zuständig. Ich glaube, dass man da gut schauen muss” (PT2, 14).

Die Zuständigkeitsbereiche sind klar getrennt. Wie auch in der Literatur, sehen die InterviewpartnerInnen die Zuständigkeit der TherapeutInnen bei den psychischen Erkrankungen. Den SozialpädagogInnen wird eine Allzuständigkeit zugesprochen. Interessant ist auch der zeitliche Aspekt der hier miteinbezogen wurde. Die Psychotherapie bearbeitet vergangene Erlebnisse und die Soziale Arbeit konzentriert sich auf die Gegenwart.

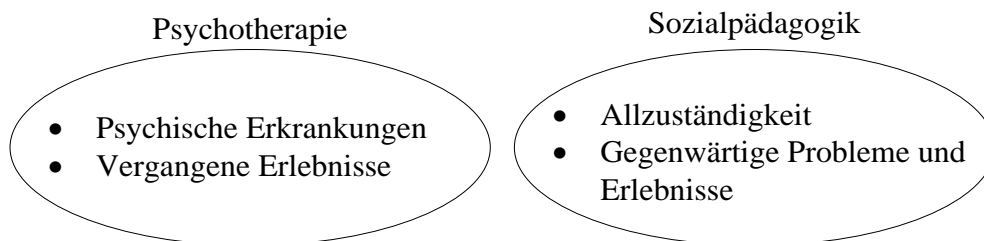


Abb. 12: Zuständigkeit (eigene Darstellung).

Methoden

Die Methoden unterscheiden sich sowohl zwischen den beiden Disziplinen als auch innerhalb der einzelnen Berufsgruppen. SozialpädagogInnen nannten in den Interviews keine spezifischen Methoden, so wie sie in der Literatur und in Kapitel 2.4. beschrieben werden. Vielmehr sahen sie alltägliche Handlungen als eine Art Methode an. Die PsychotherapeutInnen machen ihre Methoden meist an ihrer jeweiligen Schule fest.

So beschreibt PT6 die Methoden der Gestalttherapie, welche facettenreich ist. Die Gestalttherapie hat einen kreativen Zugang, dazu gehören das Arbeiten mit Zeichnungen und Rollenspielen. Ebenfalls wird die Arbeit mit Träumen eingesetzt und die Körper- und Selbstwahrnehmung wird gestärkt.

“Gerade die Gestalttherapie hat verschiedene Zugänge, sehr viele Angebote auf der kreativen Seite, dass man zum Beispiel mit Träumen arbeitet, Bilder zeichnen lässt, in Rollenspiele geht, ah die Methoden der Körperwahrnehmung, der Selbstwahrnehmung” (PT6, 18).

Eine weitere Methode, wie im untenstehenden Zitat ersichtlich, ist die Gesprächstherapie, eine der klassischen Arbeitsweisen in der Psychotherapie, welche im Kapitel 3.2.2. beschrieben wird. Vor allem mit Kindern wird jedoch mit der Verhaltenstherapie und der Spieltherapie gearbeitet. Auf Grund der praktischen Erfahrung in einer Wohngemeinschaft für Kinder meint SP9, dass die Gesprächstherapie für kleinere Kinder nicht so gut geeignet ist.

“Die klassische Psychotherapie ist natürlich die Gesprächstherapie, man setzt sich zusammen und, überspitzt gesagt, redet darüber. Wobei die Psychotherapeuten mit denen wir arbeiten, ganz stark mit Spieltherapie arbeiten oder auch in die Verhaltenstherapie gehen” (SP9, 18).

In der folgenden Aussage werden die Methoden wieder mit den Ausbildungsrichtungen der Psychotherapie gleichgesetzt. PT1 zählt fünf seiner eigenen Aus- und Fortbildungen auf, nach denen sich die angewendeten Methoden orientieren. Es lässt sich vermuten, dass bei den PsychotherapeutInnen ein stärkeres Bewusstsein für die Methoden vorhanden ist, als bei den SozialpädagogInnen.

“Also ich habe mal die systemische Ausbildung, dann habe ich zusätzlich eine traumaspezifische Ausbildung mit EMDR also des ist auch eine Methode, die versucht, belastende Ereignisse anders zu bearbeiten. Dann habe ich noch (.) psycho- imaginative Traumatherapie und jetzt mache ich noch einen körperorientierten Ansatz der heißt somatic experience und dann habe ich noch gemacht (2) kognitiv behavior-analyse also wie kann ich mein Verhalten einfach verändern, was hat dies für Auswirkungen eigentlich” (PT1, 18).

Die beiden nachstehenden Zitate bestätigen die Annahme, dass in der Sozialen Arbeit die Methoden eher unbewusst eingesetzt werden, ohne viel darüber nachzudenken. Da die SozialpädagogInnen im Alltag agieren, bleibt auch oft nicht die Zeit, sich über Methoden Gedanken zu machen. Viele Situationen erfordern eine spontane Reaktion. PT3 weist auf den Unterschied bei den Methoden der beiden Berufsgruppen hin. Der Grund wird in den verschiedenen Settings gesehen. SozialpädagogInnen erlernen ebenfalls in ihren Aus- und Weiterbildungen Methoden, jedoch werden diese nicht bewusst eingesetzt, wie SP5 näher erläutert.

“Aber Grundsätzlich sind die Methoden schon verschieden. Der Sozialpädagoge arbeitet ja auch viel mehr im Alltag des Klienten und hat allein deshalb schon andere Methoden, die er einsetzt. Ich denke, dass viele Methoden im sozialen Bereich oft auch gar nicht immer bewusst eingesetzt werden, also dass man da jetzt nachdenkt und sagt ok jetzt verwende ich diese Methode” (PT3, 20).

“Ähm bewusst wende ich jetzt kaum eine Methode an, aber ich komm so in den Fortbildungen immer wieder drauf, dass viele neue und innovative Methoden hat man irgendwie schon abgespeichert, das ist was ganz Natürliches” (SP5, 17).

Wie in der Aussage von SP9 ersichtlich, werden nicht die in der Ausbildung erlernten Methoden aufgezählt, sondern vielmehr die alltäglichen Handlungen in der Arbeit mit den Menschen. Sogar die Beziehung zu den KlientInnen wird als Methode verstanden, da durch diese viel erreicht werden kann. Als weitere Beispiele werden Rituale genannt, die nach Meinung von SP9, einen professionellen Charakter bekommen können.

“Und die Methoden der Sozialpädagogik, wenn man es jetzt mal ganz weit herunterbricht, sind die Verstärkerpläne und wir picken Pickerl und wenn du 7 hast, dann hast du gezeigt du kannst das. Aber das ist schon ganz weit heruntergebrochen. Beziehung ist genauso eine Methode der Sozialpädagogik. Ganz viel geht über Beziehung oder auch über Gespräche, Rituale, die Gute-Nacht Geschichte am Abend beim Schlafengehen ist ganz klar eine Methode, wenn wir es so professionalisieren wollen” (SP9, 18).

Die einzige Ausnahme bei der sich Psychotherapie und Sozialpädagogik überschneiden, ist wieder die Beratung. Dies nennt auch SP1 im folgenden Textausschnitt als Schnittstelle. In der Beratung werden, wie auch in der Psychotherapie, Gespräche mit Einzelpersonen oder Gruppen geführt.

“J:::a eben in der Beratung da machen wir ja auch Gruppengespräche und Paargespräche (.) und ich denke da sind schon einige Elemente sehr ähnlich, wie jetzt bei einer Paartherapie oder Familientherapie” (SP1, 20).

Die befragten SozialpädagogInnen nannten keine konkreten Methoden. Dies ist spannend, da in der Literatur und auch in den Ausbildungen sehr viel darüber zu finden ist. In der Psychotherapie stellte sich heraus, sind die Methoden stark von der jeweiligen Schule abhängig. Wie bereits beim Setting, stellt die Beratung hier wieder eine Ausnahme dar, da hier Psychotherapie und Sozialpädagogik, in Bezug auf die Methoden, vermischt werden.

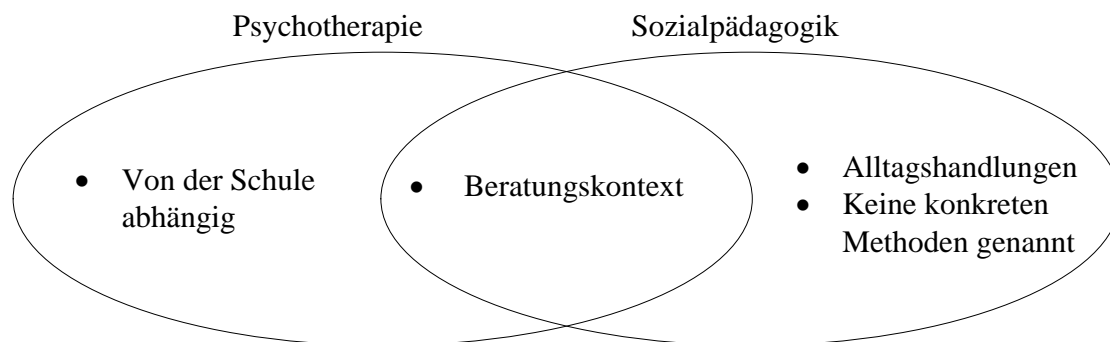


Abb. 13: Methoden (eigene Darstellung).

Themen

Hinsichtlich der Themen sollte erforscht werden, ob es bestimmte gibt, die in der Sozialpädagogik, sowie auch in der Psychotherapie eine Rolle spielen. Oberflächlich betrachtet lässt sich aus den durchgeführten Interviews schließen, dass es eine Zuordnung der Themen zu Therapie auf der einen Seite und Pädagogik auf der anderen Seite gibt. Bei genauerer Analyse des Materials zeigen sich jedoch gewisse Überschneidungen.

Sowie in Kapitel 4.1. unter dem Punkt Grad der Problematik beschrieben, werden meist die schwerwiegenderen Probleme der Psychotherapie zugeteilt. Der Sozialpädagogik werden die eher einfacheren Fälle zugesprochen. Dies erweckt den Anschein, die Sozialpädagogik leiste weniger als die Psychotherapie.

SP1 erklärt das beschriebene Ungleichgewicht der Disziplinen anhand des Beispiels mit einem Rucksack, wobei der schwere Rucksack die gravierenderen Probleme beinhaltet,

bei welchen therapeutische Maßnahmen nötig sind und der kleinere leichtere, jene die noch zu ertragen sind und von der Sozialpädagogik bearbeitet werden können.

“(...) es gibt so ein Bild, was schwer wie ein Rucksack hinten oben hängt und immer oben hängt und es ist immer dabei und zieht einen schon so runter, das wäre ein Problem, das eher therapeutisch wäre und therapeutisch bearbeitet gehört. Und was man so vor sich trägt als kleines Rucksäckchen, als Paket, aber man hat es noch vorne dabei und erträgt es noch, das passt gut in die Beratung (...)” (SP1, 32)

Themen die der Psychotherapie zugeschrieben werden sind Erkrankungen und Störungen. PT1 nennt hier die ICD 10 welche, wie in Kapitel 3.5. beschrieben, zur Einteilungen von Störungen und Erkrankungen der Psyche dient. Auch SP4 sieht als Thema der Psychotherapie psychische Probleme, welche es zu hinterfragen gilt.

“Das wären in der Psychotherapie die ganze Palette @(.)@ also der ganze ICD 10, ich spezifischer hab da jetzt mehr Depressionen, mehr diese affektiven Störungen, Angststörungen” (PT1, 20).

“Das ist einfach die Psyche des Menschen, warum reagieren Menschen so oder so und welche Bedürfnisse stecken hinter diesem Verhalten und wie kann ich diese Bedürfnisse befriedigen” (SP4, 22).

Bei der Sozialpädagogik wird wieder Bezug auf den Alltag genommen, das heißt der Sozialpädagogik werden alle Problematiken zugesprochen, die im Alltag mit Kindern und Jugendlichen auftauchen. Dies können verschiedenste Schwierigkeiten sein, die sich aus dem sozialen Kontext ergeben, wie SP1 darlegt. Die psychischen Erkrankungen von Personen können jedoch in der sozialpädagogischen Arbeit nicht außer Acht gelassen werden, da diese, das im Alltag gezeigte Verhalten maßgeblich prägen. Auf diese Tatsache wird auch im Kapitel 4.1. bei Grad der Problematik eingegangen. Dies wird ebenfalls in den folgenden Zitaten dargelegt.

“Also als Sozialpädagoge hat man halt Alltagsthemen, die der Psychotherapeut in der einen Stunde natürlich nicht hat. Das ist ein riesen Unterschied. Aber natürlich muss sich der Sozialpädagoge wieder mit dem

Thema was der Psychotherapeut hat auch auseinandersetzen, weil im Alltag agiert das Kind, das ja auch aus” (SP10, 21).

“Die Psychotherapie beschäftigt sich eher mit den Erkrankungen und Störungen eines Menschen und wir arbeiten da mit verschiedenen Problemen, die im sozialen Kontext entstehen. (.) In der Familie, Schule oder wenn es eine Trennung gibt” (SP1, 22).

In der nächsten Passage wird beschrieben, dass es sehr wohl Themen gibt bei denen zusammengearbeitet wird, aber auch Themen bei denen eine der beiden Berufsgruppen alleine tätig sein kann. SP1 nennt als Beispiele Essstörungen oder Autismus. In diesen beiden Fällen ist eine Zusammenarbeit von einem multiprofessionellen Team förderlich. Bei gewissen Problemen ist es nicht notwendig PsychotherapeutInnen miteinzubeziehen, denn nicht jede Angelegenheit des Alltags bedarf einer psychotherapeutischen Hilfe. Oft kann Sozialpädagogik schon alleine die gewünschte Wirkung erzielen.

“(...) das wären Essstörungen oder Autismus oder sehr schwerer sexueller Missbrauch, denn solche Erkrankungen sind sehr heikel und da Bedarf es dann die Hilfe von Psychotherapeuten und anderen Personen. Umgekehrt gibt es auch Bereiche, mit denen die Psychotherapie jetzt nicht unbedingt in Berührung kommt (.) wo wir in der sozialen Arbeit die Hilfe leisten können, die benötigt wird: Nicht jeder der jetzt familiäre Probleme hat oder so, braucht sofort psychotherapeutische Hilfe (...)” (SP1, 22)

In Hinsicht auf die Themen überschneiden sich die Meinungen von den ExpertInnen und die Erkenntnisse aus der Literaturrecherche. Es gibt eine Unterscheidung bezogen auf den Schwierigkeitsgrad. Der Psychotherapie werden die schwierigeren Probleme zugeteilt und der Sozialpädagogik die leichteren. Doch diese klare Trennung ist kritisch zu betrachten, wie bereits in Kapitel 4.1. bei Grad der Problematik beschrieben. Passender wäre es, der Psychotherapie die Erkrankungen und Störungen der Psyche zuzuordnen und der Sozialpädagogik die Alltagsprobleme und -aufgaben und an dieser Stelle eine Gewichtung der Probleme auszusparen. Bei gewissen Themenbereichen wird in einem multiprofessionellen Team zusammengearbeitet, da mehrere Zugänge hilfreich sein könnten.

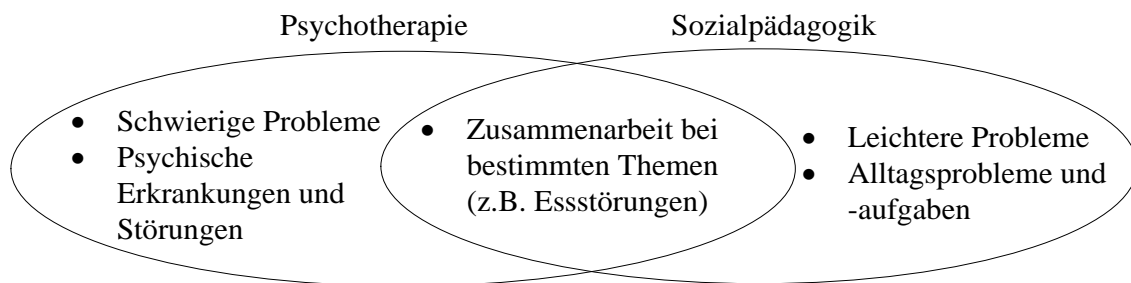


Abb. 14: Themen (eigene Darstellung).

Werthaltungen

In Bezug auf die Werthaltungen sollte erforscht werden, welche Einstellungen und welches Menschenbild die SozialpädagogInnen und PsychotherapeutInnen gegenüber ihren KlientInnen haben und wie sie diese in ihrer täglichen Arbeit versuchen wahrzunehmen. Es hat sich gezeigt, dass die Werte in der Sozialpädagogik und in der Psychotherapie grundsätzlich sehr ähnlich sind.

In der Psychotherapie hängt das Menschenbild mit der jeweiligen therapeutischen Schule, welcher der/die PsychotherapeutIn angehört, zusammen. So variiert die Werthaltung gegenüber den KlientInnen wie SP10 beschreibt, je nachdem ob die TherapeutInnen systemisch oder verhaltenstherapeutisch arbeiten. Des Weiteren geht SP10 von einem Unterschied im Menschenbild zwischen der Sozialpädagogik und der Psychotherapie aus.

“Das ist sehr schwer zu beantworten, weil ich davon ausgehe, dass ein Sozialpädagoge so sein Menschenbild hat und ein Therapeut wieder ein anderes Menschenbild hat, abhängig von seiner therapeutischen Richtung. (.) Weil wenn ich einen ganzheitlichen Ansatz habe ist das wieder etwas ganz anderes als wenn ich systemisch vorgehe oder verhaltenstherapeutisch” (SP10, 23).

In der nachfolgenden Interviewpassage verknüpft PT6 ebenfalls das Menschenbild mit der therapeutischen Schule, der er angehört. Die Gestalttherapie zählt zu der humanistischen-existenziellen Orientierung der Psychotherapie, wie in Kapitel 3.2.2. beschrieben.

“Also grundsätzlich gehört diese Gestalttherapie zu den humanistischen Verfahren, also da ist dann auch dieses humanistische Menschenbild (...)” (PT6, 20)

Im nächsten Zitat bezieht sich PT2 auch auf das humanistische Menschenbild, welches den Menschen als Ganzes wahrnimmt und ihn als ein freies und selbstbestimmtes Subjekt sieht wie auch in Kapitel 4.2. unter Umgang mit KlientInnen beschrieben.

“Ich denke mir, dass man sehr von einem humanistischen Menschenbild ausgeht und geprägt sind (.) und jetzt von den Grundhaltungen eher was sehr wichtig ist Menschen in ihrer Gesamtheit zu sehen (...)” (PT2, 18)

PT4 sieht es als Notwendigkeit an, den Menschen ohne Vorurteile zu begegnen und sich erst beim näheren Kennenlernen eine bestimmte Meinung über diesen zu bilden.

“Unvoreingenommenes Bild des Klienten ist wichtig, dass man sich ein eigenes Bild von diesem macht” (PT4, 19).

Beim Menschenbild kann auch auf die Ressourcen eines Menschen geachtet werden. Die Entwicklungspotentiale sollten in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit der HelferInnen gerückt werden. Der Blick soll sich von den Defiziten der Person abwenden. SP7 sieht diese Werthaltungen bei beiden Disziplinen als gegeben.

“Sondern das man auch sieht, was kann der gut, wo hat er Ressourcen, wo braucht er Unterstützung. (.) Ich hoffe das Menschenbild ist bei beiden gleich. Das man eher sieht, was da noch wachsen kann und nicht das oh Gott, Hopfen und Malz verloren” (SP7, 22).

Im folgenden Interviewausschnitt wird von einer generellen Wertschätzung gegenüber Menschen und Tieren ausgegangen. Wertschätzung bedeutet laut SP8 nicht mit jedem eine Freundschaft einzugehen, sondern den Menschen so anzunehmen, wie er ist, und ihn nicht wegen bestimmten kulturellen oder ethnischen Merkmalen zu diskriminieren. Dies gewinnt vor allem im aktuellen Flüchtlingsdiskurs an Bedeutung. Ebenfalls sollte eine Wertschätzung hinsichtlich Gegenständen gegeben sein, das heißt auch für materielle Güter dankbar sein und darauf Acht geben.

“Also als Sozialpädagogen legen wir sehr viel auf Wertschätzung, den Menschen und auch den Tieren und den Lebewesen allgemein gegenüber. (.) Man muss nicht jeden mögen, mit jedem befreundet sein, aber man hat ihn zu akzeptieren und nicht anzugehen. (2) Materielle Dinge sollten halt auch nicht gleich zerstört werden, also ganz einfach die Wertschätzung. Ganz egal welche Kultur, welche Hautfarbe, welches Land. Wir haben jetzt doch sehr viel mit Flüchtlingen zu tun. (.) Die kulturellen Unterschiede respektieren” (SP8, 22).

SP4 sieht in der Fachlichkeit eine Voraussetzung, um überhaupt ein positives Menschenbild entwickeln zu können. Erst wenn SozialpädagogInnen das Verhalten einer Person verstehen, können sie sich ein Bild von dieser machen und über negatives Verhalten hinwegsehen und sich an den positiven Eigenschaften orientieren.

“Das sind eh die Klassiker (.) also ein positives Menschenbild sollte man haben, dazu, dass du dies aufrecht erhalten kannst brauchst du die Fachlichkeit, um zu verstehen, was da gerade los ist, weil sonst hast du bald kein positives Menschenbild mehr” (SP4, 24).

In der nachstehenden Aussage nennt SP5 die Relevanz der Gleichbehandlung, damit die Arbeit fair ablaufen kann. Dies kann jedoch oft schwierig sein, da die Sympathie in

zwischenmenschlichen Beziehungen eine große Rolle spielt. Um professionell arbeiten zu können, ist es notwendig die Sympathie außen vor zu lassen.

“(...) ich probiere so gut ich kann alle wertschätzend und gleich zu behandeln, aber das ist halt auch nicht immer möglich, es gibt immer jemanden der einem besser zu Gesicht steht oder sympathischer ist und ein anderer wenige” (SP5, 21).

SP2 sieht es als wichtig an, keine hierarchischen Verhältnisse herzustellen, sondern auf gleicher Ebene mit den KlientInnen zu arbeiten. Das Verhalten der KlientInnen sollte immer hinterfragt werden, um ein Verständnis für deren Handlungsweisen zu bekommen.

“Ja (3) also ich denke mir, wichtig ist so in Augenhöhe zu sein. Einfach zu schauen, warum ist er so, wie er ist. Das hat ja einen bestimmten Grund, der macht das ja nicht nur so” (SP2, 28).

SP1 sieht in der Akzeptanz der verschiedenen Lebensentwürfe die Basis für die gelingenden Hilfeleistungen. Die eigenen Lebensvorstellungen der SozialpädagogInnen in den Hintergrund zu rücken, stellt oftmals eine Herausforderung für das Helfersystem dar.

“Ich denke, wenn man dies schafft, den Menschen so wahrzunehmen und zu akzeptieren, wie er ist und in seiner Welt zu sehen, dann kann man auch erst wirkliche Hilfe leisten” (SP1, 25).

Die Werthaltungen der beiden Disziplinen ähneln sich sehr stark. Beide Berufsgruppen sind von einem humanistischen Menschenbild geprägt. In der Psychotherapie lässt sich wieder eine Beeinflussung der Werte durch die jeweilige Schule erkennen. Die befragten SozialpädagogInnen haben sehr oft die Wertschätzung dem Gegenüber erwähnt.

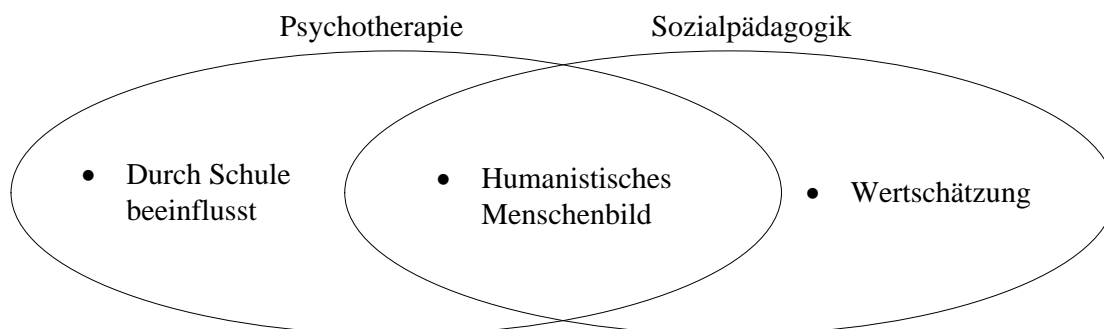


Abb. 15: Werthaltung (eigene Darstellung).

Orientierungen

Die Handlungsorientierungen sind eher ein Begriff aus der Sozialpädagogik, da dieser in der Psychotherapie kaum Verwendung findet. In den Interviews mit den SozialpädagogInnen wurden die Orientierungen genannt, welche auch in Kapitel 2.5. erarbeitet wurden. In der Psychotherapie gibt es keine speziellen Handlungsorientierungen, nach denen sich die therapeutische Arbeit richtet. Dennoch finden manche Orientierungen in der Psychotherapie, wenn auch meist nicht bewusst, Anwendung.

- Ressourcenorientierung

PT1 nennt die "Hilfe zur Selbsthilfe", welche dem Empowermentansatz zuzuordnen ist. PsychotherapeutInnen geben Hilfestellungen, um die Lebenssituation zu verbessern, jedoch liegt es schlussendlich an den KlientInnen selbst aktiv zu werden.

"Ich denke wichtig ist, wie schon erwähnt, die Hilfe zur Selbsthilfe also ich kann zwar einen Input geben und schauen, dass die Depressionen verschwinden aber grundsätzlich muss der Klient auch selbst dazu beitragen" (PT1, 25).

SP10 führt die Ressourcenorientierung an und weist darauf hin, dass diese sowohl in der Sozialpädagogik, als auch in der Psychotherapie von Bedeutung ist. Ressourcenorientiertes Handeln ist aus der Arbeit mit Menschen nicht wegzudenken.

“Also es muss beides ressourcenorientiert sein und ich glaube, dass wir gar nicht mehr wegkönnen, also, dass man anders gar nicht mehr arbeiten kann als ressourcenorientiert mittlerweile” (SP10, 25).

Sich in der Arbeit stets auf die Ressourcen zu konzentrieren, gelingt nicht immer. Oft rücken zuerst die Defizite und das Negative ins Bild und werden bearbeitet. SP9 meint, dass das Jammern über die Defizite den HelferInnen manchmal guttut. Doch dieser defizitäre Blick sollte nicht die Überhand bekommen. Die Ressourcenorientierung ist das Ziel, welches immer angestrebt werden sollte, denn in jedem Menschen stecken bestimmte Ressourcen, auch wenn diese nicht sofort ersichtlich sind.

“Wir hoffen, dass wir alle immer ressourcenorientiert arbeiten. Wir dürfen uns aber selber glaube ich nicht anlügen und sagen wir sind nicht defizitorientiert, weil wir sind das genauso. Ich glaube die Praxis ist eher so, dass man erst mal defizitorientiert ist, allein schon, weil man das Jammern vielleicht für sich selber braucht aber dann hoffentlich den Schwung in die Ressourcenorientierung schafft” (SP9, 24).

- Systemische Orientierung

In der nachstehenden Aussage wird die systemische Orientierung genannt. Hier wird besonders die Familie als System betont, da es sich um eine Einrichtung der Kinder- und Jugendhilfe handelt und gerade für Kinder die Familie ein wichtiges Bezugssystem darstellt. Wie in Kapitel 2.5.4. beschrieben gehört der Mensch verschiedenen sozialen, kulturellen oder biologischen Systemen an, die in einer gewissen Beziehung zueinanderstehen.

“Was ich auch versuche ist familienorientiert zu arbeiten, das heißt systemisch zu arbeiten. Ohne das Herkunftssystem geht es in den aller wenigsten Fällen” (SP9, 24).

- Lebensweltorientierung

Eine weitere Handlungsorientierung ist die Lebensweltorientierung, welche SP7 in der folgenden Textpassage erwähnt. Wie auch in Kapitel 2.5.1. beschrieben, sollte am Alltag der KlientInnen angesetzt werden, um passende Hilfen für deren Probleme zu entwickeln.

“Man muss in der Lebenswelt ansetzen, schauen, dass die Leute, mit denen wir halt arbeiten, (.) die haben ja alle gewisse Schwierigkeiten und Herausforderungen zu bewältigen, dass man die gut unterstützt und zur Seite steht” (SP7, 10).

- Sozialraumorientierung

Des Weiteren nennt SP7 die Sozialraumorientierung. Die Zusammenarbeit der Behörden und Ämter wird hier betont. Wie im theoretischen Teil der Arbeit bereits angeführt, liegt das Ziel der Sozialraumorientierung in der Veränderung des sozialen Raums und nicht nur im Menschen. SP1 betont ebenfalls die Wichtigkeit der Sozialraumorientierung in der sozialpädagogischen Arbeit.

“Also so generell stark ist auch das sozialraumorientierte, das auch viele BHs zusammenarbeiten und Ämter, weil die das halt auch als Konzept haben” (SP7, 24).

“Sozialraumorientierung ist in der sozialen Arbeit auch sehr relevant (.) dass der Klient in seinem sozialen Raum gesehen wird” (SP1, 27).

Im folgenden Zitat wird ebenfalls die Sozialraumorientierung genannt, jedoch nicht genauer erklärt. SP6 beschreibt die Partizipation als Handlungsorientierung und geht näher darauf ein, wie sich die Teilhabe der Jugendlichen in der Einrichtung gestaltet.

- Partizipation

SP4 beschreibt ebenfalls die Partizipation, welche in Form von Versammlungen mit den Jugendlichen stattfindet.

“Ja also da wären die Sozialraumorientierung, Partizipation auch und wir haben da einmal in der Woche eine Abendrunde, wo die Kinder und Jugendlichen auch ihre Wünsche und Beschwerden anbringen können” (SP6, 23).

“(...) also Partizipation ist auch so ein Schlagwort, aber da wird mir schon so schlecht (.) es ist natürlich haben wir es im Konzept, eine Hausversammlung, eine Haussitzung, wo man sich hinsetzt und versucht, die Jugendlichen mit ins Boot zu holen (...)” (SP4, 26)

Die Handlungsorientierungen gibt es in dieser Form nur bei der Sozialpädagogik, daher wurden kaum Orientierungen von den PsychotherapeutInnen genannt. Dies bedeutet jedoch nicht, dass in der Psychotherapie keine angewandt werden, wie folgende Grafik verdeutlicht.

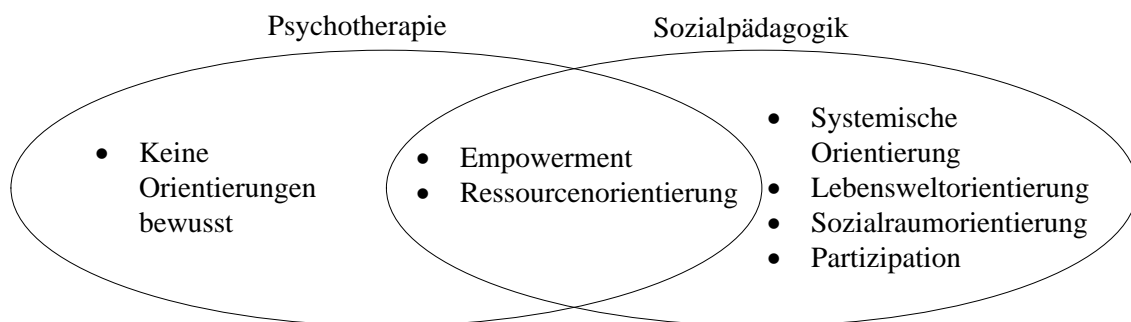


Abb. 16: Orientierungen (eigene Darstellung).

Diagnose

Bei der Diagnose lässt sich ein großer Unterschied zwischen Sozialpädagogik und Psychotherapie erkennen. Während in der Psychotherapie die Feststellung und Einteilung von psychischen Störungen eine bedeutende Rolle spielt, wird dies in der Sozialpädagogik kaum durchgeführt. Werden in der Pädagogik doch Diagnosen durchgeführt, so werden andere Verfahren als in der Psychotherapie angewandt.

In der Psychotherapie richten sich die diagnostischen Beschreibungen nach der ICD 10 Klassifikation. PT6 berichtet, dass es jedoch Unterschiede zwischen den psychotherapeutischen Schulen gibt, so wird in der Gestalttherapie eine prozessorientierte Diagnostik angewendet. Im folgenden Zitat wird ein Beispiel dafür genannt, wie dieser Unterschied aussieht:

“Ja also, wie bereits gesagt, gibt es halt diese anamnestischen Erhebungen und wir müssen auch sobald eine krankheitswertige Störung vorliegt, uns an dem ICD 10 orientieren, also so an den psychiatrischen Diagnosebeschreibungen. Also die Gestalttherapie hat ja für sich eher so den Anspruch einer prozessorientierten Diagnostik, da wird einfach, im Unterschied zur psychiatrischen Schule, wo festgelegt wird, jemand ist depressiv, würden wir eher sagen, jemand erlebt sich zu diesem Zeitpunkt depressiv” (PT6, 22).

In der nächsten Aussage wird darauf hingewiesen, dass die Diagnosen vor allem für die Abrechnung mit den Krankenkassen relevant sind. Für die KlientInnen stellt die Feststellung einer Störung jedoch häufig eine schwere Belastung dar.

“Also der ICD 10 ist für uns halt schon notwendig für die Abrechnung. Wir müssen quasi diese Diagnosen für die Krankenkassen erstellen. Viele der Klienten erleben das, allein durch die Diagnose, als sehr belastend” (PT6, 22).

In der Sozialpädagogik gestaltet sich die Diagnose anders. Falls überhaupt Diagnosen gestellt werden, so sind es soziale Diagnosen. SP9 ist der Ansicht, dass diese eher von

SozialarbeiterInnen als von SozialpädagogInnen durchgeführt werden. Eine Orientierung der SozialpädagogInnen an der ICD 10 Klassifikation erfolgt nicht.

“Ahm ich als Sozialarbeiterin würde die soziale Diagnostik anwenden, wir als Sozialpädagogen tun das eher weniger. Also wir arbeiten weniger mit Netzwerkkarten, mit diesen ICD 10 Formularen oder sonst irgendwas (...)”
(SP9, 26)

- Informationsbeschaffung über das Leben

SP2 sagt ebenfalls, wie vorhin schon SP9, dass sie keine Diagnosen erstellen. Im nachstehenden Zitat wird jedoch auch darauf verwiesen, dass SozialpädagogInnen keine Störungen bestimmen dürfen. Wie in Kapitel 4.2. bei Diagnoseverfahren beschrieben wird, geht es bei der sozialen Diagnostik weniger um die Krankheitsbestimmung, sondern vielmehr um die Informationsbeschaffung über das Leben der KlientInnen.

“Naja der wesentliche Unterschied ist, dass wir keine Diagnosen stellen dürfen. Also Psychotherapeuten sehr wohl aber wir dürfen keine stellen”
(SP2, 32).

PT5 nennt im Folgenden konkret ein Diagnoseverfahren, welches beide Berufsgruppen anwenden. Das strukturierte Interview dient der Informationsbeschaffung.

“Verfahren wären das strukturierte Interview, das machen dann eigentlich eh beide gleich und dann setzen Psychologen, Therapeuten eher weniger, Tests ein” (PT5, 24).

Im nachfolgenden Interviewausschnitt beschreibt SP7 wie SozialpädagogInnen die fehlende Diagnostik kompensieren. Anstatt spezifische Diagnoseverfahren anzuwenden, dokumentieren sie für jede/n Klienten/in individuell das Verhalten und bestimmte Ereignisse, um die KlientInnen besser zu verstehen. SP7 bedauert das Fehlen einer Diagnostik in der pädagogischen Arbeit.

“Wir schreiben uns so Risikofaktoren zusammen und Hypothesen warum das Kind gewisse Verhaltensmuster hat und wie es dazu gekommen ist und was dahintersteht. Aber so richtige Diagnosen, so das ist jetzt die und die

psychische Erkrankung nach ICD-10, das machen wir nicht. Das geht mir auch hier und da ab @(.)@" (SP7, 26).

Da die SozialpädagogInnen keine "Krankheits-" Diagnostik durchführen dürfen, sind sie auf die Unterstützung von anderen Berufsgruppen angewiesen. So erzählt SP3 im nachstehenden Zitat, dass die KlientInnen zur diagnostischen Abklärung an ÄrztInnen weitergeleitet werden. Durch die Diagnosen der ÄrztInnen werden seitens der PädagogInnen Interventionen möglich.

"Also wir sind da eben auch auf die Ärzte angewiesen, dass die uns die Diagnosen geben und auf Grund dessen können wir dann eben auch sagen, was für den Klienten noch gut wäre oder was der noch braucht. Mhm. Ja wir selber dürfen ja nicht diagnostizieren" (SP3, 30).

SP8 verweist ebenfalls auf die Zusammenarbeit mit anderen Disziplinen. Sind Medikamente notwendig, so muss ein/e PsychiaterIn hinzugezogen werden, um eine optimale Hilfe gewährleisten zu können. Auch bei der Abklärung der Intelligenz und der emotionalen Stabilität werden PsychiaterInnen hinzugezogen.

"Ja also wir haben schon eine Kinderpsychiaterin, wo wir die Kinder zur Abklärung hinschicken, sei es jetzt intelligenzmäßig oder auch auf der emotionalen Ebene (.) oder auch wenn Medikamente notwendig sind zur Unterstützung, damit das Kind einfach konzentriert ist und zur Ruhe kommen kann" (SP8, 26).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es bei beiden Berufsgruppen Diagnoseverfahren gibt, sich diese jedoch stark unterscheiden. Einzig das strukturierte Interview als diagnostisches Verfahren wurde beiden Bereichen zugeschrieben.

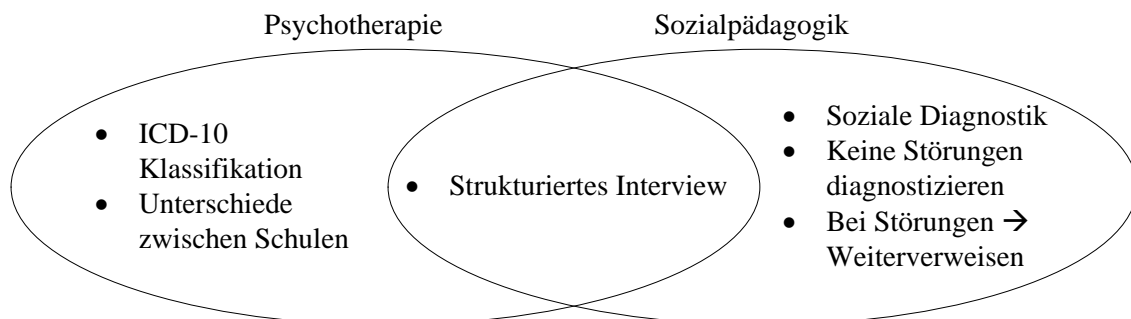


Abb. 17: Diagnostik (eigene Darstellung).

Kompetenzen

In dieser Kategorie geht es um die Fertigkeiten und Fähigkeiten, die PsychotherapeutInnen und SozialpädagogInnen in ihrer Arbeit brauchen. Im Hinblick auf die Kompetenzen kann festgestellt werden, dass in beiden Disziplinen ähnliche Anforderungen bestehen.

Die in Kapitel 4.2. beschriebenen Kompetenzen überschneiden sich teilweise mit jenen, die von den InterviewpartnerInnen genannt wurden.

Nach Meinung von SP2 gleichen sich die Kompetenzen von PsychotherapeutInnen und SozialpädagogInnen sehr. Als eine der wichtigsten Fähigkeiten, die beide aufweisen sollten, wird die Kommunikation gesehen. Unter Kommunikation wird nicht nur das Reden selbst verstanden, sondern auch das Zuhören.

“Also da würde ich fast die größte Überschneidung sehen. Aktiv zuhören zu können ist die größte Kompetenz. (2) Ahm und auch zwischen den Zeilen hören zu können” (SP2, 34).

PT2 ordnet den beiden Disziplinen keine spezifischen Kompetenzen zu. Vielmehr gibt es bestimmte Grundfähigkeiten, die jede/r, die/der mit Menschen arbeitet, haben sollte. Als überspitztes Beispiel wird die Wurstverkäuferin genannt, die ebenfalls bestimmte

Kompetenzen besitzen sollte, da auch diese tagtäglich mit Menschen zu tun hat. Eine strikte Zuordnung der Kompetenzen zu bestimmten Berufen entspricht nach PT2 nicht der Realität.

“Aber wenn ich jetzt beim Billa die Wurstverkäuferin bin, muss ich ähnliche Kompetenzen mitbringen, weil wenn die muffig hinter der Theke steht und unhöflich ist und nicht meine Bedürfnisse wahrnimmt, wenn ich sage, ich hätte gerne einen Schinken dünn geschnitten und sie schneidet mir so dicke Blätter runter, dann wird sie auch @(.)@ an dem Platz nicht sehr kompetent sein und ich mag das nie, wenn dass dann so nur auf bestimmte Berufsgruppen festmacht, das macht das dann sehr künstlich” (PT2, 22).

Im folgenden Ausschnitt werden verschiedene Kompetenzen aufgezählt, die teilweise in der Psychotherapieausbildung vorkommen. PT6 nennt sieben verschiedene Fähigkeiten, die im Beruf notwendig sind.

“Und dann halt auch so Dinge, die in der Ausbildung drinnen sind, wie großes Einfühlungsvermögen, Empathiefähigkeit, Resonanzfähigkeit, konstruktive Konfliktfähigkeit, aushalten auch von schwerwiegenden Ambivalenzen, sich abgrenzen können, begleiten können” (PT6, 24).

PT3 zählt ebenfalls einige Kompetenzen auf, die ein/e PsychotherapeutIn haben sollte. Ein/e TherapeutIn sollte in der Arbeit nicht mit zu hohen Erwartungen an die KlientInnen herantreten. Des Weiteren sollten PsychotherapeutInnen unvoreingenommen gegenüber den KlientInnen sein und die Vielfalt der Lebensmodelle akzeptieren.

“Einen breiten Rücken, Durchhaltevermögen, hohe Frustrationstoleranz, (3) keine zu hohen Erwartungen in Bezug auf Veränderungen (4) auf jeden Fall die Einstellung, dass es viele verschiedene Familienmodelle gibt und verschiedene Arten ein Leben zu leben und das nichts falsch ist” (PT3, 33).

Es gibt auch Kompetenzen die nicht direkt in der Arbeit mit KlientInnen zum Einsatz kommen, sondern eher im Hintergrund mitschwingen. Dazu zählt die Selbsterkenntnis und -reflexion, welche auch PT1 im Folgenden erwähnt. Diese Fähigkeiten sind von Bedeutung, um eine hohe Qualität der psychotherapeutischen Behandlung zu

gewährleisten. Um ein/e gute/r PsychotherapeutIn zu sein, wird auch eine gewisse Leidenschaft und Begeisterung für den Beruf vorausgesetzt.

“Ich glaub man sollte offen sein, eine gewisse Offenheit, einen gewissen Respekt dem Gegenüber, ein wertschätzender Umgang mit den Menschen, auch ist es sinnvoll meines Erachtens eine gewisse Selbsterkenntnis und Selbstreflexion zu haben, damit es nicht in der Therapiestunde zu einer Gegenübertragung oder Spiegelung kommt, also das sollte der Therapeut aushalten gut reflektieren. Ja und eine gewisse Liebe und Neugierde zu dem Ganzen @(..)@” (PT1, 29).

Wie in Kapitel 4.2. bei Umgang mit KlientInnen beschrieben, ist die Beziehung eine bedeutende Komponente, um mit Maßnahmen eine Wirkung erzielen zu können. Dies bestätigt auch die Aussage von SP10, in der Beziehung sowohl in der Arbeit von SozialpädagogInnen als auch PsychotherapeutInnen eine wichtige Stellung einnimmt. Die Fähigkeit, Beziehungen aufbauen und halten zu können, kann nur schwer in der Ausbildung erlernt werden.

“Eine Hauptfähigkeit die beide brauchen ist, dass sie eine Beziehung aufbauen können. Das ist sowieso das um und auf. Wenn ich es nicht schaffe eine Beziehung zu Kindern aufzubauen, dann bin ich falsch und dann ist es egal was ich gelernt habe“ (SP10, 29).

Eine weitere Kompetenz, welche in beiden Bereichen gebraucht wird, ist die Geduld. Im folgenden Zitat wird die Meinung vertreten, dass sich der/die TherapeutIn, aufgrund des Settings, leichter tut geduldig zu sein, als SozialpädagogInnen, welche oft mehrere Kinder zur gleichen Zeit betreuen müssen. Dies gilt ebenfalls für das Zuhören.

“Ja ich schätze beide ganz viel Geduld, die Fähigkeit haben zu zuhören. Da tut sich der Therapeut vielleicht ab und zu leichter, weil im Alltag mit neun Kinder da fehlt es einfach definitiv an der Zeit” (SP7, 28).

SP7 nennt als Fähigkeiten, die in beiden Berufen wichtig sind, Konfliktmanagement, Konfliktlösungsstrategien, Geduld und Handlungskompetenzen. Die Teamfähigkeit wird

eher den SozialpädagogInnen zugeschrieben, da TherapeutInnen meist alleine mit den KlientInnen arbeiten.

“Die Kompetenz brauchen wir, Konfliktmanagement, Konfliktlösungsstrategien, Geduld brauchen eh beide. Handlungskompetenzen ganz viele, also, wenn Plan A nicht funktioniert, was mache ich dann. Das braucht man in beiden Fällen. (3) Die Kompetenz die bei uns in der Sozialpädagogik wichtig ist, ist Teamfähigkeit. Die braucht der Therapeut jetzt vielleicht nicht so (...)” (SP7, 28)

Im folgenden Zitat betont SP4 die Bedeutung von theoretischem Wissen, welches als Grundstock für die praktische Arbeit dient und welches unabhängig von der Berufsgruppe vorhanden sein sollte.

“Ich glaube wie in jedem Beruf eine gewisse Fachlichkeit, ein bestimmtes Wissen und Grundbasics, ob das jetzt ein Maurer ist oder ein Pädagoge, ich denke beide Richtungen sollten mal das grobe Feld der Theorie abgesteckt haben (...)” (SP4, 30)

Im nächsten Interviewausschnitt wird auf den Unterschied zwischen Theorie und Praxis eingegangen. Das in der Ausbildung erlernte Wissen sollte verinnerlicht sein, lässt sich jedoch nicht immer Eins-zu-eins in der praktischen Arbeit umsetzen, was wiederum eine Herausforderung sein kann.

“Ja also fachliche Kompetenzen sind nie schlecht, aber zwischen Theorie und Praxis, also das geht halt immer weit auseinander” (SP5, 23).

PT 4 bezieht sich hinsichtlich der Kompetenzen von PsychotherapeutInnen auf Carl Rogers, den Begründer der Gesprächstherapie, welche in Kapitel 3.2.2. beschrieben wurde. Im nachstehenden Zitat stehen Fähigkeiten, welche Rogers als wichtig für TherapeutInnen empfindet.

“(...) Rogers: Empathie-Kongruenz-Authentizität (...)” (PT4, 24)

In folgender Textpassage nennt SP4 keine bestimmten Kompetenzen, sondern verweist auf die Relevanz, auf den eigenen psychischen sowie physischen Zustand zu achten. Nur

wenn sich die SozialpädagogInnen selbst gesund fühlen, können sie ihre Tätigkeiten professionell ausüben und anderen helfen.

“Ich glaube man sollte selbst gut im Leben stehen und es sollte einem selbst gut gehen, diese Schlagwörter in der Ausbildung, auf seine Ressourcen achten und selbst in der Mitte bleiben, das ist ganz wichtig, weil wenn ich selbst nicht fit bin, werde ich dies kaum aushalten, um zu bemerken, und zu verstehen, was da eben gerade los sein könnte” (SP4, 24).

Einen Überblick über die genannten Kompetenzen zeigt die nachstehende Abbildung. In der Abbildung sind die Kompetenzen so zugeordnet, wie sie von den InterviewpartnerInnen erwähnt wurden. Dies bedeutet jedoch nicht, dass der andere Beruf die Kompetenzen nicht erfordert.

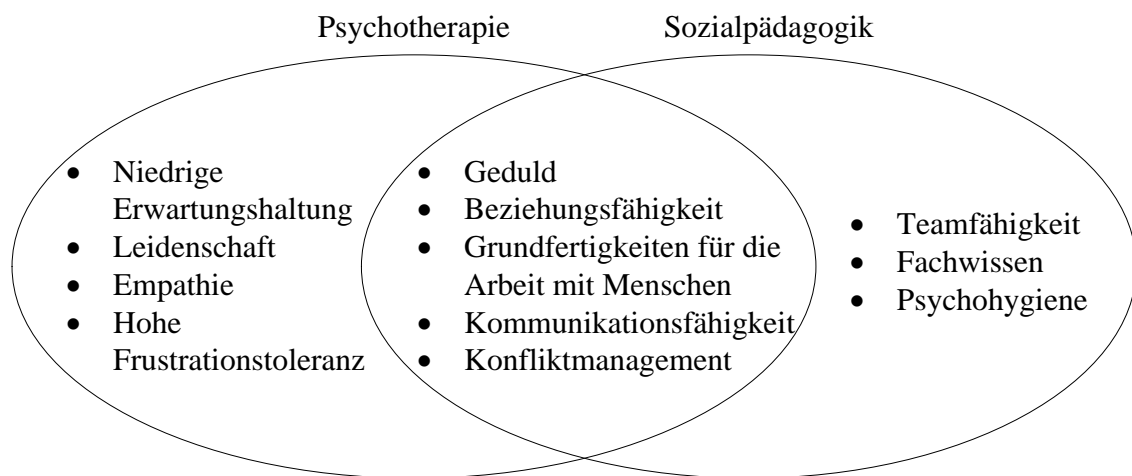


Abb. 18: Kompetenzen (eigene Darstellung).

Arbeitsfelder

Bei den Arbeitsfeldern geht es darum, die Tätigkeitsbereiche von PsychotherapeutInnen und SozialpädagogInnen aufzuzeigen und auf Überschneidungen hinzuweisen.

Die Erwartungen in Bezug auf die Beschreibung der Arbeitsfelder in den Interviews wurden nicht erfüllt. Als Orientierung für die Forscherinnen diente die Abbildung 1 von

Heimgartner, in der die verschiedenen Arbeits- und Handlungsfelder von SozialpädagogInnen bezeichnet werden. Die InterviewpartnerInnen hatten jedoch andere Auffassungen davon, was unter einem Arbeitsfeld verstanden wird.

So versteht SP6 unter einem Handlungsfeld den Alltag, welcher eine Fülle an Schwierigkeiten beinhalten kann. In diesem agieren die SozialpädagogInnen und bearbeiten verschiedene Probleme.

“Also wir sind wirklich Alltag, Alltag, Alltag immer wieder Alltag und im Alltag da gibt es ja eh genügend Sachen, genügend Problematiken oder Herausforderungen mit Aufgabe machen oder eine blöde Lehrerin oder doofe MitschülerInnen da gibt es genügend Sachen, wo wir dann ganz konkret im Alltag stabilisieren” (SP6, 42).

Für die PsychotherapeutInnen wird bei den Arbeitsfeldern, ähnlich wie bei den Themen, wieder die psychische Krankheit der KlientInnen in den Vordergrund gerückt.

“(...) in der Therapie geht es für mich immer um einen Krankheitswert” (PT3, 46).

In den beiden nachstehenden Interviewpassagen werden als gemeinsames Arbeitsfeld von SozialpädagogInnen und PsychotherapeutInnen psychiatrische Einrichtungen genannt. Ein weiteres Gebiet, in welchem beide tätig sind, sind Beratungsstellen.

“Wo es sich vielleicht überschneidet ist im klinischen Bereich oder im LSF (...)” (SP4, 42)

“Es gibt schon viele Bereiche in denen zusammengearbeitet wird. Sozialtherapeutische Einrichtungen und in Psychiatrien, Beratungsstellen und so weiter” (SP1, 44).

SP2 beschreibt die Schwierigkeit der genauen Abgrenzung der beiden Arbeitsbereiche, da die Grenze oft verschwimmt. Im Alltag können Situationen entstehen in denen ein/e PsychotherapeutIn hilfreich wäre, jedoch SozialpädagogInnen das Problem lösen müssen.

“Manchmal habe ich das Gefühl, komme ich selber in die Situation bin ich noch Sozialpädagoge oder bin ich schon Psychotherapeut, oder ist das jetzt wirklich mein Aufgabenbereich” (SP2, 44).

Aus den Aussagen der InterviewpartnerInnen ergeben sich folgende Arbeitsfelder:

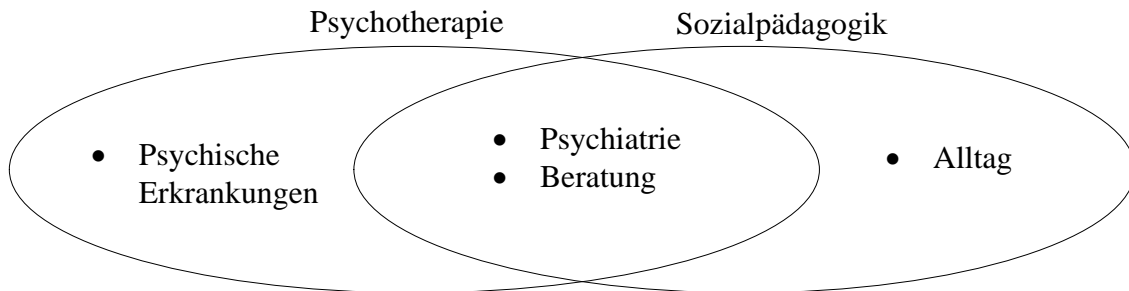


Abb. 19: Arbeitsfelder (eigene Darstellung).

7.6.3. Zusammenarbeit

Unter Zusammenarbeit wird in der vorliegenden Arbeit die Kooperation von PsychotherapeutInnen und SozialpädagogInnen verstanden. Jegliche Zusammenarbeit mit anderen Disziplinen wurde außer Acht gelassen. Zuerst wird die Gestaltung der Zusammenarbeit erläutert, danach folgen die Auswirkungen, Vorteile und eventuelle Schwierigkeiten in der Kooperation zwischen den Disziplinen.

Gestaltung der Zusammenarbeit

Die Interviewpassagen beschreiben den Ablauf und die Gestaltung der Zusammenarbeit in den verschiedenen Einrichtungen. Die Zusammenarbeit wurde von den befragten ExpertInnen sehr unterschiedlich beschrieben, was vermutlich auf die verschiedenen Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe zurückzuführen ist.

Bei der Durchführung der Interviews wurden bewusst jene Personen befragt, bei denen bekannt war, dass eine Zusammenarbeit der Disziplinen vorhanden ist.

- Vernetzungsarbeit und Teamsitzungen

SP9 erzählt von zwei Stammtherapeuten, welche für die gesamte Wohngemeinschaft zuständig sind und auch direkt in die Einrichtung kommen, um die Therapiesitzungen durchzuführen.

“Also für meine WG gesprochen, haben wir zwei Stammpsychotherapeuten, die auch die Therapiestunden da bei uns abhalten, obwohl sie eine eigene Praxis haben” (SP9, 30).

Im nachfolgenden Zitat wird direkt die Zusammenarbeit beschrieben, welche es in der Einrichtung von SP9 gibt. Die Kooperation besteht aus Teamsitzungen, speziell einberufenen Besprechungen, sowie dem gemeinsamen Kontakt mit dem Jugendamt.

“Und sonst auch laden wir die Psychotherapeuten in die Teamsitzungen ein, machen auch abseits mal eine Sitzung mit Bezugsbetreuer, Psychotherapeuten, und wenn es angezeigt ist, kommunizieren wir auch gemeinsam an das Jugendamt” (SP9, 30).

In der Arbeit von SP8 werden die Therapiestunden nach Wohlbefinden der KlientInnen vereinbart. Die Zusammenarbeit mit den TherapeutInnen hängt daher sehr stark davon ab inwieweit Psychotherapie in der Einrichtung beansprucht wird. Um die Zielsetzung der therapeutischen Maßnahmen gewährleisten zu können, werden den PsychotherapeutInnen Informationen über den Alltag der KlientInnen weitergegeben.

“Wir schauen also, ah, (.) wenn Kinder eine therapeutische Unterstützung bekommen, dass wir uns mit den Therapeuten vernetzen. Das ist dann in einem mehr oder weniger intensiven Austausch, je nach Bedarf auch, ah, dass die Therapeuten auf jeden Fall auch mal Informationen bekommen, wenn sich aktuelles im Leben des Kindes oder des Jugendlichen ergeben hat, über die Alltagssituation wie es in der WG ist, wie es zu Hause läuft, dass die Therapeutin da einfach gut einsteigen kann” (SP8, 12).

Wie bei SP9 kommen auch bei SP7 die PsychotherapeutInnen immer wieder in die Einrichtung. Dort finden Vernetzungstreffen und gemeinsame Teamsitzungen statt.

Aufgrund der Schweigepflicht von TherapeutInnen dürfen nicht alle Informationen aus den Therapiestunden weitergegeben werden. Sehr wohl aber geben die TherapeutInnen den SozialpädagogInnen Ratschläge für das pädagogische Handeln im Alltag. Im therapeutischen Setting können nämlich bestimmte Themen aufkommen und bearbeitet werden, die im alltäglichen Leben nicht gehört werden.

“Also bei uns am Standort schaut das so aus, wir haben regelmäßige Vernetzungstreffen mit der Therapeutin. Also bei uns kommen immer wieder zwei Therapeuten und die kommen dann auch regelmäßig in die Teams und geben so ein bisschen Feedback. Jetzt nicht genau was besprochen wird in den Sitzungen, aber so von den Themen die einfach da sind und von den Bedürfnissen die von uns vielleicht nicht ganz gesehen werden (...)” (SP7, 30)

SP6 bezeichnet die Zusammenarbeit als sehr eng und wie in den bereits beschriebenen Aussagen der anderen ExpertInnen gibt es ebenfalls regelmäßige Therapiestunden, bei denen die PsychotherapeutInnen in die sozialpädagogische Einrichtung kommen. Genauso wie bei SP7 werden von den TherapeutInnen Hinweise für den Alltag gegeben, welche teilweise in die sozialpädagogische Arbeit übernommen werden.

“Also wir arbeiten hier ziemlich eng mit den Therapeuten und Psychologen zusammen, also es gibt regelmäßig Termine für einige Kinder, die hier sind oder (.) da gibt es dann auch Ideen die von den Therapeuten oder den Psychologen kommen, die wir dann auch zum Teil umsetzen, also die praktisch im Alltag zum Umsetzen sind und nicht jetzt in der Therapiestunde selbst” (SP6, 8).

Anders wie in den bereits angeführten Passagen wird die Zusammenarbeit von SP5 als begrenzt wahrgenommen, was jedoch als ausreichend empfunden wird. Für Kinder und Jugendliche ist eine “Übertherapeutisierung” fragwürdig und würde den Therapieerfolg nicht verstärken.

“Ich glaube, dass die Zusammenarbeit bei uns jetzt nicht ganz eng ist, aber eng genug und ich denke sie sind jetzt gut therapiert, mehr Therapie würden sie eh nicht vertragen” (SP5, 35).

Im nachstehenden Zitat werden wieder gemeinsame Besprechungen genannt, in denen ein Informationsaustausch zwischen den ExpertInnen stattfindet. Dies ist besonders in Wohngemeinschaften der Kinder- und Jugendhilfe der Fall.

“Seien es gemeinsame Besprechungen, gerade von Kindern und Jugendlichen die in Einrichtungen untergebracht sind und dass da die Betreuer einfach miteinbezogen werden” (PT6, 26).

Im unten angeführten Interviewausschnitt wird sehr detailliert beschrieben, wie sich die Zusammenarbeit mit den SozialpädagogInnen gestaltet. Viele Schritte des Hilfeprozesses werden gemeinsam entschieden und ausgearbeitet, wie zum Beispiel die Zielformulierung, die Planung und Unterstützungsmöglichkeiten. Durch diese intensive Zusammenarbeit wird klar definiert, wer für welche Aufgaben zuständig ist und alle Beteiligten erhalten die wichtigsten Informationen über den jeweiligen Fall.

“Bei uns ist es so, dass für uns die Zusammenarbeit sehr sehr wichtig ist, vor allem mit Vertretern der Kinder- und Jugendhilfe, weil die auch für uns bei vielen Klienten die Schnittstelle sind, wo alle Informationen zusammenlaufen. Das heißt Kooperation mit den Sozialpädagogen läuft dann so ab, dass wir bei Helfergesprächen zusammenarbeiten, bei Zielformulierungen und Planungen, Unterstützungsmöglichkeiten, dass wir eigentlich durchwegs mit der Kinder- und Jugendhilfe gemeinsam etwas schaffen und überlegen, wer deckt was ab” (PT2, 24).

Wie bereits von einigen SozialpädagogInnen erwähnt, läuft auch hier die Zusammenarbeit so ab, dass die SozialpädagogInnen Vorschläge für Handlungsweisen von den TherapeutInnen erhalten, die sie dann in der Arbeit mit den KlientInnen umsetzen können.

“In der Einrichtung ist es so, dass ich sie informiere und sage ok das ist die und die Person und da hätte ich gerne diese Verknüpfung und diese Arbeit. Also da erteile ich den Auftrag oder der Klient sagt auch er möchte das oder das” (PT1, 31).

- Weiterleitung

Die Zusammenarbeit in der Einrichtung von SP4 findet indirekt statt und besteht einzig und allein in der Weiterleitung der KlientInnen an PsychotherapeutInnen. In der Organisation arbeiten keine TherapeutInnen und es werden keine Sitzungen von Externen direkt vor Ort abgehalten.

“Also eigentlich ist das nur gegeben, wenn wir einen Jugendlichen haben, den wir schicken können, dann passiert das. Wir haben leider im Team keinen und auch keinen der vorbeikommt. Wir haben einmal im Monat Supervision, das ist ein Psychotherapeut (.) aber sonst eher schlecht” (SP4, 32).

SP1 schildert die Zusammenarbeit ähnlich wie SP4 im obigen Zitat. SP1 arbeitet in einer Beratungsstelle, in welcher therapeutische Leistungen nicht angeboten werden dürfen. Daher werden die KlientInnen, wenn nötig, zu bereits bekannten PsychotherapeutInnen weiterverwiesen.

“Die Zusammenarbeit findet eher indirekt statt, denn wir dürfen in unserer Organisation selbst keine Psychotherapie anbieten, obwohl meine Kollegin ja auch die Ausbildung zur Psychotherapeutin hat. Wenn wir jetzt bei einem Klienten den Bedarf einer Psychotherapie sehen, dann schicken wir ihn natürlich zu unseren Psychotherapeutinnen weiter” (SP1, 31).

- Schweigepflicht

SP3 bezieht sich auf die Schweigepflicht der PsychotherapeutInnen. Es darf daher nur ein Informationsaustausch stattfinden, wenn die KlientInnen damit einverstanden sind.

“Also nur im Einverständnis mit den Klienten besprechen wir uns” (SP3, 36).

PT4 beruft sich auf die Schweigepflicht und spricht sich eher gegen einen Austausch mit SozialpädagogInnen aus. Die Weitergabe von Informationen wäre eine Grenzüberschreitung.

“Die Vereinbarung zwischen KlientInnen und TherapeutInnen würde verletzt werden, wenn dieser sich mit den SozialpädagogInnen austauscht” (PT4, 29).

Wie in den verschiedenen Textpassagen der ExpertInnen erwähnt wurde, gestaltet sich die Zusammenarbeit zwischen den Disziplinen sehr unterschiedlich und hängt stark von der subjektiven Wahrnehmung in der jeweiligen Einrichtung ab. In den Interviews wurden von einer engen Zusammenarbeit bis hin zu einer fehlenden Zusammenarbeit gesprochen. Ein Einflussfaktor auf die Zusammenarbeit ist die Schweigepflicht.

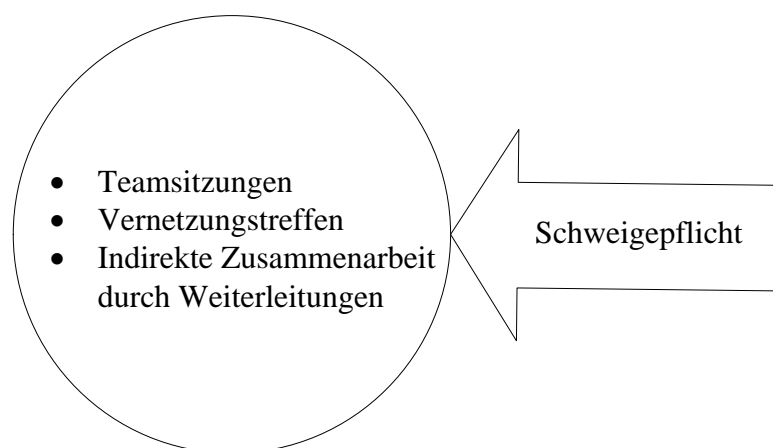


Abb. 20: Zusammenarbeit (eigene Darstellung).

Auswirkungen

Die Zusammenarbeit wirkt sich nicht nur auf die Arbeit der ExpertInnen aus, sondern beeinflusst auch den Hilfsprozess der KlientInnen. Die ExpertInnen nehmen die Auswirkungen der Zusammenarbeit durchwegs als positiv und bereichernd wahr. Negative Auswirkungen wurden nicht erwähnt.

Eine Auswirkung der Zusammenarbeit ist, dass alle HelferInnen in eine gemeinsame Richtung arbeiten, wodurch Probleme effizienter gelöst werden können. Diese Arbeit sollte immer transparent ablaufen und somit auch den KlientInnen bewusst sein. Die Aufgaben sind durch die Zusammenarbeit klar verteilt, was den KlientInnen ein Gefühl von Ordnung und Struktur vermittelt. Auf Grund der Zusammenarbeit wird das Konkurrenzdenken zwischen den Disziplinen vermindert und der Fokus auf die KlientInnen und deren Bedürfnisse gerichtet. Durch den Austausch zwischen den SozialpädagogInnen und PsychotherapeutInnen müssen die KlientInnen ihre Problemlagen nicht wiederholt wiedergeben, was gerade bei belastenden Erlebnissen eine Erleichterung darstellt.

Das gerade Beschriebene ist in den nächsten drei Aussagen ersichtlich:

“Naja ich denke für die Klienten ist es einfach wichtig zu wissen, dass Helfer nicht in irgendeiner Konkurrenz zueinanderstehen und dass manche Klienten das gut nützen können so ok ich muss nicht alles doppelt und dreifach erzählen, sondern bitte besprecht ihr das gleich untereinander” (PT2, 26).

“Na es geht um dieses an einem Strang ziehen, also das nicht der eine in die eine Richtung zieht und der andere zieht in die andere Richtung, sondern, dass man gemeinsam das Wohlergehen des Jugendlichen in den Mittelpunkt stellt und das ist so das Wichtigste” (SP6, 31).

“Das wir beide sozusagen am gleichen Strang ziehen, (.) also ich finde immer eine Zusammenarbeit viel sinnvoller, weil man dann ja den Klienten nicht mehr verwirrt. Weil wenn ich A sage und der andere B dann ist das ein Blödsinn. Deshalb finde ich eine gute Vernetzung sehr sinnvoll” (PT 1, 33).

Die Auswirkung der Zusammenarbeit ist ebenfalls durch eine schnellere Hilfeleistung erkennbar, da das Wissen der jeweiligen anderen Disziplin mitgenutzt werden kann. Dadurch wird auch eine gemeinsame Planung der Interventionen ermöglicht.

“Ja eben, dass man bessere Hilfe anbieten kann, weil eben einfach schneller Probleme und Störungen erkannt werden können und ein Austausch auch stattfindet und man sich absprechen kann, was ist passiert oder wie tun wir jetzt weiter” (PT3, 37).

In manchen Einrichtungen ist der Austausch den KlientInnen, hier im Zitat von SP7 erwähnt, den Kindern, kaum bewusst. Werden SozialpädagogInnen und TherapeutInnen dann bei einem Gespräch gesehen, regt das die Kinder zum Nachdenken an. Diese Situationen werden nicht als negativ aufgefasst, jedoch stellt sich die Frage, welche Informationen weitergegeben werden und welche nicht.

“Bei uns bei den Kindern ist das dann oft so ein Aha-Moment, wenn sie mitbekommen wir reden. Das sehen sie ja auch oft, weil man begegnet sich ja ständig am Standort und dann wird halt auch getratscht. Und dann ist das

*immer so, oh Gott du kennst den, habt ihr über mich gesprochen und so. (.)
Wobei das nicht negativ ist” (SP7, 32).*

In der Arbeit von SP4 ist kein direkter Austausch vorhanden, jedoch wird angenommen, dass dies den Alltag erleichtern würde. Gerade bei der Feststellung von Schwierigkeiten wäre Unterstützung hilfreich.

“(…) aber der Austausch würde sicher dazu führen, dass wir uns in der Arbeit leichter tun. Jetzt mit dem Erkennen von Problemen und so” (SP4, 36).

In der nächsten Aussage wird eine klare Auswirkung auf die KlientInnen beschrieben. Menschen in schwierigen Lebenslagen haben oft nicht mehr die Kraft sich Hilfe zu organisieren. Dadurch stellt es eine Erleichterung für diese Personen dar, wenn die ExpertInnen sich untereinander vernetzen und eventuell weiterverweisen.

“Die KlientInnen ersparen sich natürlich selbst die Suche nach Hilfe und das Herumrennen. Ich denke mir, wenn ich jetzt in einer schwierigen Lage bin und mein Blick eh schon sehr eingengt ist, dann schaffe ich es vielleicht nicht, mir selbst von irgendwoher Hilfe zu holen” (SP1, 34).

Die unterschiedlichen Auswirkungen, die sich aus der Zusammenarbeit von PsychotherapeutInnen und SozialpädagogInnen ergeben, sind in der untenstehenden Grafik veranschaulicht.

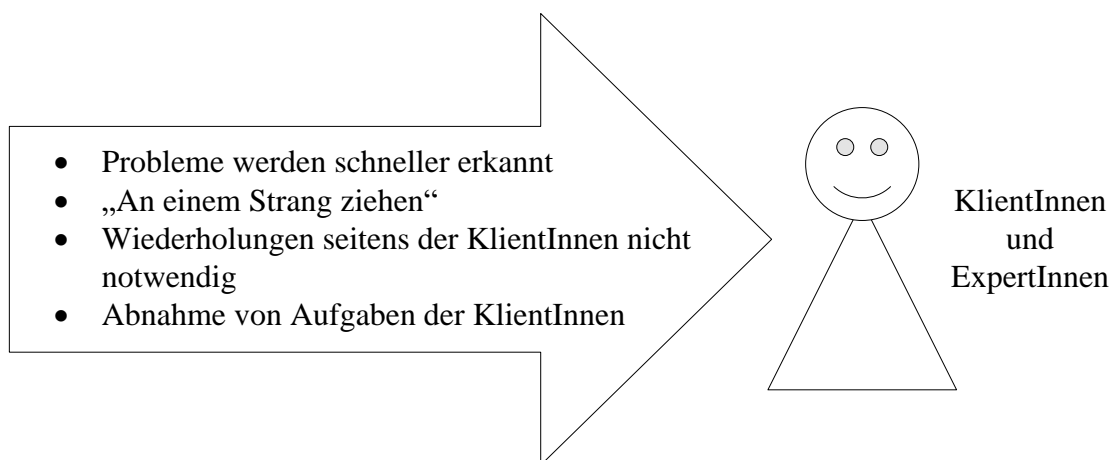


Abb. 21: Auswirkungen bei guter Zusammenarbeit (eigene Darstellung).

Vorteile der Zusammenarbeit

Durch die Zusammenarbeit ergeben sich unterschiedliche Vorteile für die KlientInnen sowie auch für die ExpertInnen. Die Vorteile überschneiden sich in gewissen Punkten mit den Auswirkungen der Zusammenarbeit.

Ein Vorteil wird im Austausch von Informationen gesehen, wie bereits bei den Auswirkungen beschrieben. Durch Weitergabe von relevanten Fakten können die KlientInnen den ExpertInnen nicht verschiedene Gegebenheiten erzählen, ohne dass diese von den Täuschungen erfahren. SP9 gibt im nächsten Zitat diesbezüglich ein Beispiel.

“Also der Vorteil liegt sicher wieder bei diesem Informationsaustausch, wo man einfach aus der anderen Profession Dinge weitergeben kann und wir dem Kind dadurch auch wenig Schlupfmöglichkeiten geben. Wenn wir uns austauschen, kann das Kind in der Therapie keine heile Welt von der WG vor malen. Es ist eh alles super, aber du nein, so ist es wirklich” (SP9, 34).

Ein weiterer Nutzen besteht in der leichteren Diagnose von Störungen und Erkrankungen, da das Wissen von beiden Richtungen miteinfließt, wie PT3 beschreibt.

“Der Vorteil darin ist, dass manche Verhaltensweisen einfach besser diagnostiziert werden können, wenn Sozialpädagogen und Therapeuten zusammenarbeiten und Wissen weitervermittelt wird und ein Austausch stattfindet” (PT3, 35).

SP7 nennt einen zusätzlichen Vorteil der Informationsweitergabe. Dadurch können nämlich Situationen bereits im Vorhinein entschärft werden. Wird in der Therapie gerade ein sensibles Thema bearbeitet, welches zu Eskalationen im Alltag führen könnte, wissen die SozialpädagogInnen davon, und können vorab reagieren.

“Und Auswirkungen auf die Zusammenarbeit, ich glaube da profitieren immer beide Seiten. Wenn ich im Alltag weiß, das ist gerade Thema in der Therapie, kann ich auch darauf eingehen, ohne dass ich es jetzt direkt anspreche. Dann kann ich viel auffangen, bevor es aufbricht. Das ist schon praktisch. Das erleichtert ganz viel glaube ich” (SP7, 32).

Das Arbeiten im Team mit PsychotherapeutInnen, kann eine Erleichterung für die PädagogInnen darstellen. Viele Situationen sind im Alltag oft sehr belastend und schlagen sich in der Psyche der ExpertInnen nieder. Der Austausch mit anderen, über eventuelle Gründe von bestimmten Vorkommnissen, nimmt die Last von den SozialpädagogInnen, wie folgend SP8 meint.

“Für uns Pädagogen auch ein bisschen Psychohygiene” (SP8, 34).

Die beiden untenstehenden Aussagen beschreiben die Abgrenzung der Aufgabenbereiche. Wie in Kapitel 4.1 unter Aufgaben beschrieben, unterscheiden sich die Zuständigkeiten der beiden Disziplinen. Daher können bei bestimmten Schwierigkeiten, Grenzen gezogen werden und die KlientInnen an andere ExpertInnen verwiesen werden. Die nächsten beiden Aussagen zeigen, dass bereits eine indirekte Zusammenarbeit einen Vorteil mit sich bringt, nämlich, dass Verantwortung abgegeben werden kann, was eine Entlastung der SozialpädagogInnen nach sich zieht.

“(…) ich bin froh, dass ich ihnen da einen Part übergeben kann und somit auch Verantwortung übergeben kann, (.) wenn es so Richtung selbstverletzendes Verhalten geht und so und ob man die Kinder jetzt ins LSF einweisen lasst oder nicht (...)” (SP5, 39)

“Und der Vorteil für Sozialpädagogen ist, dass wir diesen Part auch abgrenzen können. Das ist dort in der Therapie gut aufgehoben und da gehst du hin und man kann auch klar sagen, du das ist dort” (SP10, 35).

In der nächsten Abbildung sind die Vorteile übersichtlich aufgelistet:

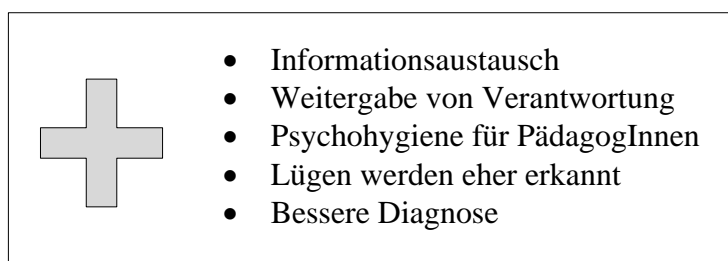


Abb. 22: Vorteile (eigene Darstellung).

Probleme und Spannungen

Neben Vorteilen bringt eine Zusammenarbeit auch Herausforderungen mit sich, die es zu bewältigen gilt. Die Spannungen, welche bei der Kooperation der beiden Berufsgruppen auftreten, können meist ohne größere Schwierigkeiten gelöst werden.

Ein Konfliktpunkt besteht in der unterschiedlichen Sichtweise der beiden Disziplinen, wie die beiden unteren Zitate zeigen. Dieser lässt sich jedoch durch eine professionelle Diskussion aller Beteiligten beseitigen. Die Reibungen können Anstoß sein über den eigenen Tellerrand zu blicken und Neues zuzulassen.

“Durch verschiedene Sichtweisen. Also meiner Erfahrung nach, hat sich das dann aber immer gut klären lassen. Also durch verschiedene Sichtweisen kann es zu Konflikten kommen” (PT6, 32).

“Ja klar es gibt schon immer Reibungen, weil man ja verschiedene Sichtweisen hat, also die kann man ja alle dann immer konstruktiv lösen. Ich glaube das ist auch notwendig, dass es da Reibung gibt, dass man sich da auch nicht verrennt” (SP6, 35).

SP2 geht auf die Subjektivität der einzelnen Meinungen ein. Es wäre wichtig den Tunnelblick zu vermeiden und auch andere Sichtweisen in Betracht zu ziehen. Das Beispiel mit den 360° eines Kreises, welche von einer einzelnen Person nicht abgedeckt werden können, regt zur Erweiterung des eigenen Horizonts an.

“(…) so quasi aus seinem Blickwinkel schaut und vergisst dabei, dass das ja trotzdem ein subjektiver Blickwinkel ist und nicht die 360° eines Kreises abdeckt. Jeder hat einfach ein Segment. Je nachdem von wo ich darauf schaue, ergeben sich natürlich völlig andere Perspektiven” (SP2, 48).

Eine weitere Spannung ergibt sich aus dem Konkurrenzdenken, welches die nachstehenden Aussagen beschreiben. Manchen Disziplinen wird ein höherer Stellenwert als anderen zugeschrieben, was zu einem Machtungleichgewicht führt. Außerdem gibt es bei mehreren Organisationen die gleichen Dienstleistungen, welche durch Förderungen

finanziert werden. Jede Institution strebt danach, in der eigenen Sparte erfolgreich zu sein und je mehr Konkurrenz es gibt, desto schwieriger wird dieses Vorhaben.

“Ein großes Problem ist sicherlich der Konkurrenzkampf zwischen den Disziplinen und auch den verschiedenen Institutionen” (SP1, 38).

“Ich denke mir immer dann, wenn man zu wenig sich klar miteinander bespricht und abspricht dann können natürlich Konkurrenzen entstehen. Auch wenn unter den Berufsgruppen ein Abwerten passiert” (PT2, 28).

“Viele Institutionen bieten ja schon dasselbe an und jeder möchte natürlich der Beste in dem Bereich sein und bei der Arbeit, die er anbietet” (SP1, 38).

Ein weiteres Problem, welches PT2 erwähnt, ist, wenn das Helfersystem aus zu vielen Personen besteht. Dies kann einen zu hohen Druck auf die KlientInnen ausüben, wodurch die angestrebte Hilfe ins Negative umschlagen kann. Nach dem Motto “Zu viele Köche verderben den Brei” können zu viele HelferInnen die Interventionen verderben. An dieser Stelle sollte an das Wohl der KlientInnen gedacht werden und das HelferInnensystem verkleinert werden.

“Ich denke auch wenn jetzt zu viele Helfer sind, dann ist das auch immer so ein Punkt, dass man gut schauen muss, dass man Familien mit Hilfen jetzt nicht überlastet und klar zuordnet und da ist es auch immer wieder gut dies zu besprechen und immer wieder sagen ok gut, dann ist es besser Entscheidungen zu treffen und eine Person des Helfersystems zieht sich für eine gewisse Zeit zurück” (PT2, 30).

Zu wenig zeitliche Ressourcen können die Zusammenarbeit negativ beeinflussen. Die ExpertInnen sind zeitlich voll ausgelastet und haben dadurch nicht immer Zeit für einen Austausch mit den anderen. SP9 meint, Informationen die zu spät eintreffen, sind oft nicht mehr hilfreich.

“Ein Problem ist manchmal, dass alle halt irrsinnig viel zu tun haben und nicht immer die Zeit ist die es manchmal halt braucht und dann Information erst wieder zeitversetzt marschiert” (SP9, 36).

Neben dem Therapiegeheimnis gilt auch für SozialpädagogInnen eine Art Schweigepflicht, um sensible Informationen der KlientInnen zu schützen. SP9 nennt hier die Schwierigkeit des gelingenden Austausches und der Wahrung von vertraulichen Informationen.

“Ich glaub das schwierigste ist wirklich dieser Balanceakt zwischen gutem Informationsaustausch und Wahrung des Therapiegeheimnisses und von der sozialpädagogischen Seite, die Wahrung der Privatsphäre” (SP9, 42).

Fehlende Gespräche zwischen SozialpädagogInnen und PsychotherapeutInnen verringern die Effektivität der Maßnahmen. SP8 sieht darin einen Nachteil für die KlientInnen, auch wenn die Arbeit der einzelnen Disziplinen qualitativ hochwertig ist.

“Wenn da keine Kommunikation und kein Austausch da ist und jeder nur nach seinem guten Willen arbeitet, passt das im Einzelnen schon aber es ist nicht produktiv für das Kind” (SP8, 42).

In der Teamarbeit spielt auch die Sympathie eine wichtige Rolle. Je besser die Beziehung zwischen den HelferInnen ist, desto reibungsloser funktioniert die Zusammenarbeit. Fachliche Kompetenz ist wichtig, jedoch rückt sie in den Hintergrund, wenn das zwischenmenschliche Verhältnis schwierig ist. Das folgende Zitat beschreibt diese Ansicht.

“Aber grundsätzlich finde ich es überwiegend positiv aber so wie in allem ist es halt eher die Chemie zwischen den Helfern einfach wichtig. Also wenn ich mit dem nicht kann, ist es schwierig. Der kann fachlich noch so kompetent sein, wenn das Zwischenmenschliche nicht passt” (SP2, 36).

Zusammenfassend konnten folgende Problembereiche der Zusammenarbeit aus den Interviews herausgefiltert werden:

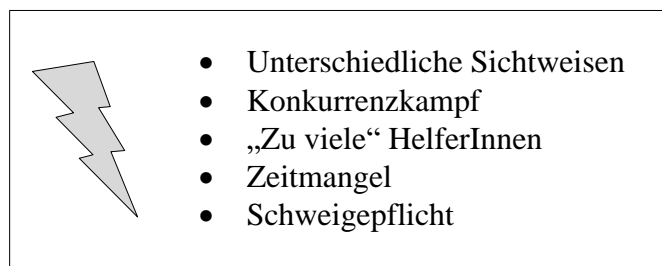


Abb. 23: Probleme und Spannungen bei der Zusammenarbeit (eigene Darstellung).

Grenzen

So positiv die Zusammenarbeit von den ExpertInnen gesehen wird, weist sie doch gewisse Grenzen auf. Diese Barrieren sollten nach Meinung der SozialpädagogInnen und der PsychotherapeutInnen nicht überschritten werden, da dies negative Folgen mit sich bringen könnte.

Die beiden nachfolgenden Aussagen der PsychotherapeutInnen nennen als Grenze die Schweigepflicht, welche gesetzlich verankert ist. Diese Grenze dient auch klar dem Schutz der KlientInnen, denen gewährleistet wird, dass alles, was in der Therapie besprochen wird, geheim bleibt. Oft wäre der Wunsch vorhanden, mehr Informationen auszutauschen, dies ist jedoch auf Grund der Verschwiegenheitspflicht nicht möglich.

“Also die Grenzen würden aus therapeutischer Sicht dort sein, wo quasi die Schutzgrenze von dem Kind, Jugendlichen überschritten wird. Dass, das also in der Psychotherapie bleibt. Wir sind ja an eine starke Schweigepflicht gebunden” (PT6, 38).

“Grenzen also ich glaube Grenzen sind, also als Therapeutin, wenn es um die Schweigepflicht geht, wenn es um Dinge geht die wirklich einen geschützten therapeutischen Rahmen verlangen und selbst wenn da Begehrlichkeiten wären, darüber mehr zu erfahren wäre das nicht möglich, weil es gibt da ja Berufsgesetze” (PT2, 30).

PT1 und SP6 sehen als Grenze die Kompetenzen der jeweiligen Berufsgruppen. Jede hat ihre eigenen Stärken, mit denen gearbeitet werden kann. Obwohl die Versuchung Probleme zu lösen, die in den anderen Zuständigkeitsbereich fallen, groß sein kann, sollte dies jedoch unterlassen werden. Um Grenzüberschreitungen und Reibungen zu vermeiden, sollten im Voraus die Bereiche abgesteckt werden. SP6 führt als Beispiel den Versuch von SozialpädagogInnen an, in die Tiefe der Psyche vorzudringen. Dies ist aber eine klare Überschreitung der Fähigkeiten, da es nicht Teil der Ausbildung ist.

“Grenzen, ja natürlich wenn es eine gewisse Kompetenzüberschreitung ist, obwohl in dem Bereich in der Einrichtung (.) ist es eigentlich schon relativ klar geordnet, aber ja vielleicht, wenn der eine in das Gebiet des anderen zu übergriffig wird, aber, wenn man das von vorne herein bespricht - ok was ist jetzt das Ziel für den Klienten - dann kann man schon gut miteinander arbeiten” (PT1, 47).

“Wenn Kompetenzen überschritten werden, also, wenn ich als Sozialpädagoge jetzt plötzlich glauben könnte, ich müsse auch in die Tiefe arbeiten und somit ins Feld des anderen eindringen. Da ist so eine bestimmte Trennung der Zuständigkeit schon sehr wichtig, dass man da nicht zu sehr ins Feld des anderen arbeitet” (SP6, 44).

SP2 nennt keine eindeutigen Grenzen der Zusammenarbeit, sondern betont, dass diese vom jeweiligen Auftrag abhängig sind.

“Also, klare Grenzen würde ich nicht sehen. Das kommt natürlich ein Stück weit auch immer so auf den ahm, auf die Auftragsklärung an” (SP2, 50).

Wie in Kapitel 4.1. bei den Aufgaben angeführt, hat jede Disziplin ihren eigenen Aufgabenbereich. SP7 sieht es als unpassend, wenn sich SozialpädagogInnen in therapeutische Angelegenheiten einmischen und umgekehrt. Dies würde auch bei den KlientInnen zu Verwirrungen führen. Die getrennten Zuständigkeiten erfüllen ihren Zweck und sollten daher auch eingehalten werden.

“Ja ganz klar, ich würde mich nie reinsetzen in die Therapiestunde. Also das ist ganz klar und es gibt einfach Sachen die gehen mich nichts an oder

generell die Sozialpädagogik. (.) Das würde auch überhaupt nicht passen, wenn die Therapeutin da einen Alltag verbringt und mit allen Kinder spielt. Ich glaube da hat einfach jeder seine Zuständigkeit und das ist auch gut so” (SP7, 46).

Bei den Grenzen lassen sich aus den Interviews zwei wichtige Punkte herausarbeiten, welche in der folgenden Grafik ersichtlich sind.

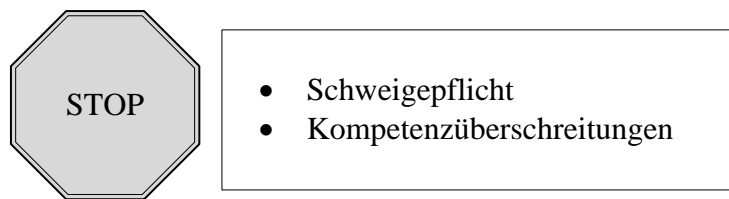


Abb. 24: Grenzen (eigene Darstellung).

7.6.4. Entwicklungsbedarf

Abschließend war für die vorliegende Masterarbeit relevant, wo die Befragten einen Entwicklungsbedarf im Hinblick auf die Zusammenarbeit sehen und welche Verbesserungsvorschläge sie für das Thema haben.

Ein Bereich, bei dem ein Entwicklungsbedarf gesehen wird, ist der Wissensaustausch zwischen den Disziplinen. Dies bezieht PT6 nicht nur auf Sozialpädagogik und Psychotherapie, sondern nennt auch Psychologie als relevant. SP2 ist der Meinung, dass bereits in der Ausbildung mehr aus der anderen Disziplin eingebracht werden soll. Besonders wird auf die praktischen Erfahrungen Bezug genommen. SozialpädagogInnen sollten bei therapeutischen Sitzungen teilnehmen und PsychotherapeutInnen in Wohngemeinschaften arbeiten, um das Feld der anderen Berufsgruppe besser verstehen zu können.

“Ich bin überzeugt, dass noch viel mehr dieses Know-how aus den pädagogischen Richtungen, aus der Psychologie, aus der Psychotherapie, bezogen auf Erziehung, auf Bindung, Elternförderung, dass hier pauschal

gesagt nur ein ganz kleiner Bruchteil der Erkenntnisse aus all diesen Richtungen übersetzt ist” (PT6, 40).

“Naja, a::hm ich denke mir halt in der Ausbildung selbst. Also wenn jemand Sozialpädagogik studiert, oder wenn jemand eine Psychotherapieausbildung macht, ahm (2) dass eben zukünftige Sozialpädagoginnen beispielsweise bei psychotherapeutischen Sitzungen teilnehmen und die Psychotherapeuten zum Beispiel a::h ein halbes Jahr in einer Wohngemeinschaft sind” (SP2, 52).

Ein weiterer Aspekt, den PT2 nennt, wo Veränderungen notwendig wären, sind die Vernetzungstreffen. Diese sollten öfter stattfinden und die Themen sollten auf verschiedenen Ebenen besprochen werden. Ein allgemeiner Blick auf die Arbeit ist ebenso wichtig, wie die Besprechung von einzelnen Fällen.

“Ich glaube, dass es viel mehr an Vernetzungstreffen geben müsste auch jetzt auf einer Metaebene, wo es um Berufsbilder, um Austausch geht, sowie auch in der konkreten Fallarbeit” (PT2, 32).

SP1 sieht ebenfalls bei der Vernetzung einen Entwicklungsbedarf. Um die Vernetzungsarbeit verbessern zu können, muss jedoch das Konkurrenzdenken zwischen den Disziplinen und verschiedenen Institutionen abgebaut werden. Dies kann sich jedoch schwierig gestalten, da es auch im Sozialbereich Wettbewerbsdruck gibt und jede Einrichtung auf Fördergelder angewiesen ist. Dies führt dazu, dass jede Institution versucht, innovative Ideen möglichst für sich zu behalten, anstatt sie mit anderen Einrichtungen zu teilen und einen Austausch zu initiieren.

“Vernetzung ist hier sicher ein Stichwort, hier könnte es auf jeden Fall noch mehr sein. Und da muss sicherlich, dass Konkurrenzdenken weniger werden, aber das ist halt nicht so einfach und das gibt es in allen Branchen heutzutage, diesen Wettbewerb. Ohne Erfolg gibt es auch kein Geld, und darunter leidet dann schon die Qualität” (SP1, 42).

In der nächsten Interviewpassage von SP8 wird auf die mangelnde Zeit für Vernetzungstreffen hingewiesen. Da die PsychotherapeutInnen nicht direkt in der Einrichtung arbeiten, müssen extra Termine vereinbart werden.

“Ja also, dass wir mehr Zeit für die Vernetzungstreffen haben. Da ist es oft wirklich schwierig einen Termin zu finden. Jetzt nicht nur von der Therapeuten-Seite, sondern auch von unserer Seite her (...)” (SP8, 38)

Im folgenden Zitat wird das Problem der fehlenden Therapieform für Kinder beschrieben. Die Kinder können zwar Gesprächstherapie in Anspruch nehmen, SP9 sieht diese Art der Therapie jedoch nicht als die geeignetste Form für Kinder an. Der Einrichtung sollte es auch möglich sein, PsychotherapeutInnen aus der entsprechenden Schule zu wählen.

“Zu 99% ist gut angeboten und gut erreichbar Gesprächstherapie, aber das bringt mir bei einem 8-jährigen aber nicht wesentlich was. Dann brauche ich jemanden der Spieltherapie, Verhaltenstherapie, Psychodrama, was auch immer, anbietet und das ist dann oft nicht so einfach, das richtige Setting zu finden” (SP9, 42).

Nicht nur die geeignete Therapieform zu finden ist schwierig, sondern auch die Finanzierung der Therapiestunden, wie SP7 beschreibt. Die SozialpädagogInnen suchen zwar meist für die Finanzierung an, jedoch wird nicht jedes Ansuchen genehmigt. Somit kann nicht jedes Kind, welches eine Therapie benötigt, auch eine erhalten, da die finanziellen Mittel fehlen.

“Ich hätte gern mehr Therapie für Kinder, weil das ist dann immer, also wir versuchen natürlich immer Ansuchen ob Therapie auch möglich ist und finanziert wird, weil wir können es nicht immer finanzieren, weil das Geld halt nicht immer da ist” (SP7, 40).

PT1 wünscht sich eine engere Zusammenarbeit von SozialpädagogInnen und PsychotherapeutInnen. In regelmäßigen Abständen Informationen auszutauschen und gemeinsam über die Fälle nachzudenken, würde die Arbeit verbessern.

“Ja sicher gibt es da noch Entwicklungsbedarf, also es ist sicherlich noch sinnvoller enger zusammen zu arbeiten, beziehungsweise da immer wieder so ein Update zu machen und zu reflektieren” (PT1, 41).

Im nachstehenden Zitat wird ein konkreteres Beispiel für eine engere Zusammenarbeit genannt. SP10 hätte gerne die PsychotherapeutInnen in den Teamsitzungen dabei, um zusätzliche Informationen über die Kinder zu erhalten. Eine Hürde wird in der Verschwiegenheitspflicht gesehen, da das Vertrauen der Kinder nicht missbraucht werden dürfe.

“Ich weiß nicht inwieweit das für euch Thema ist, aber ich würde das super toll finden, wenn der Psychotherapeut auch ins Team kommen könnte und was über das Kind erzählen könnte. Ich mein das geht halt wahrscheinlich nicht, wegen der Verschwiegenheit und weil du halt einfach die Bedürfnisse des Kindes miteinbeziehen musst” (SP10, 39).

SP4 beschreibt den Vorteil, wenn PsychotherapeutInnen zum Team einer Einrichtung gehören. Sie bringen andere Sichtweisen in die Arbeit mit ein und eröffnen so neue Handlungsmöglichkeiten. SP4 hat diese Erfahrung bereits gemacht und empfand es als sehr bereichernd.

“Also gewünscht aus meiner Sicht wäre in jeder Einrichtung jemand der, wir haben zum Beispiel einen Kollegen gehabt der macht gerade die Psychotherapieausbildung und das war toll was der uns wiedergebracht hat, einfach an neuen Geschichten und Perspektiven” (SP4, 16).

In wenigen Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe arbeiten direkt PsychotherapeutInnen. Nach der Meinung von SP4 wäre es bereits hilfreich, wenn externe TherapeutInnen in die Teamsitzungen kommen und den SozialpädagogInnen beratend zur Seite stehen.

“Es wäre toll, wenn das Land Steiermark sagt, in jeder Kinder- und Jugendhilfeeinrichtung muss wenigstens einmal in der Woche ein externer Psychotherapeut bei den Teamsitzungen zumindest anwesend sein und so die Fallanamnesen machen und um die Leute zu unterstützen und zu evaluieren und zu schauen, wo stehen wir und was wäre notwendig” (SP4, 48).

Im letzten Zitat wird ein Unterschied von Stadt-Land beschrieben, da in der Stadt die verschiedenen Schulen vertreten sind. Am Land hingegen findet man gewisse

Psychotherapierichtungen schwieriger. SP3 betrachtet es als wünschenswert, die Psychotherapie im ländlichen Bereich auszubauen und verschiedenste Schulen anzubieten.

“Ja vielleicht echt in die ländlichen Bereiche, dass man da schaut, dass man verschiedene Disziplinen vielleicht auch flächendeckend anbietet. (.) Ja, wie gesagt ich glaube in der Stadt findet man alle Richtungen oder was man braucht” (SP3, 44).

In der nachstehenden Abbildung werden die von den Befragten genannten Verbesserungsvorschläge dargestellt.

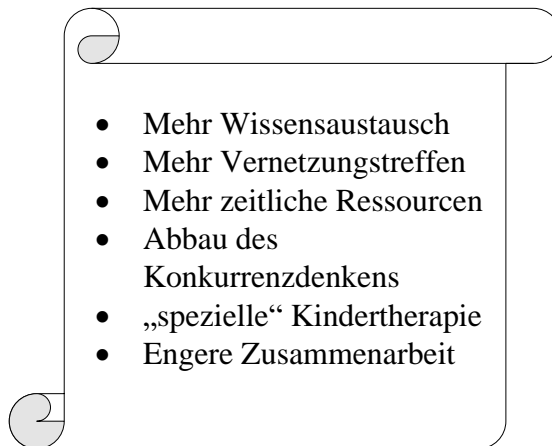
- 
- Mehr Wissensaustausch
 - Mehr Vernetzungstreffen
 - Mehr zeitliche Ressourcen
 - Abbau des Konkurrenzdenkens
 - „spezielle“ Kindertherapie
 - Engere Zusammenarbeit

Abb. 25: Entwicklungsbedarf (eigene Darstellung).

8. Resümee und Ausblick (Čurk/Pekert)

Nach ausführlicher Darstellung des theoriegeleiteten und empirischen Teils der Masterarbeit, folgt abschließend eine kurze Zusammenfassung mit einem Ausblick für das Thema dieser Arbeit.

Aus den vorhergehenden Kapiteln lässt sich erkennen, dass sowohl die Psychotherapie als auch die Sozialpädagogik sehr breit gefächert sind. Das wird durch die Literatur und die Aussagen der ExpertInnen bestätigt. Besonders die Themen und Arbeitsfelder werden als sehr groß und vielfältig beschrieben.

Die Theorie und Praxis überschneiden sich nicht immer. Gerade bei den Orientierungen und Methoden konnte von uns ein Unterschied festgestellt werden. Diese werden nämlich oft nicht bewusst angewendet. Das Handeln passiert oft situationsabhängig im Alltag.

Besonders bei dem Merkmal der Diagnose wurde ein großer Unterschied zwischen den Berufsgruppen festgestellt. Obwohl die Sozialpädagogik über soziale Diagnoseverfahren verfügt, wurde die Diagnose mehrheitlich von den Befragten der Psychotherapie zugeschrieben. Die soziale Diagnose hat somit in der Praxis bei Kindern und Jugendlichen kaum mehr Bedeutung. Aus der Diagnostik nach der ICD-10, welche psychische Störungen und Erkrankungen diagnostiziert, ergibt sich ein defizitärer Blick auf die KlientInnen. Die soziale Diagnostik hingegen versucht Ressourcen und Informationen herauszuarbeiten. Sie bietet somit einen positiven Blick auf die KlientInnen, welcher für die Arbeit von großer Bedeutung ist.

Überraschend war für uns die ähnliche Definition von Psychotherapie und Sozialpädagogik von Seiten der ExpertInnen. In der Literatur werden diese nämlich sehr unterschiedlich beschrieben. Die ExpertInnen gehen hier bei beiden Disziplinen auf das Begleiten und Unterstützen der KlientInnen ein. Das bedeutet nicht, hier seien keine Differenzen vorhanden, doch die ExpertInnen sehen in ihrer Arbeit mit den Menschen die Begleitung und Unterstützung als sehr wesentlich an. In der Literatur wird dies eher der Sozialpädagogik zugeschrieben.

Aktuell gibt es nicht überall eine Zusammenarbeit von PsychotherapeutInnen und SozialpädagogInnen. Es konnte festgestellt werden, dass eine vermehrte Zusammenarbeit gewünscht wird. Bei der Zusammenarbeit sollte jedoch die Schweigepflicht von beiden Berufsgruppen berücksichtigt werden. Dadurch profitieren dann sowohl die HelferInnen als auch die KlientInnen.

Hierbei wäre eine Optimierung der Ausbildungen vorteilhaft. Dabei sollten Elemente der Sozialpädagogik in die Psychotherapieausbildung übernommen werden und Elemente der Psychotherapie in die Sozialpädagogikausbildung. Dadurch ergibt sich ein besseres Verständnis für die andere Disziplin, was positive Auswirkungen auf die Zusammenarbeit haben würde.

Bei der Zusammenarbeit können sich natürlich auch Spannungen ergeben. Diese können jedoch vermieden werden, wenn die Kompetenzbereiche klar abgegrenzt sind und nicht in den Arbeitsbereich des Anderen übergegriffen wird. Auch Konkurrenzdenken hat, gerade im sozialen Bereich, wo mit Menschen gearbeitet wird, wenig verloren. Die Verbesserung der Lebensqualität der KlientInnen sollte im Vordergrund stehen und nicht das Ansehen der Institution.

Für unsere Forschungsarbeit wäre es eine Bereicherung gewesen, die Meinungen der KlientInnen miteinzubeziehen. Jedoch war dies im Rahmen der vorliegenden Masterarbeit nicht möglich. Hier könnte ein zukünftiges Forschungsvorhaben ansetzen und einen tieferen Einblick in die Thematik eröffnen. Außerdem wäre ein direkter Vergleich von sozialpädagogischen Einrichtungen mit PsychotherapeutInnen im Team und Einrichtungen ohne PsychotherapeutInnen interessant. Bei diesem Vergleich könnte die Zusammenarbeit der beiden Disziplinen noch präziser erforscht werden.

9. Literaturangaben

AMS Sozialpädagoge (2016): Berufslexikon: http://www.berufslexikon.at/beruf1923_6 [13.5.2016].

ARGE Partizipation (2016): Jugendbeteiligung: <http://www.jugendbeteiligung.at/wozu-beteiligung> [17.05.2016].

Arnstein (1969): A ladder of citizen participation. http://isites.harvard.edu/fs/docs/icb.topic980025.files/Wk%203_Sept%2016th/Arnstein_1969_Ladder%20of%20Participation.pdf [17.05.2016].

Ausbildung DE (2016): <https://www.therapie.de/psyche/info/psychotherapie-ausbildung/wissenswertes/ausbildungstabelle/> [19.5.2016].

Bahrke, Ulrich/Nohr, Karin (2013): Katathym Imaginative Psychotherapie: Lehrbuch der Arbeit mit Imaginationen in psychodynamischen Psychotherapien. Berlin: Springer Verlag.

Baierl, Martin (2014): Dir werde ich helfen: Konkrete Techniken und Methoden der Traumapädagogik. In: Baierl, Martin/Frey, Kurt (Hrsg.): Praxishandbuch Traumapädagogik. Lebensfreude, Sicherheit und Geborgenheit für Kinder und Jugendliche. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 80-107.

Belardi, Nando (2010): Von der Einzelfallhilfe zum Case- Management. In: Konzepte, Methoden, Verfahren und Techniken in der sozialen Arbeit. In: Kreft, Dieter/ Müller, Wolfgang C (Hrsg.): Methodenlehre in der sozialen Arbeit. München: Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG Verlag. S. 59-67.

Berufskodex PsychotherapeutInnen (2012): http://www.sfu.ac.at/data/berufskodex_fuer_psychotherapeutinnen.pdf [30.06.2016].

Besser, Lutz Ulrich (2013): Wenn die Vergangenheit Gegenwart und Zukunft bestimmt. Wie Erfahrungen und traumatische Erlebnisse Spuren in unserem Kopf hinterlassen, Gehirn und Persönlichkeit strukturieren und Lebensabläufe determinieren. In: Bausum, Jacob/Besser, Lutz Ulrich/Kühn, Martin/Weiß, Wilma (Hrsg.): Traumapädagogik.

Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die Praxis. Weinheim: Beltz Juventa, S. 38-53.

Bettinger, Frank (2008): Auftrag und Mandat. In: Bakic, Josef/Diebäcker, Marc/Hammer, Elisabeth (Hrsg.): Aktuelle Leitbegriffe der Sozialen Arbeit. Ein kritisches Handbuch. Wien: Löcker, S. 25-39.

BMG 2014: Richtlinie für die psychotherapeutische Arbeit mit Säuglingen, Kindern und Jugendlichen des Bundesministeriums für Gesundheit auf Grundlage des Gutachtens des Psychotherapiebeirates vom 02.12.2014.
http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/7/0/5/CH1002/CMS1415709133783/richtlinie_psychot_herapeutische_arbeit_saeuglinge_kinder_jugendliche.pdf [16.03.2016].

Bogner, Alexander/Littig, Beate/Menz, Wolfgang (2014): Interviews mit Experten. Eine praxisorientierte Einführung. Wiesbaden: Springer VS.

Böhnisch, Lothar/Niemeyer, Christian/Schröer, Wolfgang (1997): Die Geschichte der Sozialpädagogik öffnen- ein Zugangstext. In: Böhnisch, Lothar/Niemeyer, Christian/Schröer, Wolfgang (Hrsg.): Grundlinien historischer Sozialpädagogik. Traditionsbezüge, Reflexionen und übergangene Sozialdiskurse. Weinheim: Juventa Verlag. S. 7-32.

Böllert, Karin/Otto, Hans-Uwe/Schrödter, Mark/Ziegler, Holger (2011): Gerechtigkeit. In: Otto, Hans-Uwe/Thiersch, Hans (Hrsg.): Handbuch Soziale Arbeit. Grundlagen der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. München: Ernst Reinhardt Verlag, S. 517-527.

Caritas Welcome (2016): <https://www.caritas-steiermark.at/hilfe-angebote/migrantinnen-fluechtlinge/unterbringung/quartiere-fuer-unbegleitete-minderjaehrige-fluechtlinge-welcome/> [11.5.2016].

Dachverband Sozialraumorientierung 2016:
<http://www.dachverband.or.at/cms/Sozialraumorientierung.32.0.html> [2.8.2016].

Definition clinical social work 2016: <https://www.abecsw.org/about-definitions-csw.html> [21.3.2016].

Dict.-Wörterbuch (2016): Empowerment: <http://www.dict.cc/englisch-deutsch/empowerment.html> [2.06.2016].

Duden Experte (2016): <http://www.duden.de/rechtschreibung/Experte> [29.7.2016].

Duden Psychotherapie (2016): <http://www.duden.de/rechtschreibung/Psychotherapie> [15.02.2016].

Duden Trauma (2016): <http://www.duden.de/rechtschreibung/Trauma> [16.5.2016].

Eberwein, Werner (2014): Was ist Humanistische Psychotherapie? In: Eberwein, Werner/Thielen, Manfred (Hrsg): Humanistische Psychotherapie. Theorien, Methoden, Wirksamkeit. Gießen: Psychosozial-Verlag, S.17-21.

FH Burgenland (2016): <http://www.fh-burgenland.at/studieren/bachelor-studiengaenge/soziale-arbeit/> [23.9.2016].

Friebertshäuser, Barbara/ Langer, Antje (2010): Interviewformen und Interviewpraxis. In: Friebertshäuser, Barbara/ Langer, Antje (Hrsg.): Handbuch qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Weinheim: Juventa Verlag, S.437-456.

Galuske, Michael (2013): Methoden der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. Weinheim: Beltz Juventa.

Galuske, Michael (2007): Methoden der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. Weinheim: Beltz Juventa.

Geißler-Piltz, Brigitte/Mühlum, Albert/Pauls, Helmut (2005): Klinische Sozialarbeit. München: Ernst Reinhardt.

Grundlagenpapier SRO (2009): http://www.graz.at/cms/dokumente/10229948_5605960/6dee73bc/SRO_%20Grundlagenpapier%20.pdf [2.8.2016].

http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/2/9/2/CH1002/CMS1286285894833/gesundheitsberufe_2016.pdf [14.04.2016].

Görlitz, Gudrun (2004): Psychotherapie für Kinder und Jugendliche. Erlebnisorientierte Übungen und Materialien. Stuttgart: Klett-Cotta.

Grunwald, Klaus/Thiersch Hans (2005): Lebensweltorientierung. In: Otto, Hans-Uwe/Thiersch Hans (Hrsg.): Handbuch Sozialarbeit Sozialpädagogik. München: Ernst Reinhardt Verlag. S. 1136-1137.

Günter, Michael (2010): Psychoanalytische Sozialarbeit. In: Heinemann, Evelyn/Hopf, Hans (Hrsg.): Psychoanalytische Pädagogik. Theorien, Methoden, Fallbeispiele. Stuttgart: Kohlhammer, S. 249-259.

Hagspiel, Stefan/Sulz, Serge (2011a): "Questions and Answers about Psychotherapy Training in some European Countries". In: European Psychotherapy, 10, H. 1, 2011, S. 161-175.

Hagspiel, Stefan/Sulz, Serge (2011b): "Psychotherapy in Germany". In: European Psychotherapy, 10, H. 1, 2011, S. 47-50.

Halper, Michaela/Orville, Petra (2013): "Du darfst niemanden davon erzählen!" Traumapädagogik und Traumatherapie. In: Bausum, Jacob/Besser, Lutz Ulrich/Kühn, Martin/Weiß, Wilma (Hrsg.): Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die Praxis. Weinheim: Beltz Juventa, S. 105-113.

Hamburger, Franz (2003): Einführung in die Sozialpädagogik. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

Hartig, Monika (1975): Probleme und Methoden der Psychotherapieforschung. München: Urban und Schwarzenberg.

Heidenreich, Thomas/Schneider, Sabine (2011): Therapie und Soziale Arbeit. In: Otto, Hans-Uwe/Thiersch, Hans (Hrsg.): Handbuch Soziale Arbeit. München: Ernst Reinhardt, S. 1661-1669.

Heimgartner, Arno (2005): Auswertung qualitativer Daten- Ein Vergleich verschiedener Softwaretools. In: Stigler, Hubert/ Reicher, Hannelore (Hrsg.): Praxisbuch Empirische Sozialforschung in den Erziehungs- und Bildungswissenschaften. Innsbruck: Studienverlag, S. 225-238.

Heimgartner, Arno (2009): Komponenten einer prospektiven Entwicklung der Sozialen Arbeit. Wien: LIT Verlag.

Herriger, Norbert (2006): Empowerment in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

Hinte, Wolfgang (2006): Geschichte, Quellen und Prinzipien des Fachkonzepts „Sozialraumorientierung“ In: Budde, Wolfgang/Früchtel, Frank/Hinte, Wolfgang (Hrsg.): Sozialraumorientierung. Wege zu einer veränderten Praxis. Wiesbaden: VS Verlag, S. 7-26.

Hinte, Wolfgang (2012): Von der Gemeinwesenarbeit über die Sozialraumorientierung zur Initiierung von bürgerschaftlichem Engagement. In: Thole, Werner (Hrsg.): Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. Wiesbaden. S. 663-676.

Hirschler, Sandra/Sander, Günther (2012): Ausbildung für Soziale Berufe in Europa. In: Thole, Werner (Hrsg.): Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. Wiesbaden. S. 1083-1100.

Institut für Erziehungs- und Bildungswissenschaft (2016): Standorte SA und Sozialpädagogik. <https://erziehungs-bildungswissenschaft.uni-graz.at/de/institut/arbeitsbereich-sozialpaedagogik/standorte-sa-und-sozialpaedagogik/> [12.05.2016].

Jugend am Werk Flüchtlingsbetreuung UMF (2016): <http://jaw.or.at/beratung-und-begleitung/fluechtlingsbetreuung-umf.html> [11.5.2016].

KJHG RIS (2013): Bundes- Kinder- und Jugendhilfegesetz: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20008375> [06.06.2016].

Kosten ULG Graz (2016): http://www.propaedeutikum-graz.at/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=13&Itemid=16 [31.5.2016].

Kreft, Dieter/Müller, Wolfgang C. (2010): Konzepte, Methoden, Verfahren und Techniken in der sozialen Arbeit. In: Kreft, Dieter/ Müller, Wolfgang C (Hrsg.): Methodenlehre in der sozialen Arbeit. München: Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG Verlag, S. 12-25.

Kriz, Jürgen (2007): Grundkonzepte der Psychotherapie. Weinheim: Verlagsgruppe Beltz.

Krohne, Heinz Walter/Hock, Michael (2015): Psychologische Diagnostik. Grundlagen und Anwendungsfelder. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

Kühn, Martin (2013): "Macht Eure Welt endlich wieder zu meiner!" Anmerkungen zum Begriff der Traumapädagogik. In: Bausum, Jacob/Besser, Lutz Ulrich/Kühn, Martin/Weiß, Wilma (Hrsg.): Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die Praxis. Weinheim: Beltz Juventa, S. 24-37.

Laireiter, Anton-Rupert/Thiele, Claudia/Untner, Alois/Baumann, Urs (1994): Unspezifische Wirkfaktoren in engen Freundschafts- und in der psychotherapeutischen Beziehung. In: Janig, Herbert (Hrsg.): Psychologische Forschung in Österreich. Klagenfurt: Universitätsverlag Carinthia, S. 133-137.

Lamnek, Siegfried (2010): Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch. Weinheim: Beltz Verlag.

Langer (2010): Transkriptionen- Grundlagen und Regeln. In: Friebertshäuser, Barbara/Langer, Antje (Hrsg.): Handbuch qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Weinheim: Juventa Verlag, S. 515-526.

Längle, Alfred/Kolbe Christoph (2014): Existenzanalyse- Die Zustimmung zum Leben finden. In: Eberwein, Werner/Thielen, Manfred (Hrsg): Humanistische Psychotherapie. Theorien, Methoden, Wirksamkeit. Gießen: Psychosozial-Verlag, S.149-163.

Leistungsbeschreibung

2013:

http://www.verwaltung.steiermark.at/cms/dokumente/11680263_76703105/af0a9708/StJWG%20DVO%20Anlage%201%20idF%20LGB1%202013_30.pdf [2.8.2016].

May Michael (2008): Aktuelle Theoriediskurse Sozialer Arbeit. Eine Einführung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Mayring, Philipp (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. Weinheim: Beltz Verlag.

Mayring, Philipp (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim: Beltz Verlag.

Mayring, Philipp/Brunner, Eva (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. In: Friebertshäuser, Barbara/ Langer, Antje (Hrsg.): Handbuch qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Weinheim: Juventa Verlag, S. 323-334.

McGregor Hepburn, Jan (2011): "Psychoanalytically oriented therapies in the UK - the current position". In: European Psychotherapy, 10, H. 1, 2011, S. 143-159.

MCI (2016): <https://www.mci.edu/de/studium/master/soziale-arbeit-sozialpolitik-management> [23.9.2016].

Mitteilungsblatt (2015): Mitteilungsblatt der Karl- Franzens- Universität Graz. Curriculum für das Masterstudium Sozialpädagogik. https://online.uni-graz.at/kfu_online/wbMitteilungsblaetter_neu.displayHTML?pNr=11742&pDocNr=2119506&pQuery=&pOrgNr=1 [13.5.2016].

Morschitzky, Hans (2007): Psychotherapie Ratgeber. Ein Wegweiser zur seelischen Gesundheit. Wien: Springer Verlag.

Müller, Uwe/Quaschner, Kurt (1997): Verhaltenstherapie. In: Remschmidt, Helmut (Hrsg.): Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, S. 97-107.

Myers, David G (2014): Psychologie. Mit Beiträgen von Siegfried Hoppe-Graff und Barbara Keller. Mit 916 Abbildungen und 48 Tabellen. Berlin: Springer Verlag.

Niemeyer, Christian (2012): Sozialpädagogik, Sozialarbeit, Soziale Arbeit – „klassische“ Aspekte der Theoriegeschichte. In: Thole, Werner (Hrsg.): Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. Wiesbaden. S. 135-150.

OGSA (2016): Österreichische Gesellschaft für Soziale Arbeit. <http://www.ogsa.at/ags/sozialarbeit-sozialpaedagogik> [12.05.2016].

Ohling, Maria (2015): Soziale Arbeit und Psychotherapie. Veränderung der beruflichen Identität von SozialpädagogInnen durch Weiterbildungen in psychotherapeutisch orientierten Verfahren. Basel, Weinheim: Beltz Juventa.

Pantuček, Peter (2012): Soziale Diagnostik. Verfahren für die Praxis Sozialer Arbeit. Wien: Böhlau Verlag.

Petzold, Hilarion G. (2000): Integrative Therapie. In: Stumm, Gerhard/ Pritz, Alfred (Hrsg): Wörterbuch der Psychotherapie. Wien: Springer Verlag. S. 319-320.

Petzold, Hilarion G. (2014): Integrative Therapie als methodenintegrierte Humantherapie. Einige Bemerkungen zur Metatheorie und übergreifenden Wissensstruktur der Integrativen Therapie. In: Eberwein, Werner/Thielen, Manfred (Hrsg): Humanistische Psychotherapie. Theorien, Methoden, Wirksamkeit. Gießen: Psychosozial-Verlag, S. 297-314.

Pfeifer-Schnaupp, Hans-Ulrich (1995): Jenseits der Familientherapie. Systemische Konzepte in der Sozialen Arbeit. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.

Psychologengesetz RIS (2013): <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20008552> [2.03.2016].

Psychotherapiegesetz RIS (2016): <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10010620&ShowPrintPreview=True> [16.2.2016].

Reimer,Christian/Eckert, Jochen/Hautzinger, Martin/Wilke, Eberhard (2007): Psychotherapie: Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen. 3. Auflage. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Reinders, Heinz (2011): Interview. In: Reinders, Heinz/Ditton, Hartmut/Gräsel, Cornelia/Gniewosz, Burkhard (Hrsg.): Emoirische Bildungsforschung. Strukturen und Methoden. Wiesbaden: Vs Verlag für Sozialwissenschaften. S. 85-97.

Remschmidt, Helmut (1997): Definition, Klassifikation und Anwendungsprinzipien. In: Remschmidt, Helmut (Hrsg.): Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, S. 4-10.

Remschmidt, Helmut/Mattejat, Fritz (1997): Psychotherapieforschung. In: Remschmidt, Helmut (Hrsg.): Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, S. 45-68.

Scheu, Bringfriede/Autrata, Otger (2013): Partizipation und Soziale Arbeit.Einflussnahme auf das subjektiv Ganze. Wiesbaden: Springer VS.

Schilling, Johannes (1997): Soziale Arbeit. Entwicklungslinien der Sozialpädagogik/ Sozialarbeit. Neuwied: Hermann Luchterhand Verlag GmbH.

Schmoll, Dirk (2009): Psychotherapie - Chancen und Grenzen. Ein Ratgeber. Stuttgart: Kohlhammer.

Schönfelder Thea (1982): Die therapeutischen Möglichkeiten der konzentrativen Bewegungstherapie. In: Stolze, Helmuth (Hrsg.) (1989): Die Konzentriative Bewegungstherapie. Grundlagen und Erfahrungen. Berlin: Springer-Verlag. S. 3-9.

Schulz, Wolfgang (1996): Therapeut-Patient-Beziehung. In: Hautzinger, Martin/Linden Michael (Hrsg.): Verhaltenstherapie. Berlin: Springer Verlag, S. 9-14.

Schütz, Peter (2000): Neurolinguistische Psychotherapie. In: Stumm, Gerhard/ Pritz, Alfred (Hrsg.): Wörterbuch der Psychotherapie. Wien: Springer Verlag. S. 459-460.

Seithe, Mechthild (2010): Schwarzbuch Soziale Arbeit. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Stadt Graz (2016): Sozialraumorientierung.
<http://www.graz.at/cms/beitrag/10230048/4194118> [17.05.2016].

Staub-Bernasconi, Silvia (2007): Tripelmandat.
http://www.avenirsocial.ch/cm_data/vom_doppel-_zum_tripelmandat.pdf [23.9.2016].

Staub-Bernasconi, Silvia (2012): Soziale Arbeit und soziale Probleme. In: Thole, Werner (Hrsg.): Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. Wiesbaden. S.267-282.

STKJHG RIS (2013): Steiermärkisches Kinder- und Jugendhilfegesetz:
<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=LrStmk&Gesetzesnummer=20001012> [06.06.2016].

Strotzka, Hans (1982): Psychotherapie und Tiefenpsychologie. Ein Kurzlehrbuch. Wien: Springer Verlag.

Thaler, Tilman/Birgmeier, Bernd (2011): Sozialforschung und Soziale Arbeit: Für einen methodologischen Pluralismus. In: Mührel, Eric/Birgmeier, Bernd (Hrsg.): Theoriebildung in der Sozialen Arbeit. Entwicklungen in der Sozialpädagogik und der Sozialarbeitswissenschaft. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 187-198.

Thaler, Tilman (2013): Methodologie sozialpädagogischer Forschung. Wiesbaden: Springer VS.

Thiersch, Hans/Grunwald, Klaus/Königter, Stefan (2012): Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. In: Thole, Werner (Hrsg.): Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. Wiesbaden. S. 175-196.

Thole, Werner (2012): Die Soziale Arbeit – Praxis, Theorie, Forschung und Ausbildung. Versuch einer Standortbestimmung. In: Thole, Werner (Hrsg.): Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. Wiesbaden: VS Verlag. S.19-70.

Tschuschke, Volker/Cramer, Aureliano/ Koemeda, Margit/Schulthess, Peter/von Wyl, Agnes/Weber, Rainer (2010): Psychotherapieforschung – Grundlegende Überlegungen und erste Ergebnisse der naturalistischen Psychotherapie-Studie ambulanter Behandlungen in der Schweiz (PAP-S). <http://www.psychotherapiewissenschaft.com/html/veroeffentlichungen.html#forschung> [25.5.2016].

UMF (2016): <http://umf.asyl.at/> [11.5.2016].

Uni Graz Sozialpädagogik (2016): <https://studien.uni-graz.at/de/ordentliche-studien/studium-paedagogik/sozialpaedagogik-master/> [23.9.2016].

Universität Klagenfurt (2016): Masterstudium Integrations- und Sozialpädagogik. <https://www.aau.at/studien/master-sozial-und-integrationspaedagogik/> [13.5.2016].

Walter, Reinhard (1997): Psychotherapiebedarf. In: Remschmidt, Helmut (Hrsg.): Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, S. 11-17.

WHO ICD-10 (o.J.): The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. <http://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf> [16.3.2016].

Wittchen, Hans-Ulrich/Hoyer, Jürgen/Fehm, Lydia/Jacobi, Frank/Junge-Hoffmeister, Juliane (2011): Klinisch-psychologische und psychotherapeutische Verfahren im Überblick. In: Hoyer, Jürgen/Wittchen, Hans-Ulrich (Hrsg.): Klinische Psychologie und Psychotherapie. Berlin: Springer Verlag, S. 449-475.

Wittchen, Hans-Ulrich/Hoyer, Jürgen (2011): Was ist Klinische Psychologie? Definition, Konzepte und Modelle. In: Hoyer, Jürgen/Wittchen, Hans-Ulrich (Hrsg.): Klinische Psychologie und Psychotherapie. Berlin: Springer Verlag, S. 3-25.

10. Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Handlungsfelder der Sozialen Arbeit (modifiziert übernommen aus: Heimgartner 2009, S. 192).....	5
Abb. 2: Stufen der Partizipation (modifiziert übernommen aus: Arnstein 1969, S. 217). ...	16
Abb. 3: Netzwerkkarte (modifiziert übernommen aus: Pantuček 2012, S. 212).....	51
Abb. 4: Darstellung einiger Strukturmerkmale (modifiziert übernommen aus: Galuske 2013, S. 142).....	55
Abb. 5: Schnittstellen von Psychotherapie und Sozialpädagogik (eigene Darstellung).....	63
Abb. 6: Einteilung der Sozialräume Graz (modifiziert übernommen aus: Dachverband Sozialraumorientierung 2016).	67
Abb. 7: Ablauf der Strukturierenden Inhaltsanalyse (modifiziert übernommen aus: Mayring 2002, S. 120).....	75
Abb. 8: Grundverständnis von Psychotherapie und Sozialpädagogik (eigene Darstellung).	81
Abb. 9: Gemeinsame Konzepte (eigene Darstellung).	83
Abb. 10: Setting (eigene Darstellung).	87
Abb. 11: Wirkung (eigene Darstellung).	91
Abb. 12: Zuständigkeit (eigene Darstellung).	94
Abb. 13: Methoden (eigene Darstellung).	97
Abb. 14: Themen (eigene Darstellung).	100
Abb. 15: Werthaltung (eigene Darstellung).	104
Abb. 16: Orientierungen (eigene Darstellung).	107
Abb. 17: Diagnostik (eigene Darstellung).....	111
Abb. 18: Kompetenzen (eigene Darstellung).	115
Abb. 19: Arbeitsfelder (eigene Darstellung).	117
Abb. 20: Zusammenarbeit (eigene Darstellung).....	122
Abb. 21: Auswirkungen bei guter Zusammenarbeit (eigene Darstellung).....	124
Abb. 22: Vorteile (eigene Darstellung).	126
Abb. 23: Probleme und Spannungen bei der Zusammenarbeit (eigene Darstellung).	130
Abb. 24: Grenzen (eigene Darstellung).....	132
Abb. 25: Entwicklungsbedarf (eigene Darstellung).	136

11. Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Anerkannte Formen der Psychotherapie (modifiziert übernommen aus: Hagspiel/Sulz 2011a, S. 162f).....	36
Tab. 2: Vergleichstabelle Psychotherapie (modifiziert übernommen aus: Hagspiel/Sulz 2011a, S. 163-172).....	38
Tab. 3: Entwicklungsstörungen (modifiziert übernommen aus: WHO ICD-10, S. 39).....	39
Tab. 4: Verhaltensstörungen und emotionale Störungen (modifiziert übernommen aus: WHO ICD-10, S. 40f.).....	40
Tab. 5: Ebenen der Forschung (modifiziert übernommen aus: Thole 2012, S. 47).	49
Tab. 6: Die 10 relevantesten Kompetenzen (modifiziert übernommen aus: Heimgartner 2009, S. 134).....	54
Tab. 7: Übersicht der geführten Interviews (eigene Darstellung).	71
Tab. 8: Kategoriensystem (eigene Darstellung).	76

12. Anhang

12.1. Interviewleitfaden

Das Verhältnis von Psychotherapie und Sozialpädagogik
Interviewleitfaden von Čurk und Pekert
2016

1. Grundverständnis

- Was verstehen Sie unter Psychotherapie bzw. unter Sozialpädagogik?
- Welche Konzepte oder Theorien gibt es, in denen Therapie und Sozialpädagogik verbunden werden?

2. Unterschiede und Ähnlichkeiten

- Was ist für Sie der Unterschied zwischen Psychotherapie und Sozialpädagogik?
- Wo gibt es zwischen Therapie und Sozialpädagogik Berührungspunkte?
 - Setting: Welche Unterschiede und Ähnlichkeiten gibt es bei der Arbeitsumgebung?
 - Wirkung: Welche Unterschiede und Ähnlichkeiten gibt es bei der Wirkung?
 - Zuständigkeit: Welche Unterschiede gibt es bei der Zuständigkeit der Disziplinen?
 - Methoden: Welche Unterschiede und Ähnlichkeiten gibt es bei den Methoden?
 - Themen: Welche Unterschiede und Ähnlichkeiten gibt es bei den Themen?
 - Werthaltungen: Wie ist das Menschenbild in der Psychotherapie und Sozialpädagogik und wie wird mit Menschen umgegangen?
 - Orientierung: Welchen Orientierungen folgt die Sozialpädagogik bzw. die Psychotherapie?

- Diagnose: Gibt es diagnostische Unterscheidungen oder Ähnlichkeiten in den Disziplinen?
- Kompetenzen: Welche Kompetenzen sind bei SozialpädagogInnen und welche bei PsychotherapeutInnen wichtig?
- In welchen Arbeitsfeldern sind PsychotherapeutInnen tätig und in welchen SozialpädagogInnen? Sind diese klar zu trennen oder gibt es Überschneidungen?

4. Zusammenarbeit

- Sie arbeiten mit PsychotherapeutInnen/SozialpädagogInnen zusammen, wie gestaltet sich die Zusammenarbeit?
 - Welche Auswirkungen hat die Zusammenarbeit auf die KlientInnen?
 - Wo sehen Sie die Vorteile bei der Zusammenarbeit der beiden Disziplinen?
 - Welche Probleme oder Spannungen haben Sie bei der Zusammenarbeit selbst erlebt oder mitbekommen?
 - Welchen Entwicklungsbedarf sehen Sie bei der Zusammenarbeit?

5. Zukünftige Herausforderungen

- Wo ergeben sich eventuelle Herausforderungen bei der Zusammenarbeit von PsychotherapeutInnen und SozialpädagogInnen?
 - Welche möglichen Grenzen gibt es bei der Zusammenarbeit?
 - Welche Verbesserungsvorschläge hätten Sie für diese Thematik?

12.2. Transkriptionsregeln

(.)	kurze Pause
(2)	Pause in Sekunden
(schwer verständlich)	Unsichere Transkription, unsichere Äußerung in der Klammer
()	unverständliche Aussage
<u>Betont</u>	betontes Wort
@(.)@	lachen
Nei:::n	Dehnung des Wortes