

INTEGRATIVE THERAPIE

ZEITSCHRIFT FÜR VERGLEICHENDE PSYCHOTHERAPIE UND METHODENINTEGRATION

„Nur Sie verstehen mich wirklich“

Die Arbeitsbeziehung in Beratung, Supervision und Psychotherapie

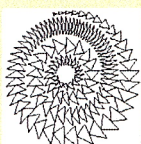
Jürgen Kriz, Die professionell helfende Beziehung. Aspekte zum Verständnis von Unterstützung und Destruktion bei Entwicklungsschritten

Maria A. Wolf, Wie und wozu wird Männlichkeit oder Weiblichkeit eine Wirklichkeit? Die Arbeitsbeziehung in der Psychotherapie aus Perspektive der Geschlechterforschung

Silke Birgitta Gahleitner, „Und wenn es schwierig wird“? Therapeutische Beziehungsgestaltung im „hard to reach“-Bereich

Angela Gotthardt-Lorenz, Arbeitsbeziehungen – Arbeitszusammenhänge: Kristallisationspunkte für Veränderungen und Herausforderungen in organisationalen Supervisionsprozessen

Hilarion G. Petzold, Psychotherapie - Arbeitsbündnis oder „Sprache der Zärtlichkeit“ und gelebte Konvivialität? Intersubjektive Nahraumbeziehungen als Prozesse affilialer „Angrenzung“ statt abgrenzender „Arbeitsbeziehungen“



„Und wenn es schwierig wird“? Therapeutische Beziehungsgestaltung im „hard to reach“-Bereich

Als „hard to reach“ werden KlientInnen und PatientInnen bezeichnet, die dringend Unterstützung benötigen, jedoch vom Gesundheits- und Sozialsystem nur mangelhaft versorgt und erreicht werden. Oft sind sie durch multiple, häufig existenzielle, Problemlagen und Krankheitszustände bedroht. Meist verfügen sie in ihrem Umfeld nicht über eine ausreichende soziale An- und Einbindung. Stabile Bindungs- und Beziehungsmuster sind jedoch ein Prädiktor für erfolgreiche therapeutische Prozesse, fragile Bindungs- und Beziehungsstrukturen verheißen das Gegenteil. Als PsychotherapeutInnen sind wir daher besonders bei dieser Zielgruppe „im Sinne der Bindungstheorie für das Reparieren und das Anknüpfen an ... unterbrochene Kommunikation zuständig“ (Döring 2004, 196).

In meiner Praxis machte ich immer wieder die Erfahrung, wie stark der Behandlungserfolg bei solchen PatientInnen von einer – trotz aller Widrigkeiten – gelungenen gemeinsamen „Beziehungsgratwanderung“ abhängt. Dazu ist im psychotherapeutischen Kontext schon viel gearbeitet worden. „Das therapeutische Verstehen“, sagt *Jobst Finke*, der die Gesprächspsychotherapie als beziehungsorientierte, erlebniszentrierte und einsichtsvermittelnde Methode herausstellt, „ist auf Verständigung gerichtet und an ein spezifisches Beziehungsangebot gebunden ... so, dass das jeweilige Beziehungsangebot Art und Ziele der therapeutischen Verstehenshaltung und der sich daraus ergebenden Intervention bestimmt“ (Finke 2004, 1).

Die Integrative Therapie zeigt in ihrer Beziehungskonzeption viele Verknüpfungen zu personenzentrierten und modernen, relational-psychoanalytischen Ansätzen, geht jedoch in der Einbettung der PatientInnen in das umgebende Umfeld darüber hinaus. Die Bindungstheorie und weitere Bezugsgrößen für die dyadische Beziehungsgestaltung bieten daher für das therapeutische Beziehungsgeschehen in der Integrativen Therapie einen wichtigen Orientierungsrahmen (vgl. Höger, Müller 2002, 36), müssen jedoch – insbesondere für PatientInnen und KlientInnen aus dem „hard to reach“-Bereich – um weitere Theoriebestände und Überlegungen ergänzt werden.

Im Folgenden wird – nach einer kurzen Einführung in die Begrifflichkeit und Phänomenologie der „hard to reach“-Klientel – zunächst realexplikativ auf einige Wissensbestände zurückgegriffen, die für eine „verstehende Handlungskompetenz“ in diesem Arbeitsbereich förderlich sind, um darauf aufbauend in einem praxeologischen Teil anhand von Fallvignetten konkrete Umsetzungsaspekte vorzuschlagen. Der Artikel legt damit den Schwerpunkt auf Schlüsselqualitäten, die eine gezielte, aber behutsame Gestaltung der therapeutischen Beziehung fördern – als Antwort auf vielfach erfahrenen Beziehungsabbruch und Vertrauensmissbrauch.

1. Who is „hard to reach“ and why¹?

In den letzten Jahrzehnten hat sich die Alltagswelt zunehmend beschleunigt und verdichtet. Zugleich sind viele tragende kulturelle Deutungsmuster und Normalitätsvorstellungen aus dem Leben gewichen. Resultat ist ein zunehmender Verlust kultureller Einbettung und sozialer Einbindung mit weitreichenden Konsequenzen für Entwicklungs- und Identitätsprozesse (vgl. *Keupp* 2011; vgl. auch „Disembedding-Prozesse“ nach *Giddens* 2001). Anforderungen und Erwartungen an den Menschen bei gleichzeitiger Enttraditionalisierung, Säkularisierung und Leistungsverdichtung bergen eine Mischung von Belastungen, Risiken und Chancen. Wer mit einer guten Ressourcenausstattung schnell wechselnde soziale und kulturelle Bedingungen flexibel zu nutzen weiß, sieht sich einem attraktiven Angebot an Lebenswegen und Gestaltungsformen gegenüber. Für viele Menschen, die durch physische wie psychische Krankheit oder andere Benachteiligungen beeinträchtigt sind, ist dieses durch die Konsumwelt nahegelegte Versprechen jedoch nicht einzulösen. Weitere Gesundheitsrisiken und Exklusionsdynamiken sind die Folge.

Als „hard to reach“-Klientel (vgl. umfassend dazu *Labonté-Roset, Hoefert* et al. 2010) bezeichnet man in diesem Kontext Menschen, die aus schwierigen Verhältnissen kommen, multiproblembelastet sind und aus unterschiedlichen Gründen Hilfe nicht oder nur schwer in Anspruch nehmen können. Auf der Suche nach Ursachen arbeitet *Nicola Brackertz* (2007) demografische, kulturelle, strukturelle und Verhaltensaspekte heraus, die dazu führen, dass KlientInnen und PatientInnen von psychotherapeutischen oder anderen Hilfsangeboten nicht profitieren können. Gemeinsam ist dieser Gruppe von Menschen, dass sie – zumeist aufgrund schwer erschütterter Bindungsrepräsentationen – sozial schlecht integriert sind und ihr Vertrauen in Menschen und Institutionen durch zahlreiche Abbrüche zerstört wurde. Armut, Arbeitslosigkeit, Ausgrenzung und psychosoziale Problemlagen häufen sich. „Arm sein wiederum macht krank“ (*Reichel* 2011, 232).

In einer groß angelegten Studie aus den USA konnte beispielsweise aufgezeigt werden, wie stark Ungleichheitsverhältnisse sich auf den Gesundheitszustand auswirken (vgl. *Wilkinson, Pickett* 2010). Soziale und gesundheitliche Probleme treten demnach nicht nur in armen Ländern auf, sondern besonders in Gesellschaften, die eine starke Ungleichverteilung aufweisen. So sterben zwar in den reichen Nationen an Armutskrankheiten wie z.B. Cholera kaum noch Menschen, dafür nehmen Wohlstandskrankheiten sowie Ängste und Depressionen zu. Während wirtschaftliche Prosperität in ärmeren Ländern eine Steigerung des Lebensstandards bewirken kann, hat eine Einkommenssteigerung in reicheren Ländern kaum noch Relevanz für die genannten Aspekte. So kristallisiert sich als gemeinsame Ursache aller erfassten gesundheitlichen und sozialen Probleme weltweit die Ungleichheit innerhalb ei-

¹ Titel eines gleichnamigen Manuskripts des Swinburne Institute for Social Research, Australien (*Brackertz* 2007).

nes Landes als der stärkste Einflussfaktor heraus. Mangel an Respekt, Wertschätzung, Ansehen und sozialer Einbettung sind also bedeutsame Faktoren mit negativem Einfluss auf Gesundheit und Lebenserwartung.

Auch in Untersuchungen aus dem deutschsprachigen Raum lässt sich zeigen, dass bei Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status die Krankheitshäufigkeit am höchsten ist: Sie erleiden häufiger Verletzungen, konsumieren häufiger psychoaktive Substanzen, haben ein schlechteres Ernährungsverhalten, sind häufiger übergewichtig und insgesamt häufiger physisch und psychisch beeinträchtigt (vgl. u.a. *BMAS* 2008; *Mielck* 2011). In einer weiteren umfassenden Studie zu frühen Traumata in der Kindheit (sogenannte ACE-Studie über „adverse childhood experiences“; *Felitti* 2002) zeigte sich longitudinal: Menschen, die frühes Trauma erlitten haben, leiden ungleich häufiger an Armut, Arbeitslosigkeit, Mittellosigkeit, unzureichender oder unsicherer Unterkunft bzw. Wohnungslosigkeit und sozialer Gefährdung. Auch der Bericht der *Weltgesundheitsorganisation* (vgl. *WHO* 2001) zeigt die Verschränkung bio-psycho-sozialer Prozesse und Strukturen sowie das Versorgungsdefizit seitens der sozialen Komponente auf (vgl. auch *Homfeldt, Sting* 2006; *Pauls* 2011). Krankheitsentstehung kann damit als ein multikausaler, nonlinearer Prozess begriffen werden, „der sich in Form von Dispositiven (aus bio-psycho-sozial-kulturellen, politischen und ökonomischen Verhältnissen) vollzieht“ (*Leitner* 2010, 164; vgl. auch *Foucault* 1996; vgl. auch *Pauls, Gahleitner* 2011; zum biopsychosozialen Modell vgl. bereits *Engel* 1977; *Uexküll, Wesiack* 1996).

Soll sich Psychotherapie also am aktuellen „Bedarf“ orientieren, muss sie neben vielen anderen Aufgaben auch eine angemessene professionelle Antwort auf gesundheitliche Überforderungen durch psychosoziale Verarbeitungsprozesse postmoderner Lebensverhältnisse – für alle darin lebenden Menschen – bereitstellen. Es bedarf daher einer Entwicklung adäquater Reaktions- und Interventionsformen, um sozial deklassierten Menschen in den aktuellen Lebenskontexten angemessene Unterstützung durch psychosoziale Versorgungsformen bieten zu können (vgl. *Gahleitner, Pauls* 2010). Welche zentralen Aspekte jedoch müssen adäquate Antworten auf desolate Bindungs- und Beziehungsverhältnisse und schlechte soziale Einbettung beinhalten? Welche aktuellen theoretischen Wissensbestände und Diskurse sind dafür heranzuziehen? Und inwiefern können therapeutische Hilfestellungen diese Aspekte berücksichtigen? Auf diese Fragen werden im Folgenden zunächst auf der realexplikativen Ebene, abschließend aus praxeologischer Perspektive Antworten entwickelt und zur Diskussion gestellt.

2. „Hard to reach“ verstehen und beantworten

2.1 Bindungskompetent arbeiten: Hilfreiche Erkenntnisse aus der Bindungstheorie

Ein weltbekannter Experte, der sich bereits zu Beginn des 20. Jahrhunderts der Behandlung von „hard to reach“-Klientel widmete, ist *John Bowlby* (vgl. *WHO-Studie*

1973; Trilogie „Attachment; Separation; Loss“ 2006). Aus der Arbeit mit verelendeten Familien heraus entwickelte er die Bindungstheorie, die nicht nur bahnbrechend zum Verständnis der evolutiv angelegten, lebensnotwendigen soziokulturellen Erfahrungen von Menschen beitrug, sondern die gesamte Psychotherapielandschaft veränderte: Letzteres allerdings erst nach anfänglichen großen Widerständen gegen ihn und seine Erkenntnisse (vgl. *Holmes* 2002).

Nach den Grundlagen der Bindungstheorie wird in Situationen von Verunsicherung Bindungsverhalten aktiviert. Ist das Sicherheitsbedürfnis gestillt, kann das Kind „explorieren“, spielen und sich weiterentwickeln. Die Abwesenheit stabiler Bindungspersonen behindert dagegen dieses „Explorieren“ und damit die Entwicklung sämtlicher emotionaler, kognitiver und sozialer Fähigkeiten. Um eine stabile Bindung zu ermöglichen, muss das Gegenüber Signale kompetent wahrnehmen, interpretieren sowie prompt und angemessen beantworten (Konzept der Feinfühligkeit; vgl. *Ainsworth, Bell et al.* 1974). Anderenfalls entstehen Unsicherheiten in der Bindungsorganisation (vgl. Bindungstypen nach *Ainsworth, Wittig* 1969). Gelungene oder weniger gelungene Interaktionen werden auf diese Weise zu einem grundlegenden Organisationsprinzip der gesamten emotionalen, sozialen und kognitiven Entwicklung.

In Fällen schwerer und anhaltender schädigender Einflüsse jedoch erleben Kinder statt eines „sicheren Hafens“ eine bedrohliche Double-Bind-Situation: einerseits das existenzielle Bedürfnis, sich der Bezugsperson zu nähern, andererseits das Erleben, dort nicht sicher oder gar dort bedroht zu sein. Fatalerweise führt diese Situation zu einer noch verzweifelteren Suche nach Bindung – ein Teufelskreis (vgl. *Grossmann, Grossmann* 2004). Die Stärke einer Bindung ist daher nicht gleichzusetzen mit der Bindungssicherheit. Eine sicher gebundene Person kann auf vorhandene Bindungsstrukturen vertrauen, sodass das Bindungssystem nur geringfügig aktiviert ist. Für stark belastete und bindungsverunsicherte Personen besteht dagegen dauernder „Feueralarm“. Dies kann zur Ausbildung eines „desorganisierten Bindungsmusters“ oder einer manifesten Bindungsstörung führen, häufig ein Prädiktor für spätere psychische Erkrankungen (vgl. *Brisch* 2009).

Die pathologischen Veränderungen wirken bis hinein in den Körper und das Gehirn und prägen damit auch biologisch künftige Lebensrealitäten (*van der Kolk, Burbridge et al.* 1999). Das Zentralnervensystem ist in den ersten Lebensmonaten und -jahren noch stark formbar und muss angemessen stimuliert werden, damit es später funktionieren kann (vgl. *LeDoux* 1998). Über die Interaktion mit Bindungspersonen entwickelt der Säugling auf diese Weise „Arbeitsmodelle“ zum Umgang mit sich und mit anderen Interaktionspartnern (vgl. *Fonagy, Gergely et al.* 2004; *Main, Kaplan et al.* 1985). Die „Arbeitsmodelle“ entwickeln sich in ständiger Interaktion des Individuums mit seinem Umfeld zu „Bindungsrepräsentationen“. Im Gehirn verschränken sich damit „Biologie und Kultur ebenso wie Individualität und Sozialität“ (*Fuchs* 2010, 185).

Die Bindungstheorie gibt daher nicht nur Antworten auf Fragen zur frühen Kindheit. „In jedem Alter sind Bindungsgefühle und Bindungsverhalten eng mit der gesamten Entwicklung verbunden, mit der Entwicklung von Denken, Planen, Wollen, der Entwicklung der Selbständigkeit, der Selbstkontrolle und ... den sozialen Fähigkeiten“ (Grossmann, Grossmann 2004, 25). Begreifen wir die Entwicklung und Entfaltung der Persönlichkeit „als eine verkörperte interpersonale Entwicklung“ (Fuchs 2010, 206) durch „gemeinsame soziale Praxis“ (*ibid.*), zählt dabei jeder Begegnungsmoment. Die therapeutische Beziehung bietet auf diese Weise viele Möglichkeiten, auf die Bindungsrepräsentationen von PatientInnen einzuwirken.

2.2 Über das Individuum hinaus arbeiten: Theorien zu Sozialen Netzwerken

Im weiteren Lebensverlauf sind Bindungs- und Beziehungsphänomene außerdem nicht, wie frühe Publikationen aus der Bindungstheorie glauben machten, nur auf die dyadische Beziehungsinteraktion bezogen, sondern auf das gesamte soziale Umfeld. Dazu gehören auch institutionelle und organisationelle Zusammenhänge (vgl. Homfeldt, Gahleitner i.V.). Die Qualität des Gefüges zwischenmenschlicher und interinstitutioneller Interaktion, in dessen Mittelpunkt sich ein Mensch befindet – nicht etwa die therapeutische Beziehung alleine –, stellt damit die Messlatte dar, mit der der Erfolg therapeutischer Prozesse gemessen werden müsste. Die Zerrissenheit der Bindungsstrukturen kann sich nämlich bis in die Umfeld- und Hilfestruktur fortsetzen (vgl. Schleiffer, Gahleitner 2010). Diese Tatsache wird innerhalb der Psychotherapie bisher jedoch wenig zur Kenntnis genommen. Wie also kann es gelingen, dass nicht nur die Beziehungsdade, sondern die gesamten Beziehungsnetze eines Menschen, der ein stark desorganisiertes Bindungsgefüge aufweist, nicht erneut einen „desorganisierten Charakter“ annehmen, sondern eine positive Wirkung entfalten?

Unter anderem ist dies eine Frage der Perspektive: In der exklusiven Beziehungssituation der Psychotherapie, die große Chancen für qualifizierte Bindungs- und Beziehungsarbeit darstellt, verstellt sich zuweilen der Blick auf das Ganze. In der Psychotherapie gibt es jedoch „eine Vielzahl von gesellschaftlichen, also öffentlichen Faktoren, die in diesen geschützten Raum hineinwirken“ (Reichel 2011, 231). Immer wieder müssen wir uns darauf zurückbesinnen, dass wir letztendlich für den ganz realen Lebensalltag² arbeiten, den „Wirklichkeitsbereich, an dem der Mensch in unausweichlicher, regelmäßiger Wiederkehr teilnimmt“ (Schütz, Luckmann 2003, 29). In ihrem realen Alltag werden PatientInnen und KlientInnen keineswegs nur von professioneller Hilfe beeinflusst. Insbesondere das unmittelbare und erweiterte Lebensumfeld spielt eine bedeutende Rolle, einerseits als „Unterstützungsquelle unserer Lebenswelt“ (Nestmann 2000, 130), aber auch als Beeinträchtigungsfaktor im Falle negativer Einflüsse.

² Der Begriff des Alltags reicht bis weit zurück in Felder der Soziologie und Philosophie (vgl. u.a. Texte von Husserl 1929/1986, Schütz 1971, Berger, Luckmann 1969 sowie Schütz, Luckmann 2003).

Referenztheorien sind an dieser Stelle Soziale Netzwerktheorien. Soziale Netzwerke sind eine „vielversprechende Möglichkeit, den mikrosozialen Strukturzusammenhang durchsichtig zu machen, indem sich der gesellschaftliche Alltag strukturiert vollzieht“ (Keupp 1984, 32). Als „die Gesamtheit der Personen ... , zu denen eine soziale Bindung besteht“ (Baumann, Pfingstmann 1986, 686), lassen sich Soziale Netzwerke in primäre, sekundäre und tertiäre Netzwerke untergliedern (vgl. Paulus 1997, 179). Primäre Netzwerke beziehen sich auf Familien, Lebens- oder Wohngemeinschaften. Zu sekundären Netzwerken zählen Freizeitkontakte, KollegInnen oder Vereine. Tertiäre Netzwerke sind organisierte Netzwerke und Institutionen. Wie die primären und sekundären sind auch tertiäre Netzwerke „Schutz-, Bewältigungs-, Entlastungs- und Unterstützungssysteme“ (Trojan, Süß 2011, 501).

Eine für die Psychotherapie hilfreiche Form der Segmentierung von sozialen Netzwerken schlägt Anton-Rupert Laireiter vor (2009, 78). Im Hinblick auf den Analyseausschnitt unterscheidet er zwischen Total-Netzwerken, partiellen Netzwerken und ego-zentrierten Netzwerken (vgl. auch Jansen 2003). Totale Netzwerke umfassen das Gesamtkonstrukt, im Falle der partiellen Netzwerke wird ein Ausschnitt gewählt, und bei den ego-zentrierten Netzwerken wird das Netzwerk rund um die betreffende Einzelperson gruppiert. „Die Person ist Teil ihres Netzwerks und ihr Netzwerk wird zu einem Teil der Person“ (Lenz, Nestmann 2009, 13). Über Soziale Netzwerke auf diese Weise Anerkennung, Zuneigung, Sicherheit und Rückhalt zu erfahren, gehört zu den Grundbedürfnissen eines Menschen (vgl. Laireiter 2009). Soziale Unterstützung ermöglicht daher einerseits eine gelingendere Lebensführung, fördert aber zugleich auch präventiv die Gesunderhaltung und Problembewältigungskapazität und schafft damit eine wichtige Voraussetzung für ein Überwinden von Unsicherheit, Krisen und Störungen (vgl. Weinhold, Nestmann 2011, 54).

2.3 Diversitysensibel arbeiten: Konzepte zu sozialer Ungleichheit

Wie bereits deutlich wurde, liegt die Herausforderung im Umgang mit bislang erfolglos behandelten PatientInnen und KlientInnen häufig in der Balance sehr verschiedener individueller Problemlagen. Der fachkompetente Umgang mit multidimensionalen Belastungen, Störungen und Hindernissen wird daher häufig zum Dreh- und Angelpunkt der therapeutischen Arbeit. Wirft man einen Blick auf die wachsende Diskussion zu zentralen Grundbedürfnissen, so spielt neben dem bereits besprochenen zentralen Bindungs- und Beziehungsbedürfnis sowie dem Bedürfnis nach Lust und Unlustvermeidung auch das Bedürfnis nach Kontrolle und Orientierung sowie das Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung und Selbstwertschutz eine entscheidende Rolle (umfassend Borg-Lauf, Dittrich 2010; Grawe 2004; Obrecht 2005). Eine – wie oben gefordert – angemessene professionelle Antwort auf Überforderungen durch postmoderne Lebensverhältnisse bereitzustellen, benötigt daher neben der vorauszusetzenden psychopathologischen Gewandtheit und Störungskompetenz auch Diversitykompetenz.

Unter Diversity wird die „Anerkennung der Vielfalt und Verschiedenheit unter Menschen verstanden“ (Czollek, Perko 2011, 4). Ein Mangel an Diversity-Kompetenz in der therapeutischen und beraterischen Praxis kann zu Verwirrungen, Polarisierungen, Überidentifikationen, Gegenübertragungsreaktionen, zur Individualisierung struktureller Machtphänomene und umgekehrt zur Politisierung originär individueller Konflikte führen. Als Angehöriger der Mehrheitskultur besteht das Risiko, sich immer wieder als überlegen, „richtig“, „normal“ zu konzeptualisieren und alle anderen als „Abweichende“, „Nicht-Normale“ zu konstruieren. Dabei ist auch das Phänomen der Diskriminierung nicht eindimensional zu begreifen, sondern „intersektional“, als ein Feld der Überschneidungen verschiedener Diskriminierungs- und Gewaltformen auf individueller, institutioneller und kultureller Ebene (*ibid.*).

Auch der therapeutische Raum ist „kein extraterritorialer, in dem nach objektiven Regeln diagnostiziert und interveniert wird. Vielmehr ist auch er Ausdruck eines bestimmten kulturellen Normgefüges“ (Rommelspacher, Wachendorfer, 2008, 1338). Falsche Zuschreibungen und einseitige Problemdefinitionen können daher leicht nicht nur an der Realität der PatientInnen, sondern vor allem an einer angemessenen Wirkungschance der Behandlung vorbeigehen. Psychotherapie diversitysensibel für alle Menschen zu öffnen, ob sie nun Angehörige ethnischer Minderheiten sind oder aber unter spezifischen Beeinträchtigungen wie Behinderungen, psychischen Krankheiten etc. leiden oder aber im Geschlechterverhältnis an dieser Stelle benachteiligt sind, bedeutet daher, aufmerksam für die jeweiligen Problemlagen zu sein (vgl. Reichel 2011).

Noch bedeutsamer allerdings ist, die eigenen Vorstellungen und Stereotypen, die zwangsläufig in dieser Arbeit auftreten, zu reflektieren. Der Versuch, auf keinen Fall diskriminierend wahrgenommen zu werden, kann allerdings auch in „Overcompliance“ enden. In der Umsetzung von Diversity-Kompetenz bleibt daher ein Dilemma bestehen: „Einerseits geht es um ein Aufmerksam-Sein auf Differenzen und gleichzeitig darum, Menschen nicht auf bestimmte Merkmale, Verhaltensweisen oder Zugänge verallgemeinernd festzuschreiben“ (Czollek, Perko 2011, 6), also Gemeinsamkeiten zu sehen, ohne Differenzen zu leugnen (vgl. Rommelspacher 2005), letztlich um ein „Einlassen auf plurale Identitäten“ (Schulze 2008; zum Pluralitätskonzept vgl. auch Perko 2007; ursprünglich Arendt 2002).

Zur selbstreflexiven Grundhaltung gehören auch der dialogische und grundsätzlich partizipative Umgangsstil, wie er in der Integrativen Therapie im Sinne einer stetigen „Mitwirkung“ der PatientInnen verankert ist (vgl. Leitner 2010, 3, 63), und der Respekt vor den Erfahrungen, Interpretationen, Lösungsstrategien und Ressourcen, so wie sie in den jeweils biografisch gegebenen Lebenslagen und Bezügen entstanden sind. Wie dieser Prozess nun konkret umgesetzt werden kann, soll im praxeologisch ausgerichteten nächsten Kapitel Thema sein.

3. „Hard to reach“ verändern

„Psychotherapie als Beziehungstherapie“, so *Finke* (2004, 14), ist möglich und nötig, „da der Mensch ... immer auch korrigierende Beziehungserfahrungen machen ... kann“ (*ibid.*). Erlebens- und Verhaltensmuster, so wurde im Abschnitt über Bindungstheorie deutlich, hängen neben individuell geprägten Umständen vor allem von den Erfahrungen ab, die Menschen in persönlichen Beziehungen mit anderen Menschen in ihrem Leben gemacht haben und stetig machen. Die therapeutische Beziehung ist daher auf die Qualitäten einer persönlichen Beziehung ausgerichtet: auf personelle Unersetzbarkeit, persönliche geteilte Inhalte, das Gefühl von Dauerhaftigkeit, ausgeprägte Interdependenzen und emotional fundierte gegenseitige Bindung (vgl. *Lenz, Nestmann* 2009, 10ff). „Das schließt auch ein, sich vom Patienten emotional berühren zu lassen, sich auf die Lebenswelt ... einzulassen und auf Zeit Teil dieser Lebenswelt zu werden“ (*Leitner* 2010, 90).

3.1 Einen Anfang finden

Zugleich hat natürlich die zu Therapiebeginn bestehende, bereits vorhandene, Bindungsstruktur eine Auswirkung auf die Einwirkungsmöglichkeiten und -formen sozialer und professioneller Unterstützung (Überblick bei *Gableitner* 2009, 2011) – eine Tatsache, die im therapeutischen Geschehen Berücksichtigung finden muss. Insbesondere bei Therapiebeginn haben PatientInnen häufig immense Bindungserwartungen und sehnen sich nach einer sicheren emotionalen Basis, die in hoher Geschwindigkeit alle verletzenden Erfahrungen zu heilen vermag. Im anderen Falle droht das Gefühl, im eigenen Misstrauen abermals bestätigt zu werden. Die erste Phase der Therapie kann daher häufig als eine Testphase verstanden werden, in der der Therapeut bzw. die Therapeutin auf die Fähigkeit zur Bindungssicherheit hin „abgeklopft“ wird.

Dies gilt in ganz besonderem Maße für „hard to reach“-Klientel. Bei PatientInnen und KlientInnen, die z.B. nach frühen schweren Traumata über äußerst wenig innere Sicherheit und emotionale Stabilität verfügen, ist das anfängliche Misstrauen im Zuge ihrer Verletzungen als Schutz vor weiteren Retraumatisierungen sogar sinnvoll. Auch während der Therapie wird die Bindungssicherheit häufig immer wieder getestet. An diesen Stellen ist es erforderlich, dieser angespannten Bindungssuche der PatientInnen entgegenzukommen, ihnen also da zu begegnen und sie dorthin begleiten, wo sie sich aus eigener Kraft selbst hinbewegen können, und an diesem Ort zeitlich, räumlich und emotional „korrigierend“ (vgl. erstmals *Alexander, French* 1946; s.u.) zur Verfügung zu stehen. Dies zeigt sich anschaulich bei Frau *Gidal*³:

³ Aufgrund des gefährdeten Aufenthaltsstatus³ der Familie ist das Fallbeispiel nicht nur – wie alle anderen Fallbeispiele im Text – anonymisiert, sondern auch in einigen biografischen Aspekten verfremdet (eine ausführliche Ausarbeitung der Fallbeispiele und weiterer zentraler Inhalte dieses Textes kann bei *Gableitner* 2005, 2006, 2008, 2011 sowie *Borg-Laufs, Gableitner* et al., 2012) nachgelesen werden.

Frau *Gidal* stammt aus einer Familie mit gefährdetem Aufenthaltsstatus aus dem islamischen Kulturkreis. Die Familie wurde im kleinstädtischen Umfeld stark diskriminiert. Frau *Gidal* wuchs als älteste Schwester mit acht weiteren Geschwistern im Großfamilienverbund auf. Das Familienklima war stark gewaltgeprägt. Als sie nach mehrjährigem Freiheitsentzug vor einer Zwangsverheiratung floh, wurde sie vom Jugendamt fremd untergebracht – zunächst in einer Wohngemeinschaft, dann in der Psychiatrie. Da sie den Aufenthalt dort als diskriminierend empfand, nicht ertragen konnte und Freundinnen ihr signalisierten, dass die Familie sie sehr vermisse, kehrte sie nach Hause zurück. Dort wurde sie über mehrere Tage von ihrem Verlobten vergewaltigt, misshandelt und mit dem Tod bedroht. Nach wenigen Tagen gelang es ihr, erneut zu fliehen. Daraufhin wurde sie in einer weit entfernten Großstadt in einer Einrichtung für traumatisierte junge Frauen untergebracht. Aufgrund der Erfahrung in den vorherigen Einrichtungen äußerte sie panische Ängste, erneut über ihre Traumatisierungen sprechen zu müssen, und kündigte für die psychotherapeutische Behandlung einen überzeugenden Totalboykott an. Halt hingegen boten ihr von Anfang an ihre sozialen Kompetenzen und guten Beziehungen zu den anderen Bewohnerinnen der Einrichtung. Als erste Maßnahme des therapeutischen Bereichs erfolgte eine „Befreiung von der Therapiepflicht“ mit einer einzigen Auflage: der des Kennenlernens in einer Freizeitaktivität ihrer Wahl. Als Wunsch äußerte sie, gemeinsam Graffiti zu sprühen. Auf kompliziertem Wege wurde eine Möglichkeit dafür eröffnet. Über diese Aktivität entfaltete sich ein reger Kontakt und Austausch, über die Sprühtermine, über Emails und im Internet über kleinere Foren. Das entsprach zwar keinem klassischen Psychotherapiesetting, war aber von einer großen Regelmäßigkeit, Tragfähigkeit und Bindungsqualität geprägt. Einige Zeit darauf konnte auf dieser Basis ein stabilisierungsorientiertes traumatherapeutisches Angebot gemacht werden.

Prozesse wie mit Frau *Gidal* lassen sich besonders gut am Konzept sogenannter „schützender Inselerfahrungen“ (Gahleitner 2011, 63; vgl. bereits Petzold 1969, 4; vgl. zum Konzept des ‚safe place‘ Katz-Bernstein 1996, 2004) verdeutlichen: Das Bestehen einer oder weniger förderlicher kann trotz sonstigem Vorherrschen negativer, auch traumatischer, Erfahrungen einen bedeutsamen Schutzfaktor darstellen. Häufig jedoch muss sich diese „alternative Erfahrung“ (Orth, Petzold 1996, 117) erst einen Weg durch Misstrauen und negative Erfahrungen bahnen und wird im ersten Moment von „hard to reach“-Klientel nicht immer als einfach und angenehm wahrgenommen. „Neue feinfühlig und emotional verfügbare Interaktionserfahrungen ... helfen dem Gehirn vermutlich, sich neu zu strukturieren und es besteht nochmals eine neue Chance für ... Entwicklung“ (Brisch 2006, 44). Das Gehirn ist auf diese Weise ein zutiefst „soziales Organ“ (Fuchs 2010, 194): Stück für Stück schlägt sich „die Struktur der Individualität als ein ‚Durch-andere-zu-sich-selbst-Kommen‘ in den neuronalen Strukturen nieder“ (ibid., 186). Man kann sie als verinnerlichte „Schemata von sich in der Welt“ begreifen (Stern 1992). „Durch interpersonale Erfahrungen“ entsteht „intrapersonale Daseinsgewissheit“ (Leitner 2010, 137).

Aus Diversitygesichtspunkten wird deutlich: Sehr viel mehr als die Bemühung, „rücksichtsvoll“ auf eine bestimmte „vermutete Eigenart“ reagieren zu wollen, helfen z.B. aufmerksame, authentische Offenheit und immerwährendes kritisches konstantes Hinterfragen der eigenen Zuschreibungen und Normvorstellungen – gepaart mit einer steten Offenheit für das interaktive Geschehen innerhalb der Therapie und Beratungssituation. Frau *Gidals* Wunsch, Graffitis zu sprühen, sowie die dort stattfindenden Dialoge erwiesen sich in der weiteren Zusammenarbeit nicht nur als Eingangstor für die Behandlung, sondern als wichtiger diagnostischer Hinweis auf komplexe Zusammenhänge ihrer Biografie, für deren Verständnis jedoch ausgeprägte Diversity-Kompetenz und viele dialogische Verstehensprozesse unabdingbare Voraussetzung waren.

Auch die Hochschwelligkeit des klassischen Psychotherapiesettings gerät dabei erneut auf den Prüfstand. Für Jugendliche z.B. ermöglichen Medien wie im vorliegenden Fall, jedoch auch mehr und mehr internetbasierte Kontaktformen, Niedrigschwelligkeit und damit „die selbstbestimmte Inanspruchnahme professioneller Hilfe ohne Umweg über die Erwachsenenwelt“ (*Hintenberger* 2010, 3). Der Einbezug mediengestützter oder zeitgemäß netzbasierter Kommunikationsformen, wie sie in der Beratung bereits entwickelt sind (vgl. *Kühne, Hintenberger* 2009), findet jedoch nur zögerlich Eingang in die Psychotherapie. In vielen Therapien und Beratungen mit schwer traumatisierter Klientel z.B. sind neben Möglichkeiten der telefonischen Erreichbarkeit solche Kommunikationsbrücken über Email oder andere Onlinemöglichkeiten nicht mehr wegzudenken. Sie helfen, Krisen zu überbrücken und zusätzliche Stabilität bereitzustellen (vgl. *Risau* 2010). In der psychotherapeutischen Praxis ist es daher immer wieder bedeutsam, umzudenken.

3.2 Mit „emotional korrigierenden Erfahrungen“ Veränderung ermöglichen

Will man den Transformationsprozess von PatientInnen und KlientInnen noch genauer verstehen, bietet sich das Konzept der Mentalisierungsprozesse des Kindes (vgl. insbesondere *Fonagy, Gergely* et al. 2004) an. Werden emotional bedeutsame Erlebnissequenzen bereits in der frühen Kindheit von Bezugspersonen empathisch durch Körpersignale, jedoch auch sprachliche Erläuterungen unterstützt, werden „innere Gefühlszustände ... für das Kind auf der Ebene bewusster sprachlicher Diskurse ‚verfügbar‘“ (*Grossmann, Grossmann* 2004, 419). Das bedeutet, mithilfe von Bezugspersonen wird ein emotional zunächst herausforderndes Ereignis in kognitiven und emotionalen sowie Handlungsschemata neu und – im positiven Falle – konstruktiv organisiert. Auch in Therapie und Beratung arbeiten wir auf Rekonstruktionen des Weltbildes und der Modelle von sich selbst und anderen hin, wird stetig das „Bezugssystem jeweils um Nuancen erweitert“ (*Finke* 2004, 4).

Carl R. Rogers (1957, 1959/1987, 1967) formulierte als erster Vertreter aus dem helfenden Spektrum diese wachstumsfördernde Beziehung als notwendige und hin-

reichende Grundbedingung beraterischen und therapeutischen Handelns in dieser Ausdrücklichkeit (vgl. Höger 2006). Seiner Ansicht nach beruht das „Heilende“ der Beziehung auf der radikal akzeptierenden und empathischen Grundhaltung, die Räume zur Selbstentfaltung bereitstellt. In der „Begegnung“ mit *Martin Buber* fand bei *Rogers* die Bedeutung der Gegenseitigkeit Eingang in die therapeutische Beziehung: „a real meeting of persons in which it was experienced the same from both sides“ (*Rogers, Buber* 1960, 212). Diese Grundmaxime hat starke Parallelen zu dem oben beschriebenen Konzept der Feinfühligkeit (vgl. *Ainsworth, Wittig* 1969) und zielt auf das gleiche methodische Konzept ab: auf die Funktion von bedeutsamen Personen – als Basis für die (Neu-)Strukturierung der inneren Erfahrung durch den unterstützenden Dialog. So z.B. bei Frau *Meier*:

Frau *Meier* kam als Nachzüglerkind auf die Welt. Aufgrund der existenziell notwendigen Berufstätigkeit der alleinerziehenden Mutter war zunächst der Großvater und ab dem zweiten Lebensjahr der Bruder stark in die Betreuung des Kindes eingebunden. Der selbst noch minderjährige Junge agierte seine Frustration und Enttäuschung in sadistischen Handlungen gegenüber der Schwester aus. Im Alter von sieben bis elf Jahren wurde Frau *Meier* mehrfach von einem Nachbarsjungen schwer sexuell misshandelt. Die älteren Geschwister waren in Drogenmissbrauch und andere schwierige Lebenssituationen eingebunden. Nach dem Tod eines für sie bedeutsamen Haustieres kam es bei Frau *Meier* mit 13 Jahren zu den ersten Selbstverletzungen. Die Symptomatik steigerte sich so stark in eine Lebensbedrohlichkeit, dass sie in die Kinder- und Jugendpsychiatrie eingewiesen wurde. Das selbstverletzende Verhalten hatte für sie zu viele wichtige Funktionen gewonnen, als dass sie es aufgeben konnte. Es enthielt die Möglichkeit, sich selbst zu bestrafen, diesmal aber selbst die Kontrolle über das Geschehen zu behalten. Auch physiologisch bot es Frau *Meier* ein äußerst wirksames Anti-Stress-Agens. Darüber hinaus half es ihr, in einer dissoziativen Welt Kontakt zu sich und anderen über die Selbstverletzung und den Schmerz aufzunehmen. In den krisenhaften Zuspitzungen Ruhe zu bewahren, da zu sein, da zu bleiben, Stabilisierungsübungen zu vermitteln und auf dieser Basis vorsichtig erste auftauchende Gefühle und Zustände beschreiben zu helfen, stellten die ersten Schritte dar, die dem nach außen getragenen „coolen“ Verhalten und einer stets tief ins Gesicht gezogenen Baseballmütze immer wieder neu entgegengesetzt werden mussten. Ein wichtiger Schritt war das gemeinsame „Herausmentalisieren“ der letzten Gefühle, bevor Dissoziation eintrat (vgl. Abbildung 1).

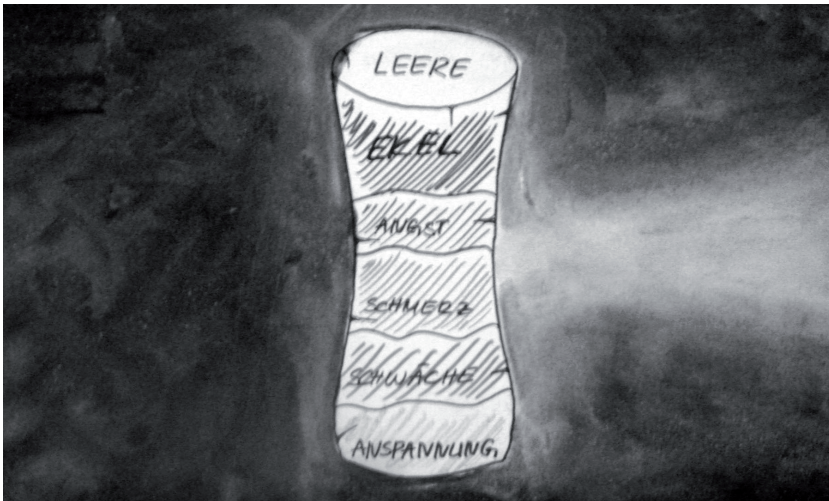


Abbildung 1

Erst danach war es für Frau *Meier* überhaupt möglich, in Begleitung weitere Selbsterkundungsschritte zu machen. An diesem Punkt im Behandlungsprozess entwickelte Frau *Meier* in ihren Träumen ein vernachlässigtes, schwer beeinträchtigtes und krankes Kind, das ihrer Fürsorge bedurfte. Die Beschäftigung mit diesem Kind und die Weiterentwicklung dieses „heilsamen Alter-Egos“ (vgl. Abbildung 2) leiteten den Weg in eine langfristig angelegte Traumaaufarbeitung ein, die ohne eine stabile Beziehung und ein umgebendes schützendes und mitarbeitendes Netzwerk durch die betreuende Einrichtung bei diesem Schweregrad der Traumatisierung unmöglich gewesen wäre.



Abbildung 2

Zentral aus der Perspektive der Bindungstheorie ist das Erleben aufrichtiger menschlicher Begegnungen als Alternativerfahrung zur bisherigen Beziehungsverunsicherung, eine gemeinsame Ko-Konstruktion (Grossmann, Grossmann 2004). **Die Beziehung** an und für sich **wird zur Therapie**. Das dialogische, intersubjektive Beziehungsgeschehen als Voraussetzung für Mentalisierungsprozesse wird in der Integrativen Therapie mit dem „Ko-respondenzprinzip“ gefasst (vgl. Leitner 2010; Petzold 1993, 19ff; Sieper, Petzold 2002). Wie die Bindungstheorie und die klientenzentrierte Therapie (und viele relational orientierte psychoanalytische VertreterInnen) versteht auch die Integrative Therapie das Bedürfnis des Menschen nach Verbundenheit und unbedingter Anerkennung als „grundlegendes Organisationsprinzip“ (Grossmann, Grossmann 2004, 602) seiner emotionalen, sozialen und kognitiven Entwicklung. „Wo Übertragung ist, soll Beziehung werden.“ (Leitner 2010, 91; vgl. auch Orth, Petzold 1996)

Nähe als begrenztbar und nicht gewalttätig, Beziehungen als stabil, hilfreich und belastbar sowie Konflikte als lösbar zu erleben sowie Grenzen zu akzeptieren und für sich selbst zu etablieren, stellten zunächst unlösbare Herausforderungen für Frau Meier dar. Erst auf der Basis eines kontinuierlichen, Ruhe etablierenden, feinfühligem Beziehungsangebots waren eine Öffnung und Weiterentwicklung schmerzhafter Lebenssequenzen überhaupt in Reichweite. Die „Alter-Ego-Funktion“ des inneren, belasteten Kindes bot in diesem behutsamen Geschehen eine weitere Brücke, auf der erste Schritte möglich wurden. Der Dialog darüber erst erschloss dann ihre Bedeutung und machte sie so „den eigenen Reflexionen und möglichen Veränderungen zugänglich“ (Grossmann, Grossmann 2004, 420). Die Nähe der Bindungstheorie zum Prozessgeschehen der „Intersubjektiven Ko-respondenz“ (Leitner 2010, 77ff) der Integrativen Therapie ist an dieser Stelle und vielen weiteren Bezugspunkten unübersehbar (vgl. auch Orth, Petzold 1996, 117ff).

3.3 „Netzwerken“

Im Idealfall werden die in der Therapie erworbenen Beziehungserfahrungen von den PatientInnen verinnerlicht und zu einer positiven Weiterentwicklung im Umgang mit sich und anderen genutzt. Über die Brücke der dyadischen Beziehung kann dann nicht nur auf die dyadische, sondern auf ein tragfähiges Beziehungsnetzwerk hingearbeitet werden, das sich bis hin zur Einbettung in kooperative Institutionsstrukturen ausbauen lässt. Gerade in der postmodernen globalisierten Welt, die von fragmentierten Erfahrungen, pluralen Lebenslagen und Milieus sowie extremer Individualisierung gekennzeichnet ist, sind unterstützende psychosoziale Erfahrungen ein „positiver Gegenhorizont“ (Keupp 1997; vgl. auch Homfeldt, Sting 2006).

In der Feinarbeit kann hier die Unterscheidung in verschiedene Dimensionen hilfreich sein (vgl. Nestmann 1988, 2000). Neben den oben genannten sind hier noch strukturelle Merkmale wie Netzwerkgröße, Zusammensetzung, Reichweite und

Dichte zu nennen. Sie können dabei helfen, in der Psychotherapie auf ein angemessenes, verkraftbares Maß an sozialer Einbettung hinzuarbeiten. Dichte Netzwerke z.B. bieten Geborgenheit, erfordern jedoch auch viel „Pflege“. Auch die Bedeutung der Balance zwischen Autonomie- und Bezogenheitsaspekten, zwischen Passfähigkeit und Reziprozität (vgl. *Nestmann* 2005) ist zu berücksichtigen. Denn nur in einem passfähigen Netzwerk kann soziale Unterstützung als der „zentrale funktionale Aspekt sozialer Netzwerke“ (*Paulus* 1997, 179; vgl. auch *Badura* 1981) erfahren werden. So z.B. bei Frau *Bode*:

Frau *Bode* wuchs mit zwei jüngeren Schwestern und einem jüngeren Bruder bis zum 16. Lebensjahr bei den Eltern auf. Alle Kinder litten aufgrund des Alkoholabusus der Eltern während der Schwangerschaft unter einer starken Intelligenzminderung. Die Mutter wurde wegen mehrerer ungeklärter Knochenbrüche im Krankenhaus behandelt. Die drei ab dem 16., dem 14. und dem 8. Lebensjahr fremd untergebrachten Mädchen erzählten von zahlreichen aggressiven Ausbrüchen des Vaters, in denen er zunächst die Mutter, in der Folge jedoch auch die Kinder, unkontrolliert schlug und mit Gegenständen teilweise lebensgefährlich verletzte. Frau *Bode* litt zum Zeitpunkt des Therapiebeginns unter starken psychosomatischen Erscheinungen, Erregungszuständen und Ängsten, hatte ein sehr schlechtes Selbstbewusstsein, fühlte sich oft von sich und anderen isoliert und hatte wenig Zugang zu ihren Gefühlen. Frau *Bode* konnte als Mädchen trotz großer Anstrengungen und Nachhilfestunden auch die Sonderschule nicht abschließen. Nachts litt sie aufgrund der zahlreichen erlittenen Traumata unter Albträumen und tagsüber unter pseudopsychotischen Erscheinungen wie Stimmen, Wesen oder Schatten, die sie bedrohten und ihr Anweisungen gaben. In Bezug auf die gewaltbelastete Kernfamilie zeigte sich bei Frau *Bode* eine extreme Ambivalenz zwischen den angstbesetzten Gewalterfahrungen gegenüber dem Vater und der Enttäuschung gegenüber der nicht schützenden Mutter auf der einen Seite und einer positiv besetzten Beziehung zu beiden Elternpersonen und eine enge, aber auch belastete, Verbindung zu den Geschwistern auf der anderen Seite. In akribischer Kleinarbeit über viele Arbeitssequenzen hinweg wurde es möglich, auf der Basis der therapeutischen Beziehung und erarbeiteten Einbindung in die Betreuungseinrichtung die Beziehung zu Eltern und Geschwistern realitätsgerecht zu reflektieren. Heute treffen sich die Schwestern regelmäßig und bieten sich gegenseitig Unterstützung in der komplexen Familiensituation. Frau *Bode* lebt inzwischen in einer eigenen Wohnung und verfügt über einen geschützten Arbeitsplatz. Das dortige Umfeld trug zu einer nochmaligen Lebensfelderweiterung bei, worin Frau *Bode* bis heute gut eingebettet ist. Das institutionelle Umfeld wurde jeweils auf ihre Möglichkeiten und Beeinträchtigungen abgestimmt.

Bei Frau *Bode* wird deutlich: Neben den Schädigungen durch die Gewalthandlungen gab es auch zu bewahrende Bindungsanteile in Bezug auf die Familie, auch wenn diese Tatsache Professionelle im Anti-Gewalt-Bereich stets vor große Herausforderungen stellt. Der behutsame Beziehungsaufbau auf der Basis einer frühen gelun-

genen Bindung zum Großvater und der sorgsame Umgang mit der Ambivalenz gegenüber der Kernfamilie stellten sich schließlich als Schlüsselvariable für das Gelingen der therapeutischen Begleitung heraus, die trotz der komplexen Traumatisierung und kognitiven Beeinträchtigung auch traumaaufarbeitende Inhalte möglich werden ließ. In Netzwerke eingebettet zu sein hat nämlich – ebenso wie die Bindungssicherheit – eine charakteristische Doppelfunktion: Stabile Bindungsverhältnisse und soziale Netzwerke dienen der momentanen Sicherheit und dem aktuellen psychischen Wohlbefinden, zugleich aber auch als Risikopuffer für die gesamte weitere Kompetenzentwicklung, Beziehungs- und Lebensgestaltung (*Nestmann* 1988).

In der Integrativen Therapie gehören solcherart sozio- und netzwerktherapeutische Maßnahmen zu den vier grundsätzlichen Zugängen der Behandlung und stellen einen der 14 Heilfaktoren (vgl. *Leitner* 2010, 110; *Petzold* 1996a, 173ff). Die netzwerkaktivierende Arbeitsmodalität spielt im Therapiegeschehen eine wichtige Rolle, um effektiv zu einer Verbesserung der psychosozialen Passung in den verschiedenen Dimensionen des menschlichen Lebens und der jeweils vorhandenen sozialen Chancenstruktur beizutragen. Die Möglichkeit, im späteren Lebensverlauf auf diese Weise wieder mehr Bindungssicherheit zu erwerben, bezeichnet man in der Bindungstheorie als „earned secure“ (*Main* 1995; vgl. auch *Hauser, Endres* 2002).

Schlussgedanken

Aus der Psychotherapie- und Beratungsforschung sowie aus der Forschung zu Sozialer Unterstützung ist bekannt, dass „emotionale korrektive Erfahrungen“ sowie eine gute Einbettung in soziale Netzwerke den Erfolg professioneller Begleitung maßgeblich beeinflussen (vgl. u.a. *Cremerius* 1979; *Grawe* 2004; *Orlinsky* et al. 1971; *Nestmann* 1988; vgl. zusammenfassend für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie *Fröhlich-Gildhoff* 2011). *Peter Fuchs* (2010) spricht von „Interaffektivität“ und „zwischenleiblichen Phänomenen“ (*ibid.*, 190; vgl. auch *Merleau-Ponty* 2003). Zeitgenössische ExpertInnen haben diese Forschungsergebnisse auf der Basis langjähriger Forschungs- und Praxiserfahrungen noch weiter bestätigt. Vielleicht ist die „therapeutische Beeinflussung durch Psychotherapie nicht so sehr im Wiedergewinn von Kindheitserinnerungen zu suchen. Es geht vielmehr darum, die im impliziten Gedächtnis verfestigten mentalen Modelle der Beziehungsgestaltung, die sich als Erfahrungsmodelle herausgebildet haben, durch Wechselwirkung mit dem Therapeuten in einem emotionalen Beziehungsmodus, im Sinne einer Neustrukturierung, zu verändern“ (*Resch* 2005, 13).

Die therapeutische Beziehungsgestaltung ist aus dieser Perspektive jedoch ein Vorgang, der nicht nur eine Persönlichkeitsentwicklung der Patientin bzw. des Patienten „fördert“, sondern auch eine entsprechende Entwicklung der Person des Therapeuten bzw. der Therapeutin „erfordert“ (*Schmid* 2002; vgl. auch *Pfeiffer* 1993), da er weniger auf Einsicht als auf lebendige Erfahrung der Gegenseitigkeit abzielt. „Re-

flexiv wird ein auf das jeweilige Gegenüber ‚abgestimmtes‘ Beziehungsangebot gemacht. Dadurch können nicht verarbeitete Erfahrungen reaktualisiert, symbolisiert, d.h. dem Bewusstsein zugänglich gemacht und integriert werden.“ (*Fröhlich-Gildhoff* 2006, 43f) Das abgestimmte Beziehungsangebot wiederum ist nur möglich auf Basis einer bindungssensiblen lebens-, subjekt- und situationsnahen Diagnostik, die neben der psychopathologischen Abklärung eine dialogisch orientierte Anamnese über grundlegende Aspekte von Biografie und Lebensalltag – sinnverstehend – zusammenträgt (vgl. dazu *Gableitner, Schulze et al.* 2009; *Gableitner* 2011; *Pauls* 2011; vgl. spezifisch für die Integrative Traumatherapie *Osten* 2008).

Zielsetzung ist also bio-psycho-soziale Mehrperspektivität (*Leitner* 2010), die jeweils auch den Lebens-Kontext und das Lebens-Kontinuum (vgl. *Petzold* 1992, 17ff; 1996b) einbezieht. Um „Heilungsprozesse bei psychischen, psychosomatischen und psychosozialen Erkrankungen in Gang zu setzen“ (*Leitner* 2012, 77) kann und darf sich Psychotherapie nicht nur auf Psychisches oder Somatisches richten, sondern muss immer auch „soziale und kulturelle Dimensionen“ (*ibid.*, 55) mit einbeziehen, muss sich also als Humantherapie einer „Sozialen Psychotherapie“ (*Deloie* 2011) verpflichtet fühlen. Das bedeutet, neben medizinischen und klinisch-psychologischen Methoden und Erkenntnissen auch Theoriebestände aus den Sozialwissenschaften und der Sozialen Arbeit heranzuziehen. Letztere ist als Menschenrechtsprofession (vgl. *Staub-Bernasconi* 2007) insbesondere in Arbeitsbereichen Sozialer Problemlagen und Sozialer Ungleichheit eine wichtige Bezugsgröße.

Die Allgemeingültigkeit eigener Erklärungsmodelle auf diese Weise immer wieder infrage zu stellen, den Respekt vor der „Andersheit des Anderen“ (*Leitner* 2010, 98; vgl. auch *Levinas*, 1983) zu bewahren und eine kritische Hinterfragung der alltäglichen Praxis einzubauen, eröffnet damit neue Zugänge. Zugleich erfüllt Psychotherapie damit auch ihren ursprünglich kulturkritischen Charakter als „just therapy“ (*Petzold, Wolf et al.* 2000, 451), der an so vielen Stellen verloren gegangen ist. Auch die Forschung macht dazu Mut. Im Gegensatz zu einer offenen, transparenten, authentischen, diversitysensiblen und selbstreflexiven Grundhaltung und Arbeitsweise zeigen Forschungsergebnisse negative Auswirkungen bei Therapeuten und Beraterinnen, die „rassistische, homophobe bzw. elitäre Einstellungen und Verhaltensweisen“ (*Rommelspacher, Wachendorfer* 2008, 1350) zeigen (vgl. auch *Comas-Diaz* 2006).

Auf Basis komplexer psychosozialer Diagnostik und unter Einbezug interdisziplinärer Theoriebestände lassen sich psychische Störungen im „hard to reach“-Bereich häufig viel besser als Ausdruck von Bewältigungsversuchen (an-)erkennen: Im Sinne eines Überlebens in Armut, Diskriminierung, nicht vorhandener Bindung und Versorgung, Benachteiligung etc. werden, wie im eben genannten Vorgehen nahegelegt, biografische Wissensbestände psychischer und sozialer Phänomene interdisziplinär vernetzt, kann Mehrperspektivität gelingen und „das Zusammenwirken thematisiert und strukturiert werden“ (*Böhmisch* 2005, 203). Der Mensch würde dann als ein Le-

bewiesen erkannt, „das bis in seine biologischen Strukturen hinein durch seine Sozialität geprägt ist“ (Fuchs 2010, 22). Nähme man diese Botschaft in der Psychotherapie ernst, so gälte nicht nur die Devise: „Sein ist immer ein ‚Mit-Sein‘“ (Leitner 2010, 85), sondern auch: Intervention ist niemals Intervention am Individuum, sondern immer „Intervention im Leben eines Menschen, der mit anderen Menschen zusammen lebt“ (Falck 1997, 129) – auch für „hard to reach“-KlientInnen und -PatientInnen.

Zusammenfassung: „Und wenn es schwierig wird“? Therapeutische Beziehungsgestaltung im „hard to reach“-Bereich.

Stabile Bindungs- und Beziehungsmuster sind ein Prädiktor für erfolgreiche professionelle Beziehungsgestaltung, fragile Bindungs- und Beziehungsstrukturen verheißen das Gegenteil. ‚Hard-to-reach‘-KlientInnen und -PatientInnen jedoch sind häufig durch multiple, existenzielle, Problemlagen und Krankheitszustände belastet und verfügen nicht über eine ausreichende An- und Einbindung, zumeist aufgrund schwer erschütterter Bindungsrepräsentationen. In meiner Praxis der Psychotherapie und Beratung machte ich immer wieder die Erfahrung, wie stark der Behandlungserfolg in diesem Arbeitsbereich von einer gelungenen gemeinsamen Gratwanderung bezüglich dieses Dilemmas abhängt. Um auch sozial deklassierten Menschen in ihren aktuellen Lebenskontexten angemessene Unterstützung und einen behutsamen Vertrauensaufbau anbieten zu können, braucht es jedoch Voraussetzungen, die in stark auf das Individuum bezogenen Psychotherapie- und Beratungskonzepten häufig zu kurz kommen. Der Beitrag legt damit den Schwerpunkt auf eine zentrale Schlüsselqualität mit schwer erreichbarer Klientel: auf die behutsame Gestaltung der therapeutischen Beziehung als Antwort auf vielfach erfahrenen Vertrauensmissbrauch.

Schlüsselwörter: Therapeutische Beziehung, Bindungsarbeit, Soziale Unterstützung, Diversitykompetenz, Soziale Psychotherapie

Summary: “And when it gets difficult?” Forging a therapeutic relationship with “hard to reach”-clients and -patients.

Stable attachment and relationship patterns predict successful and professional relationships, fragile attachment and relationship structures bode the opposite. However, “hard to reach”-clients and -patients are frequently burdened by multiple, existential problems and disturbed mental states and do not have sufficient contacts or social integration, usually as a result of deeply disrupted relationship representations. In my psychotherapeutic and counselling practice I have repeatedly been impressed by how strongly the outcome of treatment with this clientele is dependent on the success of a joint balancing act. To be able offer declassified people suitable support and cautiously attempt to develop a trusting relationship with them in their current life contexts, we need to include aspects that are frequently neglected in psychotherapeutic and counselling approaches that are too strongly oriented towards the individual. This article therefore focuses on an aspect that is key when working with clients who are hard to reach, i.e. cautious handling of the therapeutic relationship as a response to the abuse of trust that many of these patients have experienced in the past.

Keywords: Therapeutic relationship, attachment work, social support, diversity skills, social psychotherapy

Literatur

- Ainsworth Mary D. S., Bell Silvia M., Stayton Donelda J. (1974): Infant-mother attachment and social development. "Socialization" as a product of reciprocal responsiveness to signals. In: *Richards Martin P.* (Hg.) (1974): *The integration of a child into social world*. Cambridge: Cambridge University Press, 99-135.
- Alexander Franz, French Thomas Morton (1946): *Psychoanalytic therapy*. New York: Rolande.
- Ainsworth Mary D.S., Wittig Barbara A. (1969): Attachment and the exploratory behavior of one year olds in a strange situation. *Determinants of infant behavior* 144/4, 113-136.
- Arendt Hannah (2002): *Denktagebuch 1950-1973*. Zwei Bände. München: Piper.
- Badura Bernhard (1981): Zur sozialepidemiologischen Bedeutung sozialer Bindung und Unterstützung. In: *Badura Bernhard* (Hg.) (1981): *Soziale Unterstützung und chronische Krankheit*. Zum Stand sozialepidemiologischer Forschung. Frankfurt: Suhrkamp, 13-39.
- Baumann Urs, Pfingstmann Gertraud (1986): Soziales Netzwerk und soziale Unterstützung. *Nervenarzt* 57/12, 686-691.
- Berger Peter L., Luckmann Thomas (1969): *Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit*. Eine Theorie der Wissenssoziologie. Frankfurt: Fischer. (Englisches Original erschienen 1967.)
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (2008): *Lebenslagen in Deutschland*. Der 3. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Berlin: BMAS. http://www.bmas.de/portal/26742/property=pdf/dritter__armuts__und__reichtumsbericht.pdf (10.04.2011).
- Böhnisch Lothar (2005, 2. überarbeitete und aktualisierte Auflage): *Lebensbewältigung*. Ein sozialpolitisch inspiriertes Paradigma für die Soziale Arbeit. In: *Thole Werner* (Hg.) (2005), *Grundriss Soziale Arbeit*. Ein einführendes Handbuch. Wiesbaden: VS, 199-213.
- Borg-Laufs Michael, Dittrich Katja (Hg.) (2010): *Psychische Grundbedürfnisse in Kindheit und Jugend – Perspektiven für Soziale Arbeit und Psychotherapie*. Tübingen: DGVt.
- Borg-Laufs Michael, Gahleitner Silke Birgitta, Hungerige Heiko (2012): *Schwierige Situationen in Therapie und Beratung mit Kindern und Jugendlichen*. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.
- Bowlby John (1973): *Mütterliche Zuwendung und geistige Gesundheit*. München: Kindler. (Englisches Original erschienen 1951.)
- Bowlby John (2006): *Bindung und Verlust*. 3 Bände. München: Reinhardt. (Englische Originale erschienen: Vol. 1 1969, Vol. 2 1973, Vol. 3 1980.)
- Brackertz Nicola (2007, Januar): Who is hard to reach and why? ISR Working Paper. <http://www.sisr.net/publications/0701brackertz.pdf> (23.05.2011).
- Brisch, K.H. (2006): Bindungsstörung. Grundlagen, Diagnostik und Konsequenzen für sozialpädagogisches Handeln. *Blickpunkt Jugendhilfe*, 3(1), 43-55.
- Brisch Karl Heinz (2009, 9. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage): *Bindungsstörungen*. Von der Bindungstheorie zur Therapie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Comas-Diaz Lillian (2006): Latino healing. The integration of ethnic psychology into psychotherapy. *Psychotherapy, Theory, Research, Practice, Training* 43/4, 436-453.
- Cremerius Johannes (1979): Gibt es zwei psychoanalytische Techniken? *Psyche* 32/7, 577-599.
- Czollek Leah C., Perko Gudrun (2011): Das Projekt Social Justice. Handlungsleitend für Interkulturelle Öffnung und Realisierung eines Radical Diversity. *Klinische Sozialarbeit* 7/3, 4-6.
- Deloie Dario (2011): *Soziale Psychotherapie als Klinische Sozialarbeit: Traditionslinien – Theoretische Grundlagen – Methoden*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Döring Else (2004): Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Was hilft Spielen mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen? *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung* 35/3, 193-198.
- Engel Goerge L. (1977): The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science* 196/428, 129-136.
- Falck Hans S. (1997): *Membership. Eine Theorie der Sozialen Arbeit*. Stuttgart: Enke. (Amerikanisches Original erschienen 1988.)

- Felitti Vincent J.* (2002): Belastungen in der Kindheit und Gesundheit im Erwachsenenalter: die Verwandlung von Gold in Blei. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 48/4, 359-369.
- Finke Jobst* (2004): Gesprächspsychotherapie. Grundlagen und spezifische Anwendungen. Stuttgart: Thieme.
- Foucault Michel* (1996): Diskurs und Wahrheit. Die Problematisierung der Parrhesia. 6 Vorlesungen, gehalten im Herbst 1983 an der Universität von Berkeley/Kalifornien. Berlin: Merve.
- Fonagy Peter, Gergely György, Jurist Elliot L., Target Mary* (2004): Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. Stuttgart: Klett-Cotta. (Amerikanisches Original erschienen 2002.)
- Fröhlich-Gildhoff Klaus* (2006): Niederfrequente und intensive sozialpädagogische Einzelfallbetreuung. In: *Fröhlich-Gildhoff Klaus, Engel Eva-Maria, Rönnau Maike, Kraus Gabriele* (Hg.) (2006): Forschung zur Praxis in den ambulanten Hilfen zur Erziehung (Reihe: Beiträge zur Kinder- und Jugendforschung, Band 1). Freiburg: FEL, 119-140.
- Fröhlich-Gildhoff Klaus* (2011): Einführende Überlegungen zu Gemeinsamkeiten und Unterschieden der verschiedenen Perspektiven in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. In: *Gahleitner Silke Birgitta, Fröhlich-Gildhoff Klaus, Schwarz Marion, Wetzorke Friederike* (Hg.) (2011): „Ich sehe was, was Du nicht siehst...“ Gemeinsamkeiten und Unterschiede verschiedener Perspektiven in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Stuttgart: Kohlhammer, 25-38.
- Fuchs Thomas* (2010, 3. aktualisierte und erweiterte Auflage): Das Gehirn als Beziehungsorgan. Eine phänomenologisch-ökologische Konzeption. Stuttgart: Kohlhammer.
- Gahleitner Silke Birgitta* (2005): Neue Bindungen wagen. Beziehungsorientierte Therapie bei sexueller Traumatisierung. München: Reinhardt.
- Gahleitner Silke Birgitta* (2006): ‚ICD plus‘ und ‚Therapie plus‘ – Diagnostik und Intervention in der Klinischen Sozialarbeit. *Klinische Sozialarbeit* 2/Online-Sonderausgabe, 12-22. http://www.eccsw.eu/download/klinsa_special_2006.pdf (16.11.2006).
- Gahleitner Silke Birgitta* (2008): Bindungstheorie und personenzentrierte Beziehungsgestaltung: Überlegungen zu einem ‚allgemeinen Wirkfaktor‘. *Person. Internationale Zeitschrift für Personenzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung*, 12/1, 46-57.
- Gahleitner Silke Birgitta* (2009): Persönliche Beziehungen aus bindungstheoretischer Sicht. In: *Lenz Karl, Nestmann, Frank* (Hg.) (2009), 145-170.
- Gahleitner Silke Birgitta* (2011): Das Therapeutische Milieu in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. Trauma- und Beziehungsarbeit in stationären Einrichtungen. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Gahleitner Silke Birgitta, Pauls Helmut* (2010, 3. überarbeitete Auflage): Soziale Arbeit und Psychotherapie. Zum Verhältnis sozialer und psychotherapeutischer Unterstützungen und Hilfen. In: *Thole Werner* (Hg.) (2010): Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. Wiesbaden: VS, 367-374.
- Gahleitner Silke Birgitta, Schulze Heidrun, Pauls Helmut* (2009): ‘hard to reach’ – ‘how to reach’? Psycho-soziale Diagnostik in der Klinischen Sozialarbeit. In: *Pantuček Peter, Röh Dieter* (Hg.) (2009): Perspektiven sozialer Diagnostik. Über den Stand der Entwicklung von Verfahren und Standards. Münster: LIT, 321-344.
- Giddens Anthony* (2001): Entfesselte Welt. Wie die Globalisierung unser Leben verändert. Frankfurt: Suhrkamp. (Amerikanisches Original erschienen 1999.)
- Grawe Klaus* (2004): Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Grossmann Karin, Grossmann Klaus E.* (2004): Bindungen. Das Gefüge psychischer Sicherheit. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Hauser Susanne, Endres Manfred* (2002): Therapeutische Implikationen der Bindungstheorie. In: *Endres Manfred, Hauser Susanne* (Hg.) (2002), Bindungstheorie in der Psychotherapie. München: Reinhardt, 159-176.
- Hintenberger Gerhard* (2010): Oraliteralität als Interventionsstrategie in der Mail-Beratung mit Ju-

- gendlichen. e-beratungsjournal.net 6/2, Artikel 5. http://www.e-beratungsjournal.net/ausgabe_0210/hintenberger.pdf (03.01.2012).
- Höger Diether (2006): Die Entwicklung des Klientenzentrierten Konzepts. In: *Eckert Jochen, Biermann-Ratjen Eva-Maria, Höger Diether* (Hg.) (2006): Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis. Berlin: Springer, 11-35.
- Höger Diether, Müller Doris (2002): Die Bindungstheorie als Grundlage für das empathische Eingehen auf das Beziehungsangebot von Patienten. *Person* 6/2, 35-44.
- Holmes Jeremy (2002): John Bowlby und die Bindungstheorie. München: Reinhardt.
- Homfeldt Hans Günther, Gableitner Silke Birgitta (Hg.) (i.V.): Kinder und Jugendliche mit speziellem Versorgungsbedarf. Beispiele und Lösungswege für Kooperation. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Homfeldt Hans Günther, Sting Stephan (2006): Soziale Arbeit und Gesundheit. Eine Einführung. München: Reinhardt.
- Husserl Edmund (1986): Ausgewählte Texte. Band 2: Phänomenologie der Lebenswelt. Stuttgart: Reclam. (Originale erschienen seit 1929.)
- Jansen Dorothea (2003): Einführung in die Netzwerkanalyse. Grundlagen, Methoden, Forschungsbeispiele. Opladen: Leske + Budrich.
- Katz-Bernstein Nitza (1996): Das Konzept des „Safe Place“ - ein Beitrag zur Praxeologie Integrativer Kinderpsychotherapie. In: *Metzmacher, B., Petzold, H., Zaepfel, H.* (Hg.) (1996) (Hg.): Praxis der Integrativen Kindertherapie. Integrative Therapie in Theorie und Praxis, Bd 2. Paderborn: Junfermann.
- Katz-Bernstein Nitza (2004): Innen-Außen und der Raum dazwischen. Kindertherapeutische Methoden zur Verbindung von innerer und äußerer Realität. In: *Metzmacher, B., Wetzorke, F.* (2004) (Hg.): Entwicklungsprozesse und die Beteiligten. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 46-79.
- Keupp Heiner (1984): Soziale Netzwerke. Eine Metapher des gesellschaftlichen Umbruchs. In: *Keupp Heiner, Röhrle Bernd* (Hg.) (1984): Soziale Netzwerke. New York: Springer, 11-53.
- Keupp Heiner (1997): Ermutigung zum aufrechten Gang. Tübingen: DGVt.
- Keupp Heiner (2011): Alltägliche Lebensführung in der fluiden Gesellschaft. In: *Gableitner Silke Birgitta, Hahn Gernot* (Hg.) (2011): Übergänge gestalten, Lebenskrisen begleiten (Reihe: Klinische Sozialarbeit. Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung, Band 4). Bonn: Psychiatrie-Verlag, 34-51.
- Kühne Stefan, Hintenberger Gerhard (Hg.) (2009): Handbuch Online-Beratung. Psychosoziale Beratung im Internet. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Labonté-Roset Christine, Hoefert Hans-Wolfgang, Cornel, Heinz (Hg.) (2010): Hard to reach. Schwer erreichbare Klienten in der Sozialen Arbeit. Uckerland: Schibri.
- Laireiter Anton-Rupert (2009): Soziales Netzwerk & Soziale Unterstützung. In: *Lenz Karl, Nestmann Frank* (Hg.) (2009): 75-100.
- LeDoux Joseph E. (1998): Das Netz der Gefühle. Wie Emotionen entstehen. München: Hanser. (Amerikanisches Original erschienen 1996.)
- Leitner Anton (2010): Handbuch der Integrativen Therapie. Wien: Springer.
- Lenz Karl, Nestmann Frank (Hg.) (2009): Handbuch Persönliche Beziehungen. Weinheim: Juventa.
- Levinas Emmanuel (1983): Die Spur des Anderen. Untersuchungen zur Phänomenologie und Sozialphilosophie. Freiburg: Alber.
- Main Mary (1995): Recent studies in attachment: Overview with selected implications for clinical work. In: *Goldberg Susan, Muir Ron, Kerr Jon* (Hg.) (1995): Attachment theory: Social, developmental, and clinical perspectives. Hillsdale, NJ: The Analytic Press, 407-474.
- Main Mary, Kaplan Nancy, Cassidy June (1985): Security in infancy, childhood and adulthood. A move to the level of representation. In: *Bretherton Inge, Waters Everett* (Hg.) (1985), Growing points in attachment theory and research (Reihe: Monographs of the Society for Research in Child Development, Band 50). Chicago: University Of Chicago Press, 66-106.
- Merleau-Ponty Maurice (2003): Das Auge und der Geist: Philosophische Essays. Hamburg: Meiner.
- Mielck Andreas (2011): Soziale und gesundheitliche Ungleichheit. In: *Bundeszentrale für gesund-*

- heitliche Aufklärung* (Hg.) (2011), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Köln: BZgA. <http://www.leitbegriffe.bzga.de/?uid=622d06170f2bbbc8c579abfb1706f3e1&id=angebote&idx=165> (03.01.2012).
- Nestmann Frank* (1988): Die alltäglichen Helfer (Reihe: Prävention und Intervention im Kindes- und Jugendalter, Band 2). Berlin: de Gruyter.
- Nestmann Frank* (2000): Gesundheitsförderung durch informelle Hilfe und Unterstützung in sozialen Netzwerken. Die Bedeutung informeller Hilfen im Alltag von Gesundheitssicherung und Gesundheitsförderung. In: *Sting Stephan, Zurhorst Günter* (Hg.) (2000): Gesundheit und Soziale Arbeit. Gesundheit und Gesundheitsförderung in den Praxisfeldern Sozialer Arbeit. Weinheim: Juventa, 128-146.
- Nestmann Frank* (2005): Netzwerkintervention und soziale Unterstützung fördern: Effektivität und Maximen der Nachhaltigkeit. In: *Otto Ulrich, Bauer Petra* (Hg.) (2005): Mit Netzwerken professionell zusammenarbeiten. Band 1: Soziale Netzwerke in Lebenslauf- und Lebenslagenperspektive. Tübingen: DGVt, 131-156.
- Obrecht Werner* (2005): Ontologischer, Sozialwissenschaftlicher und Sozialarbeitswissenschaftlicher Systemismus – Ein integratives Paradigma der Sozialen Arbeit. In: *Hollstein-Brinkmann Heino, Staub-Bernasconi Silvia* (Hg.) (2005): Systemtheorien im Vergleich. Was leisten Systemtheorien für die Soziale Arbeit? Versuch eines Dialogs. Wiesbaden: VS, 93-172.
- Orlinsky David E., Grawe Klaus, Parks Barbara K.* (1971): Process and outcome in psychotherapy – noch einmal. In: *Bergin Alan E., Garfield Sol L.* (Hg.) (1971): Handbook of psychotherapy and behavior change. New York, 270-376.
- Orth Ilse, Petzold Hilarion G.* (1996, 2. Auflage): Beziehungsmodalitäten – ein integrativer Ansatz für Therapie, Beratung, Pädagogik. In: *Petzold Hilarion G., Sieper Johanna* (Hg.) (1996): Integration und Kreation. Modelle und Konzepte der Integrativen Therapie, Agogik und Arbeit mit kreativen Medien. Band. 1. Paderborn: Junfermann, 117-124.
- Osten Peter* (2008): Integrative psychotherapeutische Diagnostik bei Traumatisierungen und PTBS. In: *Fischer Gottfried, Shay Peter* (Hg.) (2008): Psychodynamische Psycho- und Traumatherapie. Wiesbaden: VS, 39-76.
- Pauls Helmut* (2011, 2. überarbeitete Auflage): Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung (Reihe: Grundlagentexte Soziale Berufe). Weinheim: Juventa.
- Pauls Helmut, Gahleitner Silke Birgitta* (2011, 7. überarbeitete Auflage): Psychosoziale Diagnose. In: *Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V.* (Hg.) (2011): Fachlexikon der sozialen Arbeit. Berlin: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V., 682-683.
- Paulus Peter* (1997): Soziale Netzwerke, soziale Unterstützung und Gesundheit. In: *Homfeldt, Hans Günther, Hünersdorf, Bettina* (Hg.) (1997): Soziale Arbeit und Gesundheit. Neuwied: Luchterhand, 175-203.
- Perko Gudrun* (2007, März): Queer-Theorien: Dekonstruktion von Identitätspolitik und das Modell der Pluralität. Philosophie der Psychologie – e-journal. <http://www.jp.philo.at/texte/PerkoG1.pdf> (19.08.2011).
- Petzold Hilarion G.* (1992): Integrative Therapie. Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie. Band 2: Klinische Theorie. Paderborn: Junfermann.
- Petzold Hilarion G.* (1993): Integrative Therapie. Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie. Band 1. Paderborn: Junfermann.
- Petzold Hilarion G.* (1996a, 3. überarbeitete Auflage): Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ein ganzheitlicher Weg leibbezogener Psychotherapie (Reihe: Schriften zur Theorie, Methodik und Praxis, Band 1). Paderborn: Junfermann.
- Petzold Hilarion G.* (1996b, 2. Auflage): Integrative Therapie. In: *Petzold Hilarion G., Sieper Johanna* (Hg.) (1996): Integration und Kreation. Modelle und Konzepte der Integrativen Therapie, Agogik und Arbeit mit kreativen Medien. Band 1. Paderborn: Junfermann, 17-24.
- Petzold Hilarion G., Wolf Hans Ulrich, Landgrebe Birgit, Josić Zorica, Steffan Angela* (2000): „Integra-

- tive Traumatherapie“ – Modelle und Konzepte für die Behandlung von Patienten mit „posttraumatischer Belastungsstörung“. In: *van der Kolk Besser A., McFarlane Alexander C., Weisaeth Lars* (Hg.) (2000): *Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze. Theorie, Praxis und Forschung zu posttraumatischem Streß sowie Traumatherapie*. Paderborn: Junfermann, 445-549.
- Pfeiffer Wolfgang M.* (1993): Die Bedeutung der Beziehung bei der Entstehung und der Therapie psychischer Störungen. In: *Teusch Ludwig, Finke Jobst* (Hg.) (1993): *Krankheitslehre in der Gesprächspsychotherapie. Neue Beiträge zur theoretischen Fundierung*. Heidelberg: Asanger, 19-39.
- Reichel Rene* (2011): Psychotherapie ist keine Privatsache. Sozial- und gesundheitliche Überlegungen zur Psychotherapie. In: *Kierein Michael, Leitner Anton* (Hg.) (2011): *Psychotherapie und Recht*. Wien: Facultas, 231-260.
- Resch Franz* (2005): Selbstentwicklung und Zeiterleben im Kindes- und Jugendalter. In: *Lehmkuhl Ulrike* (Hg.) (2005): *Die Bedeutung der Zeit. Zeiterleben und Zeiterfahrung aus Sicht der Individualpsychologie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 31-43.
- Risau Petra* (2010, 2. überarbeitete Auflage): Gut beraten im Internet? – Chancen und Grenzen der Online-Beratung von Opfern sexualisierter Gewalt. In: *Ortiz-Müller Wolf, Scheuermann Ulrike, Gableitner Silke Birgitta* (Hg.) (2010): *Praxis Krisenintervention. Handbuch für helfende Berufe: Psychologen, Ärzte, Sozialpädagogen, Pflege- und Rettungskräfte*. Stuttgart: Kohlhammer, 330-339.
- Rogers Carl R.* (1957): The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- Rogers Carl R.* (1987): Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes. Köln: GwG. (Amerikanisches Original erschienen 1959.)
- Rogers Carl R.* (1967): The Interpersonal Relationship in the Facilitation of Learning. In: *Leeper Robert R.* (Hg.) (1967): *Humanizing education*. Washington: NEA, 1-18.
- Rogers Carl R., Buber Martin* (1960): Dialogue Between Martin Buber and Carl Rogers. 1957. *Psychologia. An International Journal of Psychology in the Orient*, 3/4, 208-221.
- Rommelspacher Birgit, Wachdorfer Ursula* (2008): Interkulturelle Therapie. In: *Hermer Matthias, Röhrle Bernd* (Hg.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung. Band 2: Spezieller Teil*. Tübingen: DGVT, 1337-1360.
- Schleiffner Roland, Gableitner Silke Birgitta* (2010): Schwierige Klientel oder schwierige Helfende? – Konsequenzen desorganisierter Bindungsmuster für die psychosoziale Arbeit. In: *Gableitner Silke Birgitta, Hahn Gernot* (Hg.) (2010): *Klinische Sozialarbeit. Gefährdete Kindheit – Risiko, Resilienz und Hilfen* (Reihe: Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung, Band 3). Bonn: Psychiatrie-Verlag, 197-213.
- Schmid Peter F.* (2002): Die therapeutische Beziehung als personale Herausforderung. Vortrag beim 34. Weinsberger Kolloquium. <http://pfs-online.at/papers/paper-weinsberg.pdf> (20.09.2004).
- Schulze Heidrun* (2008): Interkulturelle Fallarbeit – Einlassen auf plurale Realitäten. In: *Gableitner Silke Birgitta, Hahn Gernot* (Hg.) (2008): *Klinische Sozialarbeit. Zielgruppen und Arbeitsfelder* (Reihe: Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung, Band 1). Bonn: Psychiatrie-Verlag, 75-93.
- Schütz Alfred* (1971): *Das Problem der Relevanz*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Schütz Alfred, Luckmann Thomas* (2003, Neuausgabe): *Strukturen der Lebenswelt*. Konstanz: UVK. (Original erschienen 1973.)
- Sieper Johanna, Petzold Hilarion G.* (2002): „Komplexes Lernen“ in der Integrativen Therapie. Seine neurowissenschaftlichen, psychologischen und behavioralen Dimensionen. Polyloge: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit 2/10. <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/Sieper-Petzold-Lernen-10-2002.pdf> (04.01.2012).
- Staub-Bernasconi Silvia* (2007): *Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft. Systemische Grundlagen und professionelle Praxis – Ein Lehrbuch* (Reihe: Soziale Arbeit, Sozialwissenschaften). Bern: Haupt.

- Stern Daniel* (1992): Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart: Klett-Cotta. (Amerikanisches Original erschienen 1985.)
- Trojan Alf, Süß Waldemar* (2011): Soziale Netzwerke und Netzwerkförderung. In: *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung* (Hg.) (2011): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung, 501-503'.
- Uexküll Thure von, Wesiack Wolfgang* (1996, 5. neubearbeitete und erweiterte Auflage): Wissenschaftstheorie: ein bio-psycho-soziales Modell. In: *Uexküll Thure von* (Hg.) (1996): Psychosomatische Medizin. München: Urban & Schwarzenberg, 13-52.
- van der Kolk Bessel A., Burbridge Jennifer A., Suzuki Joji* (1999): Die Psychobiologie traumatischer Erinnerungen. Klinische Folgerungen aus Untersuchungen mit bildgebenden Verfahren bei Patienten mit posttraumatischer Belastungsstörung. In: *Streeck-Fischer Anette* (Hg.), Adoleszenz und Trauma. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 57-78.
- Weinhold Kathy, Nestmann Frank* (2011): Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung in Übergängen. In: *Gahleitner Silke Birgitta, Hahn Gernot* (Hg.) (2011): Übergänge gestalten, Lebenskrisen begleiten (Reihe: Klinische Sozialarbeit. Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung, Band 4). Bonn: Psychiatrie-Verlag, 52-67.
- World Health Organization (WHO)* (2001): Weltgesundheitsbericht 2001: Psychische Gesundheit: neues Verständnis – neue Hoffnung. www.who.int/entity/whr/2001/en/whr01_en.pdf (16.11.2006).
- Wilkinson Richard G., Pickett Kate* (2010, 2. verbesserte Auflage): Gleichheit ist Glück. Warum gerechte Gesellschaften für alle besser sind. Berlin: Tolkmitt-Verlag bei Zweitausendeins.

Korrespondenzadressen:

Prof. Dr. phil. Silke Birgitta Gahleitner
Alice-Salomon-Hochschule
Professur für Klinische Psychologie und Sozialarbeit
Arbeitsbereich: Psychotherapie und Beratung

Alice-Salomon-Platz 5
12627 Berlin
Deutschland

Donau-Universität Krems
Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit
Dr.-Karl-Dorrek-Straße 30
3500 Krems
Österreich

E-Mail-Adresse:

sb@gahleitner.net