

Arbeitstherapie im sozialpädagogisch-therapeutischen Spannungsfeld

Schule für Soziale Arbeit Zürich Fach-
bereich Sozialpädagogik Abteilung
BSA Kurs IX Abschlussarbeit Walter
Lanz St. Gallen 18. Juni 1993

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	6
Einleitung	11
1 Sozialpädagogisches Handeln	15
1.1 Die Methode	15
1.2 Der symbolische Interaktionismus	16
1.2.1 Die Handlungssituation	19
1.2.1.1 Die Interpretation des Handelns	19
1.2.1.2 Die Verhaltenserwartung	19
1.2.1.3 Der normative Charakter	20
1.2.1.4 Die Vorstrukturierung	20
1.2.1.5 Mikro- und Makroebene	21
1.2.2 Der kommunikative Aspekt	22
1.2.2.1 Die Symbolisierung	22
1.2.2.2 Die Situationsdefinition	23
1.2.2.3 Intentionales Handeln	23
1.2.3 Die Strukturparameter	24
1.2.3.1 Die Rigidität	24
1.2.3.2 Die Repressivität	25
1.2.4 Das Rollenspiel	26
1.2.4.1 Der Rollenkonflikt	26
1.2.4.2 Die Rollendistanz	26
1.2.5 Ich-Identität	27
1.2.5.1 Autonomie	27
1.2.5.2 Handlungsleitende Prinzipien	30
1.2.5.3 Die Soziale Identität	30
1.2.5.4 Die personale Identität	31
1.2.5.5 Die Integration	32
1.3 Sozialpädagogische Problemdefinition	34
1.3.1 "Missglückte" Alltagsbewältigung	34
1.3.2 Abweichendes Verhalten	35
1.3.2.1 Unterschiedliche Ansätze	35
1.3.2.2 Defizitäre Ich-Identität	35
1.3.2.3 Die Gradualität abweichenden Verhaltens	37
1.3.2.4 Der Devianzbegriff	39
2 Therapeutisches Handeln	41
2.1 Einleitung	41
2.1.1 Vorgehen	41
2.1.2 Die Aktualität des Identitätsproblems	43
2.2 Entwicklungstendenzen therapeutischer und sozialpädagogischer Arbeit	44

2.2.1 Konvergierende Tendenzen	44
2.2.1.1 Der funktionale Aspekt	44
2.2.1.2 Identität als Zugriffsobjekt	45
2.2.2 Divergierende Tendenzen	46
2.2.2.1 Akzentuierung der Identitätsproblematik	46
2.2.2.2 Interventionsformen	47
2.2.2.3 Die Ausweitung des therapeutischen Feldes	48
2.2.3 Charakteristika therapeutischen Handelns	49
2.2.3.1 Der antinormative Charakter	49
2.2.3.2 Die Therapiefähigkeit	49
2.2.3.3 Die Metaperspektive	50
2.2.4 Der sozialpolitische Aspekt	50
2.2.4.1 Die wirtschaftliche Eigendynamik	50
2.2.4.2 Die Professionalisierung	51
2.2.4.3 Die therapeutische Grenzvermischung	54
2.2.5 Folgerungen	54
2.2.5.1 Identitätslabilisierung	55
2.2.5.2 Der therapeutische Subjektivismus	56
2.2.5.3 Das Abhängigkeitspotential	57
2.2.5.4 Das Entwirklichungsrisiko	57
2.2.5.5 Periphere Aspekte	58
2.3 Theoretische Abgrenzungskriterien	60
2.3.1 Retrospektive	60
2.3.2 Kategorisierung der Kritik	62
2.3.3 Die Interventionsformen	64
2.3.3.1 Behandeln und Belehren	64
2.3.3.2 Beruflicher und struktureller Hintergrund	64
2.3.4 Therapeutische Methoden	66
2.3.4.1 Mittelbare und unmittelbare Therapie	67
2.3.4.2 Das Konfliktpotential	68
2.3.5 Das Definitionsdilemma	69
2.3.5.1 Professionelle Definitionen	70
2.3.5.2 Soziale Definitionen	70
2.3.5.3 Psychologische Definitionen	71
2.4 Pragmatische Abgrenzungskriterien	71
2.4.1 Das Modell Guyer	72
2.4.2 Das Modell Herzka	78
2.5 Die Abgrenzung im interaktionistischen Modell	83
3 Arbeitstherapeutisches Handeln	85
3.1 Arbeit	86

3.1.1 Objektiver Arbeitsbegriff	86
3.1.1.1 Unterschiedliche Perspektiven	86
3.1.1.2 Umschreibung des Begriffs Arbeit	87
3.1.2 Subjektiver Arbeitsbegriff	90
3.1.2.1 Stigmatisierung	90
3.1.2.2 Identitätsstörung	91
3.1.2.3 Stigmamangement	92
3.2 Arbeitstherapie	95
3.2.1 Der Beruf des Arbeitstherapeuten	95
3.2.1.1 Retrospektive Betrachtung	95
3.2.1.2 Die aktuelle Situation	97
3.2.1.3 Forschung	98
3.2.1.4 Ausbildung	99
3.2.2 Arbeit als agogische Aktion	109
3.2.2.1 Einleitung	109
3.2.2.2 Arbeit und Interaktion	110
3.2.2.3 Arbeitstherapeutische Definitionen	113
3.2.3 Arbeitstherapeutische Zielsetzung	115
3.2.3.1 Zielsetzung aus interaktionistischer Sicht	115
3.2.3.2 Zielsetzung in der aktuellen Praxis	118
3.2.4 Arbeitstherapeutische Mittel	123
3.2.4.1 Instrumentale und sozioemotionale Faktoren	123
3.2.4.2 Diagnose	124
3.2.4.3 Beobachtung	126
3.2.5 Abgrenzung der Arbeitstherapie	130
3.2.5.1 Beschäftigungstherapie	130
3.2.5.2 Rehabilitation und Arbeitstraining	150
3.3 Beurteilung	155
3.3.1 Kritik an der Arbeitstherapie	155
3.3.1.1 Arbeitstherapie als Realitätstraining	155
3.3.1.2 Arbeitstherapie als Kostenbeitrag	157
3.3.1.3 Arbeit als Therapie	159
3.3.2 Arbeitstherapie im therapeutisch-pädagogischen Spannungsfeld	162
3.3.2.1 Zuordnung nach arbeitstherapeutischen Kriterien	162
3.3.2.2 Zuordnung nach generellen Kriterien	169
Literaturverzeichnis	177
Anhang	181

1 Mühlhof, Rehabilitationszentrum für alkoholranke Frauen und Männer, Tübach: Konzept Arbeitstherapie	182
2 Arbeitstherapeutische Beurteilungs- und Bewertungsformulare	186
2.1 Suchtbereich	186
2.1.1 Klinik "Im Hasel", Gontenschwil	186
2.1.2 Klinik "Im Hasel", Gontenschwil	187
2.1.3 Vorschlag Ernst Melzer	188
2.2 Behindertenbereich	189
2.2.1 Psychisch und physisch Behinderte	189
2.2.2 Sozialpsychiatrischer Dienst Zürich	194
2.3 Straf- und Massnahmenvollzug	
Arbeitserziehungsanstalt Kalchrain, Hüttwilen	195

Vorwort

Holz - seit meiner Kindheit bis heute lässt der Gedanke daran ein wohliges Gefühl aufkommen: Natur, Wald, Wärme, vielfältig formbarer Werkstoff, heimelige Atmosphäre, ehrbares Handwerk, die kleine Werkstatt, der Berufsstolz auf Handfertigkeit, Wissen und Können, die Freude am gelungenen Möbel und was dergleichen idealistische Vorstellungen mehr sind. Dass sich demnach ein Beruf des Holzverarbeitenden Handwerks für die Arbeit im sozialen Bereich, die mir vorschwebte, geradezu aufdrängt, liegt auf der Hand: der Drogensüchtige wird in der vertrauten Butik vom Fixen lassen, dem Alkoholabhängigen wird beim Duft frisch geschnittener Arven die Lust auf Wein und Schnaps vergehen, der Straffällige wird beim kraftvollen Hobeln in versöhnliche Gedanken verfallen und seine Taten bereuen, dem Behinderten wird der Anblick eigenhändig gefertigter Schaukelpferde soviel Selbstvertrauen einflößen, dass er wieder zur vollen Leistungsfähigkeit findet, dem Depressiven wird der lustige Spänewirbel wieder Lebensfreude schenken, und der verhaltensgestörte Jugendliche, der seine Schullehrer tyrannisierte, seine Mitschüler verprügelte, Eltern und Erzieher zur Verzweiflung brachte, wird unter den Fittichen des verständnisvollen Schreinermeisters zum lammfrommen Bürschchen und Musterstift. So etwa musste es sein.

Es leuchtete mir daher auch ein, dass manche Behindertenheime, psychiatrische Kliniken, Suchttherapiestationen und ähnliche Einrichtungen ihre Klienten - der widerliche Ausdruck war mir damals zum Glück noch fremd - ausgerechnet in hauseigenen Schreinereibetrieben beschäftigten, zu deren Leitern männiglich - zu Recht, war meine Überzeugung - voller Ehrfurcht und Respekt hinaufschauten, paarte sich doch zu deren handwerklichem Können der Nimbus des sozial Engagierten, des ethisch Handelnden, des sich zu Gunsten Benachteiligter Aufopfernden, kurz, des Edlen.

Diesem hehren Vorbild nachzueifern, war mein bescheidenes Ziel. Dass es dazu galt, vorerst das solide Handwerk zu erlernen, versteht sich. In welcher idealer Weise dies gelang indessen, ist keine Selbstverständlichkeit, wurde aber von mir sogleich als gutes Omen für meine künftige soziale oder - noch ehrfurchterregender - ethische Karriere interpretiert. Nicht nur fand ich einen experimentierfreudigen Meister, der mir trotz meiner nach Auffassung der Experten den Beruf eines Schreiners ausschliessenden Sehbehinderung eine Lehrstelle anbot. Diese erwies sich vielmehr zusätzlich in mancher Beziehung - ich gerate beim Zurückdenken wieder ins Schwärmen - als traumhaft: Kleinbetrieb, nur Einzelanfertigungen nach eigenen Entwürfen und Kundenwünschen, Arbeit mit viel Massivholz, Herstellung des Werkstückes vom rohen Brett bis zum ablieferungsfertigen Möbel, Bedingungen, die das Herz eines jeden Schreiners höher schlagen und meine Lehrlingskollegen vor Neid erblassen liessen.

Als ich nun an der Bank Fichtenbretter für barocke Bauernmöbel hobelte, mit dem Stechbeitel rustikale Fischbänder einliess und mit schwarzen Händen nussbaumene Kredenzen patinierte, träumte ich von meinem künftigen sozialen Einsatz und vom Ansehen, das ich rundherum geniessen würde. Gleichzeitig aber begann ich, mir konkretere Gedanken über meine künftige Arbeit zu machen. Das war gewagt. Denn erste Zweifel meldeten sich bald, Unsicherheit begann an meiner Zuversicht zu nagen, und je ernsthafter ich mich mit meinem auserwählten Beruf zu befassen begann, desto mehr verlor er von seiner Aura.

Was war es nun eigentlich, was den Drögeler vom Fixen abhalten sollte? Das Hobeln kaum, und das Patinieren vermutlich auch nicht. Und hatte ich nicht eben letzte Woche aus einem Konkurrenzbetrieb gehört, ihr Zweitjahrstift erscheine schon seit einiger Zeit nicht mehr zur Arbeit und schwänze regelmässig die Gewerbeschule. Dafür habe man ihn mehrmals in der Hauptstadt gesehen, angeblich in dieser berüchtigten Gasse, in der sich - so wurde gemunkelt - Dealer und Fixer ihr Stelldichein gaben. Ich selber pflegte um diese Ecke jeweils einen grossen Bogen zu machen; mit diesen langhaarigen Typen hatte ich nichts zu schaffen. Aber: waren es nicht gerade sie, die ich mit meinem Charisma und meinem wohlwollenden Helferwillen zu heilen - eigentlich meinte ich retten - hoffte?

Und was war es genau, was den Behinderten beim Schreinem wieder gesund machen sollte? Ich war regelrecht empört, als mir kürzlich ein Betreuer erklärte, es bestehe keinerlei Hoffnung, dass sich der Zustand seiner Klienten - schon wieder! - jemals bessern würde, das sei auch nicht sein Ziel.

Und der Depressive, warum sollte er ausgerechnet beim tagelangen Schleifen von Holzspielsachen wieder Lebensfreude gewinnen, wo wir Stifte doch fluchen, wenn uns ähnliches bevorsteht? Und der Alkoholiker? Wie ist denn das eigentlich mit dem hageren Fritz, der an der Bank gleich hinter mir arbeitet? Er ist der einzige, der in der 9 Uhr-Pause die Werkstatt verlässt und danach so ekelhaft nach Bier riecht. Ich habe noch nie jemanden darüber sprechen hören; seit bald zwanzig Jahren soll er hier arbeiten. Seine Frau habe sich vor Jahren scheiden lassen; mein Oberstift hat mir erzählt, der Fritz sitze abends nur im Spunten; sie hätten ihm einen Effeffee angedroht; er wusste auch nicht, was das ist, irgend etwas mit der Polizei, meinte er. Oder so.

Vollends verwirrt hatte mich damals der Bericht eines Häftlings im "Rietblättli", der quartalsweise erscheinenden Hauszeitschrift der kantonalen Strafanstalt. (Ich war übrigens mächtig stolz, einen Teil meines bescheidenen Stiftenlohns für das Abo zu opfern; mein Sozialverständnis zeigte sich eben nicht nur in Worten; denn ein Teil des Erlöses, so wurde in jeder Ausgabe betont, komme dem Freizeitfonds der Häftlinge zugute.) Der Insasse machte sich öffentlich lustig über die dortige Arbeitstherapie und deren Betreuer, die wohl in der Privatwirtschaft keinen Job gefunden hätten. Für ihn

als Vertreter im Unterhaltungssektor sei es ohnehin unsinnig, an der Bandsäge Puzzles auszuschneiden. Dass diese im Laden für 33 Franken verkauft würden, während er selber im Tag einen Franken fünfzig verdiene, sei eine verdammte Schweinerei. Und denen werde er es nach seiner Entlassung schon noch zeigen. - Mich traf die Kritik umso schmerzlicher, als mir der Ausdruck Arbeitstherapie - hatte ihn nicht der Invalidenbetreuer damals schon verwendet? - ausgesprochen imponierte. War das nicht mein künftiger Beruf? Dabei entsinne ich mich noch gut, wie das Wort THERAPEUT wie eine nächtliche Neonschrift vor meinen geschlossenen Augen aufleuchtete, während der Bestandteil Arbeit bloss in den Hintergrund trat.

Nun war es endlich klar: meine Zukunft hatte konkrete Gestalt und - einen Namen! Wer immer mich danach fragte, und auch viele, welche dies zu meinem Ärger unterliessen, vernahmen von mir im Brustton der Überzeugung: "Ich werde Arbeitstherapeut." Wer zaghaft zu fragen wagte, worum es sich denn bei diesem zweifellos anspruchsvollen Beruf genau handle, bekam unmissverständlich zu spüren, für welchen Banausen ich ihn hielt. Immerhin liess ich jeweils durchblicken, die Stirne dazu nachdenklich in Falten legend, dass es mir in Anbetracht seines bescheidenen psychosozialen Wissensstandes unmöglich sei, in wenigen Sätzen die hochkomplexe Funktion mit ihren spezifischen Struktur- und Prozessmerkmalen vor dem soziokulturellen Hintergrund symbolischer und materieller Relevanz auch nur anzudeuten. Womit sich meine Gesprächspartner - erleichtert, wie ich erst viel später erfuhr - jeweils abfanden.

Für mich galt es nun, meine Pläne systematisch und konsequent in die Tat umzusetzen. Das hiess vorerst, sämtliche arbeitstherapeutischen Schulen, Ausbildungsstätten oder Fakultäten anzuschreiben, Informationen zu sammeln, Bildungsgänge zu vergleichen, kurz, eine umfassende Dokumentation über die arbeitstherapeutische Ausbildung in der Schweiz anzulegen. Dass ich das Stichwort Arbeitstherapie im Telefonbuch nicht fand und mir auch das Fräulein von der Auskunft trotz ihrer computerunterstützten und vernetzten Informationsquellen nicht weiterhelfen konnte, überraschte mich in Anbetracht der - zumindest von mir - unbestrittenen Bedeutung dieses Berufsfeldes schon einigermassen, vermochte aber meinen Bildungshunger keineswegs zu lähmen. Erst als sich eine anfänglich bescheidene Korrespondenz mit Erziehungsdepartementen, Schulen und Universitäten bald einmal ins schier Unermessliche auf alle nur denkbaren Amtsstellen und sozialen Institutionen auszuweiten begann und schliesslich zum niederschmetternden Ergebnis führte, dass es zwar in allen Institutionen von Arbeitstherapeuten nur so wimmelt, diese ihre Ausbildung aber allesamt irgendwo im Ausland genossen haben müssen, blieb ich perplex und ratlos stehen. Die ernüchternde Tatsache stand unverrückbar fest: Eine Ausbildung zum Arbeitstherapeuten, geschweige denn zur Arbeitstherapeutin, gab es hierzulande offensichtlich nicht.

Nun haben Berner, zu deren Spezies ich mich zu zählen das Privileg habe, bekanntlich einen harten Grind und lassen sich nicht leicht aus der Bahn werfen. Hartnäckigkeit wurde mir schon als Kind nachgerühmt oder vorgeworfen, je nachdem, ob die Rede von Schulaufgaben oder Tschutten war. So lag es mir natürlich fern, die Flinte ins Korn zu werfen. Im Gegenteil, ganz im Stile des dynamischen Jungmanagers, für den es keine Probleme, sondern nur Herausforderungen gibt, packte ich den Stier bei den Hörnern, beziehungsweise die Arbeitstherapie an ihrem neuralgischen Punkt, nämlich dem therapeutischen.

So begann ich mich nun auf meine Weise mit der Thematik Arbeitstherapie auseinanderzusetzen. Ich wollte wissen, was sie beinhaltet, wie sie wirkt, welche Mittel sie einsetzt, bei welcher Diagnose sie indiziert ist und, vor allem, welche beruflichen Voraussetzungen der Arbeitstherapeut zur Erfüllung seiner Aufgabe mitbringen muss. Das Ergebnis dieser Abklärung ist im wesentlichen Gegenstand der vorliegenden Arbeit, aber auch - und damit nehme ich meine Schlussfolgerung vorweg - mein Entscheid, eine sozialpädagogische Ausbildung zu absolvieren. Die Neonschrift ist zwar erloschen. Platz gemacht haben die idealistischen Vorstellungen einem soliden beruflichen Fachwissen und - so wage ich zu behaupten - arbeitstherapeutischer Kompetenz.

Einleitung

Die vorliegende Arbeit geht der Frage nach, ob es sich bei der Arbeitstherapie tatsächlich, wie der Ausdruck vermuten lässt, um ein therapeutisches Verfahren oder aber um ein Mittel der sozialagogischen Erwachsenenarbeit handelt. Vorausgeschickt sei an dieser Stelle die Warnung, dass, wie immer die Antwort, beziehungsweise die Ansätze dazu ausfallen mögen, diese nicht als absolute, sondern vielmehr tendenzielle Kriterien zu verstehen sind. Die treffende Fragestellung müsste daher korrekterweise lauten, welcher der beiden angesprochenen psychosozialen Interventionsformen die Arbeitstherapie eher zuzurechnen sei, mit welchem sie die engere fachliche Verwandtschaft verbindet, damit auch Spielraum offen lassend für ein Ergebnis, dass der Arbeitstherapie weder eindeutig therapeutische Funktionen zumisst, noch ihr ausschliesslich sozialpädagogischen Charakter verleiht, sondern sie als eigenständige Disziplin anerkennt.

Unseres Wissens wurde die skizzierte Thematik bis heute noch nie erörtert, geschweige denn wissenschaftlich erforscht. Es ist denn auch nicht Ziel unserer Untersuchung, das Thema in fundierter und umfassender Weise abzuhandeln. Wenn es gelingt, beim Leser das Interesse an der vielschichtigen Problematik der Arbeitstherapie zu wecken und, im günstigsten Fall, zudem einige Impulse zur Beantwortung der aufgeworfenen Frage zu vermitteln oder gar eine künftige vertiefte Auseinandersetzung mit Inhalt und Wesen der Arbeitstherapie anzuregen, hat die Arbeit ihren Zweck mehr als erfüllt. So bescheiden diese Zielsetzung dem unbefangenen Leser erscheinen mag, so anspruchsvoll und komplex wird sie der mit der Materie vertraute Fachmann einstufen. Einiges von dieser Komplexität und Vielschichtigkeit sollen unsere Ausführungen erhellen.

Entsprechend der zentralen Fragestellung wird die Arbeit in die drei Hauptteile sozialpädagogisches, therapeutisches und arbeitstherapeutisches Handeln gegliedert. Das einleitende Kapitel skizziert in geraffter Form, soweit es sich für die darauf aufbauenden Erörterungen als erforderlich erweist, das Modell des symbolischen Interaktionismus, das der gesamten Arbeit zugrunde liegt. Die Beherrschung des entsprechenden Begriffsapparats erleichtert das Verständnis dieser Ausführungen, die in der Umschreibung der grundlegenden Zielsetzung sozialpädagogischen Handelns kulminieren, nämlich die Errichtung von Ich-Identität des devianten Individuums - Ergebnis der Ausbalancierung sozialer und personaler Bedingungen - als Voraussetzung ge- glückter Alltagsbewältigung.

Der Mittelteil der Arbeit handelt von den therapeutischen Interventionsformen, erhebt aber in Anbetracht deren Vielfalt und Diffusität nicht den An-

spruch, das Wesen therapeutischen Handelns zu ergründen und umfassend darzustellen; selbst die Festlegung einer auf alle oder doch einen Grossteil therapeutischer Methoden zutreffenden Definition entpuppt sich als hoffnungsloses Unterfangen. Ziel dieser Erwägungen ist vielmehr die Erörterung therapeutischen Handelns aus sozialpädagogischer Sicht, beziehungsweise die Darstellung dessen Verhältnisses zur pädagogischen Arbeit. Dabei interessiert einerseits die Synthese der beiden Interventionsformen, die sich in der ihnen gemeinen Unterstützung von der sozialen Norm abweichender Individuen bei der Identitätsherstellung treffen. Verdeutlicht wird die Relation therapeutischer und sozialpädagogischer Arbeit anhand konvergierender und divergierender Tendenzen sowohl auf der methodologisch-theoretischen wie auch der pragmatischen Ebene.

Mit dieser Abgrenzung therapeutischen und sozialpädagogischen Handelns ist die Grundlage für das dritte Kapitel geschaffen, das sich einerseits mit Ziel, Mittel und Methoden der Arbeitstherapie auseinandersetzt. Wenngleich die meisten Leser zumindest eine vage Vorstellung dessen haben, was Arbeitstherapeuten in ihren Institutionen leisten, wird es doch den wenigsten auf Antrieb gelingen, deren Funktion einigermaßen umfassend darzutun und zu begründen. Kein Wunder, ist doch den Arbeitstherapeuten selber, ihren Auftraggebern und ihren Betreuten das Wesen dieser uralten sozialpsychologischen Interventionsform paradoxerweise ebenso unklar. Es wird den uneingeweihten Leser überraschen zu hören, dass es zum Beispiel in der Schweiz keine eigentliche Ausbildungsinstitution für Arbeitstherapie gibt, dass das Schrifttum über Arbeitstherapie äusserst dürftig ist, von einer umfassenden Darstellung des Stoffes gar nicht zu sprechen (während etwa die therapeutische Literatur ganze Bibliotheken füllt), kurzum, dass sich der so verbreitete und scheinbar unproblematische Beruf des Arbeitstherapeuten als ein diffuses, undefinierbares Bild präsentiert.

Gerade in Anbetracht dieser fehlenden Homogenität des arbeitstherapeutischen Berufsfeldes lohnt sich eine eingehendere Auseinandersetzung mit dem Thema. In Anbetracht der Zielsetzung der vorliegenden Arbeit muss sie sich indessen auf grundlegende Gesichtspunkte konzentrieren und dient einzig dem Zweck, den mit der Materie unvertrauten Leser mit wesentlichen Aspekten des arbeitstherapeutischen Problemkreises zu konfrontieren. Klärungen herbeizuführen oder gar Lösungen anzubieten hingegen, ist nicht Gegenstand der Arbeit. Da entsprechende Darstellungen bis heute fehlen, wird hier auch näher auf den Beruf des Arbeitstherapeuten sowie auf dessen Ausbildung eingegangen. Um der ein fruchtbares Gespräch über Arbeitstherapie immer wieder hemmenden Verwechslung mit angrenzenden, teilweise aber auch sich überschneidenden Disziplinen entgegenzuwirken, wird hier auch der Abgrenzungsfrage die gebotene Aufmerksamkeit geschenkt.

Die soweit erarbeiteten Grundlagen über sozialpädagogisches und therapeutisches Handeln und deren Verhältnis zueinander einerseits und die Auseinandersetzung mit der Arbeitstherapie andererseits erlauben nun als Ergebnis deren tendenzielle Zuordnung zu der ihr fachlich am nächsten verwandten sozialpsychologischen Interventionsform. Aus dieser Kategorisierung lassen sich Kriterien ableiten über die anzuwendenden Methoden und die geeigneten Mittel der Arbeitstherapie sowie über die adäquate Ausbildung deren Berufsträger und damit die wünschenswerte Professionalisierung arbeitstherapeutischer Tätigkeit.

Zum Abschluss dieser Einleitung sei dem Autor ein persönliches Eingeständnis erlaubt, jenes seines sprachlichen Unvermögens. Es ist ihm bewusst, dass die obligate Formel, wonach die in dieser Arbeit ausschliesslich verwendete männliche Form selbstverständlich jeweils auch das weibliche Geschlecht beinhalte, nicht zu befriedigen und das Problem sexistischer Formulierungen nicht zu lösen vermag. Allein, alle seine noch so intensiven und ernsthaften Bemühungen um eine geschlechtsneutrale Sprache sind kläglich gescheitert. Ob der sprachholprige, gelegentlich schlechterdings unlesbare Erguss nun Ergebnis seines persönlichen Sprachversagens oder überindividueller linguistischer Bedingungen ist, erscheint hier irrelevant. Auch die Tatsache, dass sich zur Zeit in vielen Amtsstuben Dam- und Herrscharen (so eben klingt das!) erfolglos mit dem Umformulieren amtlicher Erlasse in eine geschlechtsneutrale Form abmühen, ist nicht mehr als ein billiger Trost. So oder so: Jenen Leserinnen, die des Autors Dilemma verstehen und seine unbefriedigende Lösung entschuldigen, sei hier gedankt.

1 Sozialpädagogisches Handeln

1.1 Die Methode

Eine sozialpädagogische Institution als Gegenstand unserer Untersuchung können wir grundsätzlich aus zwei Perspektiven erfassen, nämlich einmal von der sachlichen Seite, also von den Dingen und Geschehnissen, mit denen sich der Sozialpädagoge auseinanderzusetzen hat, oder aber den Handlungszusammenhang anvisierend, indem wir uns also mit den Subjekten - Klienten, Sozialpädagogen, Therapeuten und anderen am aktuellen Geschehen Beteiligten - befassen und uns über die Absichten ihres Handelns verständigen.

Im ersten Fall stützen wir uns auf eine Methode ab, die uns aus der technischen Fertigung vertraut ist. Wir suchen nach geeigneten Mitteln, um vorgegebene Ziele zu erreichen. Das leitende Interesse ist ein technisches, das Handeln ein instrumentales. Die Regeln, die wir befolgen, lassen Prognosen über das Ergebnis der Bearbeitung zu; wir können uns dabei auf empirisch gesicherte Erkenntnisse stützen. Auf Grund gesicherter statistischer Erhebungen können wir nach sorgfältiger Analyse beurteilen, mit welcher Wahrscheinlichkeit ein Alkoholabhängiger bei Anwendung eines festgelegten therapeutischen Verfahrens die Institution nach einer bestimmten Behandlungsdauer mit welchem Erfolg verlassen wird. Dieses Verfahren bewährt sich offensichtlich hervorragend im Produktionsbereich und besticht durch seine Möglichkeit der Erfolgskontrolle.

Kommunikatives¹ Handeln dagegen richtet sich nicht nach technischen Regeln, sondern nach geltenden Normen; das leitende Interesse ist ein praktisches. Im Zentrum der Betrachtung stehen handelnde Subjekte, die ihr Handeln aufeinander abstimmen in der Absicht gegenseitigen Verstehens. Sie versuchen mittels Sprache Verständigung über die Intentionen ihres Handelns zu erreichen. Dieses Feld erschliessen wir uns durch Kommunikation mit den handelnden Subjekten in der Absicht, das Geschehen zu verstehen.

Während also das instrumentale Handeln zweckrational von einem technischen Interesse geleitet wird und sich daher in Arbeitsprozessen bewährt, in

1 Die Ausdrücke *kommunikatives* und *instrumentales Handeln* wurden erstmals eingeführt von Jürgen Habermas (Erkenntnis und Interesse. Frankfurt a.M.: Suhrkamp 1968) und fanden danach Eingang in den Fachsprachgebrauch.

denen wir die objektive Natur formen, wird das kommunikative Handeln von einem praktischen Erkenntnisinteresse dominiert und ist auf die intersubjektive Verständigung gerichtet. Welche der beiden Methoden zur Anwendung gelangen soll, entscheidet sich nach der Absicht, die wir verfolgen. Die unserer Arbeit zu Grunde liegende Fragestellung nach dem Wesen sozialpädagogischer und therapeutischer Arbeit lässt es als evident erscheinen, dass wir uns den Gegenstand als Feld kommunikativen Handelns erschliessen und damit die wechselseitigen Beziehungen der am Geschehen beteiligten Subjekte in den Focus rücken.

1.2 Der symbolische Interaktionismus

Das nachfolgend zu entfaltende Gedankengut basiert im wesentlichen auf der Theorie der symbolischen Interaktion, die ihre Wurzeln im amerikanischen Behaviorismus und im Pragmatismus hat². Wir halten uns bei unserer Darstellung an Rössler³, der den begrifflichen Apparat als "Vorüberlegungen zum Entwurf eines theoretischen Rahmens zur Untersuchung sozialpädagogischen Handelns im Heim unter kommunikativem Aspekt" systematisiert hat.

Prägendes Merkmal der Interaktions- und Kommunikationstheorien bildet die Tatsache, dass deren Gegenstandsbereich weder eindeutig individuums- noch eindeutig gesellschaftszentriert ist. Vielmehr geht es um die Frage, was *zwischen* Ego und Alter geschieht, also um die Beziehung zwischen Subjekt und Umwelt.

Das so umschriebene Arbeits- und Interaktionsverhalten ist einerseits gekennzeichnet durch die materiellen und symbolischen Bedingungen des sozialen Systems, in dem es sich abspielt, zu dessen Analyse soziologische und sozialpsychologische Theorien dienen. Andererseits aber wird es bestimmt durch die Eigenschaften und Merkmale des handelnden Individuums, die mit Hilfe psychologischer und biologischer Theorien erfasst werden. Der individualistische und der kollektivistische Ansatz werden also im interaktionistischen Modell in einen einheitlichen Denkraum integriert.

Heute geht die pädagogische Forschung schwerpunktmässig der Frage nach, wie das menschliche Individuum und seine soziale und dingliche Umwelt so

2 Der symbolische Interaktionismus geht zurück auf George Herbert Mead (Geist, Identität und Gesellschaft. Frankfurt a.M.: Suhrkamp 1968) und wurde vorerst in den USA weiterentwickelt durch Anselm Strauss, Erving Goffman u.a. Im deutschen Sprachraum wurde die Theorie insbesondere aufgearbeitet und auch weiterentwickelt durch Autoren wie Jürgen Habermas und Klaus Mollenhauer.

3 Rössler, Jochen: Institutionelle und individuelle Bedingungen sozialpädagogischen Handelns im Erziehungsheim. In: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit, 24. Jg., Nr. 10, 1973, S. 373-392.

stimuliert und beeinflusst werden können, dass eine sowohl nach persönlichen wie nach gesellschaftlichen Kriterien wünschenswerte Persönlichkeitsentwicklung entsteht. Sie gründet auf der Annahme, dass Umweltfaktoren (gesellschaftlicher Aspekt) und psychische Faktoren (personaler Aspekt) gemeinsam die Persönlichkeitsbildung beeinflussen, wobei die Beziehung zwischen Person und Umwelt als komplexes Wechselspiel gesehen wird.

Vorstellungen der gesellschaftlichen Determination der Persönlichkeitsentwicklung sind damit ebenso überwunden wie solche der naturgesetzlich bestimmten organischen und psychischen Reifung. Stattdessen werden Kinder, Jugendliche und Erwachsene als produktive Verarbeiter der äusseren und der inneren Realität und als Gestalter ihrer Beziehungen zur sozialen und dinglichen Umwelt verstanden⁴. Die entsprechenden Bildungs- und Entwicklungskonzepte beziehen sich auf die gesamte Lebensspanne und stehen für einen lebenslangen Prozess der Auseinandersetzung des Individuums mit seinen Lebensbedingungen einerseits und seiner eigenen Person andererseits.

Es ist gerade dieser Berührungspunkt der verschiedenen theoretischen Konstruktionen im Bereich von Entwicklungspsychologie und Sozialisationsforschung, den wir als dominantes Kriterium des interaktionistischen Ansatzes herausstreichen wollen. Aber auch im Hinblick auf unsere zentralen Ausführungen über das Spannungsverhältnis von Sozialpädagogik und Therapie ist es angezeigt, diese zwei Analyseeinheiten zu unterscheiden und näher unter die Lupe zu nehmen. Wir wollen dabei die von Hurrelmann eingeführten Begriffe der äusseren und inneren Realität beibehalten.

Unter der äusseren Realität - die eine Analyseebene - verstehen wir in diesem Zusammenhang die Gesellschaft, repräsentiert durch Sozial- und Wertstruktur sowie soziale und materielle Lebensbedingungen. Gemeint sind damit also alle dem Organismus externen Gegebenheiten der materiellen und sozialen Umgebung des Menschen. Die andere Analyseebene, die innere Realität, beinhaltet demnach den menschlichen Organismus, die organismus-internen psychischen Prozessstrukturen, die körperlichen Grundmerkmale und die physiologischen Prozesse und Strukturen.

Im Mittelpunkt jeder der beiden Analyseebenen steht die Persönlichkeit, beziehungsweise die "Persönlichkeitsentwicklung, verstanden als die individuelle, in Interaktion und Kommunikation mit Dingen wie mit Menschen erworbene Organisation von Merkmalen, Eigenschaften, Einstellungen, Handlungskompetenzen und Selbstwahrnehmungen eines Menschen auf der Basis der natürlichen Anlage und als Ergebnis der Bewältigung von Entwicklungs-

4 Vgl. Hurrelmann, Klaus: Einführung in die Sozialisationstheorie. Über den Zusammenhang von Sozialstruktur und Persönlichkeit. 3. Aufl. Weinheim/Basel: Beltz 1990, S. 10.

und Lebensaufgaben zu jedem Zeitpunkt der Lebensgeschichte"⁵. Über verschiedene handlungstheoretische Ansätze hinweg ist mit dieser Unterscheidung und unter Zuhilfenahme der zwischen den beiden Analyseebenen vermittelnden Begriffen eine Übereinstimmung in den wesentlichen Punkten möglich.

1.2.1 Die Handlungssituation

1.2.1.1 Die Interpretation des Handelns

Unter Interaktion verstehen wir das Rollenspiel von zwei oder mehreren Partnern mit dem Zweck, sich mittels Sprache oder nonverbaler Ausdrucksformen als Symbolsystem über die Intentionen ihres Handelns zu verständigen, was zwangsläufig voraussetzt, dass der Kommunikationspartner dem wahrgenommenen Symbol Bedeutung und Wert zuordnen und diese als Intention interpretieren kann. Schon auf theoretischer Ebene zwingt also diese Sichtweise, alle am pädagogischen Geschehen beteiligten Partner als mündige Subjekte aufzufassen, womit bereits auf dieser Stufe der Gefahr vorgebeugt wird, den Klienten als zu bearbeitendes Objekt einzustufen, ist doch dieser selber als intentional handelndes Subjekt zu verstehen, das nicht vom Sozialpädagogen geformt wird, sondern selbst an seiner eigenen Entfaltung beteiligt ist.

1.2.1.2 Die Verhaltenserwartung

Wenn wir oben Interaktion als Rollenspiel definiert haben, bedeutet das zugleich, dass diese durch Verhaltenserwartungen geleitet wird. Symbole werden also in der Erwartung eingesetzt, der Partner reagiere in bestimmter Weise darauf. Von allen Beteiligten werden dabei die Erwartungen typisiert, da sie in einer konkreten Handlungssituation nur so aus der unbegrenzten Menge an möglichen Erwartungen auszuscheiden sind. Rollen können demnach betrachtet werden als typisierte Erwartungen oder auch Bündel von Verhaltenserwartungen.

Aus dieser Rollenumschreibung ergibt sich, dass der Interaktionsprozess auf mannigfaltigen Wechselwirkungen beruht und entsprechend hochgradig komplex ist, wird doch dem Interaktionspartner unterstellt, er verfüge auch über ein Repertoire von Rollen, das ihm selbst bekannt sei. Da sie selber die Bedeutung von Symbolen und die Typisierung von Verhaltenserwartungen in Interaktionen gelernt haben, teilen die handelnden Subjekte ein komplexes

5 Hurrelmann, S. 71.

Bündel von Bedeutungen und Werten mit den übrigen Mitgliedern der Gesellschaft - ein wesentliches Merkmal des Kulturbegriffs, das uns ermöglicht, das Verhalten des andern vorauszusagen und uns selbst darauf einzustellen. Diese Voraussagbarkeit (Rollenantizipation) ist eine Grundbedingung eines jeden sozialen Systems.

1.2.1.3 Der normative Charakter

Das Verhalten des handelnden Subjekts wird vom Interaktionspartner sanktioniert, und zwar unterschiedlich je nach Art der Erwartungserfüllung, etwa durch Bestätigung, Gleichgültigkeit, Ablehnung, Überraschung, Empörung. Dieser Bewertung seines Verhaltens ist der Handelnde nicht nur dauernd ausgesetzt, vielmehr ist er darauf angewiesen, will er sein Verhalten auf die Erwartungen des Partners einstellen und mit diesem eine Verständigung herbeiführen. Insofern haben Verhaltenserwartungen stets auch normativen Charakter.

1.2.1.4 Die Vorstrukturierung

Die Bedeutung des für das jeweilige soziale System relevanten Situationen ist oftmals vordefiniert. Daher werden nicht alle Erwartungen in jeder Interaktionssituation neu hervorgebracht. Diese Vorstrukturierung bedeutet, dass vielmehr jede Interaktion einem in unterschiedlicher Ausprägung vorgegebenen Beziehungsgeflecht, das über die aktuelle Situation hinaus gilt und von den Partnern als selbstverständlich vorausgesetzt wird, entspricht und im interaktionistischen Modell als Struktur bezeichnet wird. Die Erwartungen, die sich an eine Position in diesem Bezugsrahmen richten, werden als Rolle zusammengefasst. Rolle und Struktur sind also untrennbar miteinander verbunden, sie stellen zwei Aspekte des gleichen Prinzips dar, einmal aus dem Blickwinkel des Individuums, dann aus der Perspektive des sozialen Rahmens.

Zu unterscheiden sind Interaktionssysteme nach dem Grad ihrer Strukturierung. Wie wir gezeigt haben, kann sich faktisches Handeln durch die Notwendigkeit der Rollenantizipation nicht im strukturlosen Raum abspielen. Ebenso wenig kann sich, wie wir noch sehen werden, Handeln in einer totalen Strukturierung vollziehen. Die Struktur, auf der jede Interaktion in unterschiedlichem Masse beruht, weist über den Rahmen des aktuellen, konkreten Falles hinaus auf den sozialen Kontext, etwa die Institution, in der sich die Handlung abspielt und weiter auf die übergeordneten Strukturen, etwa das politische und gesellschaftliche System.

1.2.1.5 Mikro- und Makroebene

Wenn sich die bisherigen Ausführungen vorwiegend mit dem sozialen System befasst haben, soll dies keineswegs heissen, die Reflexion über die psychischen und organischen Bedingungen menschlicher Existenz seien von untergeordneter Bedeutung. Vielmehr ist zu betonen, dass dieser Aspekt im interaktionistischen Modell durchaus gleichwertig ist -der Untersuchung der Makrostruktur auf der sozialen entspricht jene der Mikrostruktur auf der individuellen Ebene. Die interaktionelle Sichtweise fokussiert gewissermassen auf den Schnittpunkt der sozialen und der individuellen Ebene. Die Reflexion in die psychische wie in die soziale Richtung sind gleichrangig. Wenn wir also versuchen, sowohl psychische als auch soziale Strukturen auf Interaktionsprozesse zurückzuführen, kann man erstere als Korrelat durchlebter und letztere als Korrelat geronnener Interaktionsprozesse verstehen.

1.2.2 Der kommunikative Aspekt ⁶

1.2.2.1 Die Symbolisierung

Neben dem bisher skizzierten Begriff der Interaktion als Wechselwirkung der Aktionen der am Geschehen Beteiligten weist jener der Kommunikation auf einen weiteren, oben erst angetönten Aspekt hin, nämlich jenen der Verständigung über den linguistischen Sinn: Interaktion ist daran gebunden, dass sich die Partner über die Bedeutung der zur Informationsübermittlung verwendeten Symbole verständigen. Äusserungen können unter diesem Gesichtspunkt als Symbolisierung von Handlungsintentionen und Erwartungen verstanden werden. Nun besteht zwischen den verbindlichen Regeln des Handelns und der Geltung von Bedeutungen ein direkter Zusammenhang, und zwar derart, dass - wie jede Interaktion ein komplexes Handlungssystem bildet - jede Interaktion als komplexes System von gültigen Bedeutungen aufgefasst wird. Intersubjektiv werden diese Bedeutungen aber nur in mehr oder weniger hohem Ausmass geteilt, wenngleich ein Mindestmass an unterstelltem Konsens über die Handlungsabsichten als Bedingung eines sozialen Handlungszusammenhangs erforderlich ist. Dieses Problem der Konsensbil-

6 U.E. zu Recht weist Hurrelmann (S. 173 f.) auf die in den neueren interaktionistischen Konzeptionen ungenügende Beachtung der emotionalen Dimension hin. Wegen des dominierenden Interesses an emanzipatorischen soziostrukturellen Bedingungen konzentriert sich die Analyse stark auf sprachliche und moralische Kompetenzen. Das Verhältnis des Menschen zur äusseren Realität wird oft einseitig über sprachliche Prozesse konstituiert, während sinnliche und emotionale Handlungen wenig beachtet werden. "Handlungen müssen aber immer als sprachlich reflexiv und zugleich sinnlich-impulsiv verstanden werden..." (S. 174). Des Menschen Auseinandersetzung mit sich selbst, der Kampf mit der inneren Natur und ihren Anforderungen und Impulsen kann aus dem interaktionistischen Geschehen nicht ausgeschlossen werden. Handlungskompetenz beuht nicht nur auf Sprachbeherrschung und bewusster kommunikativer Ausdrucksmöglichkeit von Bedürfnissen; die Ausdrucksmöglichkeiten müssen vielmehr mit der tatsächlichen Lebenspraxis in Einklang gebracht werden, wofür zwar sprachliche Kompetenzen entscheidende Voraussetzung sind, in ihrer Bedeutung aber nicht verabsolutiert werden dürfen.

zung ist insofern von zentraler Bedeutung, als erst die manifeste Differenz der von den beteiligten Subjekten behaupteten Geltungsansprüche handlungsrelevanter Bedeutungen den sozialpädagogischen Handlungszusammenhang konstituiert.

So betrachtet wird offensichtlich, dass sich sozialpädagogische Handlungszusammenhänge nicht qualitativ von andern Interaktionssituationen unterscheiden, in denen sich Partner über die Intentionen ihres Handelns zu verständigen versuchen. In Anbetracht dieser Feststellung wundert die pointierte Feststellung Rösslers⁷ nicht: "Manifeste Diskrepanz in der Definition einer Interaktionssituation und die Möglichkeiten, angesichts dieser Diskrepanzen zu kommunizieren, bilden in meiner Sicht das Thema sozialpädagogischen Handelns und sozialpädagogischer Reflexion."

1.2.2.2 Die Situationsdefinition

Die zitierte Aussage Rösslers ruft nach einer Veranschaulichung dessen, was es bedeutet, eine Situation unterschiedlich zu beurteilen. Will ein Individuum eine Situation adäquat handhaben, muss es sie identifizieren; es muss feststellen, in welcher Situation es sich befindet, welche Rollen von ihm erwartet werden und welche Erwartungen es selbst äussern kann. Kurz, es muss die Bedeutung der Handlung der andern und deren Intentionen erfassen. Das Ergebnis dieses Interpretationsprozesses wird sein Handeln bestimmen. Nur am Rande sei vermerkt, dass dieses komplizierte Verschränken von Verhalten, Erleben, Beurteilen und Wollen der Handlung kaum als bewusster intellektueller Akt vorausgeht. Ebenso wenig erläuterungsbedürftig ist nach dem Gesagten die Feststellung, dass die Definition einer Situation als fortlaufender Prozess und nicht als statisches Phänomen zu verstehen ist.

1.2.2.3 Intentionales Handeln

Wenn wir nun die soeben gemachten Äusserungen im Zusammenhang beurteilen, stellen wir fest, dass Fähigkeiten und Fertigkeiten, die wir als Bedingung sozialen Handelns voraussetzen, nur über einen symbolisch vermittelten Prozess der Interaktion von Subjekten miteinander zu verstehen sind, der sich über wechselseitige Interpretationen von sozialen Handlungssituationen vollzieht. Demnach entsteht der Austausch über Situationsdefinitionen nur, wenn die Interaktionspartner fähig sind, sich gegenseitig in ihre soziale Lage zu versetzen und diese Perspektivübernahme als Grundlage ihres eigenen Handelns zu akzeptieren⁸. Als Ergebnis des sozialen Austausches und der sozialen Kommunikation kann der Aufbau von komplexen Fähigkeiten

7 S. 379.

8 Hurrelmann, S. 160.

und Fertigkeiten verstanden werden, die das eigene Handeln in verschiedenen Situationen angemessen steuern. Dabei meint Handeln die intentionale und tätige Verwirklichung von Zielen, die entsteht aus der Wahrnehmung und Interpretation der Situation, der daraus abgeleiteten Zielorientierung und der Konzeption der zur Zielerreichung eingesetzten Mittel.

1.2.3 Die Strukturparameter

1.2.3.1 Die Rigidität

Der Ausprägungsgrad, mit dem Erwartungen formuliert werden, das Mass der Deutlichkeit, variiert je nach Handlungssituation. Die Rollenvorschrift definiert also das Verhalten selten genau. Soziale Systeme lassen sich daher nach dem Grad des institutionell gewährten Spielraums zwischen Rollendefinition und -interpretation klassieren. Wir sprechen von der Rigidität des Rollensystems und meinen damit das Ausmass des gewährten Spielraums.

Dieses Auseinanderklaffen von Rollendefinition und -interpretation ist nicht etwa als Schwäche eines Systems zu verstehen, sondern vielmehr als institutionelle Bedingung der Möglichkeit eines Subjektes, sich als einzigartiges und damit unvertretbares Individuum bei der Übernahme von Rollen darzustellen und damit zur Definition der Situation beizutragen. Das präzise Befolgen von Vorschriften hingegen würde das Individuum zum austauschbaren Objekt reduzieren - ein Widerspruch in sich. Das Individuum muss also permanent um das Gleichgewicht zwischen Rollenübernahme und Rollentwurf ringen und sich so die Möglichkeit zur kontrollierten Selbstdarstellung schaffen.

In der Praxis kennen wir zwei typische Verhaltensweisen, in denen dieser Balanceakt misslingt. Einmal kann sich ein Subjekt nach gar nicht geäußerten, inexistenten Erwartungen richten und so aus Angst, seine eigene Rolle zu entwerfen, eine diffuse Selbstdarstellung bieten. Umgekehrt kennen wir Individuen, die sich ängstlich zurückhalten und nur dann handeln, wenn sie klare Verhaltenserwartungen erkennen, was zu einer restringierten Selbstdarstellung führt.

Zwischen Rigiditätsgrad eines Rollensystems und Ambiguitätstoleranz, beziehungsweise der Fähigkeit zur kontrollierten Selbstdarstellung besteht ein Zusammenhang der Art, dass nur ein Rollensystem, das einen genügenden Spielraum zwischen Rollendefinition und -interpretation gewährt, einem Individuum ermöglicht, die Fähigkeit zur Entfaltung und Selbstdarstellung als unvertretbares Wesen zu erlernen.

Diese Überlegung gilt analog aus der Perspektive der Institution: Individuen mit diffuser Selbstdarstellung entspricht ein Sozialsystem chaotischer Aktion

und solchen mit restringierter Selbstdarstellung ein zu geordneter Erstarrung tendierendes System.

1.2.3.2 Die Repressivität

Unabhängig von der Rigidität der Rollenvorschrift kann sich ein Subjekt gegenüber den an es gerichteten Erwartungen unterschiedlich verhalten, etwa indem es sich von der ihm angetragenen Rolle distanzieren oder diese annimmt. Die Freiheit, sich von geäußerten Erwartungen zu distanzieren, besteht grundsätzlich für alle Handlungszusammenhänge, variiert aber nach dem Mass, in dem die Erwartungen faktisch erfüllt werden müssen. Das Mass der gewährten Freiheit, geltende Erwartungen zu erfüllen, gibt den Grad der Repressivität eines Handlungssystems an; anders ausgedrückt bezeichnet diese also den Verbindlichkeitsgrad, mit dem die Rollenvorschrift abgesichert ist. Der Grad der Repressivität hängt also eng zusammen mit der Verfügungsgewalt über wirksame Sanktionen und bildet so das Thema von Macht und Abhängigkeit.

1.2.4 Das Rollenspiel

1.2.4.1 Der Rollenkonflikt

Wir haben soeben gesehen, dass sich ein Individuum den an es gestellten Erwartungen gegenüber unterschiedlich verhalten kann. In der Tat sind die Rollenerwartungen, mit denen es in einer konkreten Handlungssituation konfrontiert wird, oft widersprüchlich, so dass es sie gar nicht alle gleichermaßen berücksichtigen kann.

Der Komplexitätsgrad hochindustrialisierter Gesellschaften bringt es mit sich, dass sich das Individuum in den verschiedensten sozialen Systemen bewegt, in denen ihm unterschiedlichste Positionen und Rollen zugewiesen werden. Auch wenn die entsprechenden Handlungsfelder gegeneinander abgegrenzt sind und zudem vom Individuum in der Regel zeitlich gestaffelt durchlaufen werden, hat es doch in einer gegebenen Situation in seinem Handeln Rollenerwartungen zu berücksichtigen, die nicht aus der konkreten Handlungssituation stammen. Als wahllos herausgegriffenes Beispiel für solche Interrollenkonflikte seien etwa sich überschneidende, beziehungsweise widersprechende Erwartungen familiärer und beruflicher Art erwähnt.

Zudem kommt, dass sich selbst innerhalb desselben sozialen Systems, etwa der Familie, die eine Position umfassenden Erwartungen oftmals widersprechen. Einem solchen Intrarollenkonflikt hat sich etwa der Sozialpädagoge zu stellen, an den Teammitglieder, Klienten, Bezugspersonen und andere an einer Handlungssituation Beteiligte unterschiedliche Erwartungen richten.

1.2.4.2 Die Rollendistanz

Rollenkonflikt heisst, wie eben gesehen, dass in einer konkreten Handlungssituation nicht nur eine Erwartung wirksam wird. Vielmehr hat das Individuum in einer konkreten Situation auch die Relevanz der Erwartungen nicht unmittelbar anwesender oder am Geschehen teilhabender Bezugspersonen oder -gruppen zu berücksichtigen - ein oft breit gefächertes Spektrum von Erwartungen.

Um in dieser Situation handeln zu können, muss sich das Individuum von einem Teil der Erwartungen distanzieren, womit es deren Geltung in Frage stellt. Die nicht verletzten Erwartungen bilden die Struktur des sozialen Kontextes.

Nun beeinflussen die Situation nicht nur die Erwartungen der (potentiellen) Teilnehmer; auch die eigenen Erwartungen an das eigene Handeln - unsere Bedürfnisse - definieren sie. Das Geflecht dieser in einer aktuellen Interaktionssituation nicht in Frage gestellten eigenen Bedürfnisse wird als Persönlichkeitsstruktur bezeichnet.

"Angesichts der zum Teil widersprüchlichen Erwartungen tatsächlicher und potentieller Partner und der eigenen Bedürfnisse muss ein Individuum in Interaktionen zweierlei leisten können: Es muss sich von den ambivalenten zugemuteten Rollen distanzieren, es muss die eigenen Bedürfnisse berücksichtigen, sich auch von ihnen mehr oder minder distanzieren, um dann zu handeln. Bedingung der Möglichkeit der Rollendistanz im Hinblick auf das Sozialsystem ist der institutionell gewährte Spielraum zwischen geltenden Erwartungen und faktischem Verhalten."

Das Fehlen dieses Spielraums hätte die vollständige Integration aller tatsächlichen und potentiellen Bedürfnisse zur Folge, eine Konsequenz, die, geht man von der Unbegrenztheit menschlicher Bedürfnisse aus, nur unter Zwang, beziehungsweise gar nicht zu erreichen wäre.

1.2.5 Ich-Identität

1.2.5.1 Autonomie

Die im obigen Abschnitt umschriebene Möglichkeit des Individuums, sich von Rollenerwartungen distanzieren zu können, bezeichnet das interaktionistische Modell als Autonomie. Nur das autonom handelnde Individuum kann sich den Spielraum zwischen geltenden Erwartungen und faktischem Verhalten schaffen. Autonom ist ein Individuum also dann, wenn es Rollenvor-

schriften und eigene Bedürfnisse wahrnehmen und sich zugleich so davon distanzieren kann, dass ein ausgeglichener Kompromiss ein situationsadäquates Handeln ermöglicht. Damit ist bereits gesagt, dass der Autonomiebegriff sowohl im personalen wie im sozialen System von Belang ist, muss sich doch das Individuum einen angemessenen Grad an Unabhängigkeit der Umwelt wie auch seinen eigenen Bedingungen gegenüber wahren, um in einer konkreten Situation angemessen agieren und reagieren zu können.

Um auf der Makroebene Autonomie zu erlangen, soll das Individuum fähig sein, die Unmöglichkeit der Erfüllung aller Erwartungen zu ertragen, wozu es grundsätzlich zwei Strategien entwickeln kann, nämlich die Abwehr der Erwartungen und allenfalls das gewaltsame Sichdarüberhinwegsetzen (offener Rollenkonflikt) oder dann der zwangshafte Versuch, alle Erwartungen zu erfüllen unter Missachtung der realen Möglichkeiten.

Allgemeiner formuliert kann Autonomie im sozialen System umschrieben werden als angemessene Unabhängigkeit des Individuums von an es gerichteten Erwartungen - die Voraussetzungen dazu sind komplexer sozioökonomischer und -kultureller Art. Unabdingbare Voraussetzung zur Erreichung sozialer Autonomie ist ein überhaupt Spielräume zur angemessenen Selbstdarstellung eröffnender Strukturierungsgrad des sozialen Systems.

Auf der Mikroebene bezieht sich der Autonomiebegriff auf die persönlichen Bedürfnisse des Individuums, die Begrenztheit deren Befriedigung es zu ertragen in der Lage sein muss (Frustrationstoleranz). Auch dieser Anforderung kann es mit unterschiedlichen Strategien begegnen: Es kann versuchen, seine Bedürfnisse ohne Rücksicht einerseits auf die Erwartungen der Interaktionspartner und andererseits der realen Möglichkeiten zu befriedigen. Es kann aber auch die eigenen Bedürfnisse unterdrücken und deren Befriedigung zwanghaft vortäuschen.

Aus psychoanalytischer Sicht - der Vergleich drängt sich im Hinblick auf den unter Ziffer 2 darzustellenden Vergleich sozialpädagogischer und therapeutischer Arbeit auf - kann Autonomie im personalen System gleichgesetzt werden mit dem Begriff der Ich-Stärke, die im wesentlichen Fähigkeiten des Ichs in folgenden Bereichen voraussetzt ¹⁰:

- Das Individuum kann das Netz relevanter Rollenerwartungen in seinen Zusammenhängen und Widersprüchen sowie die entsprechenden Handlungsspielräume erfassen und interpretieren.
- Selbstwahrnehmung: Das Individuum erkennt seine psychischen und physischen Möglichkeiten und kann seine Bedürfnisse darauf einstellen.

¹⁰ In Anlehnung an das von Charles Suter entworfene BSA -Unterrichtspapier "Interaktionistische Definition und Erklärung von 'Abweichung'", S. 8.

- Abwehr: Das Individuum kann in einer konkreten Handlungssituation die Bedürfnisbefriedigung aufschieben und damit verbundene Frustrationen ertragen; es kann mit seinen handlungsleitenden Prinzipien nicht in Einklang zu bringende oder nicht realisierbare Bedürfnisse abwehren.
- Synthetische Funktion: Das Individuum ist damit zusammenfassend in der Lage, die sich im sozialen System anbietenden Handlungsspielräume und Befriedigungsmöglichkeiten zu erfassen und zu einem konsistenten, situations- und persönlichkeitsadäquaten Handeln zu integrieren.

Um den konkreten Bezug zur Praxis herzustellen sei abschliessend auf den Zusammenhang zwischen Autonomie und Repressivität des sozialen Systems hingewiesen. Ein Individuum ist nur dann in der Lage, autonom zu handeln, wenn es selber erfolgreich Interaktionen durchlebt hat, die zwischen geltenden Erwartungen und faktischer Erfüllung einen genügenden Spielraum gewährten. "Nur in Sozialsystemen, die einen Spielraum gewähren zwischen Rollen und Verhalten, kann ein Individuum die Fähigkeit erlernen, autonom zu handeln."¹¹ Aus der Sicht der Institutionen kann umgekehrt formuliert werden, dass nur autonom handelnde Individuen einen angemessenen Spielraum bietende Sozialsysteme zu gestalten vermögen. Auf die Einhaltung von Erwartungen repressiv reagierender Systeme entsprechen Individuen, welche die Befriedigung ihrer Bedürfnisse zwanghaft zu unterdrücken und die Erwartungen zwanghaft zu erfüllen versuchen. Andererseits entsprechen den auf die mangelhafte Einhaltung von Erwartungen gleichgültig reagierenden Sozialsystemen Individuen, die Erwartungen abwehren, um die absolute Befriedigung eigener Bedürfnisse durchzusetzen.

1.2.5.2 Handlungsleitende Prinzipien

Das Ausbalancieren von Rollenerwartungen und persönlichen Bedürfnissen ist einerseits situationsbezogen, muss sich aber andererseits nach übergeordneten, über die konkrete Handlungssituation hinausgreifenden Weltbildern und Werten richten, nach denen sich das Individuum in seinem Rollenspiel orientieren kann, soll es nicht zu einem schillernden, seine Identität dauernd wechselnden und für den Interaktionspartner unfassbaren Objekt verkommen. Auch wenn wir gesehen haben, dass die Rollenüberlastung und die Rollenkonflikte ein jederzeit konsistentes und prinzipientreues Handeln verunmöglichen und wir uns diese Erkenntnis in konkreten Interaktionssituationen auch zu vergegenwärtigen haben, können wir uns auf einen Partner nur in der Annahme einstellen und verlassen, er versuche, sein Rollenhandeln von übergeordneten, über das situative Ausbalancieren hinausweisenden Prinzipien zu leiten, die seine unverwechselbare Subjektivität ausmachen.

11 Rössler, S. 384.

Soweit überhaupt autonome Handlungsspielräume gegeben sind, entscheidet das Individuum auf Grund dieser Prinzipien, welche der potentiell möglichen Rollenerwartungen es berücksichtigen und zu seiner sozialen Identität integrieren will, bei gleichzeitigem Versuch optimaler Bedürfnisbefriedigung.

Während diese vom soziokulturellen System zur Verfügung gestellten Deutmuster auf der Makroebene zur Verständigung über gemeinsame Lebenssituationen und als Orientierung für das individuelle Handeln dienen, werden sie aus psychoanalytischer Sicht als Inhalt des Über-Ichs erfasst und verkörpern so die individuelle Interpretation der allgemeinen kulturellen Wertorientierungen, mit denen sich das Individuum während seines Sozialisationsprozesses auseinandergesetzt hat.

1.2.5.3 Die Soziale Identität

Im Zusammenhang mit den weiter oben behandelten Themen der Rollendistanz und Rollenambiguität haben wir festgestellt, wie das Individuum einem dauernden Balancierungsakt zwischen der Erfüllung aktueller Erwartungen und der Darstellung seiner selbst unterworfen ist. Diese vom Individuum abgeforderte Leistung ist Teil der Errichtung von Ich-Identität, eine Vermittlung, die im Interaktionismus vom Individuum erwartet wird. Auf der sozialen Ebene bedeutet dies, dass das Individuum die zu einem bestimmten Zeitpunkt aktualisierbaren Rollen zu vereinen und eine Identität dieser Erwartungen herzustellen versucht. Das Individuum muss also so tun, als seien die widersprüchlichen Erwartungen, die sich um seine Position gruppieren, zu vereinen. Es muss also tun, als liesse sich eine Identität - die soziale Identität - der zugemuteten Rollenerwartungen herstellen.

Der Aneignungsprozess der Fertigkeiten und Fähigkeiten zur Beherrschung der sozialen Umwelt vollzieht sich unter sich jeweils historisch verändernden Bedingungen massgeblich in der unmittelbaren sozialen Interaktion, in deren Struktur sich die jeweiligen von den Interaktionspartnern als relevant eingestuften Werte und Normen des sozialen Handelns niederschlagen. Reguläre Primärgruppen, soziale Institutionen oder informelle Gruppen fungieren dabei als Vermittler und Erschliesser der sozialen Umwelt und deren Prinzipien. In der Form und Ausprägung der Aneignung und Verarbeitung drücken sich personen- und gruppenspezifische Arten der Auseinandersetzung mit der Umwelt und zugleich die Ergebnisse des jeweils eigenen Sozialisationsprozesses aus. So stellen Familien und andere sozialisationsrelevante Einrichtungen Kategorisierungs- und Problemlösungsstrategien für die Auseinandersetzung mit der materiellen und sozialen Umwelt zur Verfügung, die von den beteiligten Gesellschaftsmitgliedern in individuell modifizierter Weise übernommen werden. Insofern sind die Gesellschaftsmitglieder an der eigenen Entwicklung und der Persönlichkeitsbildung im interaktiven Kontext selber beteiligt.

1.2.5.4 Die personale Identität

Nebst der Errichtung von sozialer Identität wird vom Individuum auch erwartet, die Rollen, die es in seinem Sozialisationsprozess gespielt hat, zusammenzufassen und zu einer Identität zu verbinden. Es hat bei seinem Handeln also auch die Selbsterwartungen - eigene Bedürfnisse und Sichtweisen - zu berücksichtigen. Diese individuellen Ausprägungen der Situationsinterpretation sind das Ergebnis seiner eigenen durchlebten Interaktionserfahrungen. Parallel zur Errichtung von sozialer Identität muss also das Individuum so tun, als gäbe es eine Identität der persönlichen Bedürfnisse und Sichtweisen, nämlich die personale Identität.

Der Mensch wird also nicht nur wegen des Aufbaus der grundlegenden interaktiven und kommunikativen Handlungskompetenzen zu einem interaktionsfähigen Subjekt, sondern auch wegen des Aufbaus eines reflektierten Selbstbildes, das die innere Konzeption der Gesamtheit der Vorstellungen, Bewertungen, Urteile, Einschätzungen abgibt, die er in bezug auf die eigenen Handlungsmöglichkeiten besitzt. "Ein nicht nur realistisches, sondern zugleich auch identitätsstiftendes Selbstbild muss als die Voraussetzung für die Fähigkeit flexiblen und situationsangemessenen sozialen Handelns im Verlauf des Lebens gesehen werden."¹² Gemeint ist dabei mit Identität die Kontinuität des Selbsterlebens auf der Basis des Selbstbildes. Im interaktionistischen Modell wird denn auch die Bildung einer stabilen Identität als Zielpunkt der Persönlichkeitsentwicklung verstanden. Sie kann nur aus der Synthese von Individuation und Vergesellschaftung entstehen.

12 Hurrelmann, S. 79.

1.2.5.5 Die Integration

Als Ich-Identität¹³ wird die herzustellende Balance bezeichnet zwischen der Erwartung, so zu sein, wie das potentielle Partner in einer konkreten Situation gerade wollen und der Erwartung, ein Individuum mit einer einmaligen Kombination durchlebter Rollen, also unvertretbar zu sein.

Als Verdeutlichung denken wir an ein Individuum, das seine Einmaligkeit zu akzentuiert signalisiert, und damit aus der Interaktion herausfällt, weil es nicht hinreichend auf die aktuellen Erwartungen eingeht; es wird wegen der unterstellten mangelnden Gemeinsamkeiten stigmatisiert. Geht es jedoch andererseits in diesem Anpassungsprozess und der Absicht, allen augenblicklichen sozialen Erwartungen gerecht zu werden, zu weit, entleert es sich und wird zum blossen Spiegel der Erwartungen anderer. Es wird zum Spielball seiner Interaktionspartner, die nicht mehr feststellen können, wofür es einsteht; man wird sich angesichts stets neuer Erwartungen nicht auf es verlassen können.

Zusammenfassend kann man somit festhalten, dass im interaktionistischen Modell vom Individuum eine kontrollierte Selbstdarstellung im Spannungsfeld zwischen vielfältigen und widersprüchlichen Rollenvorschriften und mannigfaltigen, oftmals ambivalenten eigenen Bedürfnissen und Sichtweisen erwartet wird. Die Aufrechterhaltung dieser Balance - als dauernder Prozess und nicht als Zustand - ist Grundbedingung zur Teilnahme an Interaktion. Geglückte Alltagsbewältigung des zu behandelnden Individuums als Ziel sozialpädagogischen Handelns ist somit gebunden an eine geglückte Ausbalancierung von sozialen und personalen Bedingungen.

Grundgedanke des reflektiv-interaktiven Modells, wie wir es eben beschrieben haben, ist somit, die Persönlichkeitsentwicklung in dauerhafter Abhän-

13 Der Identitätsbegriff ist von der psychoanalytischen Theorie, vor allem auf Grund der von Erikson entwickelten Konzeption, in die sozialpädagogische Diskussion eingebracht worden, nachdem zu vor in der handlungstheoretischen Tradition bereits G.H. Mead massgebliche Beiträge geliefert hatte. Vgl. dazu auch vorne N 2.

Unsere eigenen Ausführungen basieren jedoch weitgehend auf der Rezeption der Identitätstheorie im deutschen Sprachraum durch Lothar Krappmann (Soziologische Dimensionen der Identität. Strukturelle Bedingungen für die Teilnahme an Interaktionsprozessen. 2. Aufl. Stuttgart: Klett 1972), der soziale Identität als die Kontinuität und Konsistenz des Selbsterlebens in der Auseinandersetzung mit den Anforderungen verschiedener gesellschaftlicher Einrichtungen und Handlungsfelder bezeichnet, während er unter der personalen Identität die Kontinuität und Konsistenz des Selbsterlebens im Verlaufe wechselnder lebensgeschichtlicher und biographischer Umstände versteht. "Es wird also zugleich gefordert, so zu sein wie alle, und so zu sein, wie niemand. Auf beiden Dimensionen muss das Individuum balancieren, weil es, um Interaktion nicht zu gefährden, weder der einen noch der anderen Anforderung noch beiden voll nachgeben, noch sie gänzlich verweigern kann" (S. 78). Zwischen diesen beiden Anforderungen zu balancieren ist die Leistung des Individuums, die Krappmann als Ich-Identität bezeichnet. Diese wissenschaftliche Standortbestimmung der Identitätstheorie hat bis heute Gültigkeit.

gigkeit von und Auseinandersetzung mit der äusseren und inneren Realität¹⁴ zu verstehen. Sowohl äussere als auch innere Realität müssen vom Individuum aufgenommen, erworben und verarbeitet werden, um so deren subjektive Repräsentanz zu schaffen, die in ihren überdauernden Formen die Grundstruktur der Persönlichkeit eines Menschen bildet. Persönlichkeitsentwicklung geschieht demnach nach der interaktionistischen Sichtweise in einem permanenten Prozess der Wechselwirkung zwischen den beiden voneinander abhängigen Realitäten, der Aussen- und der Innenwelt.

1.3 Sozialpädagogische Problemdefinition

Nachdem wir nun den theoretischen Bezugsrahmen des symbolischen Interaktionismus erläutert haben, wollen wir unter Verwendung des entsprechenden Begriffsapparates die sozialpädagogische Problemstellung summarisch darstellen, um damit die Grundlage für die unter Ziffer 2 nachstehend zu analysierenden Unterschiede sozialpädagogischer und therapeutischer Arbeit zu legen.

1.3.1 "Missglückte" Alltagsbewältigung

Gegenstandsbereich von Sozialpädagogik sind in Theorie und Praxis schwierige Lebenssituationen von Individuen und Gruppen, die vorübergehend oder dauernd ihr Leben in den Feldern, in denen die Mehrheit der Gesellschaftsmitglieder ihren Alltag vollbringen, nicht mehr bewältigen können, was in der Regel sowohl von den Betroffenen als auch von ihrer Umwelt als schwierig empfunden wird.

Wenn wir uns nun auf die oben umschriebene Problematik der Ich-Identität abstützen, können wir solch schwierige Lebenssituationen umschreiben als "missglückte" Vermittlung zwischen dem Individuum mit den in seiner Konstitution verankerten Möglichkeiten, Grenzen und Bedürfnissen und den gesellschaftlich vermittelten soziomateriellen und -kulturellen Bedingungen seiner Umwelt.

Wird die Alltagsbewältigung so problematisiert, dass Zusammenleben und -arbeiten grundsätzlich in Frage gestellt sind, werden diese schwierigen Lebenssituationen zur sozialpädagogischen Aufgabenstellung; das so als deviant stigmatisierte Individuum fällt aus den regulären Lebensfeldern heraus, wodurch das bisher private Problem zum öffentlichen und der sozialpädago-

14 Vgl. Ziff. 1.2.

gischen Praxis in den entsprechenden Institutionen zur Bearbeitung delegiert wird.

1.3.2 Abweichendes Verhalten

1.3.2.1 Unterschiedliche Ansätze

Wir haben im obigen Abschnitt den Begriff der Devianz eingeführt, dem als Thema wissenschaftlicher Betrachtung aus den unterschiedlichsten Denktraditionen eine Vielzahl an theoretischen Arbeiten gewidmet wurde, die mit mehr oder weniger Einfluss die heutige Diskussion bestimmen. Über zunächst biologisch-deterministische Betrachtungsweisen, ersten soziologischen Ansätzen, reicht das Spektrum von psychiatrischen, psychoanalytischen, sozialpsychologischen, funktionalistischen über kriminologische bis hin zur interaktionistischen Sichtweise abweichenden Verhaltens.

Das Devianzphänomen wird dabei vor allem unter zwei Aspekten beleuchtet: Einerseits wird nach Bedingungen geforscht, die innerhalb des Individuums auf Abweichung weisen, andererseits nach solchen, die im sozialen Umfeld liegen und die Entstehung von Verhaltensabweichung begünstigen oder gar verursachen. Je länger je mehr wird aber auch der Frage nachgegangen, inwieweit die Verhaltensweise der nicht devianten Mehrheit der Gesellschaft, vor allem auch der eigentlichen Kontrollinstanzen, an der Ausprägung von Abweichung beteiligt ist.

1.3.2.2 Defizitäre Ich-Identität

Als gemeinsamer Nenner aller etikettierten Formen von Devianz, Dissozialität, Behinderung, Sucht, kristallisiert sich das Problem der Errichtung von Ich-Identität heraus. Die Ausbalancierung der psychophysischen Bedingungen des Individuums und der soziomateriellen Bedingungen der Umwelt scheitert. Dabei ist in den abendländischen Gesellschaften eine Entwicklung von Identitätskonzeptionen festzustellen, die sich zunehmend auf Begriffe und Erlebniskategorien einer individualisierten Person konzentrieren.

Diese stehen im Kontrast zu weitgehend in den Ausdrücken sozialer Differenzierungen aufgehenden Formen der Identitätsbildung. Daraus aber ergibt sich, dass Identität auf den verschiedensten Ebenen zum Problem wird, womit wir das gesamte Spektrum von seiner gesellschaftlichen Konstruktion und Thematisierung bis hin zum individuellen Erleben meinen. Man kann diese Entwicklung aus kultur- und sozialgeschichtlicher Perspektive als eigentliches Charakteristikum der Neuzeit bezeichnen.

Die eigentliche Problematisierung von Identität beruht auf der Bewusstwerdung der aktiven Eigenleistung bei ihrer Herstellung.¹⁵ Nun bezieht sich diese bewusste Herstellung nicht auf ein in Schicksalhaftigkeit aufgehendes Individuum, sondern auf ein Subjekt, das im wesentlichen Resultat von Wahl und Entscheidung und damit von Verantwortung ist. Das Ich wird als Ergebnis einer Bildung gesehen und damit eines zugleich individuierenden Prozesses. Der Verlust übergeordneter Deutungssysteme und handlungsleitender Prinzipien labilisiert und relativiert die Orientierungskategorien, die der Selbstidentifizierung gedient haben.

Zusammen mit einer gesellschaftlichen Tendenz, welche der Individualisierung auf allen Ebenen Vorschub leistet, führt diese Entwicklung zu einer zunehmenden Verbreitung von Problemen mit der Identität. Formal betrachtet könnte man diese Individualisierung als soziale Differenzierung betrachten. Der mit der Ausdifferenzierung der institutionellen Ordnung einhergehenden Zunahme von Rollen auf der gesellschaftlichen Ebene entspricht auf der individuellen Ebene eine überproportionale Zunahme der möglichen Rollenkombinationen, wodurch die Wahrscheinlichkeit gleicher sozialer Identitäten sinkt.

Die gleiche Ausdifferenzierung formaler Organisationen führt aber andererseits durch die Reduktion auf formale Mitgliedschaften auch zu einer Entindividualisierung, in der es vor allem um Funktionen geht, was wiederum eine eigentliche Sinnentleerung der Mitgliedschaft nach sich zieht.

Diese gegenläufigen Entwicklungen und sich widersprechenden Bedeutungskontexte erschweren in erheblichem Masse die Möglichkeiten des Einzelnen zur Integration und Herstellung von Ich-Identität. Wenn die Lebenssituation des Einzelnen gekennzeichnet ist durch gegensätzliche Anforderungen und Typisierungen und sich Definitionsräume von Identität ausweiten und zum Teil im Widerspruch zueinander stehen, verliert Identität seine Qualität des Selbstverständlichen. Sie muss ständig aktiv konstruiert werden und verlangt so vom Individuum eine dauernde, es oft überfordernde Leistung.

Diese Komplexitätssteigerung hinsichtlich der Anforderungen an die Identität wird begleitet von einer zunehmenden Sensibilisierung für Identitätsrisiken und -krisen.¹⁶ Wenn die Herstellungsleistung in solchem Ausmass in die Eigenverantwortung des Individuums delegiert wird, kann es nicht überr-

15 Vgl. Gildemeister, Regine; Robert, Günther: Identität als Gegenstand und Ziel psychosozialer Arbeit. In: Frey, Hans-Peter; Hausser, Karl (H.g.): Identität. Entwicklung psychologischer und soziologischer Forschung. Stuttgart: Enke 1987 (Der Mensch als soziales und personales Wesen, Band 7), S. 219-232.

16 Es ist die Rede von Identitätskrisen als Normal- und Dauerzustand. Vgl. dazu Nunner-Winkler, Gertud: Identitätskrise ohne Lösung: Wiederholungskrisen, Dauerkrise. In: Frey, Hans-Peter; Hausser, Karl: Identität. Entwicklung psychologischer und soziologischer Forschung. (Der Mensch als soziales und personales Wesen, Band 7). Stuttgart: Enke 1987, S. 165-178.

schen, wenn auftretende Konflikte, Widersprüche und andere Schwierigkeiten als persönliches Unvermögen erlebt werden.

1.3.2.3 Die Gradualität abweichenden Verhaltens

Ebenso evident wie die Feststellung zunehmender Identitätsproblematik ist die Erkenntnis, dass abweichendes Handeln als Folge defizitärer Ich-Identität in seiner Entstehung und Entwicklung wissenschaftlich nicht anders erklärt werden kann als nicht-abweichendes Handeln und Verhalten, das wir üblicherweise als "normal" bezeichnen. Die Klassifikation bezieht sich auf die Ergebnisse und Erscheinungsformen der jeweiligen Auseinandersetzungen des Individuums mit seinen Lebensbedingungen. Entspricht es gesellschaftlichen Normen und Erwartungen, kategorisieren wir es als normal; ist es nicht konform, gilt es als unnormale, beziehungsweise deviant¹⁷. Als auffällig oder abweichend muss also ein Verhalten gelten, das "gesetzlich verboten oder sozial unerwünscht und inakzeptabel ist - sei es, weil es vorherrschenden Konventionen widerspricht, sei es, weil es ein geordnetes und friedliches Zusammenleben der Gesellschaftsmitglieder beeinträchtigt oder unmöglich macht - und/oder solches Verhalten, das die eigene Persönlichkeitsentwicklung stört oder behindert"¹⁸.

Als Kategorisierungsmerkmal abweichenden Verhaltens lassen sich die Erscheinungsformen nebst der Intensität der Normverletzung danach unterscheiden, ob das Konfliktpotential eher nach innen oder nach aussen gerichtet ist. Zielt das Verhalten primär auf die soziale Umwelt oder die eigene Person, ist es gekennzeichnet durch Aggressivitätsimpulse gegenüber andern Individuen oder gegenüber dem eigenen Selbst, protestiert es gegen soziale Bezugspersonen oder die eigene Person, fügt es andern Personen Leid oder Schaden zu oder sich selbst? Das Verhalten lässt sich tendenziell als konfliktorientiert - als Extrembeispiel etwa gegen Leib und Leben gerichtete Kriminalität¹⁹ - oder rückzugsorientiert - etwa durch Verletzung der eigenen körperlichen oder psychischen Unversehrtheit mittels Alkohol oder Drogen oder, als Extremfall, Suizid - einordnen.

17 Vgl. zum Begriff unten Ziffer 1.3.2.4.

18 Hurrelmann, S. 179.

19 Dass ein von der sozialen Umgebung als kriminell definiertes Verhalten für den Betroffenen gravierende Konsequenzen nach sich zieht, bedarf keiner Erläuterung. Ob aber das Verhalten als kriminell taxiert wird, ist zunächst davon beeinflusst, ob es überhaupt wahrgenommen, dann, ob es erfasst und schliesslich, ob es in der Rubrik "Kriminalität" kategorisiert wird. - Aber auch an andern Beispielen lässt sich zeigen, welche eminente Bedeutung für den Betroffenen die Einstufung seines Verhaltens als deviant oder nicht deviant hat. So ist etwa die Abgrenzung zwischen psychischer Normalität und psychisch Abnormen nicht nur eine wissenschaftstheoretisch fundamentale Aufgabe, sondern für die klinische Praxis - etwa im Sinne der Behandlungsbedürftigkeit, aber auch der versicherungstechnischen Konsequenzen der Einstufung - von ebenso grundlegender Bedeutung.

Zwischen diesen Extremitäten erstreckt sich ein breites Spektrum von Erscheinungsformen psychosozialer und -somatischer Symptome gestörter Persönlichkeitsentwicklungen, das sich von deviantem Verhalten nicht mehr klar abgrenzen lässt. Wir denken als wahllos herausgegriffene Beispiele etwa an Lern- und Leistungsstörungen, Depressivität, Hypermotorik, Anorexie und Bulimie, Kontaktstörungen und viele mehr. Es sei bereits an dieser Stelle auf die offenkundige Überschneidung der im gewöhnlichen Sprachgebrauch als therapeutisch und pädagogisch definierte Arbeit hingewiesen, auf die wir in Ziffer 2 näher eintreten werden.

Klar geworden ist auch, dass sich deviantes und sogenannt normales Handeln nicht qualitativ, sondern nur graduell unterscheiden und die Umschlagspunkte zwischen dem einen und dem andern Handlungstyp nicht lokalisierbar und von zahlreichen Einzelfaktoren abhängig sind. Es kann daher zwischen normalem und abweichendem Verhalten keine klare und eindeutige Grenze gezogen werden, erscheinen doch soziale, psychische und physische Verhaltensauffälligkeiten in unterschiedlichsten Ausprägungen, die im historisch zeitlichen Ablauf und in unterschiedlichen Kulturen nach den mannigfachsten Kriterien beurteilt werden; man denke diesbezüglich etwa an die eigenen Werthaltungen der sogenannten Normalen, ihre Einstellung gegenüber ihnen unvertrautem Gedankengut, ihre eigene psychische Disposition, ihre sachbezogene Beurteilungsfähigkeit, ihre berufliche Ausbildung und ihre institutionelle Eingebundenheit. Von besonderer Bedeutung sind in bezug auf die Umschreibung dessen, was als deviantes Verhalten definiert wird, die gesellschaftlich einflussreichen Kontroll-, Ordnungs- und Vorsorgeinstanzen. Die Legitimierung der eigenen Tätigkeit, die jeweilige fachwissenschaftliche, pädagogische oder therapeutische Ausrichtung, Typus, Grösse, Ausstattung und Qualität der sozialen Institution, in der man arbeitet, und eine fast unbegrenzte Zahl weiterer Faktoren beeinflussen den Prozess dessen, was als deviantes Verhalten klassifiziert wird und was nicht.

1.3.2.4 Der Devianzbegriff

Wir haben gezeigt, dass grundsätzlich alle Menschen mit der Schwierigkeit der Errichtung von Ich-Identität konfrontiert sind, also permanent mit mehr oder eben weniger oder keinem Erfolg um die Ausbalancierung zwischen ihren psychophysischen Bedingungen und den sozialen Bedingungen der Umwelt ringen. Obwohl, wie wir ebenfalls festgestellt haben, eine klare Grenze zwischen normalem und abweichendem Verhalten nicht zu ziehen ist, werden nur bei gewissen Individuen deren Versuche, das Problem der Errichtung von Ich-Identität zu bewältigen, als deviant bezeichnet und sanktioniert. Wir wollen im Folgenden den Ausdruck Devianz auf die von der Gesellschaft entsprechend kategorisierte und sanktionierte Gruppe von Individuen beschränken und hier Kriterien anführen, welche die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass Menschen aus den regulären Lebens- und Lernfelder he-

rausfallen und zur Behandlung sozialpädagogischen Institutionen zugeführt werden²⁰. Es betrifft dies insbesondere Menschen, deren Identitätsprobleme

- sich auf Lebens- und Lernfelder mit Rollenerwartungen beziehen, die für die gesellschaftliche Integration als zentral erachtet und durch soziale Kontrolle entsprechend abgesichert werden (z.B. Arbeitswelt);
- in diesen Lebensbereichen als grundlegende persönliche Problematik von allgemeiner und anhaltender Bedeutung interpretiert werden;
- öffentlich sichtbar sind oder werden und die nicht verhindern können, dass sie von Instanzen der sozialen Kontrolle sanktioniert werden;
- sich in einem Verhalten äussern, das in einem die Toleranzgrenzen übersteigenden Masse als Gefährdung der sozialen Integration (Fremdgefährdung) und/oder als Gefährdung der eigenen physischen und/oder psychischen Integrität (Selbstgefährdung) bewertet wird;
- als individuelles Problem bewertet werden und denen es nicht gelingt, diese Individualisierung zu verhindern durch das Aufzeigen der sozialen Bedingtheit ihrer Probleme und/oder das Erlangen von Schutz und Solidarität in Sub- oder Teilkulturen.

20 Vgl. Suter, S. 11 f.

2 Therapeutisches Handeln

2.1 Einleitung

2.1.1 Vorgehen

Wie wir bereits in der Einleitung einschränkend festgehalten haben, geht es hier nicht darum, das Wesen psycho- und soziotherapeutischer Interventionen zu erfassen und zu erläutern. Es wäre dies ein hoffnungsloses, vor allem aber grenz- und endloses Unterfangen in Anbetracht der inflationären Vielfalt therapeutischer Methoden, die heute auf einem offenbar noch ungesättigten Markt angeboten werden. Bedeutet es schon ein schwieriges Unterfangen, den Begriff der Sozialpädagogik so zu definieren, dass deren Umschreibung auf eine möglichst breite Akzeptanz stösst, so ist es im therapeutischen Feld schlechterdings unmöglich, für alle heute unter dem Begriff Therapie angebotenen Behandlungsformen auch nur einen kleinsten gemeinsamen Nenner zu finden.

So verzichten wir denn bewusst auf die Definitionsmühen und wollen uns stattdessen auf die Problematik therapeutischen Handelns aus sozialpädagogischer Sicht beschränken und auf Grund des unter Ziffer 1 erarbeiteten Bezugsrahmens dessen Verhältnis zur erzieherischen Tätigkeit erfassen und näher beleuchten, um anschliessend in Ziffer 3 den Stellenwert der Arbeitstherapie im sozialpädagogisch-therapeutischen Spannungsfeld festzulegen.

Dabei wollen wir anknüpfen an die skizzierten basalen Denkansätze des interaktionistischen Modells und auf dessen Berührungspunkte mit therapeutischen Interventionen hinweisen, um dann uns wesentlich erscheinende konvergierende und divergierende Entwicklungen der beiden Behandlungsmethoden zu streifen und deren interdependente Relation zu definieren.

Verdeutlicht sei an dieser Stelle noch einmal das Wesensmerkmal des interaktionistischen Ansatzes, dass nämlich eindimensional reduktionistische Problemanalysen und -lösungsstrategien, die das Problem missglückter Alltagsbewältigung entweder individualisieren oder aber kollektivieren, der Komplexität der Problemstellung nicht gerecht zu werden vermögen. Devianz in der Form von Dissozialität, Sucht, Behinderung oder andern Ausprägungen abweichenden Verhaltens lässt sich weder auf ein Problem der materiellen

und kulturellen Bedingungen des gesellschaftlichen Zusammenlebens noch auf ein individuelles Problem der psychischen und physischen Ausstattung reduzieren. Sowohl das personale als auch das soziale System in ihrer jeweiligen Partizipation an der Herstellung von Ich-Identität des Individuums und damit dessen potentielle Möglichkeit der geglückten Alltagsbewältigung bilden also den Gegenstandsbereich sozialpädagogischer Problemanalyse und -lösung.

Der interaktionistische Ansatz bietet also einen hervorragend geeigneten Denkraum zur Integration psychologischer und soziologischer Erkenntnisse und bietet sich daher zur Analyse therapeutischer und sozialpädagogischer Interventionen im Hinblick auf die Errichtung von Ich-Identität des devianten Individuums in idealer Weise an.

Damit ist das offenbar beiden Interventionsformen gemeinsame Ziel ange-tönt, bezieht sich doch jegliche Form psychosozialer und sozialpädagogischer Arbeit primär auf Menschen, die sich in einer problematischen Lebenslage befinden, welche sie auf Grund der ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen allein nicht verändern können. Nun ist aber schon seit einiger Zeit und in den letzten Jahren mit rapid zunehmender Tendenz eine Akzentverschiebung im Aufgabenprofil, entsprechend den oben umschriebenen Problemdefinitionen, sowie im Interventionsstil der im psychosozialen Berufsfeld Tätigen zu beobachten. In unserem Zusammenhang interessiert dabei vor allem die zunehmend differenzierter, lies individueller beantwortete Frage, wie die Person und Identität der in einer schwierigen Lebenssituation Steckenden wahrgenommen, thematisiert und definiert wird. Auf diesen Entwicklungsprozess ist im Folgenden näher einzugehen, beeinflusst sie doch in nicht unerheblichem Ausmass die heutige therapeutische Szene und deren Verhältnis zu sozialpädagogischem Denken und Handeln.

2.1.2 Die Aktualität des Identitätsproblems

Unter Ziffer 1.3.2.2 haben wir exemplarisch Gründe aufgeführt, etwa den Verlust übergeordneter Deutungsmuster und handlungsleitender Prinzipien oder eine der Individualisierung auf allen Ebenen Vorschub leistende gesellschaftliche Entwicklungstendenz, für die Zunahme der von Identitätsproblemen betroffenen Individuen in den westlichen Industrieländern. Zentrale Aspekte dieser Veränderung wollen wir nun daraufhin diskutieren, was es bedeutet, wenn die Identität der Person einer immer grösser werdenden Anzahl von Gesellschaftsmitgliedern zum Gegenstand professioneller Arbeit und Intervention wird.

Diese Betrachtung versucht zum einen im Hinblick auf die zu prüfende Relation zwischen sozialpädagogischer und therapeutischer Arbeit dem Um-

stand Rechnung zu tragen, dass offenbar eine wachsende Anzahl von Menschen ein Leid an ihrer Person und Identität erlebt oder generell Probleme als solche der eigenen Person und Identität versteht und entsprechend im Angebot befindliche Einrichtungen aufsucht, beziehungsweise die entsprechende fachliche Hilfe nachfragt. Zum andern soll, wiederum aus sozialpädagogischer Sicht, die Aufmerksamkeit darauf gelenkt werden, dass sich auch im Selbstverständnis und der Arbeitsweise professionalisierter sozialer Berufe Veränderungen abzeichnen, die - parallel zur ersterwähnten Entwicklung - die Person und die Identität des zu behandelnden Individuums in den Mittelpunkt ihres Interesses rücken und ihre Interventionen entsprechend ausrichten, was seinerseits offenkundig nicht ohne Folgen auf die Abgrenzung pädagogischen und therapeutischen Handelns bleiben kann.

2.2 Entwicklungstendenzen therapeutischer und sozialpädagogischer Arbeit

2.2.1 Konvergierende Tendenzen

2.2.1.1 Der funktionale Aspekt

Wenn wir Sozialpädagogik und -therapie retrospektiv im Hinblick auf deren Funktion analysieren, stellen wir bis Anfang der achziger Jahre trotz aller divergierenden methodischen Ansätze eine Konvergenz bezüglich der gemeinsamen dominanten Aufgabe fest, nämlich der Reproduktion von Arbeitskraft. Durch geeignete mehr psychologische oder erzieherische Massnahmen sollen die hierzu erforderlichen Identitätsstrukturen geschaffen, beziehungsweise zu deren (Wieder)herstellung beigetragen werden. Zur Klientenschaft gehörten also traditionellerweise jene Gruppen der Bevölkerung, die dauernd oder vorübergehend aus den vielfältigsten Gründen den Anforderungen einer selbständigen Reproduktion ihres Lebens ohne Unterstützung nicht genügten. Waren dies früher vorwiegend die - stigmatisierten - Randgruppen der Gesellschaft, so stellen wir in jüngerer Zeit eine auffällige Ausweitung des Klientels weit über den Kreis der in irgendeiner Form Devianten auf jenen der Durchschnittsbevölkerung fest.

Nun ist die einleitend erwähnte individualisierende Behandlung von deviantes Verhalten zeigenden Individuen in Wirklichkeit nicht so neu, wie uns dies heute erscheinen mag. Vielmehr haben schon frühere Vertreter der sozialen Berufe die positive Wirkung ihres Tuns auf den Klienten betont und hervorgehoben, nur die an den Bedürfnissen des Einzelfalls ausgerichtete Arbeit vermöge die angestrebte Veränderung der Person zu bewirken. Das

heisst, dass von jeher alle Formen sozialpädagogischer und therapeutischer Arbeit darauf angelegt waren, primär auf die Person des Adressaten und weniger auf die Situation - was deren Mitberücksichtigung im Behandlungskonzept nicht ausschliesst und deren Bedeutung nicht mindert - Einfluss zu nehmen.²¹ Dieser Deutung entspricht im Selbstwahrnehmungsprozess der sozialen Berufe die Betonung der persönlichen, helfenden Beziehung als Grundlage des beruflichen Handelns.

Gehen wir in der Geschichte noch weiter zurück, erkennen wir, dass die dazu vorgesehenen Funktionsträger, etwa Priester oder Ärzte, schon immer auf das Leiden oder persönliche Probleme ihrer Zeitgenossen oder deren Fehlverhalten reagiert - soweit diese nicht zum vorneherein von der Gesellschaft ausgegrenzt wurden - und durch Arbeit an und mit der Person versucht haben, auf diese selbst und nicht nur auf ihre Lebensbedingungen Einfluss zu nehmen. Geschah diese Behandlung damals aber vorwiegend unter Berufung auf religiöse und moralische, weitgehend unbestrittene Deutungsgehalte, so fällt heute auf, dass die Arbeit an der Person selbst zunehmend auf dem Weg der Thematisierung ihrer Identität geschieht.

2.2.1.2 Identität als Zugriffsobjekt

Der bereits erwähnte Verlust an Deutungsmustern und die Labilisierung gesellschaftlicher Strukturen bewirken, dass die Androhung göttlicher und weltlicher Sanktionen die soziale Integration in Grenz- und Problembereichen nicht mehr zu gewährleisten vermag. Aber auch die psychosoziale Behandlung muss bei ihrer Arbeit an der Person vorerst einmal auf dergleichen Sanktionen verzichten, wenn sie die Grundlage der helfenden Beziehung nicht gefährden will, und nimmt deshalb den Weg über die Thematisierung von Identitätsdefiziten, beziehungsweise der Person selbst als Verursacherin ihres Schicksals. In diesem Sinne ist Erfolgsvoraussetzung der Arbeit - Heilung, (Re)integration des Individuums - Einsicht des Klienten in sein eigenes Versagen und Unvermögen der Selbsthilfe sowie die Motivation zur Veränderung. Anstelle des klassisch-methodischen Vorgehens - Anamnese, Diagnose, Behandlung - tritt damit zunehmend in allen sozialen Berufen eine Bestandesaufnahme von Identitätsdefiziten und -störungen, und die Lebensgeschichte des Klienten wird als fehlgeschlagene Identitätsentwicklung thematisiert.

Identität wird damit zum Objekt sozialpsychologischer Arbeit, zu ihrem zentralen Gegenstand. Vergangenheit, Sozialisationsprozess und Zukunft des Klienten werden so interpretiert, dass sie Beleg dafür sind, wer die Person

21 Der in den USA bekannte Ausdruck "people changing organizations" macht deutlich, dass es sich bei den das erwähnte Leistungsangebot erbringenden Institutionen um Einrichtungen handelt, deren Aktivitäten nicht nur mit Hilfe von Menschen vollzogen werden, sondern diese selbst zum Gegenstand haben.

sei, und was sie an Identitätsherstellung nachzuholen habe. Damit ist indes- sen nicht gesagt, dass die Identitätsproblematik eines jeden Individuums nach den geltenden gesellschaftlichen Massstäben ausgerichtet wird; die Vermittlung in Laufbahnen dauerhafter Devianz ist genauso begründete Arbeit am Objekt Identität wie etwa die erfolgreiche Sozialisation eines dissozialen oder süchtigen Klienten.

2.2.2 Divergierende Tendenzen

2.2.2.1 Akzentuierung der Identitätsproblematik

Entscheidend in dieser Entwicklung ist nun die im ersten Teil dieser Arbeit skizzierte Verwischung des Normalitätsbegriffs. In der Tat bleibt die beschriebene Identitätsarbeit - bei allen sozialpolitisch, vor allem aber sozialethischen Vorbehalten, auf die hier nicht näher einzugehen ist - relativ unproblematisch, solange sie auf einen gesellschaftlich allgemein anerkannten Normalitätsbegriff zurückgreifen kann.

In Anbetracht aber der Komplexitätssteigerung der Identitätsmassstäbe und -gehalte, wie wir sie oben dargelegt haben, wird Arbeit an der Identität zunehmend schwieriger, da stets weniger auf eine Durchschnittsidentität abgestellt werden kann. Identität wird in diesem Prozess selber zum diskutierbaren, verhandelbaren Ziel der psychosozialen Arbeit; die Massstäbe und Normierungen sind nicht mehr vorgegeben, nicht mehr gesellschaftlich definiert, sondern werden ihrerseits Gegenstand des Auseinandersetzungsprozesses; sie verlieren ihren absoluten Charakter und werden zur relativen, diskutierbaren und verhandelbaren Grösse, die im therapeutischen Prozess erst festgelegt wird.²²

Dieser Beschleunigungsprozess der Bildung von Problemen der Identitätsherstellung ist als Ausdruck essentieller gesellschaftlicher Sinn- und Integrationsschwierigkeiten zu deuten, die auf der individuellen Ebene aufgearbeitet werden müssen. Daraus resultiert eine wachsende Suche nach entsprechenden Bearbeitungsmöglichkeiten und -methoden, der auf der Angebotsseite eine primär in der Eigendynamik des Professionalisierungsprozesses liegende Diversifizierung von Behandlungsmethoden und Interventionstypen entspricht.

22 Als Beispiel für die beschriebene Verwischung des Normalitätsbegriffs und der damit einhergehenden Bildung neuer, individuell verhandelbarer Identitätsbegriffe sei etwa auf die in neuester Zeit Platz greifende coming out-Bewegung Homosexueller und anderer bis anhin ausgegrenzter Gruppen verwiesen, in welcher der Stigmatisierungsprozess an die Öffentlichkeit getragen und das Recht auf ein normales Leben reklamiert wird.

2.2.2.2 Interventionsformen

Das professionelle Leistungsangebot, das auf die steigende Nachfrage nach Bearbeitungsmöglichkeiten von als Defizite der Ich-Identität definierten Probleme einer immer grösser werdenden Zahl von Gesellschaftsmitgliedern antwortet, lässt sich in zwei sich zwar nicht gegenseitig ausschliessende, aber doch in ihren Methoden und Stossrichtungen divergierende Wege scheiden: Am einen Ende des Kontinuums sind die psychologisierenden und therapeutisch ausgerichteten Bearbeitungsweisen²³ angesiedelt, während wir auf der andern Seite auf die traditionellen Formen der Bewahrung und Ausgrenzung von Devianz stossen, in der nur eine Minimalform von Identitätsarbeit geleistet wird, als grundlegende Anpassung und soziale Kontrolle desintegrierter, auffälliger Individuen.

In diesem zweiten Kontext hat Identität keinen verhandelbaren Charakter; sie ist höchstens Gegenstand einer wie immer gearteten Sonderbehandlung, die stets auch die Ausgrenzung einschliesst. Leitidee ist hier der Gedanke der Fürsorglichkeit mit dem Ziel, ein Gefühl gesellschaftlicher Ordnung herzustellen, wenn auch nicht notwendigerweise beim behandlungsbedürftigen Klienten, so doch bei den übrigen Betroffenen, der Öffentlichkeit, den Institutionen, nicht zuletzt auch den Medien, sicher aber bei den zuständigen Pädagogen.

Der therapeutische Modus psychosozialer Dienstleistungen stellt dagegen in weit höherem Masse auf die Arbeit mit und an Problemen der Identität ihrer Klientschaft ab. Dabei ist hier Identität nicht, wie oben, als Rollenidentität zu verstehen, sondern richtet sich vielmehr (in einem relativierenden Rollenbezug) auf Wahrnehmungs- und Erlebnisqualitäten, die für das eigentliche, wahre Selbst als konstituierend betrachtet werden. Verhandelbar ist die Identität in diesem Modus insofern, als sie unter Umständen die Lösung von zugeschriebenen Identitätsgehalten, gelegentlich auch ein bewusstes Vernichten von bisherigen Identitätsstrukturen oder Erlebensmustern und die Öffnung emotionaler Gefässe beinhalten kann.

2.2.2.3 Die Ausweitung des therapeutischen Feldes

Dass die sozialen Berufe ihr Dienstleistungsangebot zunehmend ausdehnen auf qualifizierte, leistungsfähige, angepasste, selbstverantwortlich funktionierende, also nicht mehr im oben definierten Sinne deviante Personen heisst auf der andern Seite, dass die Zahl derer zunimmt, die aus einem diffusen Leiden heraus ohne eindeutige Symptomatik therapeutische Beratung suchen. Dieser Entwicklung passt sich das Therapieangebot insofern an, als es auf klar abgegrenzte pathologische Definitionen verzichtet. Diese diffuse Fas-

23 Gildemeister/Robert (Identität als Gegenstand) bezeichnen sie vieldeutig als die "weichen" Fomen. S. 225.

sung von Gesundheit und Krankheit - bei aller Achtung vor den positiven Aspekten dieser Deutung - erleichtert aber in nicht zu unterschätzendem Ausmass die Tendenz zur Vermengung therapeutischer Identitätsarbeit und der Suche nach emotionaler Erfahrung, Orientierung und Lebenssinn. Die Pathologisierung bezieht sich mehr und mehr auf die symbolischen Strukturen des Alltags und die dort auszumachenden Defizite. Der Patient braucht sich in dieser Situation nicht mehr als krank zu definieren, der in der Therapie die Wiederherstellung seiner geschädigten Identität anstrebt; er ist vielmehr, gesellschaftlich akzeptiert und applaudiert - das Wesen auf der Suche nach seiner selbst.

2.2.3 Charakteristika therapeutischen Handelns

2.2.3.1 Der antinormative Charakter

Die Antwort auf die vom Klienten gestellte Frage nach dem Wesen seiner selbst wird oft in therapeutischen Settings zu erteilen versucht, die eine Offenheit der Situation vorgeben, deren Grenzen, wenn überhaupt geplant, in der Regel unbekannt und daher auch nicht einzuhalten sind. Die Feststellung trifft zu auf die besonders beliebte Verwirklichungsform der Gruppe, aber auch auf die zahlreichen Formen der Einzelberatung. Solch diffus-offene, undefinierte Situationen tendieren zur Bildung professionell sanktionierter Regellosigkeit oder -widrigkeit und wirken daher auf die Beziehungsstruktur zwischen Klient und Therapeut antinormativ.

Die so entstehenden anomischen Handlungsspielräume ermöglichen nicht a priori durch Rollen, Typisierungen und Identitätszuschreibungen vordefinierte Beziehungen, in denen die Identität stattdessen neu ausgehandelt, gewissermassen individuell zugeschnitten werden kann. Die so ermöglichten Beziehungen, gleichviel ob unter den Gruppenmitgliedern oder zwischen Berater und Klient, werden durch ihre Befreiung von Rollendefinitionen, Zuschreibungen und Alltagszwängen zur Mittlerin einer spezifischen Selbstvergewisserung. Die an die Stelle traditioneller gesellschaftlicher Normen tretende, professionell sanktionierte Normsysteme, Denk- und Deutmuster, die für diese spezifische soziale Situation gelten, zielen auf Werte der Unmittelbarkeit, Wahrhaftigkeit und Kommunikation; das Mitteilen und Sich-mitteilen ist Kern jedes therapeutischen Prozesses.

2.2.3.2 Die Therapiefähigkeit

Der Arbeitsstil, den wir oben als psychologisierend-therapeutisierend beschrieben haben, kann das angesprochene Problem der Zweiteilung von Bearbeitungswegen in der Praxis deutlich dadurch verschärfen, dass sich dieser

eher an mittelschichttypischen Fähigkeiten und Kompetenzen orientiert und auf ein entsprechend motiviertes Klientel abstellt, so dass das Kriterium der *Therapiefähigkeit* zum Entscheidungsparameter für oder gegen den Einsatz repressiver Kontrollen wird, was jene eben nicht über diese mittelschichttypischen Kompetenzen verfügenden und damit schon aus diesem inadäquaten Grund in den sozialpädagogischen Bereich abgedrängten Individuen trifft. Vulgär ausgedrückt könnte man vom Abrahmungsprozess der therapeutisch arbeitenden Berufe sprechen.

2.2.3.3 Die Metaperspektive

Mit dem geschilderten Phänomen der geschichteten Zweiteilung der Klientenschaft sozialer Berufe ist indessen nicht das Hauptproblem der therapeutisierenden Arbeitsweisen angesprochen. Kritisch zu beurteilen ist vielmehr die Tatsache, dass durch die Globalisierung des Identitätsproblems selbst der Bezug für eine Zielsetzung des therapeutischen Prozesses verloren geht. Gesellschaftliche Sinndefizite und Verlust an übergeordneten Deutungsmustern lassen sich nicht auf der individuellen Ebene abarbeiten und treffen nicht nur den Klienten, sondern auf der andern Seite genauso den Therapeuten selbst, der so selber zum Klient wird.²⁴ Der soziale Kontext der am Prozess Beteiligten - Berater wie Klient - schlägt auf die Therapie selbst durch und entleert sich seines eigentlichen Inhalts; er verkommt gewissermassen zur Metaperspektive.

2.2.4 Der sozialpolitische Aspekt

2.2.4.1 Die wirtschaftliche Eigendynamik

Wenn wir die aufgezeigten Phänomene auf der gesellschaftspolitischen Ebene betrachten, ist nicht zu übersehen, dass die Ausweitung und Profilveränderung der psychosozialen Dienstleistungsarbeit auch das Ergebnis einer spezifischen Eigendynamik von Institutionalisierungs- und Professionalisierungsprozessen ist. Einerseits legt die aufgezeigte Verlagerung von Problemdruck auf die Individualebene und der daraus entstehenden Überforderungssituationen sowie die sich davon ableitende Zunahme der in diesem Problemfeld engagierten Berufe - Psychiater, Ärzte, Sozialpädagogen und -arbeiter, Therapeuten, Soziologen, Psychologen - das Bild einer pathogenen Gesellschaft nahe.

24 Vgl. dazu Gildemeister, Regine; Robert, Günther: Probleme beruflicher Identität in professionalisierten Berufen. In: Frey, Hans-Peter; Haussler, Karl (Hg.): Identität. Entwicklungen psychologischer und soziologischer Forschung. (Der Mensch als soziales und personales Wesen, Band 7). Stuttgart: Enke 1987, S. 85 f.

Andererseits aber ist unverkennbar, dass sich eben diese Berufe selbst Märkte eröffnen und damit eine angebotsinduzierte Nachfrage produzieren. Für den mit den Mechanismen der Marktwirtschaft Vertrauten liegt auf der Hand, dass mit der Entstehung und Ausbreitung neuer helfender Berufe neben den klassisch-traditionellen Domänen der Ärzte und Priester - die oben angeführten Beispiele könnten fast beliebig erweitert werden - die Suche und Entdeckung von Vermarktungschancen und gleichzeitig ein wirtschaftlicher Konkurrenzkampf der Professionen unter sich verbunden ist.

2.2.4.2 Die Professionalisierung

Gerade in diesem zuerst genannten Zusammenhang ist auch der Aspekt der möglichen beruflichen Höherqualifikation zu berücksichtigen, der zu einer Zunahme der therapeutischen Ausbildungen führt²⁵, was wiederum eine erhöhte Akzeptanz entsprechender Problemverständnisse nach sich zieht, denn der Kampf um Domänen geht zwangsläufig einher mit der Definition dessen, was, ab wann, wie und mit welchen Folgen für das betroffene Individuum als Problem gilt. Mit dem professionellen Konkurrenzkampf entstehen zudem neue Identitätsvorgaben, denn die inflationäre Entwicklung der Therapieschulen beinhaltet immer auch diejenige von Identitätskonzeptionen, die in die Arbeit eingehen und darüber Verbreitung erfahren.

Aber auch auf sozialpädagogischer Seite zeigen sich professionelle Entwicklungen, die ihr Verhältnis zu therapeutischen Interventionsformen beeinflussen. So etwa fällt auf, dass sich als Reaktion auf deviantes Verhalten häufig eine weitgehende Tendenz zur Ausgrenzung hier auftretender Probleme feststellen lässt, und zwar sowohl seitens der sozialpädagogischen Wissenschaft als auch auf Seiten praktisch handelnder Sozialpädagogen, womit eine Problemdelegation an Nachbardisziplinen und -professionen, die für zuständig(er) und kompetent(er) gehalten werden, einhergeht - etwa Medizin, Psychologie, Soziologie, Kriminologie, Psychiatrie. Mit diesem Vorgehen korrespondiert eine Fehldelegation vorrangig sozialpädagogischer Probleme an Nichtpädagogen, die zwar in bestimmten Fällen, etwa im Zuge einer Kooperation, sinnvoll sein kann, aber in der Mehrzahl der Fälle wohl als Hinweis auf mangelnde sozialpädagogische Handlungskompetenz zu werten ist.²⁶

25 Die Stadt Zürich zählte 1991 nicht weniger als 28 Schulen, Seminare und Institute, wovon ein grosser Teil innerhalb der vorangegangenen 10 Jahre gegründet wurde. Vgl. dazu die Übersicht "Zürich: Schlaraffenland für die Psyche" von Isabelle Meier im Magazin 9/1991 des Tages-Anzeigers und der Berner Woche, S. 26 ff.

Allein in der von mir im Zusammenhang mit der Redaktion der vorliegenden Arbeit konsultierten Fachliteratur ist von rund 400 (!) verschiedenen therapeutischen Methoden die Rede.

26 Vgl. Kraimer, Klaus: Abweichendes Verhalten als Gegenstand Alltags- und Interaktionstheoretischer Erziehungswissenschaft (Europäische Hochschulschriften, Reihe XI, Pädagogik, Band 255). Frankfurt a.M./Bern/New York: Lang 1985, S. 128.

Dieses Abschiebungsphänomen hängt offenkundig mit einem wenig entwickelten beruflichen Selbstverständnis, mit einer geringen professionellen Identität der Sozialpädagogen zusammen. Entsprechende Erhebungen allerdings nur bedingt vergleichbarer Tätigkeiten sind aus Deutschland bekannt, wo sich ein Grossteil der Befragten beklagt über statusniedrige, therapiefremde (sic!) Kompetenzen mit geringen Handlungsspielräumen bei oft längerer Berufstätigkeit als ihre therapeutisch tätigen Kollegen.

Auf diese Hierarchie reagieren sie zum Teil mit Anpassung, indem sie den Psychologen und Therapeuten mehr Professionalität zusprechen, und zum Teil mit Zweifeln an ihrer beruflichen Identität. Klinisch-psychologische Beratungsmethoden werden zwar weitgehend kritisch eingeschätzt, dennoch angestrebt; sie fühlen sich den psychologisch ausgebildeten Kollegen gegenüber benachteiligt und versuchen in vielen Fällen, den daraus entstehenden Konflikten aus dem Wege zu gehen. Insgesamt zeigt sich eine Ambivalenz gegenüber professioneller Orientierung, die einerseits angestrebt, andererseits als in vielen Fällen unangemessen angesehen wird. Im Zusammenhang mit dieser Ambivalenz ist auch die Tendenz zu sehen, zwischen sich selbst und der eigenen Berufsrolle zu trennen.²⁷

Wenn aus der Schweiz auch keine statistisch erhobenen Ergebnisse vorliegen, so gibt es doch zahlreiche Hinweise dafür, dass das Verhältnis der sozialpädagogisch und therapeutisch ausgerichteten Berufsstände ähnlich belastet ist. Wir verweisen etwa auf die Ergebnisse der Gruppenarbeiten einer 1991 eben zu diesem Thema abgehaltenen Fachtagung²⁸, durch die sich wie ein roter Faden die Feststellung zieht, dass sich viele Sozialpädagogen gegenüber den Psychologen und Therapeuten wegen der unterschiedlichen und weniger akademischen Ausbildung unterlegen fühlen.

Solche Minderwertigkeitsgefühle könnten die Beziehungen zwischen Therapeuten und Pädagogen belasten, auch wenn dafür sonst keine Gründe und Anlässe bestünden, wird ins Feld geführt. Sozialpädagogen hätten ein tieferes Rollenbewusstsein, den tieferen Lohn und den tieferen Status als Psychologen und Therapeuten. So stellten sich bei der Zusammenarbeit immer wieder heikle Fragen: der Praktiker fühle sich in seiner Arbeit behindert; er meine, es werde über seinen Kopf hinwegentschieden, wenn die Theoretiker nicht rechtzeitig mit ihren Informationen herausrückten, die Informationen also mühsam geholt werden müssten. Solches Verhalten werde vom Erzieher häufig als Machtausübung verstanden. Die Forderung einer Gruppenteilnehmerin "Jeder Sozialpädagoge ein Minitherapeut" verdeutlicht die ausge-

27 Gerstenmaier, Jochen: Identitätsprobleme von Erziehungsberatern. In: Frey, Hans-Peter; Hausser, Karl (Hg.): Identität. Entwicklung psychologischer und soziologischer Forschung. (Der Mensch als soziales und personales Wesen, Band7). Stuttgart: Enke 1987, S. 250.

28 VHS/VHZ-Tagung 3. Juni 1991 in der Paulus-Akademie Zürich, zusammengefasst in: Schweizer Heimwesen. Fachblatt VSA, 62. Jg., H. 8, S. 519 f.

drückten Minderwertigkeitsgefühle, vor allem aber das irregeleitete Berufsverständnis²⁹.

Dieser Selbstbemitleidung wurde denn in der Diskussion auch entgegengehalten, dass Sozialpädagogen, die mitten im arbeitsintensiven Alltag mit ihren Klienten stehen, zu diesen naturgemäss ein anderes Verhältnis als die von aussen zugezogenen Therapeuten hätten. Die Sozialpädagogen schienen die Wichtigkeit und Bedeutung ihrer Arbeit oft gewaltig zu unterschätzen, wurde vor allem von psychologischer Seite betont und hervorgehoben, ihre Arbeit sei im Gegenteil unersetzbar, bedeutend und prägend. Vom gleichen psychologischen Referenten wurde aber auch geltend gemacht, dass seinen Berufskollegen oft entginge, dass sie - ganz ohne solche Absichten notabene - einen herablassenden und besserwissenden Eindruck machen könnten, was wiederum dämpfend und lähmend auf die Stimmung der Sozialpädagogen wirken und die Atmosphäre nachhaltig vergiften könne.

2.2.4.3 Die therapeutische Grenzvermischung

Dass das Eindringen dieser Konzepte in weite Bereiche der sozialen Arbeit in der Regel wenig oder unreflektiert als eine Art selbständiger Prozess verläuft, bleibe nicht unerwähnt, liegt doch darin ein weiteres Problem des Eindringens therapeutisierender Arbeitsweisen in die Kategorie der sozialen, insbesondere der sozialpädagogischen Berufe, nämlich die tendenzielle Grenzverwischung zwischen Therapie, Selbsterfahrung und Alltagsrealität. So betrachtet bedeutet Therapeutisierung eine Grenzüberschreitung von den herkömmlichen Aufgaben von Therapie, wie wir sie oben als Beitrag zur Heilung beschädigter Identität definiert haben. Diese Art der Therapeutisierung setzt Therapie dort ein, wo es in diesem Sinne nicht um Therapie, sondern um Themen wie Sinnsuche, Suche nach Grenzerfahrungen oder andere individualisiert bestimmte Lebensprobleme geht. So setzt sich Therapie der Gefahr aus, sich selbst als Sinnquelle zu etablieren und die traditionelle Funktion zu vernachlässigen oder aufzugeben, nämlich Hilfe zur Erschließung von Sinnquellen zu geben. Dass es dem Therapiemarkt offensichtlich gelingt, bislang für nicht kommerzialisierbar gehaltene Prozesse der Sozialisation wirtschaftlich zu materialisieren, sei nur am Rande als bemerkenswerte Erscheinung kapitalistischer Wirtschaftsstruktur vermerkt.

29 Zum sozialpädagogischen Berufsverständnis sei verwiesen auf Kok, Jacobus Fredericus Wilhelmus: Grundlagen moderner Heimerziehung. 3. Aufl. Freiburg i.Br.: Lambertus 1980, der die zentrale und umfassende Verantwortung dem devianten Individuum gegenüber dem Sozialpädagogen überträgt, dem spezialisierte Fachkräfte wie Therapeuten zugeordnet sind. Vgl. insbesondere sein Konzept der 2.-Grad-Strategie, S. 78 ff.

2.2.5 Folgerungen

Als Abschluss dieser Einführung wollen wir aus den skizzierten Entwicklungen - Neigung zur Personalisierung von Problemlagen und Therapeutisierung von Interventionsstilen - Überlegungen ableiten, die das Verhältnis sozialpädagogischer und therapeutischer Arbeit wesentlich und zunehmend beeinflussen und prägen. Wenn wir dies in bewusst pointierter Weise tun, so nicht in der Absicht, Kritik an der professionellen Beeinflussung der Identitätsbearbeitung zu üben, sondern mit dem Ziel, die sich abzeichnenden Tendenzen herauszuschälen und vom Hintergrund abzuheben und durch deren Extrapolation auch auf aus sozialpädagogischer Sicht fragwürdige Folgen hinzuweisen. Eine in diesem Sinne prospektive Erörterung muss zwangsläufig plakativ und wenig differenziert ausfallen und kann insbesondere die bereits einleitend hervorgehobene ausserordentliche Vielfalt therapeutischer Ansätze nicht berücksichtigen.

2.2.5.1 Identitätslabilisierung

Auf Grund der festgestellten Zunahme individualisierender und personalisierender Identitätskonstruktionen und der parallel dazu verlaufenden Verminderung deren Abstützung im realen sozialen Lebenszusammenhang haben wir den Prozess des zunehmenden Bedarfs (psycho)therapeutischer Hilfe bei der Bewältigung von Lebensproblemen und das daraus resultierende oder umgekehrt die Nachfrage generierende Angebot beschrieben. In wesentlichen Bereichen hat derlei Therapie die Relativierung traditioneller, eingefahrener Orientierungsmuster und -kategorien und damit der Identität zur Folge. Das explizite, oft aber unausgesprochene, ja uneingestandene Ziel ist dabei die Erschliessung neuer Erfahrungen und Etablierung von Sinnquellen für das eigene Leben.

Diese Neuformulierung von Erfahrungen und Sinnquellen erfolgt nun in einem gesellschaftlichen Kontext, in dem gerade diese Inhalte und Massstäbe bereits geschwächt sind; den entsprechenden Kategorien fehlt, wie wir gesehen haben, zunehmend die Stützung im sozialen Zusammenhang. Das beschriebene therapeutische Vorgehen aber verallgemeinert die Verhandbarkeit und Relativität von Identitätstypen, was auf Grund der so entstehenden Sinndefizite die Gefahr erhöht, dass kompensierend professionelle Problemdefinitionen unzulässig generalisiert und in die Interventionsfelder ausgeweitet werden, was wiederum zu einer Verwischung, beziehungsweise Verschiebung der Grenze zwischen Therapie, Selbsterfahrung und Alltagsrealität führt.

Aus sozialpädagogischer Sicht bedeutet dies, dass der in der Therapie gewonnenen Selbsterfahrungsgehalte keine lebbare Alltagswirklichkeit entspricht. Statt die Bildung neuer, in der Lebenswirklichkeit realisierbarer

Strukturen zu fördern, wird dieser Prozess durch die Labilisierung der Identitätsmassstäbe geradezu verhindert. Es wird gar der umgekehrte Versuch unternommen, professionell therapeutische Konstrukte zur Alltagsrealität zu stilisieren und sie als die eigentliche Stütze der Konstruktion von Wirklichkeit auszugeben. Im Vordergrund steht nicht mehr die Heilung beschädigter Identität, sondern die Bildung der zentralen, gesellschaftliches Leben ermöglichenden und identitätsstiftenden Inhalte selbst.

2.2.5.2 Der therapeutische Subjektivismus

Was allein in der so verstandenen therapeutischen Interaktion akzeptiert wird, was das Zentrum der Aufmerksamkeit ausmacht und worauf sich alle Veränderungsanstrengungen richten, ist die subjektive Realität des Individuums, die Wahrnehmung und Erlebniswelt seiner selbst. Damit werden alle objektiven Bedingungen auf die Wirkung reduziert, die sie auf die Subjektivität und Intersubjektivität haben. Identität wird nur als subjektive Empfindung verstehbar, als das Fühlen und Wahrnehmen des eigenen Körpers und der Bedürfnisse, Stimmungen und Sinnesreize. Störungen gelangen nur als die des subjektiven Identitätsgefühls ins Blickfeld.

Das "Sich-Fühlen", die Empfindungsfähigkeit und Sensibilität gegenüber den eigenen Reaktionen, sowohl auf eigene wie fremde Gedanken, Äusserungen, Handlungen, kurz: auf alles sinnlich Wahrnehmbare, wird das Wahrheitskriterium für die eigene Zuständlichkeit, aber auch für die der anderen. Das Fühlen löst das Denken ab, das als suspekt erscheint und statt zur Seinsbestätigung zu führen mit seiner Rationalität bloss Verwirrung stiftet. Das Fühlen soll nun zur Gewissheit des Ichs führen und dessen Einheit begründen, indem das vom Fühlen getrennte Denken zu diesem zurückkehren soll.³⁰

2.2.5.3 Das Abhängigkeitspotential

Diese Betonung der Gefühlsebene und der Relativierung der Identitätsstruktur, beziehungsweise der damit einhergehenden Abhebung von der gesellschaftlichen Realität birgt die Gefahr der dauernden Abhängigkeit von dieser Bezugswelt in sich, sei es real, sei es in der Aufrechterhaltung therapieähnlicher Interaktionsstile und Kommunikationsmodi. Wer seine Identität nur in der Gruppe oder ähnlichen therapeutischen Settings erlebt, läuft Gefahr, ausserhalb dieser Interaktionssysteme die Orientierung zu verlieren und gerade dadurch vom therapeutischen Setting abhängig zu werden, dass die so konstruierte Diskrepanz zwischen dem eigentlichen Alltag, der Normalität, und

30 Vgl. Wimmer, Michael: Identitätskonzeptionen in Therapieansätzen der Humanistischen Psychologie. In: Nagel, Herbert; Siefert, Monika (Hg.): Inflation der Therapieformen. Gruppen- und Einzeltherapien in der sozialpädagogischen und klinischen Praxis. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt 1979, S. 144.

der scheinbaren Wirklichkeit der Person im psychosozialen Setting zum immer wieder neu zu bearbeitenden Problem wird. Die Extrapolation der Tendenz führt hin zur permanenten Identitätskrise, die den Therapieklienten schliesslich in die Devianz und damit in das sozialpädagogische (Be)handlungsfeld abdrängen kann.

2.2.5.4 Das Entwirklichungsrisiko

Vergleichbare Risiken beinhaltet die potentielle Falle einer falsch verstandenen Suche nach Grenzerfahrungen als Ersatz oder Ausgleich erlebter Substanzdefizite. Mit der angetönten (Über)betonung des Gefühls kommt es zu transzendentalen Erlebnissen und erfahrungsgemäss zur erleuchtenden Erkenntnis, bisher total an sich selbst vorbeigelebt zu haben. Solche Grenzüberschreitung und hier akzeptierte, ja erwünschte Tabuverletzungen werden heute in Gruppen angeboten, ähnlich religiösen Ritualen in andern Kulturen. Versucht sozialpädagogische Arbeit das Identitätsdefizit des Individuums durch (Wieder)herstellung der Balance zwischen personalem System und Ansprüchen der realen Umwelt zu erreichen, liegen Aufgabe und Qualität therapeutisierender Arbeit gerade in der Sprengung der Alltäglichkeit. Bieten aber vergleichbare religiöse Rituale in ihren Kulturen als Stützung einen gesellschaftlich getragenen Rahmen an, fehlt diese Voraussetzung in den therapeutisch inszenierten Erfahrungs- und Identitätsangeboten häufig, vor allem als Angebot strukturierter Rückübersetzung solcher Erfahrung in die alltägliche Normalität des Lebens.³¹

In dieser fehlenden Retransferierung erlebter Grenzerfahrungen und relativierter Identitätsstrukturen liegt für die Sozialpädagogik eine besondere Relevanz. Die Gefahr ist unverkennbar, dass die Vorstellung aufkommt, dass das Leben in der normalen Wirklichkeit ebenfalls entsprechende Erfahrungsqualitäten beinhalten müsste. Solch durch therapeutische Stützung als fließend erlebte Identitätsstrukturen und -wie im therapeutischen Setting - permanent ausbalancierte Kommunikationsmuster müssten auch im Alltag zum Ziel werden: Ein Leben ohne Selbstentfremdung und Selbstverwirklichung in jeder Situation wird von der utopischen zur realen Zielvorstellung.

Die unbearbeitete Verfestigung solcher Orientierungsmuster kann zu Veränderungen der Verankerungen und Bezugspunkte für Alltagsorientierung und Identität werden. Mögliche und in der Praxis zunehmend zu beobachtende Folgen solcher Wirkungen sind etwa die dauerhafte Selbstrelativierung und die darin liegende Abhängigkeitsgefahr sowie die Gruppenkarriere (statt der angestrebten Therapie) bis hin zum Sektierertum und Mitgliedschaft in

31 Kok, S. 79, weist im Zusammenhang mit der von ihm als 2.-Grad-Strategie bezeichneten therapeutischen Behandlung auf diese Gefahr hin. Die meisten 2.-Grad-Strategien würden ausserhalb der Lebensgruppe der Klienten durch spezialisierte Mitarbeiter (z.B. Psychotherapeuten) durchgeführt. Diese Behandlung müsse jedoch erfolg- und wirkungslos bleiben, "wenn nicht in der realen Lebenssituation Möglichkeiten geboten werden, die zu übenden Aspekte in die Praxis umzusetzen."

entsprechenden Gemeinschaften. Verfahren mit dem Anspruch subjektivierender und Autonomie betonender Identitätsfindung stilisieren dadurch eine dauerhafte Hinterfragungshaltung gegenüber Alltäglichkeit, ohne selbst substanzgenerierend zu sein, zur zweifelhaften Qualität hoch.

2.2.5.5 Periphere Aspekte

Abschliessend seien aus sozialpädagogischer Perspektive aus der angedeuteten Entsubstanzialisierung des Identitätsbegriffs und dessen individualistischer Relativierung sowie der Vertherapeutisierung des Alltagslebens einige Randerscheinungen aufgezeigt, die das Verhältnis der beiden Interventionsformen entscheidend beeinflussen.

Da ist einmal zu nennen die Transformation der beanspruchten neuen Erfahrungssprache in den eigenen Psychojargon, die zusammen mit der professionellen Förderung von persönlicher Nähe leicht zu einem für die jeweilige soziale Welt spezifischen, oft eingeübt wirkenden Intimjargon führt, der dann vor allem dort, wo reale soziale Beziehungen, persönliche Nähe oder Intimität tatsächlich - auf Dauer - hergestellt werden sollen, durch die von den betroffenen Interaktionspartnern als paradox empfundene, distanzierende oder argumentationsstrategische Verwendung eher hinderlich wirken und so alltägliche personale Beziehungen verkünstlichen kann.

Ein weiteres, kritisch zu beurteilendes Phänomen hat therapeutisches mit sozialpädagogischem Handeln gemeinsam, nämlich die Simulation von Primärbeziehung, vor allem in Gruppen, indem nämlich im Lichte der dort gegebenen Aufkündbarkeit und Inszenierbarkeit dieser Beziehungen auch Realbeziehungen dieser Qualität der prinzipiellen Verbindlichkeit und Unauflösbarkeit verlieren, die im realen Alltag Schutz und Konstanz von Intimität und personalen Beziehungen erst ermöglichen.

Zu erwähnen ist schliesslich in diesem Zusammenhang die Flut von Psycho- und Therapieliteratur unterschiedlichsten Gehalts und Niveaus, welche die moderne Buchhandlung ziert und den Anspruch erhebt, Hilfe zur Lösung von Lebensproblemen und bei der Selbstfindung zu bieten. Diese Feststellung ist insofern von Belang, als es nicht zuletzt die Klienten psychosozialer Dienstleistungen sind, welche sich über diesen Weg in das therapeutisierende Feld einleben und damit die weiter oben angesprochene Aufspaltung der Wege der Bearbeitung von Identitätsdefiziten verschärfen. Mit den Belesenen und Wissenden arbeitet es sich leichter, von du zu du, während den andern (angeblich) Interesse und Bereitschaft zur Arbeit an der eigenen Person fehlt; dieses minderwertige und unbeliebte Klientel läuft so Gefahr, in den oben als hart bezeichneten, lies sozialpädagogischen Bereich abgedrängt zu werden, mit dem hohen Risiko, in einer abweichenden Karriere eine negative Identität zu finden.

2.3 Theoretische Abgrenzungskriterien

Nachdem wir uns bereits einleitend in medias res gestürzt und in bewusst kritischer Weise - die Absicht, dadurch des Autors grundsätzliche Einstellung durchschimmern zu lassen, soll nicht verhehlt werden - mit dem problematischen Verhältnis sozialpädagogischer und therapeutischer Arbeit durch das Herausgreifen unseres Erachtens neuralgischer, eben diese Relation prägender Gesichtspunkte vertraut gemacht haben, wollen wir die beiden Interventionsformen nun etwas systematischer unter die Lupe nehmen, in der Hoffnung, Gemeinsamkeiten und Differenzen in einer Weise herauszuschälen, die uns im letzten Kapitel die entsprechende Einordnung der Arbeitstherapie in dieses Bezugsnetz ermöglichen werde.

2.3.1 Retrospektive

Wenn wir von problematischem Verhältnis zwischen therapeutischer und pädagogischer Arbeit sprechen, wagen wir uns damit nicht etwa aufs Glatt-eis und betreten auch kein Neuland, reicht doch der Konflikt bis in zeitlich nicht mehr definierbare Epochen zurück, als die ursprünglich im Schamanen, im Mediziner, im Zauberer in Personalunion vereinten Aufgaben, Zielsetzungen und Methoden des Lehrens und Heilens auseinanderzustreben begannen. Lehrer, Priester und Arzt bildeten bereits in vorchristlichen Hochkulturen eine spannungsgeladene Trias, zu der - je nach dem als übergeordnete oder vermittelnde Instanz - die Regenz trat. Die Divergenzen und Konflikte zwischen Arzt und Erzieher verschärften und differenzierten sich von der Renaissance und deutlich dann vom Aufklärungszeitalter weg im Zusammenhang mit der zunehmenden Professionalisierung und berufsständischen Organisation im Bildungs- und im Medizinalbereich.³²

Der Begriff "Therapeut" stammt ursprünglich aus dem griechisch-medizinischen Berufsverständnis und bedeutet soviel wie ausübender Heilkundiger. Mit Therapie ist demnach die Behandlung, die Prozedur gemeint, die zur Heilung führen soll. Diese Aufspaltung des ursprünglich ganzheitlichen Heilens, wie wir ihn heute noch in sogenannten primitiven Kulturen finden, führte auch zu einer Aufteilung in eine körperliche und seelische Behandlung. Die körperlichen Leiden wurden vom Arzt behandelt, die seelischen dem Priester

32 Vgl. die historischen Belege dafür, dass sich Philosophen und Pädagogen der Heilkunst je in einer ambivalenten Haltung, mit aus Bewunderung und Verachtung, skeptischer Distanz und wohlwollender Sympathie gemischten Gefühlen gegenüberstanden bei Kobi, Emil E.: Therapie und Erziehung: Ein chronischer Beziehungskonflikt. In: Schweizerische Heilpädagogische Rundschau, 7. Jg., H. 10, 1985, S. 227.

überlassen. Die beruflichen Wurzeln des Therapeuten sind demnach sowohl im medizinischen als auch im priesterlichen Verständnis zu suchen.

Auf erheblich grössere Schwierigkeiten stossen wir beim Erkunden der sozialpädagogischen Wurzeln. Das hängt einerseits damit zusammen, dass das Berufsbild des Sozialpädagogen erst in unserem Jahrhundert in Erscheinung tritt. Vorher tritt der Sozialpädagoge vorwiegend in Personalunion als Lehrer und Erzieher auf, so wie wir ihn in der Person von Pestalozzi kennen.

Die andere, tiefere Wurzel des heutigen Sozialpädagogen ist nicht in einem gewachsenen Berufsstand zu suchen, sondern in der archetypischen Rolle des Vaters und der Mutter in ihrem Einwirken auf das Kind. In diesem Punkt liegt zweifellos eine der wesentlichen Schwierigkeiten, die das berufliche Selbstverständnis des Sozialpädagogen bis heute belasten. Einerseits stehen ihm wenig verankerte und allgemein anerkannte Vorbilder zur Verfügung, an die er sich anlehnen könnte, und andererseits meint jedermann zu wissen, wie Erziehung geht, was sie beinhaltet und wie sie zu gestalten sei.³³

Geschichtlich gesehen sind also die beruflichen Identifikationswurzeln des heutigen Sozialpädagogen sehr jung und orientieren sich am ehesten an den ganzheitlich denkenden Reformpädagogen um die Jahrhundertwende, denen es mehr um die Vermittlung einer Lebensphilosophie und -schulung ging als um kognitive Bildung. Gemeint ist damit, dass der Sozialpädagoge in Wirklichkeit ein alltäglicher Beschützer, Grenzensetzer, Unterstützer und Anreger ist, der ebenso in seinem Wirken das soziale Umfeld des zu Erziehenden mit einbeziehen muss.

2.3.2 Kategorisierung der Kritik

Betrachten wir den Therapeuten in zwar salopper, aber durchaus real begründeter³⁴ Weise als Nachfolger des Medizinmannes, so lässt sich der aus

33 Vgl. Guyer, Luc: Zusammenspielen statt einander ausspielen. In: Schweizer Heimwesen. Fachblatt VSA. 62. Jg., H.10, 1991, S. 681 f.

34 Obwohl die Feststellung kaum ernsthaft umstritten sein dürfte und der therapeutische Hang hin zum statusträchtigen Medizinalbereich unverkennbar ist, soll hier als einer von unzähligen Belegen etwa die rechtliche Norm angeführt werden, wonach psychologisch ausgebildete Berufsleute die sogenannte delegierte Therapie nur unter Aufsicht eines Arztes in dessen Räumen ausüben dürfen, wollen sie ihre Kosten über die Krankenkassen liquidieren.

Ebenso aufschlussreich ist auch die Tatsache, dass sich die Institution, in welcher der Autor als Arbeitstherapeut mit alkoholabhängigen Frauen und Männern arbeitet, bis vor kurzem als Heilstätte bezeichnet hat und sich neuerdings, wohl etwas moderner klingend, die ebenfalls aus dem medizinischen Vokabularium stammende Bezeichnung Rehabilitationszentrum zugelegt hat, ihre Klientenschaft als Patientinnen und Patienten und deren Abhängigkeit als Krankheit bezeichnet. Um die Nähe zum prestigeschwangeren Medizinalbereich (zur psychiatrischen Klinik?) zu dokumentieren, hält zudem wöchentlich ein Psychiater seine Sprechstunde und erteilt obligatorischen medizinischen Unterricht. - Dass die aus medizinischer Autorität als Krankheit definierte Abhängigkeit weitreichende,

pädagogischer Sicht seit Jahrhunderten schwelende Grundkonflikt zwischen Erziehung und Therapie mit folgenden Stichworten erfassen:

- *Pragmatismus*: Gemeint ist damit der in seinen negativen Aspekten verstandene Machbarkeitswahn. Der Mensch werde durch den Menschen vom Gang der Natur und seiner Natur, zu der auch Krankheit und Leiden, Gebrechen und Behinderung, Schmerz und Verzweiflung, Hinfälligkeit und Tod gehören, entfremdet. Therapeutische Tätigkeit wird in ihrem programmatischen Heilungsanspruch als widernatürlich, gegen die Natur des Menschen gerichtet, empfunden.
- *Omnipotenz*: Das pädagogische Berufsfeld fürchtet den Allmachtsanspruch, zwar nicht des einzelnen Arztes oder Therapeuten, wohl aber des Systems, das sie vertreten. Die Allgegenwart und Dominanz medizinischer Autorität, vor allem aber ihre definitorische Gewalt bezüglich der Zusprechung von Krankheit und Gesundheit, Zurechnungsfähigkeit, Tauglich- und Untauglichkeit, ruft gerade in jüngster Zeit wieder vehementen Protest hervor.
- *Totalitarismus*: Medizinisch-therapeutischen Professionen wird die Tendenz unterstellt, sämtliche Daseinsbereiche zu durchdringen, als heilungsbedürftig zu erklären und sie von ihrem Heil, eben jenem der Heilkunst, abhängig zu machen.
- *Illusionismus*: Die diesbezüglichen Vorwürfe richten sich auf die Widersprüche zwischen dem Anspruch, umfassende, glücklich und seligmachende Heilung, in weiterer Perspektive gar leidloses Leben bieten zu können einerseits und der Realität umfänglichen Versagens, der gelegentlich sogar zusätzlichen Schädigung andererseits. Das Abgeben uneinlösbarer Versprechen wird als unehrenhaft und falsch empfunden. In der geschickten Handhabung des Illusionismus wird seit jeher die

nicht zuletzt finanzielle und versicherungstechnische Konsequenzen hat, bestätigt nur unsere Interpretation.

Seit jedoch vor einigen Jahren ein cleverer Institutionsleiter die IV als Geldspenderin entdeckt und bei seinen Amtskollegen schnell den erforderlichen Sukturs gefunden hat, gerät das prestigeträchtige Medizinalmodell allmählich ins Wanken, entpuppt es sich doch unter diesem neuen Aspekt plötzlich als kontraproduktiv. In der Tat: Art. 4 IVG lautet: "Als Invalidität im Sinne dieses Gesetzes gilt die durch einen körperlichen oder geistigen Gesundheitsschaden als Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall verursachte, voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde Erwerbsunfähigkeit." Nun gelten aber Süchte (Alkoholismus, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit, Nikotinabhängigkeit) nicht als Gesundheitsschaden im Sinne des IVG, ausser die Sucht sei selber Folge eines andern Gesundheitsschadens (z.B. einer schweren Persönlichkeitsstörung) oder habe ihrerseits wieder zu einem solchen (z.B. Leberzirrhose) geführt.

Da also die zentrale gesetzliche Voraussetzung zum Bezug von IV-Leistungen, nämlich die bleibende oder längere Zeit (in der Regel mindestens ein Jahr) dauernde, durch einen Gesundheitsschaden verursachte Erwerbsunfähigkeit in vielen Fällen nicht gegeben ist, bedurfte es akrobatischer Klüngele, raffinierter Verhandlungstaktik und als Ergebnis einer weitherzigen Gesetzesauslegung - das von der Legislatur in diesem Zusammenhang gar nicht vorgesehene Zauberwort der Prävention half weiter -, um die ergiebige Quelle dennoch anzuzapfen. So finanziert die IV rund die Hälfte der Betriebskosten unserer Institution und trägt einen wesentlichen Teil der Investitionskosten der kürzlich abgeschlossenen Neu- und Erweiterungsbauten. Da der Hauptteil der restlichen Betriebskosten aus den kantonalen Gesundheitskassen gedeckt wird, sind die Institutionsmanager heute zu heiklen Balanceübungen - hier Prävention, da Rehabilitation - gezwungen.

Chance von Ärzten und Therapeuten zur Befriedigung persönlicher Geldgier vermutet.

2.3.3 Die Interventionsformen

2.3.3.1 Behandeln und Belehren

Lässt man die vordergründigen organisationspsychologischen Konflikte, die methodischen Auseinandersetzungen und die andersartigen Praxisfiguren des pädagogisch-therapeutischen Alltags ausseracht, beziehen sich letztlich Sozialpädagogik und Therapie auf zwei unterschiedliche Menschenbilder und Formen der Weltbegegnung, die sich mit *behandeln* und *belehren* etikettieren lassen.

Jeder Behandlung ist eigen, dass sie aus einem Subjekt-Objekt-Verhältnis heraus erfolgt und dadurch einem materiellen Substrat eine ideelle Gestalt verliehen werden soll. Das zeigt sich deutlich da, wo eine Person als Subjekt ein Stück Materie als Objekt nach ihrem Bilde, ihrer Vorstellung zweckrational formt und gestaltet. Der Schreiner behandelt ein Stück Holz - sägt, hobelt, kehlt, bohrt, schleift, leimt, lackiert es -, dass sich in ihm die Idee eines Stuhles, der seinen Zweck als Sitzgelegenheit erfüllen soll, realisiert. Behandlung hat im weitesten Sinne stets mit Formung, Umformung zu tun, ist daher - materiale - Formation.

Zum Wesen jeder Belehrung gehört andererseits, dass sie aus einem Subjekt-Subjekt-Verhältnis heraus erfolgt und dass dadurch einem personalen Subjekt ein Handlungsmuster vermittelt werden soll. Dies zeigt sich deutlich, wo eine Person einer andern - Subjekt beide - eine ideelle Gestalt vermittelt, etwa in der Aussage "Ich heiße Walter". Damit setze ich mich zum Angesprochenen in ein qualifiziertes Verhältnis, biete ihm die Möglichkeit, - mir Subjekt gegenüber - ein erweitertes Handlungsmuster anzuwenden, nämlich, mich beim Namen zu nennen oder bei andern mit meinem Namen über mich zu sprechen. Belehrung hat letztlich stets mit Mitteilung, Erfahrungsvermittlung zu tun, ist daher - immaterielle - Information.

2.3.3.2 Beruflicher und struktureller Hintergrund

Die grundsätzlichen Unterschiede zwischen dem formativen, behandlungsorientierten therapeutischen System und dem informativen, belehrungsorientierten pädagogischen System haben ihre Wurzeln in einer jahrhundertealten Entwicklungsgeschichte, in deren Verlauf sie deutlich voneinander abweichende Organisationsstrukturen hervorgebracht und andersartige Professionalisierungswege gegangen sind. Beide Berufskategorien anerkennen zwar ge-

gegenseitig ihre Existenzberechtigung als Daseinsgestalter im Dienste der Menschheit und Menschlichkeit; jedoch entspringt dieses scheinbar sich deckende Selbstverständnis unterschiedlichen Motiven; es bildet denn auch, wie die Erfahrung lehrt, keine hinreichende Grundlage für ein gegenseitiges, die partnerschaftlichen Anliegen einschliessendes Verständnis.

Es lohnt sich, diese strukturellen Unterschiede hervorzuheben und wenigstens in groben Strichen zu skizzieren, da sie das Verhältnis unter den Professionen nicht auf der persönlichen Ebene und die Beziehung zwischen Therapeut und Sozialpädagoge nicht im konkreten Einzelfall zu belasten brauchen. Der Therapeut, der seine professionelle Sozialisationsgeschichte im medizinischen oder paramedizinischen Bereich durchlaufen hat oder sich diesem zumindest verbunden fühlt und anzunähern trachtet, hat nicht nur auf der Inhaltsebene etwas anderes gelernt als etwa das Teammitglied, welches eine sozialpädagogische Ausbildungskarriere hinter sich hat.

Auch auf der Beziehungsebene haben sie anders gelernt, sich mit je einer systemspezifischen sozialen Sprachregelung und eigenen Kommunikationsmustern vertraut gemacht und identifiziert. Sie sprechen daher unter ihresgleichen - Therapeut zu Therapeut, Pädagoge zu Pädagoge -, aber auch mit ihren Klienten - hier Patient, dort zu Erziehender - nicht nur über verschiedene Inhalte, sondern anders, in ihrer rollen- und statusspezifischen Form, und zwar selbst dann, wenn das Thema der Kommunikation oder Interaktion identisch ist. Andererseits spricht auch der Klient mit seinem Therapeuten oder Pädagogen in einer anderen Sprache über verschiedene Inhalte, je nachdem er sich in der Rolle des Patienten oder des zu Erziehenden bewegt.

Die grundsätzlichen strukturellen Differenzen zwischen den beiden Interventionssystemen zeigen sich etwa darin, dass sich die therapeutischen Professionen akzentuiert mit dem Menschen im Objektstatus befassen, während die Sozialpädagogik den Mensch im Subjektstatus seiner Persönlichkeit fokussiert. Während sodann beim Therapeuten seine Behandlungsorientiertheit, Herstellung, Wiederherstellungs-, Erhaltungsbemühungen im Vordergrund stehen, sind es beim Sozialpädagogen seine Belehrungsorientiertheit, Gestaltungs-, Entwicklungs- und Umgestaltungsbemühungen.

2.3.4 Therapeutische Methoden

Nachdem wir nun auf theoretischer Ebene grundsätzliche Unterschiede in bezug auf das Menschenbild, das Aufgabenfeld und die Zielsetzung einerseits sowie den sich hieraus ergebenden Organisationsstrukturen und beruflichen Identitäten und damit das Verhältnis Pädagogik/Therapie aus dieser Warte beleuchtet haben, so wollen wir nun in einem weiteren Schritt im Hinblick auf den anschliessend zu erörternden Themenkreis der Arbeitsthe-

rapie den Bereich der gelebten Praxis betreten, wo sich Sozialpädagoge und Therapeut in ihren Alltagsaufgaben als Partner derselben Klientenschaft begegnen. Hier wird die Inkongruenz therapeutischer und pädagogischer Ansprüche, Zielsetzungen und Massnahmen sichtbar und oft genug zum Störfaktor³⁵; die vielbeschworene Teamarbeit fällt aus dem Tritt; man kommt einander ins Gehege, gerät einander in die Haare, tritt sich auf die Füße; die oft mit Geschlossenheit des Teams nach aussen nur dürftig camouflierten Spannungen sind jeder Leserin und jedem Leser dieser Zeilen aus eigener Erfahrung hinreichend vertraut.³⁶

2.3.4.1 Mittelbare und unmittelbare Therapie

Der von einem in unserer Institution tätigen Therapeuten an die Zunft der Arbeitstherapeuten gerichtete Vorwurf des Etikettenschwindels - Ausfluss des eben erwähnten Konfliktfeldes und des sich darin ausdrückenden Konkurrenzdenkens - nährt unsere Vermutung, dass es nicht zuletzt unterschiedliche Begriffsdefinitionen sind, die das Verhältnis von Sozialpädagogik und Therapie (unnötig) belasten. Konkret meinen wir damit den bereits verschiedentlich angetönten, zunehmend inflationären Gebrauch des Ausdrucks "Therapie".

In Anlehnung an Kobi³⁷ und Anknüpfung an unsere Umschreibung von Behandlung und Belehrung oben unter Ziffer 2.3.3.1 scheint uns aus sozialpädagogischer wie auch arbeitstherapeutischer Sicht die Unterscheidung zwischen *mittelbarer* und *unmittelbarer* Therapie weiterzuführen:

Als mittelbar wäre in diesem Sinne die Therapie zu bezeichnen, die sich auf objektivierbare Formen oder Anteile der als Krankheit, Störung, Behinderung, Defekt definierten Irregularität richtet. Das Übel wird als eine in sich

35 In bezug auf die Arbeitstherapie schildert Maria Rave-Schwank (Behandeln durch Handeln. In: Praxis und Probleme der Arbeitstherapie. Bonn: Psychiatrie-Verlag 1987, S. 21 ff.) anschaulich die notorischen und wohl in den meisten Institutionen spürbaren Spannungen zwischen Psycho- und Gesprächstherapeuten einerseits und den Arbeitstherapeuten andererseits. Konkrete Gründe erblickt sie in der Geringschätzung der arbeitstherapeutischen Funktion, die sich etwa durch das häufige Herausholen von Klienten aus der Arbeitstherapie zu Einzelgesprächen oder andern Aktivitäten manifestiere, womit sowohl dem Klienten wie auch dem Arbeitstherapeuten bedeutet werde, wie unbedeutend die Arbeitstherapie sei. Symptomatisch sei für sie auch die Tatsache - der Verfasser kann sie aus seiner Erfahrung bestätigen -, dass kaum je ein Therapeut "seine" Klienten in der Arbeitstherapie besuche oder gar schlicht aus persönlichem Interesse dort einen Augenschein nehme oder sich informieren lasse.

36 Nachdem das Identitätskonzept vermehrt Eingang in die sozialpädagogische Denkweise gefunden hat, wird in den letzten Jahren das akzentuierte Spannungsverhältnis zwischen sozialen und psychologischen Interventionsformen auch vermehrt auf wissenschaftlicher Ebene erörtert. Vor allem Jochen Gerstenmaier (S. 245, mit weiteren Literaturangaben) erwähnt, dass sich damit "auch die Kritik an der Effizienz psychosozialer Methoden, insbesondere therapeutischer Interventionen (einsetzen), nach der zunehmend nicht nur ihre Wirksamkeit bezweifelt, sondern auch deren negative Effekte für die Identitätsbildung von Klienten postuliert werden."

37 Kobi, Emil E. et al.: Kinder zwischen Medizin und Pädagogik. Luzern: Verlag der Schweizerischen Zentralstelle für Heilpädagogik 1979.

abgrenzbare Einheit betrachtet, das die davon betroffene Person belastet, quält, sie eben zum Patienten macht. Dieser spricht so von seinem Knochenbruch, seinem Schnupfen, seinem Krebs, zu deren Erkennung, Bekämpfung und Behandlung ein spezifisches Arsenal von Mitteln und Instrumenten zum Einsatz gelangt. Es handelt sich also um die klassische, traditionelle Form der Therapie, bei der einer objektivierbaren, definierten Krankheit mit objektiven Mitteln begegnet wird.

Demgegenüber sind die unmittelbaren Methoden dadurch gekennzeichnet, dass die Person des Therapeuten unmittelbar, also ohne Zuhilfenahme von Mitteln und Instrumenten, Einfluss nimmt auf die Person des Patienten und nicht auf die Störung als solche. Das Übel wird in seiner subjektiven Bedeutung, nicht als objektivierbare Krankheit, sondern als subjektivierungsbedürftiges Leiden aufgefasst. Der Patient *hat* nicht eine Krankheit, sondern *ist* depressiv, ängstlich, gehemmt. Es wird ein Zustand angesprochen, in dem des betroffenen Menschens personale Integrität und Identität bedroht sind, seine basale Existenz als Teil des sozialen Organismus. Die Therapie vollzieht sich hier in der Kommunikation zwischen Subjekten und zielt - die bis zur Deckung reichende Annäherung an das sozialpädagogische Interventionspektrum frappiert - auf verbesserte und angemessene Konstellationsbildungen, auf eine Neukonstitution der Person in ihrer personalen Identität und ihrem realen Bezug zur sozialen Umwelt.³⁸

Zwischen der klassischen Form mittelbar-objektgerichteter Therapie³⁹, bei welcher der personale Bezug minimal sein oder gar störend wirken kann, und der unmittelbar-subjektgerichteten Interventionsform etwa als psychoanalytische Behandlung, bei welcher der personale Bezug und Anspruch zentral und unverzichtbar ist, liegen zahlreiche Mischformen, die wir als *funktionale* Therapien bezeichnen wollen. Eine Mittelstellung nehmen sie dadurch ein, dass sie zwar organ- und funktionsgerichtet sind, ihr Erfolg aber gleichzeitig von der subjektiven Einstellung und Mitarbeit und nicht zuletzt von der Lernwilligkeit und -fähigkeit des betroffenen Individuums abhängig ist. Zu denken wäre hier etwa an die verschiedenen Anwendungsvarianten der Physio- und Ergotherapie, psychomotorischer Therapien, logopädischer und zahlreicher anderer, eine Stellung zwischen den mittelbaren und unmittelbaren Therapieformen einnehmender Interventionen.

38 Dass wir hier der Systematisierungsabsicht gewisse Opfer an Unpräzision zu erbringen haben, lässt sich nicht vermeiden. So etwa ist der vorgelegten These in dieser rein abstrakten Form entgegenzuhalten, dass sich auch der Sozialpädagoge zur Beeinflussung seiner Klienten im weitesten Sinne Mittel und Instrumente bedient, etwa die Vorstrukturierung von Prozessen oder die Gestaltung des pädagogisch-therapeutischen Milieus. So bereits Klaus Mollenhauer: "Die sozialpädagogische Aktion richtet sich nicht unmittelbar auf den zu Erziehenden, sondern von vornherein und prinzipiell auf das sozialpädagogische Feld, in dem er sich befindet, bzw. strukturiert dieses erst als ein sozialpädagogisches." (Einführung in die Sozialpädagogik. Probleme und Begriffe. Weinheim: Beltz 1964, S. 23.

39 Die chirurgische Operation an einem narkotisierten Patienten ist ein dafür besonders demonstratives Beispiel.

2.3.4.2 Das Konfliktpotential

Konfliktträchtige Situationen ergeben sich nun vor allem aus der Begegnung der sozialpädagogischen formativen Tätigkeit und den oben genannten unmittelbaren und funktionalen Therapien, sind doch diese einerseits herkunftsmässig, aus ihrem Selbstverständnis sowie ihren Ordnungsstrukturen heraus mit dem klassischen, behandlungsorientierten Medizinalsystem verbunden, bewegen sich aber andererseits doch zunehmend auf das Subjekt, den zu Erziehenden, dessen personalen Charakter zu und nähern sich so zunehmend dem sozialpädagogischen Aktionsfeld. Auch wenn diese Funktion häufig (bewusst?) verschleiert bleibt, zumindest in der Regel nicht deklariert wird, so zeigt sich doch, dass die verschiedenen Psychotherapien sowie die vorerwähnten funktionalen Therapien in Wirklichkeit fähigkeitsbezogene Kompetenzen vermitteln, etwa im Wahrnehmungsbereich, im affektiven und sozialen Bereich, wo sich psycho- und gruppentherapeutische Interventionen von sozialpädagogischen nicht mehr scheiden lassen. Geht man noch einen Schritt weiter auf die Praxis zu und schaut sich an, was in diesen Therapien, etwa in den in unserer Institution eine zentrale Stellung einnehmenden Gruppentherapien angeboten wird, so findet sich der Sozialpädagoge in vertrauten Gefilden: Es wird gelehrt und gelernt, vermittelt, strukturiert, gestaltet. Es zeigt sich in anschaulicher Weise, wie rahmen- und perspektivenabhängig das ist, was wir so selbstverständlich als Krankheit oder Devianz, als therapeutische oder sozialpädagogische Handlung definieren.

2.3.5 Das Definitionsdilemma

Das Dilemma, was nun Therapie und was Sozialpädagogik sei, liesse sich nach dem Gesagten elegant mit der scheinbar lapidaren, aber, wie gezeigt, keineswegs so abwegigen⁴⁰ Feststellung lösen, wer jemandem etwas Störendes entferne, handle therapeutisch, wer ihm etwas Erwünschtes bebringe, sozialpädagogisch. Allein, mindestens zwei gewichtige Argumente stehen dieser doch nur vordergründig probaten Lösung entgegen.

40 Walter Spiel (Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Stuttgart: Thieme 1967, S. 83 ff.) umschreibt den Begriff "Therapiemassnahmen" mit Hilfsmassnahmen im weitesten Sinne und macht explizit keine Unterscheidung zwischen sozialpädagogischen und therapeutischen Massnahmen. In seiner viergliedrigen Auflistung figurieren unter dem Titel Psychotherapie Tätigkeiten wie Beratung, tiefenpsychologisch, lerntheoretisch oder humanistisch orientierte Einzeltherapie, suggestiv orientierte Einzeltherapie (Persuasion, Suggestion, Atem- und Entspannungsübungen, Hypnose), Familientherapie, Gruppentherapie, während er unter dem Begriff Milieumanipulation etwa therapeutische Pflegeelternschaft, Sonderschule, Tagesheim, Hort und Heimerziehung aufführt.

2.3.5.1 Professionelle Definitionen

Zum einen ist in unserer Kultur nicht so entscheidend, was getan wird, sondern vielmehr, wer es wo tut. Gefragt sind daher nicht funktionale, sondern institutionelle und professionelle Definitionen. Also wird als Therapie bezeichnet, was im medizinischen oder sich diesem verwandt fühlenden psychologisierenden Bereich und durch entsprechend gebildete Berufsleute angeboten wird, wenngleich auch diese bis anhin sichere Grenze unter dem Druck des Therapiepleens allmählich zu weichen droht, tummeln sich doch heute Therapeuten jeglicher Couleur und Schattierung in sämtlichen Gefilden irdischen und esoterischen Daseins, deren Bildung und Ausbildung sich mit herkömmlichen Deutungsmustern ohne Beleidigungs- und Ehrverletzungsgefahr kaum umschreiben lassen.

2.3.5.2 Soziale Definitionen

Zum andern spielen therapie-, beziehungsweise pädagogischorientierte Vorausdefinitionen in unserer Gesellschaft eine entscheidende Rolle. Je nach dem, ob der Alkoholabhängige, der seine Wiedereingliederung in die Gesellschaft anstrebt, als krank, gestört, oder aber als grundsätzlich normal und sich in seinem süchtigen Verhalten nur graduell von seinen Zeitgenossen unterscheidend definiert wird, ergeben sich andere Konsequenzen. Heute noch dominiert in dieser Sparte die medizinisch ausgerichtete Denkweise, die aus dem Süchtigen einen Patienten macht und ihn in eine entsprechend orientierte Institution steckt, etwa ein Rehabilitationszentrum, eine Heilstätte oder eine Klinik, wo ihm das Störende wegtherapeutisiert werden soll.

Der Sozialpädagoge wird in seinem alkoholabhängigen Klienten dagegen eher den an sich gesunden, in seinem süchtigen Verhalten aber von der Norm abweichenden Menschen erkennen und versuchen, die sich etwa auf Grund struktureller oder neurotischer Verwahrlosung ergebende Identitätsdefizite durch die im ersten Teil dieser Arbeit beschriebenen Interventionen zu kompensieren. Während der Therapeut seinen Patienten zu heilen versucht, indem er ihn vom Störenden, der als objektive Krankheit deklarierten Sucht, zu befreien trachtet, wird der Pädagoge seinen Schützling in der Gestaltung seines Alltags unterstützen und ihm Fehlendes, etwa den angemessenen Umgang mit seinen eigenen Bedürfnissen und seiner sozialen Umwelt, beizubringen versuchen.

2.3.5.3 Psychologische Definitionen

Einen letzten Aspekt aus dem Spannungsverhältnis zwischen Sozialpädagogik und Therapie, dem in unserer leistungsbetonten Gesellschaft wohl ein grösserer Stellenwert gebührt, als wir uns einzugestehen bereit sind, sei hier nicht unterschlagen. Für die Identität und das Rollenverhalten macht es

zweifellos einen Unterschied, ob ein Individuum gewissermassen von Amtes wegen als belehrungs- und erziehungsbedürftiger Devianter definiert wird oder als behandlungs- und rehabilitationsbedürftiger Patient. Letztere Rolle ist in unserer westlichen Zivilisation, in der Leistung als allein gültiges Beurteilungskriterium, als zentraler Wertmassstab menschlicher Existenz dominiert, als praktisch einzige übriggeblieben, um gelegentlich auch - legitimer-, bezahlter- und annerkannterweise - auszuspannen, Aufmerksamkeit zu gewinnen, beachtet, gehätschelt und umsorgt zu werden - aus sozialpädagogischer Sicht angeblicher Inbegriff therapeutischer Settings.

2.4 Pragmatische Abgrenzungskriterien

Nachdem wir nun das Verhältnis Sozialpädagogik und Therapie aus den verschiedensten Perspektiven auf vorwiegend theoretischer Ebene beleuchtet haben, wollen wir als Abschluss dieses Kapitels zwei Meinungen von eben diesem Spannungsverhältnis täglich ausgesetzten Praktikern präsentieren. Symptomatischerweise handelt es sich in beiden Fällen um Referate an Fachtagungen, die sich die Behandlung des Verhältnisses von Erziehung und Psychologie beziehungsweise von Sozialpädagogik und Therapie zum Ziel gesetzt haben. Ihre Darstellungen in Form von Tabellen und Diagrammen veranschaulichen in besonders eindrücklicher und praxisnaher Art die Unterschiede der beiden professionellen Sichtweisen, wie wir sie bis hierher herauszukristallisieren versucht haben, und werden uns im Schlusskapitel bei der Einordnung der Arbeitstherapie in das zutreffende Berufsfeld wegleitend dienen. Wir übernehmen die grafischen Darstellungen inhaltlich unverändert und fügen ihnen als Erklärung die entsprechenden Erläuterungen der beiden Autoren bei.

2.4.1 Das Modell Guyer⁴¹

Zum Verhältnis von Sozialpädagogik und Therapie führt Guyer aus, dies seien ohnehin zwei verschiedene Berufe mit verschiedenen Aufgaben und Bildungswegen. Die Sozialpädagogik arbeite daran, ihre Schützlinge zu lehren, auf die Bedürfnisse anderer zu hören, sich in Gruppe und soziale Um-

41 Das Diagramm entstammt dem in N 33 zitierten Aufsatz. - Da wir in diesem Abschnitt das Thema vor allem von der praktischen Seite beleuchten, sei auch kurz der berufspraktische Hintergrund der zitierten Autoren skizziert: Guyer ist Heimpsychologin und Familientherapeutin. Als ehemaliger Sonderschullehrerin ist ihr der pädagogische Aspekt vertraut. Im kinder- und jugendpsychiatrischen Dienst des Sozialamtes der Stadt Zürich, für den er mehrere Jahre tätig war, befasste er sich schwerpunktmässig mit der Frage der Zusammenarbeit im Heim, insbesondere der Zusammenarbeit zwischen dem Psychologen und den Erziehern, dem Heimleiter und den Eltern.

gebung zu integrieren und mit ihren Gefühlen so umzugehen, dass in der Umwelt niemand verletzt werde oder Anstoss nehme. Die Psychotherapie habe dagegen fast gegensätzliche Ziele: der einzelne solle lernen, seine Bedürfnisse aufzudecken, zuzulassen, und blockierte oder unterdrückte Gefühle zum Ausdruck zu bringen - was manchmal im sozialpädagogischen Milieu eher störend wirken könne. Gemeinsam arbeiteten beide daran, in ihren Klienten die Fähigkeiten zu Beziehungen, zum Genuss und zur Arbeit zu verstärken.

Nur schon der berufliche Werdegang, aber auch das berufliche Selbstverständnis von Sozialpädagogen und Therapeuten seien total verschieden. Kämen die ersteren aus der Praxis und lernten ihren anspruchsvollen Beruf - früher Lehrer und Erzieher in Personalunion - berufsbegleitend⁴² als Zweiterberuf, hätten die letzteren oft jahrelang studiert, reflektierend über alles, versuchten emotionale Schäden zu reparieren, indem sie sich an der Vergangenheit orientierten, zeigten Hintergründe auf und sähen das Individuum, das leide, im Vordergrund. Die Sozialpädagogen hingegen handelten praktisch im Alltag, belehrten ihre Zöglinge, orientierten sich an der Zukunft und den Gruppenwerten und schauten die gesunden Anteile als wichtiger an als die defekten. In ihrer Tätigkeit setzten sie Leitplanken, wählten für ihre Schützlinge aus, regten sie an, unterstützten und behüteten sie, stritten mit ihnen, gäben ihnen eine Struktur, setzten Grenzen, oder seien einfach da - kurz, sie seien der ganzen Wucht des Alltags ausgesetzt.

Der Therapeut hingegen versuche, alle Handlungen seiner Klienten wertfrei zu verstehen, helfe Unverdautes wie Trennung, Missbrauch und andere Schreckerlebnisse aufzuarbeiten, indem sie hälften, die Traumata auszudrücken, zum Beispiel im Malen, Spielen, im körperlichen Ausdruck oder mit Worten. Sie versuchten, den ihnen Anvertrauten in einer Schonraumbeziehung neue Beziehungserfahrungen und -muster zu ermöglichen, bis die neue Verhaltensweise auch im Alltag bestehe.

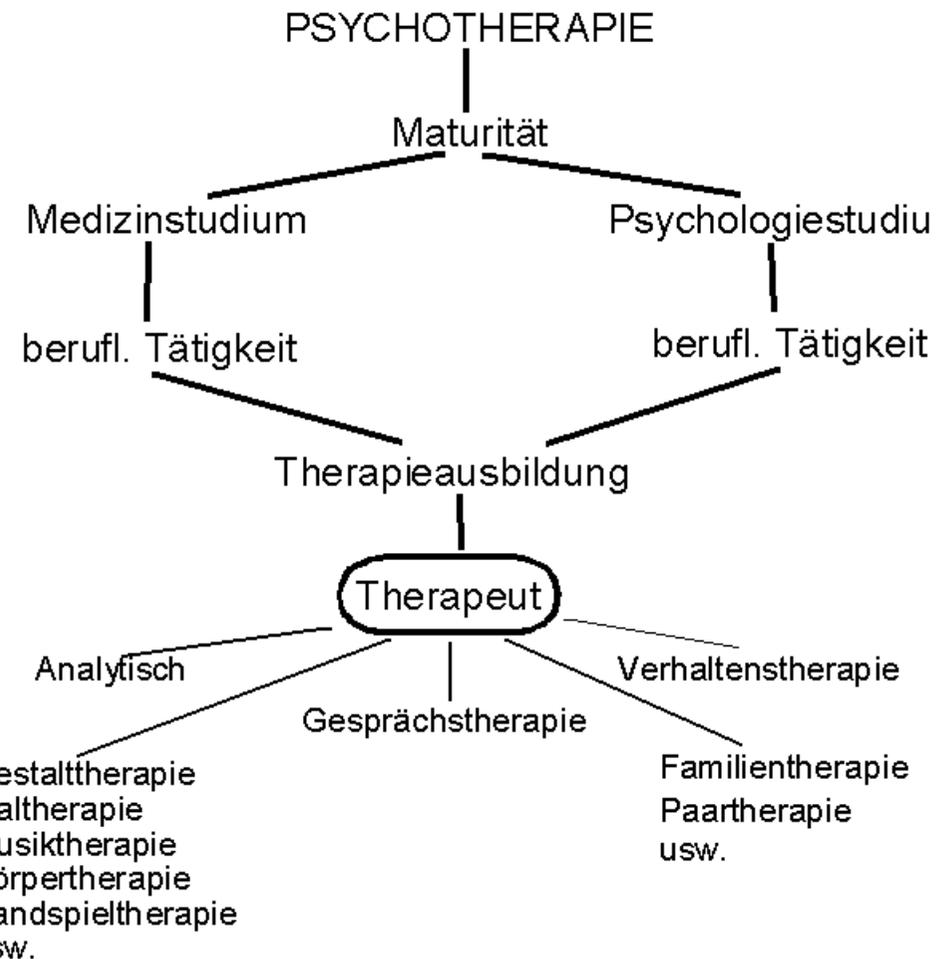
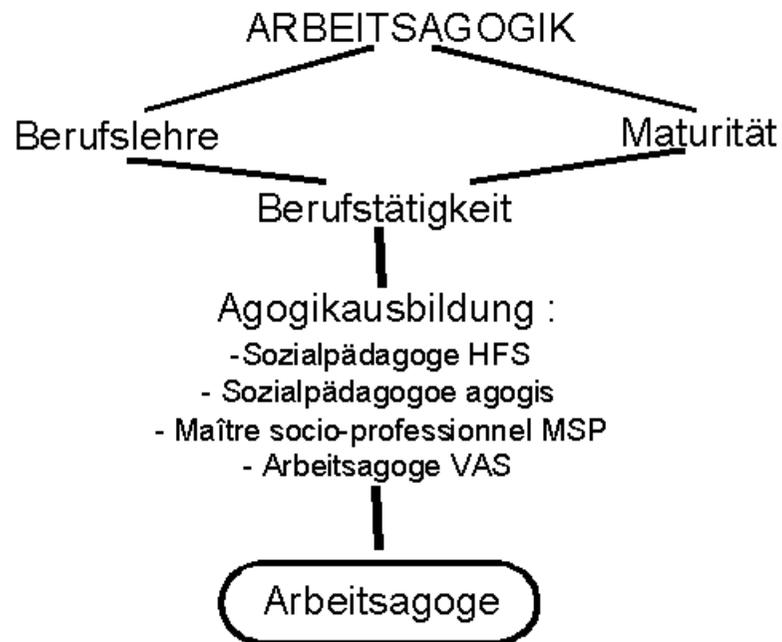
Um Konflikte zwischen Sozialpädagogen und Therapeuten zu vermeiden, sollten erstere Bezugsperson sein für alle Fragen des praktischen Alltags. Therapeuten sollten sich bewusst sein, dass sie vielleicht die angenehme, ruhige, entwicklungsfähige Seite eines schwierigen Klienten erlebten, während der Sozialpädagoge häufig frustriert werde, da er die trotzig-aggressiven Anteile der zu Erziehenden erlebe, die zwar oft Eltern oder andern Autoritätspersonen gelte, aber dem Sozialpädagogen das Leben schwer machten.

Im folgenden Diagramm versucht Guyer, die Unterschiede der Berufsbilder des Sozialpädagogen und des Therapeuten zu verdeutlichen, und dies auf vier verschiedenen Ebenen, jener der Ausbildung, des beruflichen Verständnisses, der konkreten Arbeit und der Ebene der Ziele. Er betont, dass diese

42 Eine wohl dem mündlichen Vortrag zuzuschreibende Ungenauigkeit.

Gegenüberstellung als Polarisierung und dementsprechend als Spannungsfeld zu verstehen seien. Es sei denn auch Aufgabe seines Referates, mehr die Unterschiede, die Andersartigkeit der beiden Berufsrollen aufzuzeigen, was er aus der Überzeugung und Erfahrung heraus gerne tue, dass eine gute, durchaus auch spannungsvolle Zusammenarbeit viel eher da zustande komme, wo die unterschiedlichen Rollen, Aufgaben und Verantwortungen zwar transparent, aber klar voneinander abgegrenzt seien.

AUSBILDUNG



⇒ Berufspraktischer Ausbildungshintergrund ⇐

⇒ Intellektueller Ausbildungshintergrund ⇐

Vater Mutter
Lehrer (→ Lebensschule)
Lehrmeister

⇐ Archetypus ⇐

Heiler Medizinmann
Priester

BERUFLICHES VERSTÄNDNIS UND
AUFMERKSAMKEITSAUSRICHTUNG

BELEHREN

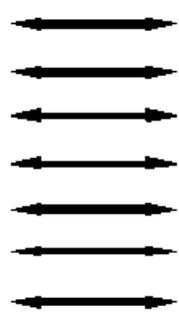
ARBEITSAGOGIK

- Pädagogisches Denken
- Handelnd
- Begleiten
- Fördern
- Zukunftsorientiert
- Gesellschaftliche Werte
- Vorbild

PSYCHOTHERAPIE

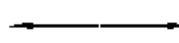
- Therapeutisches Denken
- Reflektierend
- Reparieren
- Stützen
- Vergangenheitsbezug
- Individuelle Werte
- Hilfs-Ich

BEHANDELN



- Schule Beruf
- Familie
- Gruppe Heim
- Individuum

Generalist



Spezialist

Defekt Einengung

- Beziehung
- Energie
- Ausdruck
- Denken

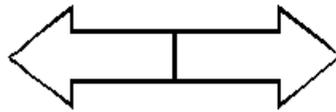
Fahrer
(auf das Ziel hin orientiert)

•

Gesunde Anteile im Vordergrund

•

Gruppe / Gesellschaft



Mechaniker
(auf Nebengeräusche hin orientiert)

•

Defekt im Vordergrund

•

Individuum

KONKRETE TÄTIGKEIT

ARBEITSAGOGIK

- Behüten
- Unterstützen
- Anregen
- Auswählen
- Gegenwirken / Leitplanken setzen

- Da-Sein
- Gespräche führen
- Mitgehen / Begleiten
- Konfrontieren / Streiten
- Grenzen setzen / Strukturieren
- Stupfen / Anstöße geben

⇒ Neue Beziehungserfahrungen erleben ⇐

"Alltagsbeziehung"

REALITÄTSVERMITTELND

Der Alltagswucht ausgestellt

PSYCHOTHERAPIE

- Ins Bewusstsein fördern
 - "Wertfreies" Verständnis
 - Aufarbeiten von Unverdaulichem
 - Trennungen
 - Traumatische Erlebnisse
 - Missbrauch...
 - Neu verstehen lernen
 - Blockierte Gefühle und Gedanken ausdrücken helfen
- "Verdauungshilfe"
- "Geburtshilfe"

- Zuhören, Dabei-Sein, Sich-Hineinversetzen
- Verbalisieren helfen
- Gestalten und Ausdrücken: Malen, Sandspiel, körperlicher Ausdruck
- Sich "zur Verfügung" halten (Übertragungen)

⇒ Neue Beziehungserfahrungen ermöglichen ⇐

"Schonbeziehung"

KOMPENSIEREND

Den Übertragungen ausgestellt

ZIELE

ARBEITSAGOGIK

ANPASSUNGSFÄHIGKEIT
+
INTEGRATIONSFÄHIGKEIT

in

Gruppe, Arbeitsfeld, sozialer Umgebung



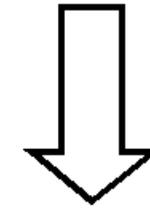
"Auf die Bedürfnisse/Anliegen/Wünsche
anderer hören lernen"

Mit Emotionen so umgehen lernen, dass sie für
die Umwelt nicht verletzend, abstossend, ..., sind

PSYCHOTHERAPIE

INDIVIDUELLE

Neigungen, Bedürfnisse, Strebungen
aufdecken, zulassen, entwickeln lassen



"Auf mich selber hören lernen"

Unterdrückte, blockierte Emotionen
zum Ausdruck bringen

GEMEINSAM

Beziehungsfähigkeit
Genussfähigkeit
Arbeitsfähigkeit

2.4.2 Das Modell Herzka⁴³

Herzka erscheint es zweckmässig, Pädagogik und Psychotherapie als zwei gleichwertige Wege der Einflussnahme aufzufassen, deren jede für sich eigene Gesetzmässigkeiten hat, die sich grundsätzlich widersprechen und dennoch erst zusammen ein Ganzes ausmachen. Sie stehen miteinander in einem dialogischen Verhältnis.

Beide Standpunkte sollten auseinandergehalten werden. Nur wenn die Identität des jeweils anderen Standpunktes definiert ist und wenn beide sich gegenseitig akzeptieren, ist eine verständnisvolle Zusammenarbeit möglich, die spannungsvoll sein darf, ohne dass sich diese Spannung indessen auf den Klienten übertragen soll.

Einige der wichtigsten Punkte, in den sich Sozialpädagogik und therapeutisches Handeln unterscheiden und gleichzeitig ergänzen, führt Herzka in der hier abgedruckten Tabelle auf und kommentiert sie wie folgt:

Das langfristige, grundsätzliche Erziehungsziel ist ein bestimmtes Menschenbild mit Werten und Massstäben, ethisch, sozial und kognitiv. Das Therapieziel hingegen besteht vorwiegend darin, emotionale Befindlichkeit zu verändern. Kurzfristige Erziehungsziele, "sich einordnen", "selbständig werden", können gleichzeitigen Therapiezielen, wie "Aggressionen nicht unterdrücken", "regredieren können", widersprechen. Sozialpädagogisches Handeln ist auf die Zukunft gerichtet, ihrem Wesen nach prospektiv. Sie befasst sich damit, was aus dem ihr Anvertrauten werden soll. Die Therapie hingegen ist auf das gerichtet, was der Klient bisher erlebt hat, wie er so und nicht anders geworden ist; sie ist vorwiegend retrospektiv. Diese unterschiedlichen Schwerpunkte schliessen aber nicht aus, dass die Sozialpädagogik auch die Vergangenheit ihres Klienten zu berücksichtigen hat, und dass die Therapie sich ebenso mit dessen Zukunft befasst.

Zu den Mitteln der Sozialpädagogik gehört das Vorbild, die Führung, wenn nötig die Korrektur des Verhaltens. Dies sind ganz andere Faktoren als in der therapeutischen Situation. Assoziation und Interpretation sind die wichtigsten therapeutischen Mittel. Während die Pädagogik sich vor allem für die reale Situation des Individuums interessiert, für seine Fähigkeiten und Fertigkeiten, für sein Verhalten im Zusammenleben, interessiert sich die Psychotherapie vorwiegend für das, was im Individuum vorgeht, für seine Phantasie, seine Träume, für sein imaginäres Bewusstsein. Qualitativ unterscheiden sich die pädagogische und die therapeutische Beziehung: Für beide ist ein ständiges Abwägen notwendig, wie nahe man seinem Klienten emotional

43 Vgl. Herzka, Heinz Stefan: Psychotherapie und Pädagogik - eine Gegenüberstellung. In: Acta Paedopsychiatria, Bd. 45, Nr. 4, 1980, S. 171-174. - Der Autor ist a.o. Professor für Psychopathologie des Kindes- und Jugendlichenalters an der Universität Zürich.

kommt und wie weit man sich zurückhält. Im ganzen scheint Herzka dennoch der Sozialpädagoge mehr daran interessiert, von seinem Klienten als Mitmensch, der ihm nahe steht, angenommen zu werden, während sich der Psychotherapeut stärker auf Distanz halte.

Auch der zeitliche Faktor der Behandlung spielt eine nicht zu unterschätzende Rolle. Die pädagogische Beziehung ist grundsätzlich zeitlich unbegrenzt, wenn sie sich auch qualitativ im Verlaufe der Zeit wandelt. Der Therapeut hingegen arbeitet ständig mit dem Ziel, Therapie bald wieder überflüssig zu machen⁴⁴, die Therapie zu einem Ende zu bringen; seine Beziehung ist - grundsätzlich vorübergehend; Trennung ist schon vom ersten Kontakt an mit einbezogen. Dieser Unterschied zeigt sich nicht nur langfristig, sondern auch im kurzfristigen Kontakt: Die pädagogischen Situationen erstrecken sich über mehrere Stunden am Tag, ja der Zögling steht unter einem erzieherischen Einfluss, wenn auch die Pädagogen wechseln und er bald dem Einfluss der Familie, bald demjenigen des Freizeitgestalters oder des Arbeitstherapeuten ausgesetzt ist. Der therapeutische Kontakt ist demgegenüber eng begrenzt auf die Therapiestunde.

Gemeinsames Erleben spielt in der Sozialpädagogik eine zentrale Rolle. Auch in manchen psychotherapeutischen Methoden wird das Gestalten gemeinsam mit dem Therapeuten als Mittel eingesetzt. Er hat aber eine ganz andere Funktion, indem es eben Mittel der Therapie ist, das auch durch andere Mittel ersetzt werden kann. Erziehung hingegen ist ohne gemeinsames Erleben nicht möglich.

Das Verhältnis zur Umwelt ist in Pädagogik und Psychotherapie ein je besonderes. Erziehung heisst unter anderem Erziehung zum sozialen Wesen, zum Mitglied der Gemeinschaft. Selbstentfaltung des Individuums und seine soziale Entwicklung sollen daher zum Einklang gebracht werden. Die Sozialpädagogik schafft dazu Sozialisationssituationen; sie arbeitet oft gewissermassen von aussen nach innen. In der Psychotherapie überwiegt die Bedeutung der Introspektion; etwas übertrieben gesprochen arbeitet sie von innen nach aussen.

Während für den Sozialpädagogen Wertungen unerlässlich sind und er auch versuchen muss, dem Individuum Werthaltungen zu vermitteln, müssen in der Psychotherapie häufig übernommene Wertmassstäbe in Frage gestellt werden, was allerdings nicht heisst, dass sie überflüssig wären.

Für die Psychotherapie ist die Vermittlung von Lebenstechniken, von Fähigkeiten und Fertigkeiten ein peripheres Anliegen. Sie macht das Individuum

44 Dass diesem Ziel allenfalls pekuniäre Interessen entgegenstehen können, wurde bereits angetönt; vgl. den Schlusssatz unter Ziffer 2.2.4.3 und den entsprechenden Hinweis unter dem Stichwort "Illusionismus" unter Ziffer 2.3.3.

höchstens dafür zugänglich, bereitet es auf Lernprozesse vor, während diese Lernprozesse in der Sozialpädagogik selbst sehr wichtig sind.

Ein Unterschied zwischen der Pädagogik und der Psychotherapie besteht auch im Hinblick auf die Funktion der Sprache. In der Erziehungssituation ist die Sprache vorwiegend realitätsbezogen. Für den Psychotherapeuten hat die Sprache oft Symbolcharakter; er versucht zu eruieren, was hinter der vordergründigen Aussage steckt. Auch muss die Psychotherapie immer wieder Klarheit über die Kommunikation schaffen, das heisst, sich mit Metakommunikation befassen.

Kreatives Erleben und Arbeiten spielt wohl in beiden Gebieten eine Rolle, jedoch ist für den Sozialpädagogen das Ergebnis wichtiger, für den Therapeuten steht der kreative Prozess im Vordergrund.

Ein wesentlicher Unterschied besteht in der Bedeutung von psychischen Widerständen. Wir wissen, dass das Individuum in der sozialpädagogischen Situation Widerstände oft zu seinem Schutz braucht, ja dass Widerstände oft normales Verhalten überhaupt erst ermöglichen. Im Gegensatz dazu ist es ein Anliegen der Psychotherapie, Widerstände teilweise zu überwinden oder aufzulösen. Dabei stehen, wie beim therapeutischen Prozess als Ganzes, die Emotionen des Individuums im Vordergrund des Interesses, während der Sozialpädagoge häufig vor allem dafür zu sorgen hat, dass die Emotionen im Gesamtzusammenhang der Erziehungsaufgabe integriert werden.

Sozialpädagogik wie Psychotherapie sind die Selbständigkeit des werdenden Menschen ein Anliegen. Die Sozialpädagogik erreicht diese Selbständigkeit oft primär über äussere Unabhängigkeit: Das Individuum lernt zum Beispiel selbständig über bestimmte Sachverhalte zu denken und sie zu beurteilen. Die Autonomie wird anhand der lebenspraktischen Situationen erworben. In der Psychotherapie geht es oft darum, dem Patienten auch bei unveränderter äusserer Situation eine grössere innere Unabhängigkeit zu ermöglichen.

Pädagogik - Psychotherapie: Gegenüberstellung

	Pädagogik	Therapie
Zielvorstellung	Erziehungsziel	Therapieziel
Mittel	Vorbild, Führung, Korrektur	Therapeutische Situation; Assoziation + Interpretation
"Material"	Realität > Phantasie	Phantasie > Realität
Beziehung	Nähe > Distanz	Distanz > Nähe
Beziehungsdauer	Grundsätzlich immer mit Beziehungswandel	Vorübergehend, Therapiestunde
Erlebnisgestaltung	Zentral	Eventuell als Therapiemittel
Umwelt	Sozialisation > Introspektion	Introspektion > Sozialisation
Wertung	Vorgeben	Relativiert (<i>nicht</i> aufgehoben!)
Lebentechniken vermitteln	Wichtig	Peripher
Sprache	Realitätsbezogen, direkt	Oft Symbolcharakter, Metakommunikation
Kreativität	Ergebnis wichtig	Prozess wichtig
Psychische Widerstände	Oft notwendig	Meist aufzulösen
Emotionen	Integriert	Oft im Vordergrund
Autonomie	Oft primär äussere Autonomie	Primär innere Autonomie

2.5 Die Abgrenzung im interaktionistischen Modell

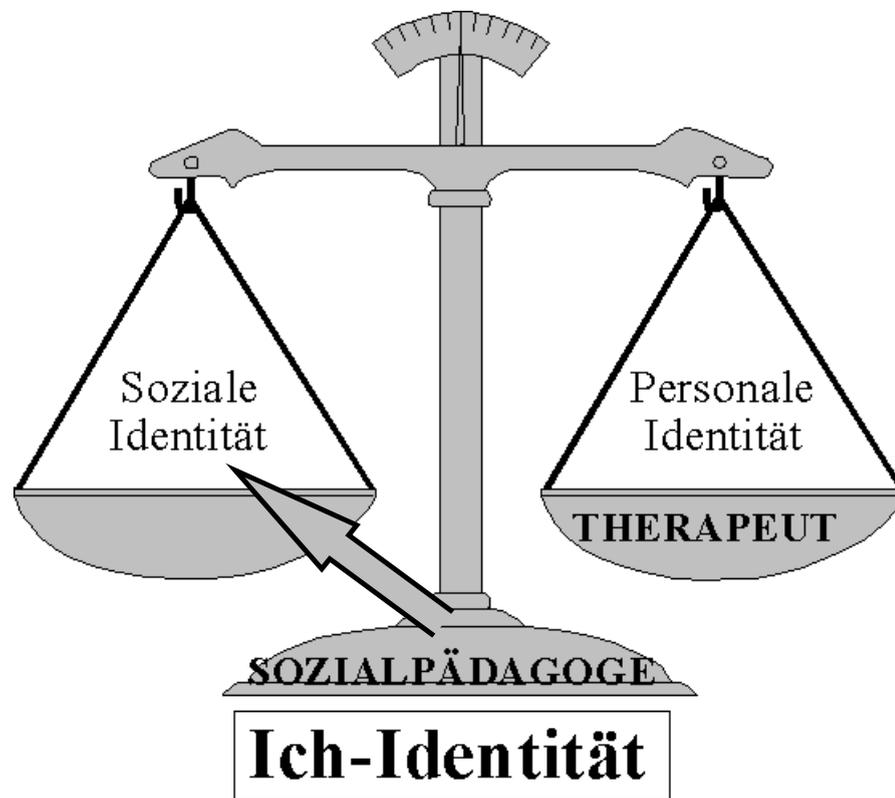
Versuchen wir nun in bewusster und hochgradiger Komplexitätsreduktion die hier aufgezeigten Zusammenhänge zwischen sozialpädagogischem und therapeutischem Handeln aus interaktionistischer Sicht zu interpretieren, ist zu erinnern an die an das Individuum gerichtete zentrale Erwartung der kontrollierten Selbstdarstellung im Spannungsfeld vielfältiger und widersprüchlicher Rollenvorschriften und mannigfaltiger, oftmals ambivalenter eigener Bedürfnisse und Sichtweisen. Die herzustellende Balance zwischen der Erwartung, so zu sein, wie das potentielle Partner in einer konkreten Situation gerade wollen und jener, ein Individuum mit einer einmaligen Kombination durchlebter Rollen, also unvertretbar zu sein, haben wir als Ich-Identität bezeichnet und deren Herstellung, beziehungsweise Aufrechterhaltung im Sinne eines dauernden Prozesses als Grundbedingung zur Teilnahme an Interaktion definiert. Geglückte Alltagsbewältigung des zu betreuenden Individuums als Ziel sozialpädagogischen Handelns sei somit gebunden an eine geglückte Ausbalancierung von sozialen und personalen Bedingungen, haben wir gefolgert.

Demgegenüber haben wir festgestellt, dass sich die therapeutische Aufmerksamkeit primär auf die subjektive Realität des Individuums richtet, die Wahrnehmung und Erlebniswelt seiner selbst, womit die objektiven Bedingungen auf die Wirkung reduziert werden, die sie auf die Subjektivität haben. Identität werde, so haben wir betont, zumindest tendenziell als subjektive Empfindung verstanden, als Fühlen und Wahrnehmen des eigenen Körpers und der Bedürfnisse, Stimmungen und Sinnesreize. Störungen gelangen primär als die des subjektiven Identitätsgefühls ins Blickfeld. Das "Sich-Fühlen", die Empfindungsfähigkeit und Sensibilität gegenüber den eigenen Reaktionen, das sinnlich Wahrnehmbare stehen im Zentrum. Aus der psychoanalytischen Perspektive sind es Aspekte wie Selbstwahrnehmung, Frustrationstoleranz, Abwehr, synthetische und andere Ich-Funktionen, beziehungsweise -Defizite, die in der therapeutischen Arbeit behandelt werden. Der Umgang mit den eigenen Bedürfnissen, deren Wahrnehmung und angemessene Befriedigung sind zentrale therapeutische Kriterien. Das personale System des Individuums steht im Fokus.

Während also der Therapeut die Wirklichkeit aus seinem Setting möglichst ausschliesst - jeder Bezug auf die Realität wirkt in der analytischen Arbeit störend -, um sich ausschliesslich auf die personale Identität seines Klienten zu konzentrieren, ist für den Sozialpädagogen die Realität, die Alltagsbewältigung seines Schützlings als Auseinandersetzung mit der materiellen und

symbolischen Umwelt in konkreten Handlungssituationen gerade Gegenstand seiner Arbeit.⁴⁵

In plakativer Weise lässt sich diese Interpretation, die dem Therapeuten als



Spezialisten die Behandlung des psychischen Systems des Individuums zuweist, während der Sozialpädagoge als Generalist, als Mittler zwischen Individuum und Gesellschaft, die Ausbalancierung des sozialen und personalen Systems des Klienten, die Herstellung und Aufrechterhaltung von Ich-Identität als Voraussetzung geglückter Alltagsbewältigung anstrebt, mit der nachstehenden Grafik veranschaulichen:

45 Darauf weist Rössler (S. 385) hin: "Menschliche Interaktion spielt natürlich nicht (...) in einem luftleeren Raum zwischen Ich-Identitäten. Interaktion spielt vielmehr unter Bedingungen materieller Natur." Rössler betont, "dass es sich im konkreten Handlungszusammenhang um Personen mit körperlichen Dimensionen (und nicht um abstrakte Individuen oder Ich-Identitäten, Verf.) handelt, die ständig auch gezwungen sind, sich mit der objektiven Natur auseinanderzusetzen."

3 Arbeitstherapeutisches Handeln

Wie bereits einleitend festgestellt, ist das Thema Arbeitstherapie⁴⁶ nicht Gegenstandsbereich dieser Abhandlung, die sich ausschliesslich mit der Frage befasst, ob Arbeitstherapie, wie immer sie theoretisch fundiert ist, eher dem sozialpädagogischen oder dem therapeutischen Betätigungsfeld zuzurechnen sei. Zu diesem Zweck werden wir uns dem Thema aus einer pragmatischen Perspektive nähern und uns - soweit entsprechende Einschränkungen notwendig oder zweckmässig erscheinen - auf die dem Autor vertraute Arbeit mit Suchtpatienten konzentrieren. Dass die Aussagen ihrem Kern nach jedoch auf andere arbeitstherapeutische Einsatzbereiche übertragbar sind, werden wir noch näher begründen.

Die zentrale Frage nach dem sozialpädagogischen oder therapeutischen Charakter arbeitstherapeutischen Handelns werden wir in zweierlei Hinsicht zu beantworten versuchen. Einmal werden wir uns abstützen auf das - schillern- de, wie wir sehen werden - arbeitstherapeutische Verständnis, wie wir es heute in Ausbildung, Literatur und Praxis antreffen, indem wir den Beruf des Arbeitstherapeuten beleuchten, die von ihm anvisierten Ziele eruieren und die zu deren Erreichung eingesetzten Mittel analysieren. Zum andern werden wir das arbeitstherapeutische Handeln einer kritischen Würdigung unterziehen und es nach unterschiedlichen Kriterien im Hinblick auf seinen sozialpädagogischen oder therapeutischen Hintergrund beurteilen.

46 Unabhängig vom Ergebnis unserer Arbeit werden wir am Ausdruck *Arbeitstherapie* festhalten, hat er sich doch in der Praxis und der, wenn auch spärlichen, Theorie eingebürgert, weisen aber darauf hin, dass sich der Begriff Therapie in dieser Wortzusammensetzung nicht notwendigerweise mit dem unter Ziffer 2 verwendeten Terminus deckt. In Anbetracht der zeitlichen und kulturellen Wandelbarkeit unserer Sprache scheint uns diese Begriffsausweitung, beziehungsweise Neuinterpretation ebenso zulässig wie etwa die Verwendung des ethimologisch irreführenden Ausdrucks Sozialpädagogik, die heute in Wissenschaft und Praxis unumstritten ist.

3.1 Arbeit

3.1.1 Objektiver Arbeitsbegriff

3.1.1.1 Unterschiedliche Perspektiven

Das zentrale Thema der vorliegenden Betrachtung, Arbeit als wesentlicher Aspekt menschlichen Handelns, haben wir bis anhin aus systematischen Erwägungen vernachlässigt. Im Anschluss an die unter Ziffer 2 gemachten Erörterungen zur Problematik der Herstellung und Aufrechterhaltung von Ich-Identität beim zu betreuenden Individuum als Aufgabe sozialpädagogischen Handelns ist nun zu ergänzen, dass Interaktion nicht in einem luftleeren Raum zwischen Ich-Identitäten spielt, sondern unter Bedingungen materieller Natur. Wenn wir also in theoretisch-abstrakter Weise von Individuen sprechen, haben wir uns stets vor Augen zu halten, dass es sich im konkreten Handlungszusammenhang, der allein im sozialpädagogischen Arbeiten von Belang ist, um Personen mit körperlichen Dimensionen handelt, die ständig auch gezwungen sind, sich mit der objektiven Natur auseinanderzusetzen, also Arbeit zu leisten.

Ebensowenig wie die Existenz des Menschen denkbar ist ohne Interaktion, ist sie denkbar ohne Arbeit. Im Prozess der Arbeit unterwerfen wir die materielle Natur der Absicht menschlicher Existenz.⁴⁷ Arbeit *und* Interaktion bilden die Dimensionen menschlicher Existenz, und zwar auf allen Systemebenen. Die Herstellung oder Aufrechterhaltung von Ich-Identität kann so untersucht werden als ein interaktionistischer Prozess wie auch in der Dimension der Bearbeitung der inneren körperlichen Natur, also psychoanalytisch. Aus der Perspektive des Sozialsystems etwa würde man die Dimension Arbeit mit Fragen nach dem Was und Wie produziert wird analysieren. So betrachtet untersucht Sozialpädagogik nichts anderes als einen bestimmten Bereich gesellschaftlicher Arbeit.

Das Phänomen Arbeit liesse sich, wie wir sehen, aus den verschiedensten Perspektiven, ökonomisch, soziologisch, physikalisch, juristisch, historisch, kulturell, ethimologisch untersuchen. Der arbeitende Mensch in Vergangenheit und Gegenwart ist Gegenstand ungezählter wissenschaftlicher Untersuchungen. Denn Arbeit ist, um mit Sigmund Freud zu sprechen, "der Mensch stärkste Bindung an die Realität", und das eben in verschiedenster Hinsicht: Arbeit strukturiert unsere Lebenszeit, erweitert unsere sozialen Beziehungen, lehrt uns, kollektive Zwecke durch Arbeitsteilung zu erreichen, weist uns sozialen Status und Identität zu, zwingt uns zur Aktivität. Wer selbstver-

47 Vgl. Rössler, S. 385 und dort zitierte Literatur.

ständig arbeitet, nimmt an alledem oft nur die Kehrseite wahr: verflucht morgens den Wecker, lästert über Kollegen, missachtet das Produkt, strebt nach Selbstverwirklichung, träumt vom Faulenzen.

Beschränken wollen wir uns hier auf die im Zusammenhang mit unserer Fragestellung relevanten Aspekte, etwa jenen der Entfaltungsmöglichkeiten, welche Arbeit dem Individuum bietet. Wir haben erwähnt, dass Arbeit dem Menschen einen täglichen Lebensrhythmus verschaffen kann und greifen wahllos weitere Faktoren heraus, welche das Individuum in der Herstellung der Balance zwischen personaler und sozialer Identität unterstützen können. Faktoren wie Ordnung, Regelmässigkeit und Disziplin können ein Gleichgewicht in die körperliche und seelische Gesundheit bringen, wenn die Arbeit auf die Kräfte und Fähigkeit des Individuums abgestimmt ist. Arbeit vermittelt die Möglichkeit, Fähigkeiten und Fertigkeiten zu entwickeln oder zu erhalten. Sie kann ein Gefühl der Befriedigung verschaffen, sei es durch die motorische Bewegung, das erzielte Ergebnis oder beides; sie kann ein Leistungsfähigkeits- und Selbstwertgefühl vermitteln. Auf sozialer Ebene weckt sie das Gefühl der Zugehörigkeit, Glied einer Gemeinschaft zu sein, sie bietet Gelegenheit zu Kommunikation und Interaktion mit Arbeitskollegen und Vorgesetzten. Arbeit kann das Verantwortungsgefühl anregen und die Selbständigkeit fördern.

3.1.1.2 Umschreibung des Begriffs Arbeit

Den Begriff Arbeit klar von andern menschlichen Tätigkeiten und Verhaltensweisen, etwa Freizeitgestaltung oder Musse, abzugrenzen, ist stets mit definitorischen Schwierigkeiten verbunden. Harlfinger⁴⁸, sich abstützend auf das Wörterbuch der Gebrüder Grimm aus dem Jahre 1854, nähert sich dem Thema sprachwissenschaftlich und stellt fest, der Begriff Arbeit sei ursprünglich verknüpft mit der Vorstellung von Angehörigkeit, andererseits auch mit Knechtschaft und Hörigkeit. Arbeit werde anfangs mehr im Sinne von Plage und Mühsal, später mehr als Werk verstanden und schliesslich mit allen manuellen und geistigen Handlungsbereichen verbunden.

Die Brockhausenzyklopädie⁴⁹ umschreibt Arbeit als bewusstes Handeln zur Befriedigung von Bedürfnissen, darüber hinaus als Teil der Daseinserfüllung des Menschen. Die Einschätzung der Arbeit habe sich im Laufe der Geschichte entscheidend gewandelt. In den Kulturen des Altertums wurde die ausführende, besonders die körperliche Arbeit verachtet oder als Fluch angesehen (mit Verweis auf das Alte Testament) und den unteren Schichten überlassen. Unfreie und Sklaven wurden für die öffentlichen Aufgaben einge-

48 Harlfinger, Hanspeter: Arbeit als Mittel psychiatrischer Therapie. (Zur Theorie und Praxis der medizinischen Psychologie, Band 13). Stuttgart: Hippokrates 1968, S. 50 f.

49 Brockhaus Enzyklopädie in zwanzig Bänden. 17. Aufl. Wiesbaden: Brockhaus 1966.

setzt. Christliche Denker bereiteten eine grundlegende Änderung in der Arbeitsauffassung vor. Sie setzte sich seit der Reformation verstärkt durch. Die Arbeit gewann damit einen positiven Platz in der sittlichen Lebensführung und endlich eine zentrale Stellung in der Lebensführung des einzelnen, in der Wirtschaft und im öffentlichen Leben.

In Anbetracht der Schwierigkeit, den Begriff Arbeit von andern menschlichen Tätigkeiten abzugrenzen, versucht Riesen⁵⁰, auf den wir uns hier beziehen, eher eng von eher weit gefassten Definitionen zu scheidern. Die eng gehaltenen Begriffsbeschreibungen konzentrieren sich auf die mit Arbeit verbundene materielle Bedürfnisbefriedigung, so etwa auf Ertrag, beziehungsweise Einkommen gerichtete körperliche und geistige Tätigkeit des Menschen. In der UNO-Sozialstatistik wird Arbeit kurz als "ökonomisch bedingte Aktivität" umschrieben. Andere Definitionen sprechen von zweckmäßiger, bewusster Tätigkeit des Menschen zur Lösung und Bewältigung seiner materiellen und geistigen Existenzprobleme oder von Bedarfsdeckung unmittelbarer körperlicher und geistiger Bedürfnisse, auch mit dem Ziel gesellschaftlicher Anerkennung.

Dieser Hinweis auf den durch Arbeit vermittelten sozialen Status leitet über zu weitergefassten, über den rein materiellen Aspekt der Existenzsicherung hinausgreifenden Definitionen, wie etwa jener, wonach der Mensch ein Wesen sei, das sich Aufgaben suche und stelle, deren Lösung in der Regel nur durch Arbeit möglich ist. Auffallend ist in allen Definitionen die starke Betonung der materiellen Komponente, geprägt von unserem Gesellschafts- und Wirtschaftssystem, in dem das Austauschverhältnis Arbeit gegen Lohn eine zentrale Funktion ausübt.

Aus arbeitstherapeutischer Sicht wird in diesen Umschreibungen des Begriffs Arbeit ein entscheidender Aspekt vernachlässigt: Der Mensch hat ein Grundbedürfnis nach Wachstum und Entwicklung. So wie er ein Bedürfnis nach Erholung oder Nichtstun hat, ist ihm ein Betätigungsdrang eigen, den er in der Arbeit befriedigen kann. Der Mensch arbeitet nicht nur, um soziale Anerkennung zu erlangen oder seine Existenz materiell abzusichern - Arbeit hat vielmehr einen Wert an und in sich.

Christiane Haerlin⁵¹ bemängelt, dass der Arbeitsbegriff in unserer Gesellschaft auf rein quantitative Leistung und qualitatives technisches Knowhow zusammenschumpfe. Es sei unsere Aufgabe, diesen Begriff zu erweitern, das heißt, zwischenmenschliche Qualitäten am Arbeitsplatz, etwa den Umgang mit Vorgesetzten und Kollegen - und Gefühlsqualitäten - Antrieb und

50 Riesen, René: Formen der Arbeitstherapie in Kliniken und Heilstätten. In: Werks tatarbeiten. St. Stephan: Selbstverlag s.a., S. 216 f. Wir verzichten darauf, die dort zitierte Literatur aufzuführen.

51 Neue Aufgaben der Ergotherapie. In: Beschäftigungstherapie und Rehabilitation, 31. Jg., H. 1, 1992, S. 10.

Stimmung - *expressis verbis* in die Arbeit einzubeziehen. Daraus folge ein ganzheitlicher, vollständiger Arbeitsbegriff, der die Beschreibung und Übung der Arbeitsrolle beeinflusse. Wichtigstes Ziel hierbei sei es, das oftmals - etwa durch frühkindliche Frustrationen - gestörte Ich und erschütterte Selbstvertrauen wieder aufzubauen.

3.1.2 Subjektiver Arbeitsbegriff

3.1.2.1 Stigmatisierung

Wie sich zeigt, wird eine objektivistische Betrachtungsweise des Phänomens Arbeit dessen sozialpädagogischem und therapeutischem Stellenwert nicht gerecht. Wenn wir uns der personalen und sozialen Dimension der Arbeit und damit deren Wirkung und Einfluss auf die Herstellung und Erhaltung von Ich-Identität nähern wollen, erscheint es zweckmässig - und dies nicht nur wegen der brennenden Aktualität des Themas! - nicht von der vorhandenen, sondern der fehlenden Arbeit auszugehen, ist doch der sozialpädagogisch zu betreuende Klient, auch der in der Arbeitstherapie beschäftigte, stets auch ein dauernder oder vorübergehender Arbeitsloser, wobei diese Eigenschaft in Anbetracht der eben beschriebenen Relevanz der Arbeit in unserem kulturellen System nicht etwa eine Randerscheinung, sondern vielmehr zentrales Thema seiner Devianz bildet, ja häufig das Individuum erst zum Devianten stigmatisiert.

Aus psychologischer Sicht muss diese Feststellung überraschen, läge doch die heute aktuelle Klage von der Entfremdung von der Arbeit, ja der gehassten Arbeit die Vermutung nahe, dass selbst bei reduziertem Lebensstandard das Ausbleiben von Arbeit solange kein Problem bildet oder gar als wünschenswert erscheinen sollte, als die eigene Existenz materiell nicht bedroht ist, eine Voraussetzung, die in aller Regel erfüllt ist. Solcherlei Spekulation übersieht offensichtlich die Bedeutung des Verlustes der Erlebnisqualitäten der Berufsarbeit gegenüber den materiellen Folgen der Erwerbslosigkeit. Es drängt sich daher auf, die sozialpädagogischen Konsequenzen der Ausgrenzung Devianter aus dem Arbeitsbereich und deren Wirkung auf die Identität des betroffenen Individuums als Angelpunkt für das Zusammenwirken von äusseren Einflüssen und der inneren, psychischen Struktur des Individuums näher zu betrachten.⁵² Dabei beschränken wir uns wiederum, soweit erforderlich, auf den dem Autor aus praktischer Erfahrung vertrauten Suchtbereich.

Goffman geht in der zitierten Monographie der Frage nach, in welchem Zusammenhang Begriffe wie Stigma, gesellschaftliche Ausgrenzung und Identi-

52 Wir stützen uns dabei im Wesentlichen auf Goffman, Erving: *Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp 1967.

tätsbedrohung mit dem Verlust der beruflichen Arbeit, wie sie der Deviante in der Regel erleidet, zu sehen seien, und beschreibt die Arbeitslosigkeit als ein Stigma das, wie die dazu führende Sucht selbst, von der sozialen Umwelt als individueller Charakterfehler des betroffenen Individuums verstanden wird.

Der Eintritt in eine Rehabilitationsinstitution bedeutet für den nun arbeitslosen Alkoholabhängigen von einem Tag auf den andern einen abrupten Szenenwechsel, verbunden mit einer grundsätzlichen Umorientierung in seiner Lebensweise. Regeln, die noch vor kurzem am Arbeitsplatz den Tagesablauf bestimmten, haben hier in der neuen Umgebung ihre Geltung verloren. Der soziale Austausch mit Arbeitskollegen, Vorgesetzten oder Untergebenen fällt fort, und die beruflichen Kenntnisse, die man zuvor jeden Tag unter Beweis stellen musste oder durfte, sind jetzt belanglos.

Das gesellschaftliche Ansehen des nun zum Patienten gewordenen Individuums verändert sich drastisch, und zwar in Abhängigkeit von der Dauer seines Fernbleibens vom Arbeitsmarkt. Nach seiner Entlassung aus dem Behandlungszentrum wird aus dem bisher sozial noch akzeptierten Kranken nicht selten ein gesellschaftlich geächteter Arbeitsloser, also trotz im günstigsten Fall erfolgreich abgeschlossener Therapie ein Devianter, der von der Mehrheit der Erwerbstätigen in die Minderheit der Erwerbslosen abgestiegen ist. Damit verbunden ist ein beträchtlicher Statusabfall, denn verglichen mit Arbeitslosigkeit wird nahezu jede Berufstätigkeit zum Prestigesymbol. Auch bei der gegenwärtig stetig zunehmenden Zahl der Arbeitslosen bleibt deren Ruf in unserer Gesellschaft anhaltend schlecht und nach wie vor häufig geprägt von individuellen Ursachenzuschreibungen. Die Redewendungen von Drückebergem, Schwarzarbeitern und auf unsere Kosten lebenden Gesellschaftsparasiten sind keineswegs aus der Alltagssprache verschwunden.

3.1.2.2 Identitätsstörung

Die oben beschriebene Stigmatisierung des - hier süchtigen - devianten Individuums als Ansammlung negativer Werturteile deckt nur die eine Seite des interaktionalen und prozesshaften Verlaufs ab. Als Reaktion auf die Stigmatisierung von aussen entwickelt das Individuum als Folge seiner Ausgrenzung aus dem sozialen Leben eigene Erklärungsmuster als Annäherung an jene seiner Umgebung. Es beginnt ein Prozess der Ausbalancierung der personalen und sozialen Identität, hier markiert durch den gesellschaftlichen Status als Arbeitsloser und der diesem von der Öffentlichkeit zugewiesenen Rolle.

Dieser Ausgleichsprozess bildet den Ansatzpunkt für den Einfluss der Stigmatisierung durch fehlende soziale Integration infolge fehlender Arbeit auf die subjektive Selbsterfahrung des Individuums. Dieses ist genötigt, sein psychisches System den veränderten Lebensbedingungen anzupassen, denn

nur so kann es die neuen Rollenerwartungen der Umwelt antizipieren und angemessene Interaktionsstrategien entwickeln. Dabei weist das personale System vorerst dank seiner über die aktuelle Situation hinausreichende Erfahrung eine erhebliche Stabilität auf, was indessen nicht verhindert, dass es mit zunehmender Dauer der Ausgrenzung zu Diskrepanzen zwischen personaler und sozialer Identität kommen muss, was wiederum zu sich zuspitzenden Problemen im Prozess der Erhaltung von Ich-Identität führen muss. Erfahrungen als kompetenter Berufsmann, beliebter Mitarbeiter, als ehemals gesuchte Fachkraft werden nur ungern wegen einer neuen Selbstwahrnehmung in der Rolle als vom Arbeitsmarkt Ausgegrenzter, zudem unheilbar Süchtiger, als untaugliches Glied einer leistungsorientierten Gesellschaft aufgegeben, selbst wenn die Übernahme dieser neuen Rolle durch staatlich subventionierte Geldleistungen honoriert wird.

Die so skizzierte Anpassung eigener an fremde Erklärungsmuster, das Angleichen der personalen an die soziale Identität zur Aufrechterhaltung der Systembalance in Form der Hinentwicklung des privaten an das soziale Selbst als einer bedeutenden Form der psychischen Verarbeitung der individuellen Stigmatisierung soll zum Verständnis des dabei ablaufenden Prozesses im Folgenden näher beleuchtet werden.

3.1.2.3 Stigmamanagement

Wir haben oben auf die schockartige Verletzung der Ich-Identität des in eine Rehabilitationsinstitution eintretenden Individuums hingewiesen. Nun gerät das gestörte Ich-System beim Austritt aus der Institution keineswegs eo ipso wieder ins Gleichgewicht. Vielmehr stellt sich dem vorerst erwerbslosen Individuum die kognitive Aufgabe, sich mit seiner neuen Rolle auseinanderzusetzen, denn die Kontinuität seiner Selbstwahrnehmung ist für viele zentrale Lebensbereiche unterbrochen: In der Familie, in der Nachbarschaft oder auf Ämtern, also dort, wo es als erstes bekannt wird, gilt es, sich umzustellen.

Um nicht schon vorhandene persönliche oder kollektive Ressentiments gegen sich zu unterstützen, erweist es sich als unerlässlich, sich dem nicht manifesten, aber doch spürbaren Regelinventar anzupassen. Neue Ver- und Gebote begleiten den Tagesablauf des Entlassenen. Es muss damit gerechnet werden, dass mit der Fortdauer der Erwerbslosigkeit und in Abhängigkeit der individuellen Lebensumstände die kognitiven, emotionalen und motivationalen Dissonanzen zwischen personalem und sozialem System des Betroffenen ansteigen und dieses zwingen werden, die Balance mittels individueller Strategien wieder herzustellen, um weiterhin interaktionsfähig zu bleiben. Wa-

cker⁵³ unterscheidet in seiner Typologie vier Strategien der Verarbeitung des Widerspruchs zwischen dem Zustand der arbeitsbedingten Devianz und der normativen Verpflichtung auf Arbeit:

○ *Verfestigung der soziokulturell dominanten normativen Orientierung*

Es ist festzustellen, dass es - paradoxerweise - nur wenigen zwangsweise Nichterwerbstätigen gelingt, sich von vorherrschenden individualisierenden Deutungsmustern in der Gesellschaft zu distanzieren, offenbar weil nicht-individuelle, politische Lösungsversuche eine Bekenntnis zur Rolle des Ausgegengenen voraussetzt, während Individualstrategien lediglich eine Abgrenzung gegenüber andern Erwerbslosen fordern. Entsprechende selbstentlastende Attributionsmuster, wie etwa der Verweis auf andere Personen, die angeblich nicht arbeiten *wollen*, sind hinlänglich bekannt und tragen natürlich ihrerseits zur Nahrung des hartnäckigen Clichés bei.

○ *Umzentrierung der Lebensinteressen*

Neben Personengruppen, denen traditionelle Ausweichrollen offenstehen, interessieren hier vor allem Mitglieder der sogenannten Alternativszene oder arbeitslose Akademiker, die ihre Identität "neu und unabhängig von Problemen der Integration in den Arbeitsprozess definieren"⁵⁴. Der Fokus richtet sich hier stärker auf die Entlastungs- statt Belastungsmomente der Erwerbslosigkeit.

○ *Scheitern am Widerspruch zwischen normativer Orientierung und Handlungschancen*

Diese missglückte Form der Herstellung, beziehungsweise Aufrechterhaltung von Ich-Identität ist gerade in der Suchtarbeit notorisch. Dieses klassische Verarbeitungsmuster, hier der suchtbedingten Arbeitslosigkeit, leistet der Problemindividualisierung und Anpassung an die stereotype Annahme des sozial isolierten, psychisch labilen und unmotivierten Arbeitslosen Vorschub. So etwa können die auch von jungen Patienten in den Alkoholtherapiezentren häufig gestellten Gesuche um IV-Unterstützung interpretiert werden als Flucht in die vom Stigma der vermeintlich selbstverschuldeten Arbeitslosigkeit entlastende Krankheit.

53 Wacker, Ali: Arbeitslosigkeit als Sozialisationserfahrung. Skizze eines Interpretationsansatzes. In: Leithäuser, T.; Heinz, W.R. (Hg.): Produktion, Arbeit, Sozialisation. Frankfurt a.M.: Suhrkamp 1976, S. 171-187.

54 Wacker, S. 180.

Ein ähnliches Phänomen wird von Barbara Krahe⁵⁵ als Selbstbehinderung zur Vorbeugung gegen Verantwortlichkeit für Misserfolg beschrieben. In der Gewissheit weiterer Misserfolge, in diesem Fall etwa bei der Arbeitssuche, legt sich das Individuum mehr oder weniger bewusst vorbeugend defensive Attributionen mittels bestimmter Handicaps, im Suchtbereich häufig des Rückfalls, zurecht. Der Süchtige verschafft sich so die Bestätigung, dass bei ihm jede Aussicht hoffnungslos sei, und seiner Umwelt liefert er erneut ein Indiz für die Richtigkeit der Annahme, dass Alkoholabhängige verwendungsunfähig sind.

○ *Innovative Umstrukturierung des Verhältnisses von Arbeit und Identität*

Obwohl im vorliegenden Zusammenhang kaum von Belang, sei der Vollständigkeit halber als letzte Kategorie jene kleine Gruppe erwähnt, die sich nicht auf eine individuelle Lösung ihrer Problematik beschränkt, sondern sich auf der kollektivistischen Ebene politisch an neuen Organisationsformen der Produktions- und Reproduktionsprozesse orientiert. Für die grosse Mehrzahl der betroffenen Erwerbslosen indessen bleiben der materielle und vor allem der soziale Druck zu kräftig, als dass sie die Lösung ihres Problems in der Neuorientierung innerhalb der ihnen aufgezwungenen Rolle und in einer Lockerung der Anbindung ihrer Identität an die Lohnarbeit suchen könnten.

3.2 Arbeitstherapie

3.2.1 Der Beruf des Arbeitstherapeuten

Es gibt gute Gründe, einleitend einen Blick auf das Berufsbild des Arbeitstherapeuten und dessen eigene professionelle Identität zu werfen, spielt doch zur Beantwortung unserer Frage eine entscheidende Rolle, wie sich Arbeitstherapeuten selber definieren und welche Leitbilder den Lehrplänen der entsprechenden Ausbildungsstätten zugrundeliegen, beziehungsweise vor welchem historischkulturellen Hintergrund diese erarbeitet wurden.

⁵⁵ Attributionsstrategien und Identitätsdynamik. In: Frey, Hans-Peter; Hausser, Karl (Hg.): Identität. Entwicklungen psychologischer und soziologischer Forschung. (Der Mensch als soziales und personales Wesen, Band 7). Stuttgart: Enke 1987, S. 151. Attributionen werden definiert als "alltagssprachliche Ursachenerklärungen (...), mit denen eine Person eigene Erfahrungen und Umweltereignisse auf diejenigen Verursachungsbedingungen zurückführt, die sie für ausschlaggebend hält und sie damit subjektiv erklärbar, vorhersagbar und/oder kontrollierbar macht."

3.2.1.1 Retrospektive Betrachtung

Soranos von Ephesos, der im 2. Jahrhundert nach Christus in Rom lebende griechische Arzt, wohl der bedeutendste Gynäkologe des Altertums, legte Wert darauf, das Selbstwertgefühl der Kranken durch Betätigung zu kräftigen. Weitere Hinweise auf als therapeutisches Mittel eingesetzte Arbeit in Spitälern für psychisch Kranke finden wir aus überlieferten Berichten aus dem 6. Jahrhundert. Arabische Ärzte, welchen es vorbehalten blieb, die Tradition der klassischen Medizin zu bewahren und durch ihre wissenschaftliche Tätigkeit weiter zu pflegen, gründeten Krankenhäuser in Fez um 700, in Bagdad um 705 und in Kairo um 800. In diesen Heilanstalten wurde Arbeit gezielt therapeutisch und rehabilitativ eingesetzt. Dokumentiert ist auch, dass in dem 1425 in Saragossa gegründeten Hospital eine intensive Arbeitstherapie betrieben wurde.

Als eigentlicher Begründer der modernen Arbeitstherapie gilt Hermann Simon (1867-1947), von 1914 bis 1934 Direktor der Psychiatrischen Anstalt in Gütersloh (Nordrhein-Westfalen), der die weitgehend zur Routine gewordene Bettbehandlung durch seine "Aktivere Therapie in der Irrenanstalt" ersetzte. Sie richtete sich vor allem gegen abnorme, krankhafte und asoziale Verhaltensweisen und sollte stattdessen alle gesunden Funktionen fördern und üben. Wichtigstes Mittel war die Arbeitstherapie: In der Untätigkeit sah Simon das grösste Übel für die Patienten, denen er innerhalb krankheitsbedingter Grenzen eine Eigenverantwortlichkeit in ihren Entscheidungen und ihrem Handeln und gegenüber der Gesellschaft zuerkannte. Biologische Grundsätze und heilerzieherische Tendenzen sowie ein vernunftgemässes Reagieren der Umwelt bildeten die Basis seiner - wie von zahlreichen seiner Berufskollegen bestätigt wurde - sehr erfolgreichen arbeitstherapeutischen Methodik, die in den folgenden Jahrzehnten im In- und Ausland aufgegriffen und anerkannt wurde.

Zuvor hatte jedoch bereits Schiller vom Jahre 1892 an, als er die Leitung des kantonalen Asyls Wil (St. Gallen) übernahm, die Arbeitstherapie auf eine ähnlich hohe Stufe gebracht.⁵⁶ Die Kranken arbeiteten in der Landwirtschaft, in der Gärtnerei und in fast allen Betriebswerkstätten. Schiller war von der Überlegenheit der Arbeitstherapie gegenüber der Bettbehandlung überzeugt, bemerkte aber auch, dass diese an Arzt und Betreuer wesentlich höhere Anforderungen stelle als jene. Die Arbeitstherapie werde in vielen Fällen zu einer wahren Heilerziehung.

56 Vgl. Harlfinger, S. 28.

3.2.1.2 Die aktuelle Situation

Obwohl die Arbeitstherapie, wie wir eben sahen, in der Schweiz eine über hundertjährige Tradition hat, ist es bis heute nicht gelungen, ein einheitliches Berufsbild des Arbeitstherapeuten aufzubauen. In den medizinisch ausgerichteten Institutionen ist Arbeitstherapie immer noch durch ihren somatisch orientierten Charakter geprägt und wird entsprechend als paramedizinische Disziplin interpretiert. In allen übrigen Institutionen aber variiert der Aufgabenbereich des Arbeitstherapeuten erheblich, selbst innerhalb ein und desselben Betriebes, und wird von ganz unterschiedlich, meistens aber gar nicht fachlich ausgebildeten Arbeitstherapeuten ausgeführt.

Die Verschiedenartigkeit von Aufgaben und Funktionen ist nicht zuletzt bedingt durch den der Arbeitstherapie in den Einrichtungen zugestandenen Stellenwert. Da in den Heil- und Pflegeanstalten seit altersher die Medizin ihre Hegemonie verteidigen konnte, wird Arbeitstherapie bis heute als paramedizinische Tätigkeit aufgefasst und wird eher der Pflegeleistung zugerechnet und untergeordnet, während sie als selbständige sozialtherapeutische oder -pädagogische Disziplin kaum zum Tragen kommt. Erst in den letzten Jahren ist auch innerhalb der Klinikmauern ein sozialwissenschaftlicher und psychologischer Einfluss festzustellen, der die Hegemoniestellung der Medizin zwar nicht ins Wanken bringt, aber doch so weit hinterfragt, dass öfters auch Psychologen, Sozialarbeiter und -pädagogen ihren Platz im Behandlungskonzept einnehmen. Der ehemals ausschliesslich medizinisch-pflegerische Stab der medizinischen Institutionen weitet sich allmählich aus zu einem interdisziplinären Gremium mit kollektiver Verantwortung für den gesamten Behandlungsprozess.

Gestützt wird diese Entwicklung durch einen gesellschaftlichen Prozess, der die Alleinverantwortung des Arztes und seine allmächtige Stellung kritisch beurteilt und seine Fachkompetenz auf den rein medizinischen Bereich beschränkt. Vor diesem Hintergrund lässt sich eine zunehmende Tendenz ermitteln, Arbeitstherapie in höherem Masse zu professionalisieren, vielseitiger und fachkompetenter einzusetzen und als effiziente und etablierte Behandlungsmethode zu anerkennen. In Forschung, Ausbildung und beruflicher Organisation allerdings hat sich diese Entwicklung bis anhin noch nicht niedergeschlagen. Auch in der Praxis sind entsprechende Fortschritte nur zögernd auszumachen. So ist es etwa heute noch üblich, dass an Stelle der hiezu prädestinierten und kompetenten Arbeitstherapeuten Ärzte und Therapeuten trotz fehlender Fachkompetenz und Erfahrung bestimmen, in welchen arbeitstherapeutischen Feldern Patienten zu beschäftigen sind.⁵⁷ Hier zeigt sich mit aller Deutlichkeit, welchen entscheidenden Einfluss eine solide fachliche Ausbildung auf den Stellenwert der Arbeitstherapie ausübt, werden doch in

57 Über diese Inkonsequenz hat sich Aernoutschon vor einem Vierteljahrhundert beklagt. Vgl. S. 130.

Deutschland, wo die arbeitstherapeutische Ausbildung Tradition hat⁵⁸, die Abschlussberichte aus der Arbeitstherapie von den Rentenversicherungsträgern als Rentengutachten anerkannt.⁵⁹

3.2.1.3 Forschung

An einer eigentlichen, gezielten, systematischen Forschung auf dem Gebiete der Arbeitstherapie fehlt es bis heute. Unser beschränktes und fragmentarisches Wissen über Wesen und Wirkungsweise der Arbeitstherapie beruht auf Alltagstheorien. Wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse fehlen. Handeln und Planen im Arbeitstherapeutischen Bereich sind nach wie vor ausgeprägt intuitiv und von den individuellen Vorstellungen der jeweiligen Rollenträger geprägt. Die Interpretationen über das, was Arbeitstherapie ist, wie sie wirkt, wo und wie sie einzusetzen und zu handhaben sei, unterscheiden sich erheblich von Institution zu Institution, ja selbst innerhalb der Einrichtungen.

Zahlreiche Fragen bleiben unbeantwortet: Nach welchen Kriterien bestimmt sich der arbeitstherapeutische Einsatz im Hinblick auf ihren Beitrag zum gesamten Behandlungskonzept. Keinerlei wissenschaftliche Untersuchungen halten fest, welchen Einfluss sie auf Fortschritt, Stillstand oder Rückschritt im Entwicklungsprozess des zu Betreuenden ausübt. Erstaunlicherweise wird die Frage nach der Wirksamkeit arbeitstherapeutischen Vorgehens trotz hoher und im Zuge zunehmender Technisierung zunehmend steigender Kosten auch von den Subvenienten kaum gestellt.

Auch dem indikativen Problemkreis ist seitens der Wissenschaft und Forschung kaum Beachtung geschenkt worden, so dass wir heute diesbezüglich kaum weiter sind als zu Zeiten Hermann Simons. Dass sich aus dieser diffusen Situation kontroverse Interpretationen und vielschichtige Abgrenzungsfragen ergeben, liegt auf der Hand.

Entsprechend dürftig ist das Literaturangebot zum Thema Arbeitstherapie. Symptomatisch für den geschilderten Sachverhalt, aber auch für das in den letzten Jahren (neu)erwachte Interesse an dieser Behandlungsmethode, ist etwa die Tatsache, dass das heute unter Arbeitstherapeuten als Standardwerk geltende Buch von Jacqueline Rudolphine Aernout aus dem Jahre 1967 stammt, erst 1981 ins Deutsche übertragen und 1992 - nach über einem Vierteljahrhundert - zum fünftenmal inhaltlich unverändert aufgelegt wurde.

58 Vgl. unten 3.1.1.4: Deutschland

59 Vgl. Melzer, Ernst: Diagnostische Möglichkeiten im Rahmen der Arbeitstherapie bei Suchtkranken. Unveröffentlichtes Manuskript des vom Autor unter diesem Titel am 24. Juni 1992 an einer Fachtagung der Vereinigung Arbeitstherapeuten Schweiz VAS in der Heilstätte von Effinger-Stiftung, Holderbank, gehaltenen Referats. Ernst Melzer ist Dozent an der Gotthilf-Vöhringer-Schule für Arbeitserziehung und Arbeitstherapie in Wilhelmsdorf, Deutschland. Melzer hält zudem fest, dass "das fundierte Urteil eines Arbeitstherapeuten über Berufseignung oder Arbeitshaltung eines Patienten weit mehr aussagt als diesbezügliche psychologische Tests."(S. 4).

Dass sich heute die interessierten Kreise gierig auf alles Lesbare stürzen, dessen Titel auch nur andeutungsweise auf einen das Thema Arbeitstherapie streifenden Inhalt schliessen lässt, wundert unter diesen Umständen nicht und sichert der vorliegenden Arbeit einen reissenden Absatz...

3.2.1.4 Ausbildung

Der weitaus grösste Teil der in der deutschen Schweiz tätigen Arbeitstherapeuten verfügt über keinerlei pädagogische oder therapeutische Ausbildung. In den psychiatrischen Kliniken werden häufig Psychiatrie-schwestern und -pfleger eingesetzt, während wir in den Bereichen Sucht, Dissozialität und Behinderung in der Regel handwerklich ausgebildete Berufsleute antreffen.

○ *Höhere Fachschulen für Sozialpädagogik*

An den Höheren Fachschulen für Sozialpädagogik - Ausbildungsstätten im nichtuniversitären Tertiärsektor mit in der Regel dreijähriger Vollzeit- oder berufsbegleitender Ausbildung - werden seit einigen Jahren mit zunehmender Tendenz Sozialpädagogen ausgebildet, die in ihren Institutionen in den unterschiedlichsten Funktionen, so auch als Arbeitstherapeuten, im Bereich Arbeit tätig sind. Als Beispiel erwähnt etwa das Abteilungsstatut der BSA sozialpädagogische Lebensfelder, welche für aus dem regulären Arbeits- und Erwerbsleben ausgegrenzte Klienten die Möglichkeit schaffen, trotzdem arbeits- und eventuell auch erwerbsfähig zu bleiben. Sozialpädagogen teilen in diesen Bereichen als unmittelbare Arbeits- und Interaktionspartner mehr oder weniger umfassende und bedeutende Ausschnitte des Alltagslebens mit ihren Klienten und unterliegen damit, wenn auch in anderer Position und Rolle, im wesentlichen denselben Bedingungen des Alltagslebens wie die Klienten. Mit den Klienten zusammen versuchen sie, die alltäglichen Aufgaben, die sich im Arbeits- oder Erwerbsfeld stellen, zu bewältigen und dafür möglichst optimale Bedingungen zu schaffen. Dass es sich bei dieser Aufgabe um eine primär sozialpädagogische und nicht etwa therapeutische handelt, wird implizit unterstellt und ergibt sich zwanglos aus den Lehrplänen der Ausbildungsstätten.

○ *VPG*

Die Fachschule für Sozialpädagogik im Behindertenbereich VPG (bis vor kurzem lautete die Bezeichnung noch Vereinigung zur Personalausbildung Geistigbehinderter) bietet eine auf der Sekundärstufe angesiedelte, ebenfalls drei Jahre dauernde (rund 1500 Lektionen im Vergleich zu rund 1800 Unterrichtsstunden an der BSA) berufsbegleitende Ausbildung an, die im dritten Ausbildungsjahr eine Aufteilung in die Sektoren Heim und Werkstatt vorsieht. Auch dieser Ausbildungsgang lässt keine Zweifel offen, dass ihr Ziel die Vermittlung primär sozialpädagogischer und nicht therapeutischer Fähigkeiten ist.

○ *VAS*

Seit 1979 werden auf Anregung der Leiter von Rehabilitationsinstitutionen für Alkoholabhängige Kurse für Arbeitstherapeuten durchgeführt, wobei sich das Angebot auf drei bis vier Seminare von je drei Tagen Dauer jährlich beschränkte. Obwohl nicht überflüssig, vermochte die Ausbildung nicht mehr zu befriedigen, nicht zuletzt wegen der fehlenden Kontinuität in der Zusammensetzung der Gruppen. Auch wurde in den letzten Jahren von den Kursteilnehmern das Bedürfnis nach einer solideren und umfassenderen Ausbildung immer lauter artikuliert.

Die 1987 gegründete Vereinigung der Arbeitstherapeuten im Suchtbereich VAS, die sich heute nach der Ausweitung ihres Tätigkeitsfeldes über den Suchtbereich hinaus Vereinigung Arbeitstherapeuten Schweiz nennt, hat es sich unter anderem zur Aufgabe gemacht, ihren Mitgliedern eine arbeitstherapeutische Ausbildung anzubieten. Sie liess sich von der Feststellung leiten, dass Arbeitstherapie heute ein integrierter Bestandteil der therapeutischen Konzepte in den meisten Kliniken und Therapiezentren für Suchtkranke ist und in den letzten Jahren auch eine zunehmende Bedeutung in der Rehabilitation von Drogenabhängigen erlangt hat, abgesehen davon, dass sie nebst der Ergotherapie auch in psychiatrischen Kliniken verbreitete Anwendung findet und sich auch im Jugendstrafvollzug sowie in der Resozialisierung von Gefangenen neue Anwendungsgebiete erschliesst. Betont wird insbesondere, dass Arbeitstherapie in den letzten Jahren einem inneren Wandel unterworfen und immer weniger bloss Beaufsichtigung von Arbeitenden oder Beschäftigung von Klienten, sondern vielmehr integrierender Bestandteil eines ganzheitlichen Therapiekonzeptes sei.

Trotz der Tatsache, dass Arbeitstherapie heute eine anerkannte und bedeutsame Funktion im therapeutischen Prozess einnehme, gebe es eigenartigerweise in der Schweiz noch keine eigentliche Ausbildung zum Arbeitstherapeuten - dies die Auffassung der VAS. Die Erweiterung des Tätigkeits- und Handlungsspielraums der Arbeitstherapie lasse eine entsprechende Ausbildung als notwendig und dringend erscheinen. So hat sie denn nach dem Motto - Zitat aus den Ausschreibungsunterlagen - "besser jetzt eine kurze Ausbildung als irgendeinmal später, wenn überhaupt, eine volle und anerkannte Ausbildung" innert kürzester Frist ein Ausbildungskonzept auf die Beine gestellt und im Dezember 1992 den ersten, als Pilotprojekt deklarierten Ausbildungskurs gestartet.

Die berufsbegleitende Ausbildung erstreckt sich über zwei Jahre, ist aufgeteilt auf 40 Kurstage (6 Kurswochen und 5 Wochenende) und umfasst insgesamt 320 Lektionen. Der Lehrkörper setzt sich fast ausschliesslich aus Mitgliedern des Dozententeams der Höheren Fachschule für Sozialarbeit Aarau zusammen, was - so der VAS-Prospekt - Gewähr dafür biete, dass die Ausbildung 'greife' und 'ineinandergreife'.

Wenngleich zur Zeit noch keine konkrete Unterrichtsdokumentation vorliegt und eine Definition dessen, was die VAS unter Arbeitstherapie versteht vor-derhand ebenso fehlt wie eine Umschreibung von Aufgaben und Funktionen des Arbeitstherapeuten, legen doch sowohl die Zusammensetzung des Lehrkörpers als auch die summarische Darstellung von Ausbildungsziel und -inhalt im VAS-Prospekt die Vermutung nahe, dass hier in erster Linie eine sozialpädagogische Ausbildung angeboten wird und daher auch die Tätigkeit des Arbeitstherapeuten als eher sozialpädagogischer Natur interpretiert wird. Die im Ausbildungskurs anzustrebenden Ziele betreffen denn auch in erster Linie, so wird einleitend festgehalten, die "persönliche, pädagogische und soziale Kompetenz" der Kursteilnehmer. Als zentrale Ausbildungsziele werden angestrebt: nuancierte Selbst- und Fremdwahrnehmung, methodisch-didaktische Fähigkeiten, Wahrnehmen sozialer Prozesse und Kooperation im Team.

○ *Maître socio-professionnel MSP*

In den bildungspolitisch bewegten 60er Jahren begannen sich die psychiatrischen Kliniken zu öffnen und erlaubten die Beschäftigung von psychisch kranken Patienten in geschützten Werkstätten, die in der Romandie vorwiegend von psychiatrisch ausgebildetem Personal, von Lehrern und Handwerkern betreut wurden, welche bald angemessene Ausbildungsmöglichkeiten für die Ausübung ihrer neuen Tätigkeit reklamierten. Unterstützt wurde diese Forderung durch sich politisch immer aktiver betätigende Elternvereinigungen geistig behinderter Kinder, welche eine sozialpädagogische Betreuung in den geschützten Werkstätten als zwingend notwendig deklarierten, sowie durch die damalige Hochkonjunktur und den neue Formen von Subventionierungsmöglichkeiten bietenden Ausbau der Invalidenversicherung.

Unter diesem Nachfragedruck bot das Institut d'études sociales Genève erstmals 1968 einen Ausbildungskurs an, der 1972 von der Ecole d'études sociales et pédagogiques Lausanne in erweiterter Form fortgeführt wurde. Es schlossen sich ähnlich gelagerte Ausbildungsmöglichkeiten zum MSP an in Sion (1975) und seit 1981 im Tessin, zunächst in Sorengo, heute in Mendrisio. Bis heute wurden rund 400 Diplome ausgestellt. Seit 20 Jahren sind die MSP in der Association romande des maîtres socio-professionnels zusammengeschlossen, die in der welschen Schweiz allgemein als Sozialpartnerin anerkannt und mehrere Gesamtarbeitsverträge mitunterzeichnet hat.

Die Ausbildungen an den drei Schulen wurden einander in den letzten Jahren zunehmend angeglichen. Sie umfassen heute 1500 Lektionen, verteilt über eine berufsbegleitende Ausbildung von drei Jahren, und entsprechen in formaler Hinsicht den Anforderungen der Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft der Höheren Fachschulen für Sozialpädagogik SAH, um deren Anerkennung die Schulen von Lausanne, Sion und Mendrisio im Herbst 1991 nachgesucht haben.

Die MSP sind heute vorwiegend im Behindertenbereich, in geschützten Werkstätten tätig, wobei die Umschreibung "Störungen organischer, physischer, psychischer, intellektueller oder sozialer Art"⁶⁰ den Bereich der Suchttherapie und die Arbeit im Feld der Dissozialität nicht a priori ausschliesst.⁶¹ Obwohl in sämtlichen Unterlagen über die Ausbildung zum MSP das Erfordernis nach sozialpädagogischen Kompetenzen hervorgehoben wird und trotz des an die SAH gerichteten Anerkennungsgesuchs legen die MSP selbst Wert auf die Feststellung, dass ihr Beruf ein eigenständiger sei und sich von jenem des Sozialpädagogen unterscheide.

○ *Deutschland*

■ **Arbeitstherapeut**⁶²

Ein kurzer Blick über die Landesgrenze, insbesondere nach Deutschland, lohnt sich, wird doch dort, ähnlich wie etwa in Holland, seit längerer Zeit eine eigentliche arbeitstherapeutische Ausbildung angeboten, und zwar zur Zeit (1992) an 52 staatlich anerkannten Schulen für Beschäftigungs- und Arbeitstherapie. Die Gründung 13 weiterer Schulen war zu diesem Zeitpunkt in Planung. Zur rasanten Entwicklung der Ausbildung in diesem Sektor seien folgende Zahlen erwähnt: Bis 1975 gab es 7, 1980 18 und 1988 36 Schulen. 1977 beschloss der Deutsche Bundestag ein bundeseinheitliches Gesetz, welches das Berufsbild des Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten regelt und eine dreijährige Vollzeitausbildung festlegt. Vorher gab es zweijährige Kurse plus ein Berufsanerkennungsjahr nach verschiedenen landesrechtlichen Regelungen. Die Arbeitstherapie wurde 1977 in das Berufsbild und in die gesetz-

60 Jean-Claude Berger, hauptverantwortlicher Dozent für die Ausbildung der MSP an der Ecole d'études sociales et pédagogiques Lausanne, in seinem am 07.11.91 an einer Fachtagung der SAH in Bern gehaltenen Referat. Thema der Fachtagung war die Frage, ob es sich beim Werkstatt-Sozialpädagogen oder Sozialpädagogen im Arbeitsbereich - so wird MSP im allgemeinen ins Deutsche übersetzt - um einen eigenständigen oder einen eigentlich sozialpädagogischen Beruf handle.

61 Vergleiche dazu etwa die Umschreibung des Berufs des MSP in den nachstehenden Unterlagen:

- Ecole d'études sociales et pédagogiques Lausanne: Formation des maîtres socio-professionnels (MSP):
Le maître socio-professionnel est appelé à décaler, maintenir et développer les capacités professionnelles et sociales des personnes dont il a la charge, par le moyen d'activités appropriées dans le cadre d'ateliers de services socio-professionnels ou en vue d'une intégration.
- Association suisse pour l'orientation scolaire et professionnelle ASOSP. Les fiches professionnelles romandes. Maître/maîtresse socio-professionnel(le):
La finalité de la démarche du MSP peut être résumée dans ces termes: contribuer à redonner une dignité humaine, à travers une activité professionnelle, à des personnes atteintes dans leur intégrité physique, psychique ou mentale. - In anderem Zusammenhang wird ausdrücklich auf die "qualification socio-pédagogique" des MSP hingewiesen.

62 Vgl. Strehse, Wolfgang: Die Situation der beschäftigungs- und arbeitstherapeutischen Ausbildung in der BRD. Nachwort in: Aernout, Jacqueline Rudolphine: Arbeitstherapie. Eine praxisorientierte Einführung. 5. Aufl. Weinheim/Basel: Beltz 1992, S. 285 ff.

lich geregelte Ausbildungs- und Prüfungsordnung des Beschäftigungstherapeuten einbezogen.

Waren die Ausbildungsstätten noch bis 1980 überwiegend an Krankenhäuser oder grössere Kranken-/Behindertenanstalten angebunden, so findet sich im Schulverzeichnis des Berufsverbandes der Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten nun eine bunte Vielfalt von Trägern und Unternehmen, die den Ausbildungsmarkt erobern.

Das Berufsbild des Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten nach den (allerdings noch nicht einheitlichen) Vorstellungen der deutschen Ausbildungsstätten wird etwa so umschrieben: Beschäftigungs- und Arbeitstherapie ist eine Heilmassnahme auf medizinisch-rehabilitativem Sektor, die geeignet ist, körperliche, seelische und geistige Behinderungen und Krankheiten zu beheben, ihrem Fortschreiten entgegenzuwirken oder verlorengegangene Funktionen zu kompensieren. Sie umfasst Behandlungen, Übungen und Überprüfungsverfahren bei Patienten aus allen medizinischen Bereichen.

Die Ausbildung wird nach dem Gesetz über den Beruf des Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten aus dem Jahre 1976 und den entsprechenden Verordnungen durchgeführt. Gegenwärtig werden Überlegungen angestellt, ob die Ausbildung, wie in andern Ländern, nicht als Studium an Fachhochschulen angesiedelt werden müsste. Seit rund 10 Jahren können sich Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten, die bestimmte Voraussetzungen erfüllen, auch freiberuflich betätigen, das heisst, ärztlich verordnete Leistungen über die Krankenkassen abrechnen. Die Zahl niedergelassener, freiberuflich tätiger Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten nimmt kontinuierlich zu.

Es wird klar, dass der hier angesprochene Beruf des Arbeitstherapeuten als Angestellter in nichtärztlichen medizinischen Fachberufen oder eben als niedergelassener Therapeut, der in beiden Fällen vorwiegend Langzeitkranke und Behinderte behandelt, und dies stets aufgrund *ärztlicher* Diagnose und Verordnung, mit dem oben beschriebenen, vorwiegend sozialpädagogisch geprägten Berufsbild nur entfernt verwandt ist. Diese Klarstellung schien uns notwendig in Anbetracht der Tatsache, dass hierzulande von offenbar ungenügend informierten Stellen, nicht zuletzt von Arbeitstherapeuten selbst, immer wieder (neidvoll?) auf die deutschen Verhältnisse und die dortige arbeitstherapeutische Ausbildung verwiesen wird.

■ Arbeitserzieher

Dennoch ist der angetönte Neid auf die deutschen Verhältnisse nicht ganz unbegründet; sein wahrer Gegenstand müsste aber nicht die Arbeitstherapie im geschilderten Sinne des Hilfsheilberufes sein, sondern die bei uns offensichtlich auch in Fachkreisen weitgehend unbekannte Ausbildung zum Arbeitserzieher oder, gleichbedeutend, Erzieher am Arbeitsplatz.

Der Beruf kann heute an vier staatlich anerkannten Ausbildungsinstitutionen erlernt werden, wovon die älteste, die Gotthilf-Vöhringer-Fachschule für Arbeitserziehung und Arbeitstherapie bereits 1958 gegründet wurde. Die, auch nach Auffassung der Schulleitung, heute irreführende Bezeichnung Arbeitstherapie in der Namensgebung der Schule - bei den drei andern Ausbildungsinstitutionen neueren Datums taucht der Ausdruck nicht mehr auf - ist historisch zu erklären und hat mit der Arbeitstherapie im Sinne der Ergotherapie, wie wir sie oben umrissen haben, nichts zu tun. Vielmehr wurde seinerzeit die Auffassung vertreten, Erziehen könne nicht auf ein erwachsenes Klientel bezogen werden, weshalb die Umschreibung des Ausbildungsgegenstandes mit dem damals noch nicht paramedizinisch besetzten Ausdruck Arbeitstherapie ergänzt wurde.

Eine gesetzliche Regelung der Ausbildung, die als Vollzeit- oder berufsbegleitendes Studium erworben werden kann und rund 2300, beziehungsweise 2600 Unterrichtseinheiten Fachtheorie und -praxis umfasst, besteht zur Zeit nur in Baden-Württemberg, wo denn auch alle vier Fachschulen, deren Aufnahmebedingungen im wesentlichen jenen der Höheren Fachschulen in der Schweiz entsprechen, angesiedelt sind. Ähnlich wie bei uns kantonale Ausbildungen und Abschlüsse auf Grund der Übergangsbestimmungen in der Bundesverfassung von den übrigen Kantonen anerkannt werden, findet auch die baden-württembergische Gesetzesregelung bundesweite staatliche Anerkennung. Gegenwärtig sind auch in andern Bundesländern Bestrebungen im Gange, Fachschulen für die Ausbildung von Erziehern am Arbeitsplatz nach dem baden-württembergischen Vorbild zu errichten

Als erwähnenswertes Kriterium bezüglich der Qualität der berufsbegleitenden Ausbildung sei die Forderung vermerkt, dass die von den praktischen Ausbildungsinstitutionen zu stellenden Mentoren - sie entsprechen ihrer Funktion nach dem Ausbildungsbegleiter der BSA - qualitativen Mindestanforderungen zu genügen haben, müssen sie doch über einen Hochschul- oder Fachhochschulabschluss in einem sozialen Beruf oder aber als Erzieher am Arbeitsplatz mit staatlicher Anerkennung über mehrjährige Berufserfahrung verfügen.

Arbeitserziehung als Ausbildungsziel wird von diesen Schulen als Aufgabenfeld moderner ganzheitlicher Erziehung verstanden. Wer seinen erlernten Beruf zur Erziehung bei körperlich, geistig oder seelisch Behinderten, Verhaltensgestörten, Abhängigen oder psychisch Kranken einsetzen wolle, so die Unterlagen der Vöhringer-Schule, brauche eine gezielte Zusatzausbildung. Erzieher am Arbeitsplatz haben die Aufgabe, solche Menschen in pädagogischer Verantwortung durch entsprechende Ausbildung oder Anleitung beruflich zu rehabilitieren. Insoweit ergänzen sie die Aufgabenstellung anderer sozialpädagogischer Berufe auf dem Gebiet der Arbeit und des Berufes. Die Fachschulen verstehen sich denn auch *expressis verbis* als sozialpädagogische und sonderpädagogische Ausbildungsstätten.

Als Beispiele für die Tätigkeitsfelder der Erzieher am Arbeitsplatz werden etwa genannt: Arbeitstherapeutische Betriebe in Heimen, Berufsförderungs- werke, Berufsbildungswerke, Werkstätten für Behinderte, Suchtkranke, psychisch Kranke oder Straffällige, Institutionen für Hör-, Sprach- und Sehbehinderte sowie die gezielte Berufsvorbereitung für Kinder und Jugendliche. Grundlage für die Ausbildung ist die Vermittlung von soziologischen, psychologischen und psychiatrischen Grundkenntnissen, um den Ansatzpunkt für die Erziehung und Therapie dieser Personenkreise zu gewinnen. Dazu dient der Unterricht in den Fächern Soziologie, Psychologie, Sozialpsychologie, Psychiatrie und Psychopathologie.

Auf diesen Grundkenntnissen bauen die jeweiligen pädagogischen und therapeutischen - so die Schulunterlagen - Massnahmen der beruflichen Rehabilitation auf. Die Schulabsolventen lernen dazu die entsprechenden Methoden, den Umgang mit den verschiedenen Probanden und die Entwicklungsmöglichkeiten des jeweiligen Personenkreises. Dazu dienen die Fächer Pädagogik, Arbeitserziehung sowie Methodik und Didaktik. Ergänzt wird der Unterrichtsstoff durch Fächer wie Rechts- und Berufskunde, Arbeitserziehung und Arbeitstherapie, Fertigungstechniken und Vorrichtungsbau, Ethik, politische und kulturelle Bildung. Anhand dieses Unterrichtsstoffes sollen folgende Ausbildungsinhalte vermittelt werden: Zielgruppen und ihre speziellen Schwierigkeiten, Förder- und Berufsmöglichkeiten, praktische Übungen im Anleiten am Arbeitsplatz, Wahrnehmungs- und Beobachtungsschulung, Arbeitsplatzgestaltung, Förderung der Gesamtpersönlichkeit der betroffenen Menschen, pädagogischer und therapeutischer Umgang mit einzelnen und mit Gruppen, Arbeiten im Team, Rechtsgrundlagen, ethische Grundlagen und Sozialarbeit.

Nach dem Bildungsauftrag der entsprechenden Schulen bedeutet Erzieher am Arbeitsplatz zusammenfassend: Herstellung eines Vertrauensverhältnisses, Motivation zu Arbeit und Beruf, Vermittlung von praktischen und theoretischen Kenntnissen, Stärkung des Selbstvertrauens und Selbstbewusstseins, Verbesserung der Belastbarkeit sowie Normalisierung und Integration.

Bezüglich des Klientels der Arbeitserzieher werden unter dem Oberbegriff seelisch Behinderter nebst erziehungsschwieriger Jugendlicher und Nichtsesshafter auch die an Bedeutung ständig zunehmenden neurotisch Erkrankten in den verschiedenartigen sozialen Institutionen sowie insbesondere und ausdrücklich die Drogenabhängigen und Alkoholkranken aufgeführt. Alkoholranke Männer, vor allem aber auch alkoholranke Frauen, so wird betont, scheitern in der Regel an der Vielschichtigkeit des Lebens. Dazu gehört auch das berufliche Leben. Deshalb komme der Arbeitstherapie innerhalb der Kuren besondere Bedeutung zu. Die Erfahrung zeige, dass die Bewährung im späteren Leben für die Alkoholkranken wesentlich davon abhängt, wie gut ihre berufliche Rehabilitation gelinge. Unter Betonung der Schwierigkeit, seelisch und geistig Behinderte scharf zu trennen, werden zum geistig behinderten Klientel die Lernbehinderten, die Bildungsschwachen, die

Anfallskranken und hirnganisch Geschädigten sowie die Geistes- und Gemütskranken gezählt.

■ Arbeitspädagoge

Um die Sache nicht allzu einfach zu machen und weil aller guten Dinge drei sind, sei der Vollständigkeit halber hier auch die dritte im weitesten Sinne arbeitstherapeutische Ausbildung erwähnt, nämlich jene zum Arbeitspädagogen, die allerdings erst im Entstehen begriffen ist und das bisherige Berufsbild des Gruppenleiters ablösen wird; die ersten Ausbildungsgänge sollten planmässig 1993 beginnen. Es handelt sich um eine Ausbildung auf dem Niveau der Berufsfachschule - in unserer Terminologie auf der Sekundärstufe -, die rund 850 Unterrichtseinheiten umfasst und, wie die Beschäftigungs- und Arbeitstherapie, bundesweit gesetzlich geregelt ist. Inhaltlich deckt sich die Ausbildung, wenn auch in weniger umfassender und tiefgreifender Art, mit jener der Erzieher am Arbeitsplatz. Das Tätigkeitsgebiet des Arbeitspädagogen beschränkt sich jedoch, ähnlich wie jenes des VPG-Sozialpädagogen in der Schweiz, auf das Gebiet der geistig Behinderten.

3.2.2 Arbeit als agogische Aktion

3.2.2.1 Einleitung

Um das arbeitstherapeutische Geschehen, wie es heute praktiziert und interpretiert wird, zu verstehen, müssen wir noch einmal auf Hermann Simon zurückgreifen, der, wie wir sahen, 1924 den Anstoss zu einer aus damaliger Sicht grundsätzlich neuen Haltung dem Patienten gegenüber gab und einen neuen Begriff von Arbeitstherapie einführte. Der entscheidende Impuls bestand darin, dass die Therapie nicht mehr primär die Krankheit, sondern den seelisch gesunden Teil der Persönlichkeit ansprechen sollte, mit dem Ziel, den Patienten selber handeln zu lassen. Mit dieser "aktiveren" Therapie, wie sie Simon nannte, hielt eine vollkommen neue Form der Behandlung Einzug vorerst in die Medizin, bald aber auch in andere therapeutische Domänen.

Ausgangspunkt dieser revolutionierenden und bis in die heutige Arbeitstherapie hineinwirkenden Betrachtungsweise war die Erkenntnis, dass in jedem Kranken ein Stück gesunder Persönlichkeit gefunden werden kann, das es zu entwickeln und zu fördern gilt. Aus sozialpädagogischer Sicht ebenso bedeutungsvoll war Simons Einsicht, dass viele Äusserungen und Verhaltensweisen seiner Patienten - früher als von den Patienten nicht zu verantwortende Krankheitserscheinungen betrachtet - nicht als Krankheitssymptome, sondern Ausfluss ihres Sozialisationsprozesses und gelegentlich auch ihrer Hospitali-

sation zu interpretieren und daher nicht schicksalhaft hinzunehmen sind, sondern durch geeignete Massnahmen beeinflusst werden können.

Die aus dieser Erkenntnis abgeleiteten Kernpunkte seiner aktiveren Therapie - Arbeit, Erziehung, Umgebung - muten in ihrer aktuellen Form der Arbeitstherapie, des sozialpädagogischen Handelns und der Gestaltung eines pädagogisch-therapeutischen Milieus auch heute noch modern an, auch wenn wir uns heute mit Simons Erziehungsmethoden, einer durch Sanktionen und Belohnung geprägter Konditionierung, nicht mehr identifizieren können.

Dass sich die nun bald ein Jahrhundert alte Arbeitstherapie in ihren Grundzügen bis heute trotz des Auftauchens neuer Lehrmeinungen und einer Unzahl neuer Therapieformen nicht nur zu halten vermochte, sondern zur Zeit eine eigentliche Renaissance erlebt, ist umso weniger selbstverständlich, als es sich dabei - schon allein des zwiespältigen Inhalts des Begriffs Arbeit wegen - nicht um ein elegantes therapeutisches Verfahren handelt, das bei geringem Aufwand raschen und sicheren Erfolg verspricht. Sie hat im Gegenteil mit dem gerade in wirtschaftlich rezessiven Zeiten belastenden Handicap zu kämpfen, in jeder Hinsicht aufwendig und kostspielig zu sein: bauliche und technische Einrichtungen, Geräte, Werkzeug und vor allem gut ausgebildete - so zumindest der Anspruch - Fachleute, die in ihre Tätigkeit im Vergleich zur realen Normalität viel Zeit und Geld investieren.

In bezug auf die Schwierigkeit konkreter Erfolgsbeurteilung sind andere Therapieformen indessen alles andere als bevorteilt. Unsere anschliessende analysierende Betrachtung wird die grosse Zahl der an der Arbeitstherapie beteiligten, ineinandergreifenden, sich gegenseitig beeinflussenden und ergänzenden Wirkungsfaktoren erkennen lassen. Diese hohe Komplexität macht eine systematische Begründung der Arbeitstherapie so ungemein schwierig und deren praktische, fachlich kompetente Durchführung so anspruchsvoll.

Wenn sich Arbeitstherapie trotz dieser hohen Hürden im Therapiekonzept zahlreicher sozialpädagogischer und therapeutischer Institutionen einen festen und unumstrittenen Platz erkämpfen und erhalten konnte - allein schon die Tatsache, dass die Betreuten in der Regel den grössten Teil ihrer Zeit in der Arbeitstherapie verbringen, erhellt deren Bedeutung und Gewicht - und sich zunehmend Fachkräfte zu ihrer Ausübung qualifizieren lassen, müssen gewichtige Gründe für deren Wert und ihre Wirksamkeit sprechen. Diesen wollen wir, aus der dieser Arbeit zu Grunde liegenden interaktionistischen Sicht, im folgenden auf die Spur kommen.

3.2.2.2 Arbeit und Interaktion

Dass das Individuum etwas bewirken kann, macht es seiner Umwelt wie auch sich selbst gegenüber durch aktives Handeln deutlich. Erst in dieser Interaktion kann es sich überhaupt als lebendes, handelndes Wesen empfin-

den und ausdrücken. Durch sein Handeln, besonders durch das Arbeiten als einer konkreten Form des Handelns, kann das Individuum die Grenzen zwischen seinem Ich und der Umwelt bestimmen. Zugleich stellt es mit seiner Arbeit eine persönliche Beziehung zur Umwelt her, in der es lebt. Man kann geradezu sagen, dass das Umweltobjekt als Arbeit zunächst gar nicht existiere, sondern durch Arbeit erst entstehe.⁶³

Unter den Möglichkeiten, aktiven Kontakt mit der Welt, in der es lebt, aufzunehmen, bietet sich gerade dem durch frühkindliche orale Frustrationen in seiner Selbst- und Fremdwahrnehmung gestörten und als Folge als deviant stigmatisiertem Individuum die Arbeit in allererster Linie an, kann sich doch selbst der Angehörige der nichtdevianten Mehrheit, wie wir gesehen haben, erst durch die Arbeit im eigentlichen Sinne der Realität bemächtigen.

So liegt der Anreiz zur Arbeit mit anderen nicht allein in der Freude an der Überwindung von Widerständen, im Gefühl der erwiesenen Überlegenheit, im Nutzen, in der Befriedigung eines notwendigen Bedarfs, im angestrebten Ziel, in der Vollendung der Arbeit und im Lohn.⁶⁴ Eignungen, Neigungen und Interessen sind zweifellos für den Entschluss zur Arbeit von grösserer Bedeutung; entscheidend für den Entschluss aber dürfte das Streben nach Anerkennung sein, die eine Arbeit und eine Leistung erfahren können und die damit dem tätigen Individuum seitens seiner Umgebung zugebilligt wird. Diese Anerkennung, ihr besonderer Akzent, aber auch ihr Ausbleiben, ermöglichen ihm, sich selbst zu erkennen und zu objektivieren; sie können dadurch dem in seiner Identität gestörten Individuum eine Hilfe geben, auf die es in seiner Verunsicherung besonders angewiesen ist.

Unter gegebenen soziokulturellen und -materiellen Bedingungen entwickelt das Individuum im Verlaufe seines Sozialisationsprozesses eine bestimmte Idealvorstellung von sich selbst, ein Ich-Ideal, dem es möglichst weitgehend zu entsprechen versucht, indem es seine reale Person mit dem Idealbild zur Deckung zu bringen, sein ideales Selbst zu verwirklichen trachtet. Das Ausmass, in dem dies gelingt, bestimmt das individuelle Selbstwertgefühl, die Meinung, die das Individuum von sich selbst hat.

Die erstrebte Realisierung des Ich-Ideals, ja selbst die Annäherung an diese Vorstellung, bleiben stets hinter den Erwartungen und Ansprüchen zurück und sind ständig gefährdet durch Unvollkommenheit im psychischen System des devianten Individuums, durch dessen Ich-Defizite. Die Annäherung an die Idealvorstellung, die das Individuum von sich hat, kann dieses selbst einschätzen, und zwar vorerst in Form einer subjektiven, sich mit der Realität nicht notwendigerweise deckenden Meinung. Diese ist jedoch massgebend für die Rechte und Pflichten, die das Individuum aus seiner eigenen Sicht in

63 Weizsäcker, Viktor von: Natur und Geist. München: Kindler 1964, S. 73.

64 Vgl. Harlfinger, S. 131.

der Gesellschaft zu haben glaubt. Sie bestimmt das Gefühl für die Angemessenheit des eigenen Verhaltens und für den Respekt, den es für sich beansprucht. Aber erst in der Auseinandersetzung mit der Umwelt lernt es, was es von sich wirklich erwarten kann, welche Fähigkeiten, Neigungen und Schwächen es tatsächlich besitzt. Es bedarf zur getreuen Selbsteinschätzung des Ergebnisses seines eigenen Tuns und des Urteils seiner Umwelt darüber.

Das soziale Wohlbefinden des Individuums, seine subjektive Zufriedenheit, sein Selbstwertgefühl sind eine direkte Funktion seiner Annäherung an das Ich-Ideal.

"Das Glück seines ganzen Lebens hängt von dem Gedeihen dieses Ideals ab; jeder Gedanke, jede Handlung, jeder Umstand, der es beeinträchtigt, erzeugt das Gefühl des Unglücklichseins, und jeder Gedanke, jede Tat und jeder Umstand, der es erweitert oder erhöht, erzeugt Glück. Also erzeugen Fehler, Verletzungen und Kritik Unglücklichsein, Erfolg und Anerkennung erzeugen Glück. Kurz gesagt, eine Person wird durch Umstände glücklich gemacht, die sie dazu veranlassen, gut von sich selbst zu denken, und nur durch Taten, die des Beifalls wert sind, kann das erniedrigende Gefühl des Versagens und der Beeinträchtigung des idealen Selbst vermieden werden."⁶⁵

Erst in der Interaktion mit seiner sozialen Umgebung, mit Menschen und Dingen, kann das Ich-defizitäre Individuum sich selbst objektivieren. In der Arbeit bemächtigt und versichert es sich der Realität; durch Anerkennung auslösende Taten vermag es sich seinem idealen Selbst zu nähern. Keine andere Therapieform als die Arbeitstherapie ist in der Lage, dem Individuum diese Entwicklungsmöglichkeiten in seinem personalen und sozialen System in so umfassender Weise zu vermitteln.

3.2.2.3 Arbeitstherapeutische Definitionen

Sind wir bereits beim Versuch, den Begriff Therapie zu definieren, trotz der immensen Flut therapiebezogener Literatur auf kaum überwindbare Schwierigkeiten gestossen, überrascht nicht, dass brauchbare definatorische Umschreibungen der Arbeitstherapie, die ja wissenschaftlich kaum erforscht und theoretisch noch sehr dürftig begründet ist, in der sehr spärlich vorliegenden Literatur schwer auszumachen sind.

Riesen⁶⁶ geht vom allgemeinen Therapiebegriff aus, den er als "heilen von Krankheiten" umschreibt und daher Therapie als eine Heilbehandlung oder eine Methode der Heilbehandlung definiert. Hinter die Ableitung, dass dann

65 Russell, James I.: *The Occupational Treatment of Mental Illness*. London: Baillière, Tindall & Cassell 1938, deutsche Übersetzung zitiert nach Harlfinger, S. 132.

66 S. 218.

Arbeitstherapie eine Methode der Heilbehandlung mittels Arbeit und, wenn therapieren stets auch begleiten heiße, ein Begleiten des Klienten bei der Arbeit bedeute, setzt er selber ein Fragezeichen.

In einem von Riesen geleiteten VAS-Seminar haben sich die Kursteilnehmer auf folgende Definition des Berufs des Arbeitstherapeuten geeinigt: "Arbeits-therapeutinnen und Arbeitstherapeuten sind berufliche Fachkräfte mit einem ausgeprägten Wahrnehmungsvermgen für die psychische/physische Situation der bei der Arbeit begleiteten Person und für die soziopsychischen Prozesse und Zusammenhänge in der Gruppe." Diese einseitig auf das - zweifellos wesentliche - Wahrnehmungsvermgen des Arbeitstherapeuten abstellende Definition vermag schon deshalb nicht zu befriedigen, weil sie über Sinn und Zweck der Arbeitstherapie ebenso wenig aussagt wie über die entscheidende Tatsache, dass sich der Arbeitstherapeut nicht auf das Wahrnehmen beschränken, sondern daraus konkrete Behandlungs- oder Erziehungsmaßnahmen abzuleiten und in die Tat umzusetzen hat.

Die Brockhaus Enzyklopdie⁶⁷ versteht unter Arbeitstherapie die systematische Schulung des Kranken, die auf seine spätere Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess ziele. Sie mache sich die Erfahrung zunutze, dass Kranke eher oder überhaupt erst gesunden, wenn sie arbeiten dürfen. Diese Definition orientiert sich einseitig an der medizinischen Behandlung insbesondere von Chronischkranken und übersieht, dass Arbeitstherapie zu den am weitesten verbreiteten Therapieformen in sozialpädagogischen Institutionen überhaupt zählt und nach heutigem Verständnis eine wichtige Rolle in der integrativen Therapie aller Erscheinungsformen von Devianz spielt. Sie schränkt zudem die arbeitstherapeutische Zielsetzung in nach unserer und heute allgemein anerkannter Auffassung unzulässiger und einseitiger Weise auf die Wiedereingliederung des Individuums in den Arbeitsprozess ein.

Unseren eigenen, vom symbolischen Interaktionismus geprägten Vorstellungen am nächsten kommt die aus dem Jahre 1967 stammende Definition von Aernout⁶⁸:

"Arbeitstherapeutisches Vorgehen ist eine agogische Aktion mit dem Mittel einer - dem jeweiligen Entwicklungsstand gemssen - Begleitung der Individuen oder Gruppen in einer auf die jeweilige Person zugeschnittenen Arbeitsmglichkeit und in einer dazu geeigneten Arbeitssituation, und zwar mit dem Ziel: die Arbeitsfähigkeit zu entfalten und dadurch zu einer optimalen Selbstverwirklichung der daran teilnehmenden Personen zu kommen (Verhaltensbeeinflussung)."

Bemerkenswert an dieser Umschreibung ist einmal die Tatsache, dass das Ziel der Arbeitstherapie zwar immer noch in der Entfaltung der Arbeitsfähigkeit gesehen, diese aber nicht mehr als Selbstzweck, sondern als Mittel zur -

67 Vgl. N 49.

68 S. 131.

was immer unter dem noch vagen Begriff zu verstehen ist - optimalen Selbstverwirklichung des Individuums verstanden wird. Aber auch die Betonung der individuellen Ausrichtung der Arbeitstherapie auf die konkrete Situation und den Entwicklungsstand - etwas weiter interpretiert würden wir sprechen von der Berücksichtigung der aktuellen und situativen Problematik der Ich-Identität - des zu betreuenden Individuums entspricht durchaus heutigen Vorstellungen arbeitstherapeutischen Handelns. Entscheidend aber scheint uns die Deklaration der Arbeitstherapie als verhaltensbeeinflussende agogische Aktion. Darin liegt der eigentliche Kern und der für die damalige Zeit recht eigentlich revolutionäre Gedankengang.

Zur Umschreibung dessen, was Aernout unter agogischer Aktion versteht, bezieht sie sich auf M. van Beugen⁶⁹, der dazu ausführt:

"Den Ausdruck Agogik möchten wir für jene natürlichen Lebenssituationen reservieren - in Familien, Gruppe und Gemeinschaft -, in denen Beeinflussungsprozesse zu erkennen sind, die wir als Erziehung, Bildung oder Hilfeleistung bezeichnen... Den Ausdruck 'agogische Aktion' möchten wir jedoch als Bezeichnung für eine künstliche Relation verwenden, eine Relation, die mit Absicht in jenen Fällen geschaffen wird, in denen die natürlichen Lebenszusammenhänge in irgendeiner Hinsicht fehlen."

Besser als mittels theoretisch-abstrakter Definitionen lässt sich das Wesen der Arbeitstherapie erfassen, wenn wir anhand der, wie wir nun wissen spärlichen, Literatur untersuchen, welche Zielsetzungen sich diese selber vorgibt und mit welchen Mitteln sie die Ziele zu erreichen versucht. Das soll Gegenstand der folgenden zwei Abschnitte sein.

3.2.3 Arbeitstherapeutische Zielsetzung

3.2.3.1 Zielsetzung aus interaktionistischer Sicht

Wer sich im therapeutischen Diskurs auf den grossen Meister berufen kann, ist in seiner Argumentation stets eine Nase weit voraus und unwiderlegbar. Die Arbeitstherapeuten sind in dieser Hinsicht privilegiert und bräuchten daher ihr Licht nicht, wie in der Praxis häufig zu beobachten, unter den Scheffel zu stellen. Die Tatsache, dass in der Therapie seit Freud die beiden Therapieziele der Arbeits- und Liebesfähigkeit dominieren, sagt doch für sich genug aus über den Stellenwert der Arbeitstherapie.

Was ist mit dem keineswegs nur ironischen Bezug auf Freud und dessen grundsätzlichen Formulierung therapeutischer Zielsetzung gemeint, und in-

69 Sociale technologie (en het instrumentale aspect van agogische actie). Assen: Van Gorcum, 1967. Wir stützen uns auf die deutsche Rezeption bei Aernout, S. 131 f.

wiefern bestimmt diese arbeitstherapeutisches Handeln? Freud stellt fest, dass das Individuum durch die Therapie einen Lebens- und Erlebenszustand erreicht, in dem es eine mit überwiegend liebevollen Gefühlen erfüllte Bindung auf Dauer zu einem (nach Freud gegengeschlechtlichen) Partner aufrechterhalten kann und zum andern den leistungs-, beziehungsweise produktionsorientierten Erfordernissen an einem Arbeitsplatz mit dessen zwischenmenschlicher Einbindung im Gesamtbetrieb zu entsprechen in der Lage ist, ohne in der Partnerbeziehung allzu stark zu verschmelzen, beziehungsweise sich zu verselbständigen, und ohne sich am Arbeitsplatz zu verausgaben, beziehungsweise vor diesem aus Unlustgefühlen flüchten zu müssen.

Wir haben Freuds Verständnis der relevanten Therapieziele bewusst an den Anfang gestellt, weil sie einerseits dessen fundamentale Bewertung der Arbeit in unserem soziokulturellen System und daraus abgeleitet die Bedeutung der Eingliederung des Individuums in den Arbeitsprozess für sein psychisches Wohlbefinden verdeutlichen. Andererseits aber werden wir bei der anschliessenden Besprechung arbeitstherapeutischer Zielsetzungen, wie sie bis heute in der Literatur fast ausschliesslich dargestellt und von den praktisch tätigen Arbeitstherapeuten vorwiegend vertreten werden, feststellen, in welcher hohen Masse dieses Gedankengut der Wiederherstellung der Arbeitskraft und -fähigkeit arbeitstherapeutisches Handeln auch heute noch prägt.

○ *Ich-Identität als Zugriffsziel*

Diese enge, heute allgemein gültige und kaum umstrittene, ja zur arbeitstherapeutischen Doktrin gewachsene Interpretation arbeitstherapeutischer Zielsetzung als Rehabilitation zur Arbeit teilen wir indessen nicht. Um des Autors interaktionistisches Verständnis der Arbeitstherapie begrifflich zu fassen, ist die Abgrenzung von der geltenden Doktrin von entscheidender Bedeutung. Mit Brater⁷⁰ verstehen wir unter "Arbeit als Rehabilitationsmittel" nicht primär Rehabilitation *zur* Arbeit, sondern *durch* Arbeit. Ziel arbeitstherapeutischen Handelns kann also nicht in erster Linie sein, das zu betreuende Individuum (wieder) arbeitsfähig zu machen, um es in einen normalen Arbeitsprozess zu integrieren, wenngleich diese Absicht im konkreten Fall durchaus eine sinnvolle Zielsetzung abgeben kann. Nach unserem Verständnis, das sich hier von der geltenden Auffassung von arbeitstherapeutischer Funktion deutlich abhebt, geht es nicht primär um Fragen der Berufsförderung, der Wiederherstellung der Arbeitskraft, um Nutzung von Restarbeitsvermögen des Betreuten, also nicht um Arbeitstraining.

Wenn Arbeitstherapie einen Beitrag leisten soll zur Herstellung von Ich-Identität beim devianten Individuum, also zur Ausbalancierung dessen personaler und sozialer Identität, muss sie anknüpfen an dessen defizitäre Ich-Strukturen und mit geeigneten Mitteln den Prozess der persönlichen Stabili-

70 Brater, Michael: Eingliederung durch Arbeit. Wuppertal: Bingenheim 1988, S. 10 ff.

sierung des psychischen Systems so stützen und fördern, dass das Individuum im günstigsten Fall wieder ein selbständiges, selbstverantwortliches Leben führen kann, in dem es sein tatsächliches Handeln immer mehr bewussten eigenen Motiven und Impulsen unterzuordnen und in Beziehung zu seiner sozialen Umwelt zu stellen in der Lage ist.

Zudem muss das deviante Individuum lernen, die Irreversibilität biologischer Fakten, etwa einer physischen Behinderung oder psychischer Defizite, beispielsweise die nach dem Verständnis der therapierenden Instanzen Unheilbarkeit der Sucht, zu akzeptieren und daraus eine Lebensperspektive aufzubauen, in der es diese Erkenntnis produktiv verarbeiten und mit seinen individuellen Devianzrisiken, etwa der Rückfallgefahr, angemessen umgehen kann.

Schliesslich soll es in bezug auf seine soziale Identität lernen, mit andern Menschen zu leben und zu arbeiten, mit seiner sozialen Umwelt angemessen zu interagieren und kommunizieren, also unter Berücksichtigung und Anerkennung individueller Besonderheiten seiner Interaktionspartner, und sich so einen ihm angemessenen Platz in der Gesellschaft zu finden oder zu schaffen.

○ *Individualisierung der Zielsetzung*

Im Gegensatz zu den arbeitstherapeutischen Konzepten, wie wir sie anschliessend anhand der aktuellen Fachliteratur darstellen werden, verstehen wir unter Arbeitstherapie nicht ein oberflächliches Sozial- oder Anpassungstraining, wie es etwa Simon mit seinen heute vielerorts noch nicht überwundenen Konditionierungsmethoden angestrebt hat, sondern einen die individuellen psychischen und sozialen Bedingungen des zu Betreuenden berücksichtigenden Prozess der Persönlichkeitsentwicklung.

Damit ist auch gesagt, dass es eine fest vorgegebene arbeitstherapeutische Zielsetzung nach diesem Verständnis nicht geben kann, sondern sich diese vielmehr im konkreten Einzelfall ausrichtet nach den individuellen Gegebenheiten und der aktuellen faktischen Situation des Individuums. Dabei kann, um auch dies zu wiederholen, das arbeitstherapeutische Ziel in einem gegebenen Fall durchaus in der Wiedereingliederung des zum Beispiel wegen seines Alkoholabusus aus dem Arbeitsprozess ausgeschiedenen Individuums bestehen, während es in einem andern Fall richtig, das heisst den individuellen Bedingungen des Betreuten angemessen sein kann, diesen beispielsweise durch die Invalidenversicherung umschulen zu lassen und ihn auf die Arbeit in einer geschützten Werkstätte vorzubereiten.

Es wird klar, dass Arbeitstherapie nie generell angelegt sein kann, sondern auf die psychischen und sozialen Bedingungen des Individuums abzustim-

men ist und daher in ihrer Ausgestaltung für jeden Klienten verschieden ausfallen wird.

Riesen⁷¹ betont daher unseres Erachtens im Zusammenhang mit der Behandlung von Alkoholabhängigen zu Recht den klientenzentrierten Charakter arbeitstherapeutischen Handelns. Ziel des gesamten therapeutischen Prozesses während des stationären Aufenthaltes in einem Rehabilitationszentrum sei der Aufbau von Ich-Stärke durch den Patienten und das Finden von Selbstvertrauen. Durch ein verstärktes Selbstwertgefühl solle die Abhängigkeit vom Suchtmittel abgebaut werden. Der Patient solle Sinn finden in seiner Existenz und diese bejahen; er solle befähigt werden, eigene Wege zur persönlichen Entfaltung zu gehen und persönliches Wachstum zu erleben. Auch wenn Riesen im Rahmen einer "therapeutisch" verstandenen Arbeitstherapie", wie er sich ausdrückt, den Stellenwert eines individuellen Arbeitstrainings und die Rehabilitationsproblematik des Patienten nicht negiert, setzt er doch die Gewichte so, dass nicht die Arbeitsleistung, sondern die Entwicklungs- und Lernchancen des Patienten im Vordergrund stehen.

3.2.3.2 Zielsetzung in der aktuellen Praxis

○ *Realitätstraining*

Im Kontrast zu der hier dargelegten Sichtweise steht die heutige arbeitstherapeutische Praxis, die als wesentlichen rehabilitativen Faktor der Arbeitstherapie immer noch das Realitätstraining hervorhebt. So lesen wir etwa bei Sauer⁷², Arbeitstherapie, die er als Teilbereich der Soziotherapie versteht, bezwecke die Wiedereingliederung des Patienten in das Berufsleben, weshalb sie so zu organisieren sei, dass möglichst ähnliche Verhältnisse wie ausserhalb der Klinik herrschten; die Arbeitstherapie bereite den Patienten auf den Arbeitsprozess nach seiner Entlassung vor.

Da es an theoretisch fundiertem Wissen über Arbeitstherapie ebenso fehlt wie an fachspezifischer wissenschaftlicher Forschung und daher weder in der Literatur noch aus den, ohnehin nur in wenigen sozialen Institutionen vorhandenen arbeitstherapeutischen Konzepten ausformulierte Umschreibungen arbeitstherapeutischer Ziele zu finden sind - wenn solche ausnahmsweise schriftlich festgehalten werden, so meist in einer euphemistischen, realitätsfernen und mit der täglichen Praxis im Widerspruch stehenden Form -, werden wir der Frage nach den in der Praxis von der Arbeitstherapie tatsächlich angestrebten Ziele im folgenden Absatz näher kommen, wo wir uns mit den zur Erreichung dieser entweder gar nicht, diffus oder beschönigend formulierten Ziele eingesetzten Mitteln und Instrumenten befassen werden.

71 S. 227.

72 Sauer, Milan: Soziotherapie. In: Jahresbericht 1989 der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Littenheid, S. 17.

Illustrativ vorweggenommen sei hier eine Zusammenstellung von Eigenschaften und Fähigkeiten, welche praktisch tätige Arbeitstherapeuten an den für sie organisierten VAS-Kursen als für die Rehabilitation ihrer Klienten wesentlich betrachtet haben⁷³: Pünktlichkeit (rechtzeitiges Erscheinen zu Arbeitsbeginn, Pausenzeiten einhalten, Arbeitsplatz nicht vorzeitig verlassen); Regelmässigkeit (beim Erscheinen am Arbeitsplatz und bei der Arbeit); Kontinuität, Ausdauer, Durchhaltevermögen (Quantität der geleisteten Arbeit); Konzentration (bis zum Arbeitsende); Verantwortung für die eigene Arbeit übernehmen; bei unbekanntem Arbeiten: Training zur Flexibilität; körperliche Ertüchtigung. Diese Eigenschaften - Hermann Simons Geist schwebt heute noch durch die Institutionen - seien vor allem im Hinblick auf die anzustrebende Wiedereingliederung in den internen und späteren externen Arbeitsprozess von Bedeutung, weshalb in der Arbeitstherapie "die Realität des Alltags vermittelt"⁷⁴ werden müsse.

Diese heute noch weitverbreiteten Formen von Arbeitstherapie, Arbeitstraining, Disziplinierung und Konditionierung dienen in erster Linie der Anpassung und Eingliederung der Klienten in unser Gesellschaftssystem und können bezüglich der Herstellung von Ich-Identität beim als deviant ausgegrenzten Individuum geradezu kontraproduktiv wirken, wird es doch einmal mehr mit Forderungen konfrontiert, an denen es im Verlaufe seines Sozialisationsprozesses auf Grund seiner Defizite im personalen System immer wieder gescheitert ist. Die einseitig kollektivistisch ausgerichtete Arbeitstherapie vermag in dieser Form interaktionistischen Ansprüchen nicht zu genügen.

○ *Persönlichkeitsentwicklung*

Harlfinger⁷⁵ erkennt das sich hier offenbarende Dilemma der Arbeitstherapie - hier Realitätsbezug, da pädagogisch-therapeutische Zielsetzung -, wenn er von der Schwierigkeit spricht, vor der Arbeitstherapie grundsätzlich stehe: Sobald sich die Bindung der Arbeitstherapie an das Arbeitsziel lockert, kann die Tätigkeit in ihr, jedenfalls vom Blickpunkt des zu betreuenden Individuums aus gesehen, seinen Wert verlieren. Sobald der Patient spüre oder sogar ausdrücklich gesagt bekomme, dass die Arbeit im Grunde nicht um des Produktes willen geschehe, sondern als Therapie "zu seinem Besten", schneide man ihm weitgehend die Möglichkeit ab, zu einem Wertbewusstsein im Tun zu gelangen. Es komme daher sehr darauf an, dass es sich um eine wirkliche, also objektiv nützliche Arbeit handle.

73 Gesammelt von Riesen, S. 219.

74 Wildbolz, Helen: Ergotherapie in der Behandlung von Alkoholkranken in der Klinik. Diplomarbeit der Schule für Ergotherapie, Zürich. 20. Kurs 1982. S. 24.

75 S. 47.

Einer solchen, nach unserem Verständnis zu eng utilitaristischen und daher nicht mehr haltbaren Auslegung sind Harlfingers eigene Gedanken entgegenzuhalten, wenn er feststellt, dass die Arbeitstherapie tatsächlich kein Selbstzweck, sondern ein therapeutisches Mittel sei. Sie werde nicht durchgeführt, um etwas zu produzieren, sondern in der Absicht, den Klienten zu fördern. Wenn sich Harlfinger darauf beruft, in der Arbeitstherapie solle Arbeit als Heilmittel wirken, ist schlecht einzusehen, warum diese therapeutische Zielsetzung dem Patienten nicht deklariert werden soll. Das Medikament wird nicht wirkungslos, weil es heilen soll - der umgekehrte Vorgang indessen ist uns als Placeboeffekt durchaus bekannt. So schreibt denn Harlfinger, sich widersprechend, dass "die Arbeitstherapie sich heute noch weniger denn je darauf beschränken kann, allein Arbeits-Leistungen durch Übung zu steigern. (...) Man will vielmehr in der Arbeit und mittels der Arbeit psychisch Kranke (...) in ein therapeutisches Feld bringen, wo soziologische Beziehungen und die psychologische Situation die wesentlichen Faktoren bilden."⁷⁶

Ähnlich zwiespältig umreist Aernout⁷⁷ die Ziele arbeitstherapeutischen Handelns, wenn sie einerseits die dabei erzielbare "Wirklichkeitsrealisierung" betont, diese zugleich aber auch als Möglichkeit zur Verwirklichung eigener Wünsche und Ziele in sozial akzeptablen Grenzen sieht, die kaum ohne Arbeitstherapie zu erreichen sei; in der Gesellschaft würden soziale Beziehungen grösstenteils über die Arbeit und den Beruf aufgebaut. Daher sei Arbeitstherapie auch eine gesellschaftliche Realität, die für die Wiedergewinnung eines emotional ausgeglichenen Verhaltens von grosser Bedeutung sei.

So könnte man die von Aernout deklarierten Ziele der Arbeitstherapie, die wir nachstehend in bezug auf einen süchtigen Patienten aufführen, eher als Folge aus statt als Gegensatz zu dem von ihr betonten Realitätstraining interpretieren; danach kann sinnvolle, also individuell abgestimmte arbeitstherapeutische Aufgabe für den hier als Beispiel gewählten alkoholabhängigen Patienten etwa bedeuten:

- den Versuch, dem archaischen Bild, das er als strukturell Verwahrloster von der ihn umgebenden Welt hat, eine gewisse Struktur zu verleihen;
- Genugtuung und Erwerb eines Selbstwertgefühls, hergeleitet sowohl aus der motorischen Bewegung wie aus dem erreichten Ergebnis;
- Gelegenheit zu Kontakten mit Menschen und Material, was zu seiner gesellschaftlichen Integration beiträgt;
- Entwicklung von Fertigkeiten und Fähigkeiten, durch die eine weitere soziale Sicherung zu erreichen ist.

76 S. 49.

77 S. 90 f.

Das konkrete Arbeitsziel liege für den Patienten in erster Linie in der Arbeit an sich selbst, mittels seinen Möglichkeiten angepasster Aufgaben, die Gelegenheit zu Kontakten mit seiner sozialen Umgebung bieten. Wenn die Arbeit therapeutisch wirken solle, seien die angebotenen Arbeitsobjekte und die verlangte Produktion oder Dienstleistung dieser Zielsetzung unterzuordnen.⁷⁸ Die Arbeitstherapie sei daher zweckentsprechend in das gesamte therapeutische Konzept einzubinden und die Arbeit so präzise wie möglich auf den Entwicklungsstand, die Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie auf die Förderungsmöglichkeiten des Patienten abzustimmen, was nebst dem in der Regel anzustrebenden Ziel der sozialen Integration des Betreuten durchaus auch die Vorbereitung auf ein menschenwürdiges Leben in einem geschützten Rahmen beinhalten kann.

Obwohl auch das arbeitstherapeutische Konzept der Institution, in welcher der Autor zur Zeit tätig ist - es ist dieser Arbeit im Anhang 2 als Beispiel beigelegt - die Bedeutung der Arbeitstherapie als Realitätstraining hervorhebt - Auseinandersetzung mit Arbeitshaltung, -leistung und -gestaltung; mit Verhaltensweisen wie Ausdauer, Pünktlichkeit, Zuverlässigkeit, Durchhaltevermögen, Belastbarkeit, Genauigkeit, Beweglichkeit, Anpassungsfähigkeit, Eigenverantwortung und Selbständigkeit; kurz mit Anforderungen, die bei der Rehabilitation von Bedeutung sind -, wird doch einleitend betont, dass Arbeitstherapie den ganzen Menschen fördere und seine körperlichen, geistigen, psychischen und sozialen Funktionen beeinflusse. Es gehe darum, bei den Patienten neues Vertrauen zu wecken und realitätsgerechtes Selbstvertrauen zurückzugewinnen sowie gesunde Anteile zu erkennen und zu aktivieren, um Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl zu stärken und dem Patienten seine Möglichkeiten und Grenzen erleben zu lassen. Ziel arbeitstherapeutischen Handelns sei daher die Ich-Stärkung des Patienten.

3.2.4 Arbeitstherapeutische Mittel

3.2.4.1 Instrumentale und sozioemotionale Faktoren

Das wirksame Mittel in der Arbeitstherapie ist die Arbeit. Wollen wir diese wirksam, das zu betreuende Individuum beeinflussend einsetzen, müssen wir den Arbeitsprozess näher untersuchen⁷⁹, in dem wir grundsätzlich instrumentale und sozioemotionale Faktoren unterscheiden:

78 Dass diese zentrale arbeitstherapeutische Forderung gerade in Zeiten wirtschaftlicher Rezession bei Vertretern der Subventionierten sozialer Institutionen auf wenig Verständnis stösst, erleichtert die Aufgabe der für die Arbeitstherapie Verantwortlichen keineswegs.

79 Zur Analyse des Arbeitsprozesses stützen wir uns insbesondere auf Cumming, John; Cumming, Elaine: Ich und Milieu. Theorie und Praxis der Milieuthérapie. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht 1979. Vgl. insbesondere Kapitel II.

Die instrumentalen Fähigkeiten beziehen sich auf technisch/fachliche Aspekte, also auf bestimmte Handfertigkeiten, die etwa beim Einsatz von Werkzeug oder der Bedienung von Maschinen erforderlich sind. Bei den alkoholabhängigen Patienten in der vom Autor betreuten Schreinerei zeigt sich, dass die instrumentalen Fähigkeiten oft durch Sekundärscheinungen wie Arbeitsentwöhnung, lange Krankheitszeiten, häufiger Arbeitsplatzwechsel, Gesundheitsschäden durch ungesunde Lebensführung beeinträchtigt sind.

Die sozioemotionalen Faktoren des Arbeitsprozesses sind komplexerer Natur und bedürfen einer differenzierteren Betrachtungsweise aus verschiedenen Perspektiven:

Aus psychoanalytischer Sicht sehen wir in der Arbeit die Leistung eines Ichs, das im Prozess der Arbeit äussere Anforderungen und innere Strebungen sinnvoll miteinander verbindet. Auf dieser Ebene kann also Arbeitstherapie betrachtet werden als aufdeckende Therapieform, in der Persönlichkeitsstörungen und Durchbrüche von Triebimpulsen in Form von Arbeitshemmungen, Arbeitswut oder Arbeitsfehlern sichtbar werden.

Die verhaltensorientierte Psychologie wird die Arbeitstätigkeit in erster Linie als Übungsprozess sehen, in dem je nach konkreten Umständen das gefertigte Produkt eine mehr oder weniger direkte Kontrolle über die Qualität der Arbeit ermöglicht.

Aus medizinischer Sicht wird man den körperlichen Fähigkeiten des Arbeitenden, etwa seiner Belastbarkeit oder seinen behinderungsbedingten Leistungseinschränkungen, sowie seinen geistigen Fähigkeiten, zum Beispiel hirnorganisch bedingten Lemschwächen oder Konzentrationsstörungen Beachtung schenken.

Je besser es gelingt, sämtliche relevanten Aspekte des Arbeitsprozesses in ein gesamthaftes Therapiekonzept zu integrieren, desto grösser ist die Wahrscheinlichkeit des Gelingens, das zu betreuende Individuum in der gewünschten Richtung zu beeinflussen und ihm zu einer geglückten Alltagsbewältigung zu verhelfen, was - soweit ist sich die Literatur einig - durch Diagnose und daraus abgeleitete Therapie zu geschehen habe.⁸⁰

80 Eine schematische Übersicht der relevanten Fähigkeiten und Fertigkeiten, die dem Arbeitstherapeuten die Analyse der Arbeitstätigkeit des betreuten Klienten erleichtern soll, hat Christiane Haerlin (Arbeitstherapie. Unveröffentlichtes Manuskript. S.a., S. 7) zusammengestellt:

Emotionaler Bereich

Initiative
Antrieb
Motivation
Interesse

Elementare Fähigkeiten

Ausdauer
Konzentration

Bereich des Selbstbildes

Rollenverhalten
Selbstvertrauen
Selbständigkeit
Verantwortung

Spezielle Fähigkeiten

Sprachlogisches Verständnis
Schreiben

3.2.4.2 Diagnose

Die diagnostischen Möglichkeiten der Arbeitstherapie haben wir bereits angetönt; sie bestehen etwa darin, auf Grund geschulten Wahrnehmungsvermögens und theoretischer Kenntnisse über die Symptomatik devianten Verhaltens entsprechende Signale zu registrieren und interpretieren.

Abweichender Meinung in bezug auf die diagnostischen Möglichkeiten der Arbeitstherapie ist Harlfinger⁸¹, wenn er diese mit den medizinischen Beurteilungskriterien vergleicht. Der Arzt könne von der Diagnose einer psychischen Krankheit oder von abnormen Reaktionen oder Verhaltensweisen ausgehen; er könne sich darum bemühen, sie möglichst genau zu erfassen, im System einer Krankheitslehre einzuordnen und ihren Ursachen auf die Spur zu kommen, woraus sich bestimmte Forderungen und Ansätze für eine die Bedingungen des Einzelfalls berücksichtigende Therapie ergäben.

Nun könne neben andern Methoden auch die Arbeitstherapie daraufhin untersucht werden, ob sie diesen Anforderungen entsprechen könnte, ob sie im gegebenen Fall indiziert sei und - wenn ja - in welcher Form, zu welchem Zeitpunkt und wie lange. Das Bestreben gehe dann dahin, Indikationen für bestimmte Arbeiten bei bestimmten Devianzmustern oder Normabweichungen aufzustellen. Die Arbeit als Tätigkeit werde in den Mittelpunkt gestellt. Der an sich legitime Versuch, in dieser Weise die Arbeitstherapie auf Grund einer objektiven Prüfung in das therapeutische Repertoire einzugliedern, kennzeichne die Mehrzahl der bisher vorliegenden Untersuchungen.

Auf diesem Wege gelange man indessen offenbar nicht zu befriedigenden Ergebnissen, denn man könne so dem breiten Spektrum arbeits-therapeutischer Wirkungen nur unzureichend gerecht werden. Die praktische Arbeitstherapie gehe ja bei der Auswahl der Arbeit gewöhnlich auch nicht von der Diagnose aus. Harlfinger schliesst daraus, man könne die Arbeitstherapie nur dann richtig einschätzen, wenn man sie nicht nur als eine Be-

Sorgfalt	Numerisches Verständnis
Aufmerksamkeit	Umgang mit Zahlenmaterial
Merkfähigkeit	Handwerklich technische Fähigkeiten
Gedächtnisleistung	Räumliches Vorstellungsvermögen
Zeiteinteilung	Formallogisches Verständnis
Genauigkeit	
Körperhaltung	
Soziale Fähigkeiten	
Kontakt zu Einzelnen, zu seiner Gruppe	
Beziehungen zu Kollegen, Vorgesetzten, Untergebenen	
Kooperation und Fähigkeit zur Zusammenarbeit	
Anpassung, Durchsetzung und Integration in eine Arbeitsgruppe	

handlung durch Arbeit ansehe, sondern vielmehr alle Aufmerksamkeit auf die entscheidenden Änderungen der Position des psychisch kranken oder devianten Menschen in seiner Welt richte, die sie bewirke. Arbeitstherapie zielt nicht auf eine Krankheit oder Normabweichung, sondern auf die Person des Kranken oder Devianten, die arbeitet.

Im Gegensatz dazu sieht Aernout⁸² in der Diagnose ein wesentliches arbeitstherapeutisches Instrument, wenngleich sie in deren Umschreibung über sehr vage Vorstellungen und diffus anmutende Formulierungen nicht hinauskommt. Das arbeitstherapeutische Vorgehen müsse planmässig vorschreiten, indem von der unerwünschten Ausgangssituation ein agogischer Weg zu einer mehrwertigen Endsituation festgesetzt werde. Dabei spiele zur Ermittlung der unerwünschten Ausgangssituation die Diagnose über den Zustand des Klienten bezüglich seines Arbeitsverhaltens und der Eruiierung von Mängeln und Problemen eine entscheidende Rolle.

3.2.4.3 Beobachtung

Die dynamische Diagnose, wie sie Aernout bezeichnet, habe das Verhalten des Klienten und dessen Hintergründe zu prüfen und daraus abzuleiten, in welcher Weise die Arbeitstherapie darauf reagieren könne. Dazu sei eine Beobachtungsphase erforderlich, während der das Arbeitsverhalten im engeren und im weiteren Sinne zu beobachten sei.

Unter dem Arbeitsverhalten im engeren Sinn versteht Aernout jenes, das ausschliesslich bei der Ausführung der aufgegebenen Tätigkeit zu beobachten sei, etwa Auffälligkeiten in bezug auf den Umgang mit Material, Werkzeug und Maschinen, Einhalten von technischen Vorgaben, Arbeitstempo, Leistungsvermögen, Sicherheitsverhalten, Konzentrationsvermögen, Fehlerhäufigkeit.

Unter Arbeitsverhalten im weiteren Sinn wird hier das Interaktions- und Kommunikationsverhalten des Betreuten verstanden. Aernout erwähnt etwa das Verhalten gegenüber andern Klienten oder Therapeuten, Aggressivität andern, sich selbst oder Material gegenüber, Distanzlosigkeit, Introvertiertheit, kurz die ganze Palette dessen, was Aernout als Persönlichkeitsverhalten umschreibt.

Zur Prüfung der Ausgangssituation schlägt Aernout vor, "den Betreffenden in einem dazu geeigneten Beobachtungs- oder Testraum alle Differenzierun-

82 S. 136 ff. Bei der Kritik an Aernouts oft vagen Aussagen und wenig präzisen Formulierungen ist zu bedenken, dass zur Verfassungszeit des Originaltextes (1967) Arbeitstherapie noch kaum Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchungen war (*noch* weniger als heute!), so dass ihre für damalige Verhältnisse pionierhafte Leistung heute der Präzisierung und Ausdifferenzierung bedarf. Zudem hat der deutschsprachige Leser mit dem Handicap einer unbefriedigenden Übersetzung aus dem Holländischen zu kämpfen, die das Verständnis nicht erleichtert.

gen - die sowohl nach Objekten wie nach Schwierigkeitsgraden geordnet sein sollten - durchlaufen (zu) lassen, damit Stärken und Schwächen erkannt werden." Es ist kaum anzunehmen, dass sich solch sterile, gewissermassen im luftleeren Raum durchgeführte Testverfahren in der Praxis bewährt haben.

Stattdessen werden heute zunehmend - den Wert der Diagnose nach wie vor anerkennend⁸³, Bewertungsbogen in unterschiedlichsten Ausführungen und vielfältigster inhaltlicher Gestalt verwendet, denen als einziges Merkmal die fehlende wissenschaftliche Fundiertheit und damit zusammenhängend die oft willkürliche und intuitive Zusammenstellung der Beurteilungskriterien gemeinsam ist. Anstelle einer ausführlichen Beschreibung solcher Bewertungsverfahren sei der Leser auf die im Anhang 1 als Beispiele angefügten Bewertungsbogen, wie sie heute in der Praxis angewandt werden, verwiesen.

Wir haben oben festgestellt, das wirksame Mittel der Arbeitstherapie sei die Arbeit. Wenn wir auf Grund der gestellten Diagnose den Behandlungsplan konzipieren, spielt die Wahl und Gestaltung der Arbeit, nebst zahlreichen andern Faktoren, auf die wir hier nicht näher eingehen, weil sie auch in den nicht arbeitspezifischen sozialpädagogischen Feldern von Bedeutung sind, eine zentrale Rolle, geht es doch darum, therapeutische Absichten, Anforderungen der Arbeit und Ressourcen des Individuums miteinander in Einklang zu bringen⁸⁴.

In den deutschsprachigen Ländern hat die Arbeitstherapie den psychophysischen Voraussetzungen des Individuums bei der Wahl der für es geeigneten Arbeit nicht immer die nötige Aufmerksamkeit gewidmet. Heute werden bei arbeitspsychologischen Untersuchungen häufig sogenannte Faktorenkataloge verwendet, die auf Grund der gestellten Diagnose die Indikation, die individuell abgestimmte Arbeitswahl erleichtern sollen. Diese können im günstigsten Fall eine Hilfe bieten für die erste Auswahl einer sinnvollen, dem Individuum und seiner Devianzproblematik angemessenen Arbeit, ersetzen aber nicht die aufmerksame Beobachtung des Klienten während der Arbeit und die fachliche Interpretation seiner Verhaltensmuster.

Als Beispiel zu beobachtender gestörter Verhaltensweisen, die der Arbeitstherapeut als Devianzsymptomatik interpretieren kann, sei hier eine Aufli-

83 Vgl. Melzer, S. 4: "Jede Therapie, auch die Arbeitstherapie, kann nur so gut sein, wie die vorangegangene Diagnose ist. Oder anders ausgedrückt: Wir können dem Patienten bei der Bewältigung seiner Defizite nur helfen, wenn wir diese kennen."

84 Vgl. zur Problematik der klientenzentrierten Arbeitswahl Beutel, Martin; Beyreiss, Dagmar: Ziele und Methoden der Arbeits- und Beschäftigungstherapie im Haus Kraichtalblick. In: Suchtgefahren, 35. Jg., H. 6, 1989, S. 324-329 und Harlfinger, S. 74 ff.

stung von Störungen angefügt, die Brater⁸⁵ in ein polares Verhältnis zueinander bringt, in deren Mitte der Zustand der Gesundheit oder Normalität liegt. Die Polarität ordnet sich erstaunlich konsistent nach dem Gegensatzpaar starr / kraftlos / verhärtet und andererseits überbeweglich / überschießend / zerfließend:

Verhärtungs- oder Verdichtungstendenzen

Ich kann alles
Allmachtsansprüche
Sich verschliessen
Maskenhaft
Ich bin der Massstab
für alles (selbstbefangen)
nur, wozu ich Lust habe
Nachtragend sein
Überbewertung der eigenen Erfahrung
Seine Eigenheiten ständig ausleben
Moralisierend
Nicht über seinen Schatten springen können
Empfindungslosigkeit
Erlebnisarmut, Kälte
Begierdenhaft
Dumpf
Alles in sich hineinfressen
Erstarrte, zwanghafte Gefühle
Zwangsgedanken
Zähflüssiges, verlangsamtes,
schematisches Denken
Ticks, Eigenheiten
Eigenbrötler
Stereotype Abläufe
Ritualisierung
Erstarrung im Formalen
"Keine Experimente"
Vorschriftengläubig
Pedanterie
Minutiöse Zeiteinteilung
Härte gegen sich selbst
Sich verkriechen
Sklerotisch

Aufweichungs- oder Auflösetendenzen

Ich kann nichts
Selbstwertverlust
Ohne Grenzen sein
Schamlos
Ich habe keinen Massstab,
keine eigene Meinung Ich tue
Ich habe zu gar nichts Lust
Alles vergessend
Interesselosigkeit
Mit sich nicht fertig werden
Gewissenlos
Alles laufen lassen
Emotionalität
Übererregbarkeit
Antriebslos
Nervös
Unberührt sein
Gefühlsunbeherrschtheit
Hohe Ablenkbarkeit
Selbstlaufendes, unlogisches
assoziatives Denken
Eigenschaftslos, profillos
"Vereinsmeier"
Leicht beeinflussbar
Formlosigkeit
Beliebigkeit "alles ist zu ändern"
"Öfter mal was Neues"
Sich über alles hinwegsetzend
Schlampigkeit
Keine Zeiteinteilung
Triebhaft wehleidig
Wutanfälle
Aufgedunsen

Versteifungen
Sinnfehler
Übertriebene Körperpflege

Überbeweglichkeit
Überempfindlichkeit der Sinne
Ungepflegter Körper

Natürlich ist diese Aufzählung von Auffälligkeiten im Verhalten von devianten Klienten keineswegs vollständig. Brater geht es vielmehr darum zu zeigen, dass es sich dabei nicht um mehr oder weniger abstrakte "Krankheitsbilder" handelt, sondern um Verhaltensbeeinträchtigungen, die der Arbeitstherapeut im täglichen Umgang mit seinen dissozialen, süchtigen oder behinderten Klienten *beobachten* kann. Diese vielfältigen Polaritäten von abweichendem Verhalten erlauben dem Arbeitstherapeuten nun, die dem Symptom zugrundeliegende Störung zu diagnostizieren. Er wird dabei feststellen, dass sie bei jedem Individuum in anderen Formen, in unterschiedlichsten Kombinationen und auf verschiedenen Ebenen auftreten. Sie bilden den Hintergrund zahlreicher Verhaltensprobleme, Merkwürdigkeiten im Sozialverhalten und Störungen im psychischen System, die der Arbeitstherapeut - so systematisch erfasst - gezielt angehen kann.

3.2.5 Abgrenzung der Arbeitstherapie

3.2.5.1 Beschäftigungstherapie

○ *Historische Entwicklung*

In der Praxis, aber, wie wir sehen werden, auch in der Fachliteratur, gerät Arbeitstherapie immer wieder ins Zwielficht, weil sie mit benachbarten Disziplinen, insbesondere der Beschäftigungstherapie verwechselt oder von diesen nicht abgegrenzt wird. Da sich letztere bezüglich ihres therapeutischen Effekts von der Arbeitstherapie deutlich unterscheidet, erscheint hier eine Klarstellung von Zielsetzung und Methoden beider Gebiete besonders notwendig.

Die Brockhaus Enzyklopädie führt den Ursprung der Beschäftigungstherapie, unseres Erachtens irrtümlicherweise, auf eine Anregung von Simon zurück, der in Wirklichkeit zwischen beiden Interventionsformen kaum unterschieden und beide als "aktivere Therapie" verstanden hat. Während sie ursprünglich in Heil- und Pflegeanstalten durchgeführt worden sei, stehe sie heute vor allem am Anfang der Bemühungen um Rehabilitation bei zahlreichen Erkrankungen. Die nach diesem Verständnis stark medizinische Ausprägung der Beschäftigungstherapie zeigt sich auch in der eigentlichen Definition, wonach sie in der Betätigung von Kranken, bei der es vornehmlich auf ärztliche Nahziele ankomme, bestehe. Beschäftigungstherapie beginne mit der seelischen Kontaktaufnahme, die den Bettlägerigen von der Abgeschlossenheit in sich selbst und seinem persönlichen Schicksal ablenken soll. Darauf folge eine leichte Beschäftigung als erster Schritt zur persönlichen Leistung.

Unterschieden wird hier nach verschiedenen Formen, wie Gemüt und Geist betätigende Beschäftigungstherapie, Belehrung und Fortbildung vermittelnde Ausprägungen oder aber funktionelle Formen, die entweder der allgemeinen Körperbewegung und der Anregung aller Funktionen dient oder andererseits als spezielle funktionelle Beschäftigungstherapie Übergänge zur Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Heilsport, Versehrten-sport und dergleichen schafft.

Bewusst haben wir diese Umschreibung an den Anfang gestellt, weil sie deutlich macht, welche Verwirrung nicht nur bei Laien, sondern in den Fachbereichen selbst bezüglich Aufgaben und Funktion der Beschäftigungstherapie herrscht. In der Tat wird man heute weder der geschilderten historischen Entwicklung noch der engen medizinischen Interpretation von Beschäftigungstherapie zustimmen können. Zwar haben schon zu Beginn dieses Jahrhunderts, zum Teil im Gefolge Hermann Simons, psychiatrische Universitätskliniken eine Phase der Arbeitstherapie gekannt, die aber bald wieder zu Gunsten von Forschung und Lehre verschwand, da die Kliniken die Akutversorgung als ihre Hauptaufgabe betrachteten und daher die Rehabilitation andern Einrichtungen überliessen.

In den Universitätskliniken hielt eher die Beschäftigungstherapie Einzug, als sie Anfang der Fünfzigerjahre von England in den deutschsprachigen Raum vordrang.⁸⁶ Sie verstand sich als Kontrapunkt zur entgleisten Arbeitstherapie und betonte deshalb die Betätigung durch kreatives, zweckloses Material, wie Weben, Flechten, Malen, Töpfern, sowie die intensive Betreuung einzelner Patienten anstelle der in manchen Arbeitstherapien damals üblichen Massenabfertigung, und schliesslich die Ausrichtung auf reine Therapie, die genauso verordnet wurde wie Medikamente oder Psychotherapie.

Für das medizinische Pflegepersonal war diese sanftere Form zunächst eher zu akzeptieren als die nach ihrem Empfinden rauhen Forderungen der Arbeitstherapie. Gleichzeitig wuchs aber die Gefahr, Beschäftigungstherapie als spielerische und überflüssige Tätigkeit nicht ernst zu nehmen, so dass der Beschäftigungstherapeut allmählich ins Abseits geriet, ein schon in Anbetracht seiner Isolierung vom Stationsleben heute noch aktuelles Problem, wenngleich fortschrittliche Institutionen mit dem Einbezug von Aktivitäten des täglichen Lebens, wie Arbeit, Wohnen und Familie, die Beschäftigungsgenau so wie die Arbeitstherapie als notwendige therapeutische Stufen für eine weiterführende Rehabilitation ihrer Klienten anerkennen und fördern.

86 Zur historischen Entwicklung der Beschäftigungstherapie vgl. Haerlin, Arbeitstherapie, S. 11 f.

○ *Arbeit und Beschäftigung*

Aernout, auf die wir uns hier abstützen⁸⁷, beschreibt Beschäftigung als aktives oder passives Verbringen der Freizeit, losgelöst von äusseren Verpflichtungen, auf das Erlangen innerer Befriedigung gerichtet, wobei die eigene Kreativität auf das Gebiet der Liebhaberei gelenkt wird. Beschäftigung nähert sich mehr der Wirklichkeit als etwa das Spiel, so dass sie unter Umständen auch Tätigkeiten umfassen kann, die in einem andern Kontext als Arbeit gelten. Diese Tätigkeiten würden aus Liebhaberei betrieben, frei von äusserem wirtschaftlichem Zwang, aus ausschliesslichem Beschäftigungsdrang, aus persönlichem Interesse, mehr zu wissen, zu können oder zu erfahren. Als besondere Merkmale der Beschäftigung werden die Verpflichtungsfreiheit aufgeführt, die Freiheit, nach Belieben anzufangen und aufzuhören nach eigenem Gutdünken, das Nichtgebundensein an Regeln und Vorschriften.

Mit der Beschäftigung diene der Mensch primär sich selbst und nicht andern, brauche also weder ein für die Gesellschaft nützliches Ergebnis zu erzielen noch müsse dieses seinem Lebensunterhalt dienen - beides die Arbeit kennzeichnende Merkmale. Aktivität bei der Beschäftigung wird als Ventil für unseren Drang nach Kreativität interpretiert, und da Beschäftigung eng mit Freiheit verbunden ist, vermittelt sie ihrerseits ein Gefühl von Freiheit, Losgelöstsein, Entspannung, wie wir es auch beim Spiel erleben.

Im Hinblick auf den therapeutischen Einsatz der Beschäftigung ist wesentlich, dass auch hier nicht nur der Herstellungsprozess, sondern auch das Endprodukt von Belang ist, das je nach der unseren Vorstellungen entsprechenden Gestalt ein Stück innerer Befriedigung oder Anlass zu Erneuerung und Verbesserung bieten kann. Beschäftigung schafft keine Phantasiewelt, sondern schliesst immer ein wirkliches Eingehen auf das Material, ein Formen, Gestalten und Überlegen in sich ein und ist in diesem Sinne konstruktiv.

Beschäftigung wird also hier angesiedelt zwischen Spiel und Arbeit, wobei die Grenzen weder in Praxis noch Theorie klar zu ziehen sind, weist sie doch mit beiden Tätigkeiten Gemeinsamkeiten auf. Wesentlich scheint Aernout, dass in Spiel und Beschäftigung jede Spur von Lebensernst fehle. Im Gegensatz zur Arbeit sind diese in der Tat weniger spannungserzeugend und bieten der Kreativität, der Phantasie und dem Improvisationsvermögen des Einzelnen mehr Spielraum.

87 S. 29 ff.

○ *Beschäftigungstherapie als Teil der Soziotherapie*

Dörner/Plog⁸⁸ fassen die Begriffe Arbeits- und Beschäftigungstherapie vorerst zusammen und halten fest, dass sowohl Arbeit als Sich-beschäftigen wesentliche Bestandteile der Selbstverwirklichung seien, so dass das häufige Missverständnis, Beschäftigungstherapie als reine Ablenkung bilde eine Gefahr für den gemeinsamen Berufsstand, unbegründet ist. Eine eigentliche Gefahr erblicken die Autoren vielmehr darin, dass der Patient oder Klient aktiviert wird, statt sich aktivieren zu lassen.

Damit lenken sie die Aufmerksamkeit auf den Sinn der Arbeitstherapie: wenn diese schon nicht den Zweck verfolgt, den Patienten abzulenken, wohin soll sie ihn dann lenken? Was hat der Patient davon, wenn er mit Ton, Bast, Holz oder andern Materialien arbeitet und gestaltet, wie beeinflusst diese Tätigkeit seine Gefühle? Ziel kann sicher nicht sein, schöne Körbchen zu basteln; im Zentrum steht vielmehr die Selbstwahrnehmung, Tun, die Aktivität als solche; die Aufmerksamkeit wird gelenkt auf das, was der Patient kann oder nicht kann, wie er sich anstrengt, konzentriert, durchhält, wie er mit Fehlern umgeht, wie er allein oder in der Gruppe arbeitet.

Nun gelten die aufgeführten Beurteilungskriterien sowohl für Arbeits- wie für Beschäftigungstherapie: worin unterscheiden sich die beiden Felder? Mit Arbeit verdient man Geld, verschafft sich die Möglichkeit zur Teilnahme an den Konsumgütern und an wesentlichen Bereichen der Gemeinschaftlichkeit. Zudem werden die meisten bei der Arbeit kontrolliert, bekommen gesagt, was sie arbeiten sollen, fürchten, nicht zu genügen. Beschäftigung ist freier, kreativer, teilweise individueller im Sinne von privater.

Auch in diesem Zusammenhang fällt nun auf, dass Dörner/Plog Arbeits- und Beschäftigungstherapie kaum unterscheiden, wenn sie feststellen, dass der eine wie der andere Therapeut Ahnung von der Arbeitswelt habe und entsprechend anregen könne, arbeitendes - und das sei auch beschäftigendes - Handeln auszuprobieren: in Gruppen zu arbeiten, den Arbeitsplatz zu organisieren, Druck auszuhalten, Pausen zu machen, die Qualität der Arbeit einschätzen zu lernen, nicht so hektisch zu arbeiten. Hier haben wir es also mit einer jener oben angekündigten Vermischungen zu tun, die Arbeits- und Beschäftigungstherapie - zu Unrecht, wie wir sehen werden - als austauschbare Begriffe mit vergleichbarem Inhalt einsetzen.

Dass das Zusammenfassen von Arbeits- und Beschäftigungstherapie unter den gemeinsamen Oberbegriff der Soziotherapie nicht notwendigerweise zu

88 Dörner, Klaus; Plog, Ursula: Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psych-iatrie/Psychotherapie. 3. Aufl. Bonn: Psychiatrie Verlag 1986, S. 58 f.

dieser Begriffsüberschneidung führen muss, zeigt Sauer⁸⁹, der im einen Fall die Arbeit selbst als therapeutisches Mittel sieht und den kommunikativen Charakter dieser Therapieform in den Vordergrund rückt, während er die Beschäftigungstherapie davon scheidet und ihr die Förderung schöpferischer Kräfte und kreativer Tätigkeit zuweist. Sie orientiere sich nicht am Produkt, sondern rege die eigene Phantasie und Kreativität an, wobei die eigenen Bedürfnisse des Patienten wichtiger seien als der Nutzen der hergestellten Gegenstände. Da der Patient so Fähigkeiten entdecken könne, die er nicht mehr zu haben glaubte, sei er in der Lage, ein gesundes Selbstwertgefühl zu entwickeln. Die Therapie helfe auch, wengleich Sauer den diese Feststellung begründenden Mechanismus nicht erläutert, gegen Symptome wie Angst, Verzweiflung und Isolierung. Nicht zu übersehen ist, dass auch im Falle einer scheinbar klaren begrifflichen Trennung der beiden Therapieformen deren funktionale Inhalte weitgehend konvergieren.

○ *Beschäftigungs- als Gegensatz zur Arbeitstherapie*

Andere Autoren legen Wert auf eine klare Unterscheidung von Arbeits- und Beschäftigungstherapie, so etwa Beutel/Beyreiss⁹⁰, die als wesentlich für die Beschäftigungstherapie den fehlenden Zeit- und Leistungsdruck ebenso hervorheben wie die bei vielen Definitionen im Zentrum stehende Förderung der Kreativität. Zudem könne die Beschäftigungstherapie Konzentrationsfähigkeit und Geduld steigern und vor allem die Freude an der eigenen Tätigkeit wecken und so motivierend wirken. Durch das Vermitteln neuer Gestaltungstechniken könne sie darüber hinaus einen Beitrag zur späteren sinnvollen Freizeitgestaltung leisten.

Die Arbeitstherapie sei dagegen stärker auf den Arbeitsalltag bezogen; sie setze Leistungsanforderungen, kontrolliere Leistungsergebnisse, achte auf Pünktlichkeit und Genauigkeit; Zeitdruck und Frustration durch Monotonie seien realisierbare Techniken.

Gelegentlich wird die Beschäftigungstherapie der Werktherapie, beziehungsweise Ergotherapie zugeordnet.⁹¹ Als wesentliches Unterscheidungsmerkmal gegenüber der Arbeitstherapie wird die weniger produkt- als handlungs- und personenzentrierte Tätigkeit mit kreativen und musischen Elementen betont. Die Betätigung des Patienten - hier offenbar auf den psychiatrischen Bereich bezogen - erfolge unter heilpädagogischen Gesichtspunkten. Der therapeutische Ansatz wird in der Aktivierung und Schulung psychomotorischer und

89 S. 17.

90 S. 324.

91 Vgl. Payk, Theo R.: Checkliste Psychiatrie. Stuttgart/New York: Thieme 1988, S. 367 f. Zu erwähnen ist in diesem Zusammenhang, dass auch in Deutschland, wo die Arbeitstherapie aus der Beschäftigungstherapie entstanden ist, die beiden Interventionsformen unter dem Oberbegriff Ergotherapie zusammengefasst werden.

sensorischer Fähigkeiten des Patienten gesehen, während als therapeutische Ziele angestrebt wird: Auflockerung erstarrter Motorik, Verbesserung des Antriebsverhaltens, Anhebung der Stimmungslage, Erweckung von Phantasie und Kreativität, Stärkung von Selbstvertrauen, Freude am eigenen Schaffen, Beruhigung und Affektabfuhr durch motorische Bewegung. Nicht zu vernachlässigen seien die gruppenspezifischen Faktoren wie Kontaktpflege, Förderung von Kommunikation und Solidarität, soziale Wahrnehmung und Verantwortungsgefühl.

Schwer nachvollziehbar ist Payks Forderung, dass Arbeitstherapie nach Indikationsstellung seitens des Arztes durchzuführen sei, während die Indikationsstellung im Rahmen der Beschäftigungstherapie durch Werktherapeuten und Mitarbeiter erfolgen soll.

○ *Arbeitstherapie als Beschäftigung*

Bisher sind wir davon ausgegangen, dass Arbeits- und Beschäftigungstherapie als getrennte, für je eine spezifische Klientel geeignete Behandlungsform angeboten werden. In der Praxis indessen wird Beschäftigungstherapie nicht selten implizit oder explizit im Rahmen der Arbeitstherapie offeriert.⁹²

Bezüglich der Unterscheidung von Arbeit und Beschäftigung übernimmt Riesen die uns bekannte Argumentation, wonach Arbeit tendenziell auf einer inneren oder äusseren Verpflichtung zur Erlangung materieller Sicherheit beruhe, wogegen Beschäftigung auf innere Befriedigung gerichtet und unabhängig von einer entsprechenden materiellen Gegenleistung sei.

Betont wird der ebenfalls rehabilitative Charakter der Beschäftigungstherapie, die gelegentlich auch als Vorstufe zur Arbeitstherapie verstanden wird. Entscheidend scheinen uns indessen die Hinweise auf die ganz unterschiedlichen Ausprägungsformen der beschäftigungstherapeutischen Praxis, die auf der einen Seite Beschäftigung als grosszügig bemessenen Freiraum darstellt, in dem der Patient seine Pläne und Wunschvorstellungen in gestalterischer Form zu verwirklichen sucht, ohne Termindruck, ohne Erfolgszwang, rein dem Objekt zugewandt, mit dem er sich eben beschäftigt. Riesen zitiert aus den ergotherapeutischen Zielen einer Heilstätte, der Patient stelle seinen Gegenstand für sich selbst her, müsse selber Verantwortung übernehmen, danach suchen, was er selbst für Bedürfnisse habe, was ihn persönlich anspreche; er solle nicht Erwartungen anderer erfüllen und dabei lernen, sich andern gegenüber abzugrenzen. Es handelt sich also hier um eine Beschäfti-

92 Mit dieser Problematik hat sich in der Schweiz vor allem Riesen (S. 221 f.) auseinandergesetzt, dem wir hier folgen.

gungsform, die dem Individuum vor allem Selbstaussdruck ermöglichen soll, um besseren Zugang zu sich selbst zu finden.⁹³

Riesen übersieht indessen nicht die Gefahr, dass auch solche Beschäftigung vom Patienten in ein Mittel gegen Sinnleere seines Aufenthaltes in der Institution umfunktioniert wird, gegen ein Versinken ins Grübeln oder schlicht als Gegenmittel zur Langeweile. Diese Tendenz, Beschäftigung zu missbrauchen, um die Zeit des Eingeschlossenseins, des "Abhockens" zu überbrücken und auch um die Abteilungen tagsüber vom Patienten zu entlasten - wir haben vorne vom Verwahrungsort und Hütedienst gesprochen - wertet Riesen ebensowenig zum Vorneherein negativ wie die Gewöhnung an eine Regelmässigkeit im Tagesrhythmus durch fixe Beschäftigungszeiten. Dass der Patient in Versuchung gerät, die Beschäftigung in Arbeit umzuwandeln, um seine Sinnleere zu überbrücken und Abstand von seiner problembehafteten Situation zu gewinnen, ist nicht von der Hand zu weisen.

Beschäftigung kann aber andererseits auch als bescheidenere Zielsetzung dazu dienen, geistig oder körperlich abgebauten und nicht mehr leistungsfähigen Patienten eine Tagesstruktur zu vermitteln, sei es auch in Form monotoner und einfacher Serienarbeit. Riesen erwähnt zu diesen "primitiven" Arbeiten kritisch, aber durchaus begründet, dass es sich nicht selten um Aufträge handelt, welche die Institutionen zu schlechten Konditionen übernommen haben, die aber immerhin "mehr als nichts" einbringen, werden sie doch regelmässig in den Ertragsbudgets eingeplant. Das Risiko, dass sich der Patient an die Routinearbeit gewöhnt und statt rehabilitiert auf seine Chronizität festgenagelt wird, erachten wir ebenfalls als begründeten Einwand Riesen.

○ *Abgrenzungskriterien nach Harlfinger*

Am eingehendsten und unseres Erachtens überzeugendsten hat sich Harlfinger⁹⁴ mit der Abgrenzung von Beschäftigungs- und Arbeitstherapie auseinandergesetzt. Er ist dabei zu differenzierten Ergebnissen gelangt, die wir im wesentlichen teilen und ebenso übernehmen wie die Zweiteilung in funktionelle und psychiatrische Beschäftigungstherapie, wobei sich letztere keineswegs auf den medizinischen Bereich zu beschränken braucht.

Die funktionelle Beschäftigungstherapie bemüht sich darum, beeinträchtigte Körperfunktionen bei Erkrankten oder Versehrten durch Übung möglichst weitgehend wieder herzustellen. Diese Aufgabe war vorher der Physiothera-

93 Die Feststellung, dass sich Beschäftigung in dieser Form eigentlichem therapeutischem Handeln weit mehr nähert als die Arbeitstherapie, sei hier vorweggenommen; sie wird unter 3.3.2 näher begründet.

94 S. 41 ff. In der gekürzten Wiedergabe seiner Gedanken halten wir uns im wesentlichen an das Original.

pie, der Krankengymnastik vorbehalten. Es zeigte sich aber, dass man mit aktiven Bewegungsübungen allein nicht immer einen optimalen Trainingseffekt erreichte. Die Bewegungsmuster der Gymnastik oder korrigierende Übungen nach einem Kommando oder nach Zählen werden wegen ihrer scheinbaren Willkürlichkeit und Künstlichkeit schon bald als monoton empfunden und verlieren an Interesse, weil sie Arbeit in ihrer abstraktesten Form darstellen. Die Beschäftigungstherapie leitet nun die Patienten zu ansprechenderen Betätigungen an, bei denen gerade die beeinträchtigten Funktionen beansprucht werden. Wird die Aufmerksamkeit des Patienten auf die erfreulicheren Aspekte einer Beschäftigung zentriert, dann wird er, ohne sich dessen immer bewusst zu sein, intensiver und länger üben. Die angebotene Beschäftigung lenkt ihn zudem von seiner Krankheit ab, hebt seine Stimmung und bringt ihn in einer möglichst optimistischen Atmosphäre in Kontakt mit andern Patienten.

Die therapeutische Wirkung liegt darüber hinaus auch im unverbindlichen, unbeschwerten Tätigsein selbst. Ein überhaupt nur brauchbares oder gar nützliches Produkt, ein künstlerisches Erzeugnis braucht dabei nicht zu entstehen. Das angestrebte Funktionstraining kann ja auch durch eine spielerische oder sportliche Betätigung erreicht werden; die allgemeine Aktivierung und Ablenkung gelingt dabei sogar noch leichter.

Die psychiatrische Beschäftigungstherapie ging ursprünglich ebenfalls von dem Ziel aus, beeinträchtigte oder gestörte Funktionen - hier allerdings im psychischen Bereich - zu üben, verfügbare ungestörte Leistungsmöglichkeiten zu aktivieren und von der Krankheit abzulenken. Im Gegensatz zum sachlichen Ernst der Arbeitstherapie soll dabei das schöpferische Unbewusste im Patienten geweckt, sollen seine Phantasie, sein Form- und Gestaltungstrieb angeregt werden. Die Beschäftigungen werden vor allem so ausgewählt, dass die Elemente des Schönen, des Spieles, der Heiterkeit in den Vordergrund treten können.

Auch in der psychiatrischen Beschäftigungstherapie spielen ein nützliches Produkt oder ein künstlerisches Erzeugnis zwar als Vorstellung, nicht aber als einheitliches Ziel eine Rolle. Es widerspricht dem Wesen der Beschäftigung in keiner Weise, dass man sich mit ganz unnützen Dingen beschäftigt, wenn sie einmal das Interesse erregt haben und zur Tätigkeit verlocken. Man kann sich nur deshalb beschäftigen, weil es Spass macht.

So kommt das spielerische Element in die Beschäftigungstherapie, wobei spielerisch nicht identisch ist mit herumspielen. Harlfinger definiert das Spiel in diesem Zusammenhang als eine freiwillige Handlung oder Beschäftigung, die innerhalb gewisser festgesetzter Grenzen von Zeit und Raum nach freiwillig angenommenen, aber unbedingt bindenden Regeln verrichtet wird, ihr Ziel in sich selber hat und begleitet wird von einem Gefühl der Entspannung und Freude und einem Bewusstsein des Andersseins als das gewöhnliche Leben.

Zu diesem Aspekt der Beschäftigungstherapie als zweckfreie, spielerische und damit nicht regellose Aktivität kommen therapeutische Ziele hinzu, denen die Beschäftigung dienen kann. Harlfinger selbst hat ein Formular entwickelt, das wir nachstehend abdrucken und auf dem der behandelnde Arzt ankreuzt, welche Ergebnisse er von der Beschäftigungstherapie erwartet: zum Beispiel Beruhigung, Konzentration, Zielstrebigkeit, Ausdauer, Aktivierung, Stärkung des Selbstvertrauens, der Übersicht und der Umstellungsfähigkeit; ob sie die Stimmung heben oder dämpfen, Kontakte fördern oder die freie Zeit ausfüllen soll. Zugleich werden auch dem Therapeuten Hinweise gegeben, ob er sich etwa betont sachlich verhalten oder den Patienten mehr von der Gemütsseite ansprechen soll.

Verordnung für die Beschäftigungstherapie

Name geb.
 Vorname Station
 Beruf Diagnose

Behandlungsziel:

- | | | | |
|---|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| Beruhigung | <input type="checkbox"/> | Überschau üben | <input type="checkbox"/> |
| Konzentration | <input type="checkbox"/> | Umstellungsfähigkeit | <input type="checkbox"/> |
| Zielstrebigkeit | <input type="checkbox"/> | Erlebnisse darstellen | <input type="checkbox"/> |
| Ausdauer | <input type="checkbox"/> | Ventil für Aggressionen | <input type="checkbox"/> |
| Selbstvertrauen heben | <input type="checkbox"/> | Stimmung heben | <input type="checkbox"/> |
| Aktivierung | <input type="checkbox"/> | geordnetes Verhalten | <input type="checkbox"/> |
| Spontaneität üben | <input type="checkbox"/> | Kontakt fördern | <input type="checkbox"/> |
| Entscheidungen provozieren .. | <input type="checkbox"/> | nur Freizeit nutzen | <input type="checkbox"/> |
| funktionelle Behandlung
(nach besonderer Verordnung) . | <input type="checkbox"/> | | |

Verhalten des Therapeuten:

- betont sachlich von der Gemütsseite ansprechen

Gefahren:

- Suizid
 Entweichung
 Aggression
 Anfälle
 Negativismus

Körperliche Behinderungen:

-

Wahn:

Therapie: (Medikamente, Dosen)

- Pharmakotherapie
 Psychotherapie
 sonstige Therapie

Datum:

(Unterschrift des Arztes)

Wenngleich diese Art medizinisch indizierter und verordneter Therapie nach unserem heutigen arbeitstherapeutischen Verständnis kaum noch vertretbar ist - der Arbeits-, beziehungsweise Beschäftigungstherapeut ist selbst der kompetente Fachmann, der auf Grund seiner eigenen Kenntnisse, seiner beruflichen Fähigkeiten und seines Wissens entscheidet, welche Kriterien in einem gegebenen Fall seine Intervention steuern sollen -, so ist doch die systematische und für die damaligen Verhältnisse differenzierte Betrachtungsweise eindrucklich; so fällt denn auch die Ähnlichkeit des Bewertungsformulars mit denen im Anhang wiedergegebenen arbeitstherapeutischen Beurteilungsbogen auf.

Die Beschäftigungstherapie bedient sich nicht nur einfacher handwerklicher, kunstgewerblicher oder künstlerischer Tätigkeiten, sie schliesst auch gesellige Veranstaltungen, Spiel-, Lese- oder Musikkreise mit ein.

Dieser Überblick über die Beschäftigungstherapie lässt erahnen, wieviel leichter sich der Arzt schon gefühlsmässig dieser Methode zuwenden wird, wie anziehend sie ist gegenüber der schwer zu realisierenden, problematischen Arbeitstherapie. Folgt man dem emotionalen Gefälle zur Beschäftigungstherapie, so hat man auch keine Widerstände seitens der Angehörigen oder der Aussenstehenden zu befürchten. Beschäftigungstherapeutische Abteilungen sind ungemein attraktiv; auf die Arbeitstherapie blickt man gewöhnlich nicht ohne Bedenken. Um so wichtiger ist immer wieder der Hinweis auf die allein in der Arbeitstherapie realisierbaren therapeutischen Vorgänge. Diese werden allerdings nur dann wirksam werden können, wenn die ihr zugrundeliegenden Prinzipien möglichst unverfälscht erhalten und nicht durch wesensfremde Elemente gefährdet werden, auch wenn diese im Rahmen anderer Verfahren brauchbar sind. Eine Abgrenzung ist also unentbehrlich. Wo liegen die wesentlichen Unterschiede? Auf diese Frage sollen die folgenden Abschnitte Antwort geben.

In der Arbeitstherapie wird richtig gearbeitet; die Anstrengungen des Patienten richten sich auf ein nützliches, möglichst konkretes Ziel. Sie ist produktozentrisch und damit ernsthaft. Die Arbeit soll von guter Qualität sein und, wenn möglich, einen notwendigen Bedarf decken. Materialverbrauch und eine gewisse Leistung spielen eine Rolle. Die Arbeitstherapie erleichtert eine objektive Selbstbestätigung durch das Produkt. Die Arbeit in Gruppen wird eindeutig bevorzugt, die Einordnungsfähigkeit gefördert. Die Arbeitstherapie richtet sich möglichst nach den Realitäten des Lebens. Der Patient kann aus der Rolle des Behandelten in die des mithandelnden Partners überwechseln. Es kommt zu einer Trennung von Arbeit und Freizeit; die Arbeit bringt Pflichten und schafft Anrechte. Die physiotherapeutischen, somatischen Wirkungen sind ausgeprägt. Die Arbeitstherapie braucht spezielle Einrichtungen, kann aber eine grosse Zahl von Patienten aufnehmen und bietet fast allen Kranken eine geeignete Betätigung.

Die Beschäftigungstherapie dagegen ist aktozentrisch; das möglichst ungebundene, vielleicht sogar ganz zweckfreie, phantasievolle Handeln selbst steht im Vordergrund, nicht sein Ergebnis. Musische Elemente werden besonders gepflegt. Es kommt weit mehr auf die Originalität als auf die Qualität dessen an, was entsteht, nicht auf die Leistung, sondern auf die Gestaltungskraft. Eine Beschäftigung kann allenfalls zu einer subjektiven Selbstbestätigung beitragen, die nicht - wie in der Arbeitstherapie - durch das Arbeitsergebnis unzweifelhaft objektiviert wird. Die ent-

sprechenden Gruppen sind locker und inkonstant; die Individualität wird betont. Überwiegend verhält und betätigt man sich in der Beschäftigungstherapie einmal anders als im gewöhnlichen Leben; die Teilnehmer bleiben jedoch in ihrer Patientenrolle, werden von einem Therapeuten betreut, werden nicht zu deren Mitarbeiter.

Die freiwillige, nicht zweckgebundene Beschäftigung schafft keine Freizeit wie die Arbeitstherapie, sondern setzt eigentlich freie Zeit voraus. Das Gefühl der Verpflichtung ihr gegenüber ist nur minimal. Auch die körperlichen Beanspruchungen sind bei der psychiatrischen Beschäftigungstherapie gewöhnlich gering.

Die erforderlichen Einrichtungen sind weit weniger aufwendig als bei der Arbeitstherapie, man braucht jedoch speziell ausgebildete Therapeuten. Die Zahl der Patienten, die behandelt werden können, bleibt relativ begrenzt, nur ein Teil der Patienten ist für diese Behandlungsform geeignet. Sie kann andererseits auch bei sehr kurzen Aufenthalten in der Institution zur Anwendung kommen und ist für klinische wie halbambulante Therapie sehr geeignet. Harlfinger hat die Faktoren, in denen sich Arbeits- und Beschäftigungstherapie deutlich unterscheiden, in dem nachstehend wiedergegebenen Katalog zusammengefasst.

Katalog von Faktoren, in denen sich Arbeitstherapie und
Beschäftigungstherapie voneinander unterscheiden

Arbeitstherapie

"richtige" Arbeit;
Wertbewusstsein im Tun
nützliches, konkretes Ziel
produktorientiert
Notwendiges wird getan
sachlich
Anspannung der Kräfte
Leistungssteigerung erwünscht
gute Qualität
sparsamer Materialverbrauch
Freude und Selbstbestätigung
durch das Produkt
Einordnung in Gruppen
Sozialität betont
milieuprägend und -abhängig
vom "Behandelten" zum Mitarbeiter
Arbeit schafft Freizeit
Pflichten und Anrechte
aufwendige Einrichtungen
grosse Patientenzahl möglich

weiter Indikationsbereich
Langzeitbehandlung möglich
Vorbereitung zur Rehabilitation
Ausrichtung nach den Realitäten
des Lebens

Beschäftigungstherapie

Eigenwert der schöpferischen
Beschäftigung
Handeln als Selbstzweck
akzentriert
Möglichkeiten werden angeboten
mehr spielerisch, musisch
Spannung und Freude
Aktivierung der Gestaltungskraft
Originalität
gezielte Materialauswahl
subjektive Befriedigung
beim Tätigsein
lockere, variable Gruppierung
Individualität betont
eigenständiger, mehr exklusiv
Patient wird "betreut"
Beschäftigung setzt freie Zeit voraus
"Heimcharakter"
Improvisation möglich
auch Einzelbehandlung Bettlägeriger

und auf Station
engere Patientenauswahl
für Klinik und Halbambulanz geeignet
"Hobby"
anders als das "gewöhnliche Leben"

Im Grunde unterscheiden sich die beiden Verfahren durch die recht verschiedenen psychologischen und soziologischen Qualitäten des Umfeldes, innerhalb dessen der Patient jeweils handelt. Diese Feldwirkungen beeinflussen das Handeln, aber auch das Selbsterleben des Handelns und das Bild, das der Tätige von sich selbst gewinnt. Die Felder, welche Arbeitstherapie und Beschäftigungstherapie um sich bilden und in denen sie sich vollziehen, unterscheiden sich voneinander etwa ebenso wie die Arbeit und die Beschäftigung selbst.

Die Beschäftigungstherapie stellt den Patienten in eine sozusagen private, unverbindliche, nicht belastende Freizeit-Umwelt, in der er vieles spielerisch, ohne ernste Konsequenzen tun kann, was sonst unerfüllt bleibt. Die Arbeitstherapie stellt ihn dagegen in die Welt, in der die Menschen wirklich leben; unsere Welt ist eine Arbeitswelt. Hier kann er anhand allgemeingültiger Massstäbe erfahren, was Harlfinger als das Wertbewusstsein im Tun bezeichnet. Indem er ein Objekt berührt und mit andern in die Umwelt formend eingreift, kann er sich als ein Mitwirkender beweisen und sich über die ihm zugefallene Rolle des Abweichenden erheben.

Zusammenfassend kann man also sagen, dass die Beschäftigungstherapie eine unverbindliche Freizeitumwelt mit musischen und spielerischen Komponenten bietet, in deren Vordergrund das originelle Handeln steht. Die Arbeitstherapie, ausgerichtet auf ein nützliches Ergebnis, kann ein Wertbewusstsein im Tun vermitteln. Die Beschäftigungstherapie wirkt also unabhängig vom Produkt im Vorgang des unverbindlichen, oft spielerischen Handelns selbst; sie ist eine Behandlung. Zur Arbeitstherapie gehört über das Tätigsein hinaus das Arbeitsergebnis, welches einen objektivierbaren Wert darstellt, der rückwirkend den Tätiggewesenen selbst bestätigt. Arbeitstherapie und Beschäftigungstherapie sind danach ebenso zu unterscheiden wie Arbeit und Beschäftigung.

○ *Die Situation in Deutschland*

Ein Blick nach Deutschland, wo bekanntlich Arbeits- und Beschäftigungstherapie einen weit höheren Stellenwert geniessen als bei uns, nicht zuletzt weil sowohl Ausbildung als auch Berufsausübung bundesweit gesetzlich geregelt sind, fördert in bezug auf die Abgrenzung der beiden Gebiete aufschlussreiche, wenn auch nicht unbedingt klärende Ergebnisse zutage.

Die verschiedenen Formen der Beschäftigungs- und Arbeitstherapie sowie der Belastungserprobung werden unter dem Begriff Ergotherapie zusammengefasst. Die Übergänge zwischen diesen Therapieformen, die alle von staatlich anerkannten Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten durchgeführt werden, sind fliessend. Alle zur Anwendung kommenden Verfahren dienen letztlich der Behandlung motorischer, sensorischer und psychischer Funktionseinschränkungen und Behinderungen. Die Ergotherapie bedient sich hierzu aktivierender und handlungsorientierter Verfahren unter Einsatz speziell adaptierten Übungsmaterials, handwerklicher und gestalterischer Techniken sowie lebenspraktischer Übungen. Ziel dieser Behandlungsmassnahmen ist die Wiederherstellung, Verbesserung und Kompensation der krankheitsbedingt eingeschränkten Funktionen und Fähigkeiten. Dies kann nur gelingen, wenn die

ergotherapeutischen Massnahmen Bestandteil eines Gesamtkonzeptes zur Rehabilitation sind.⁹⁵

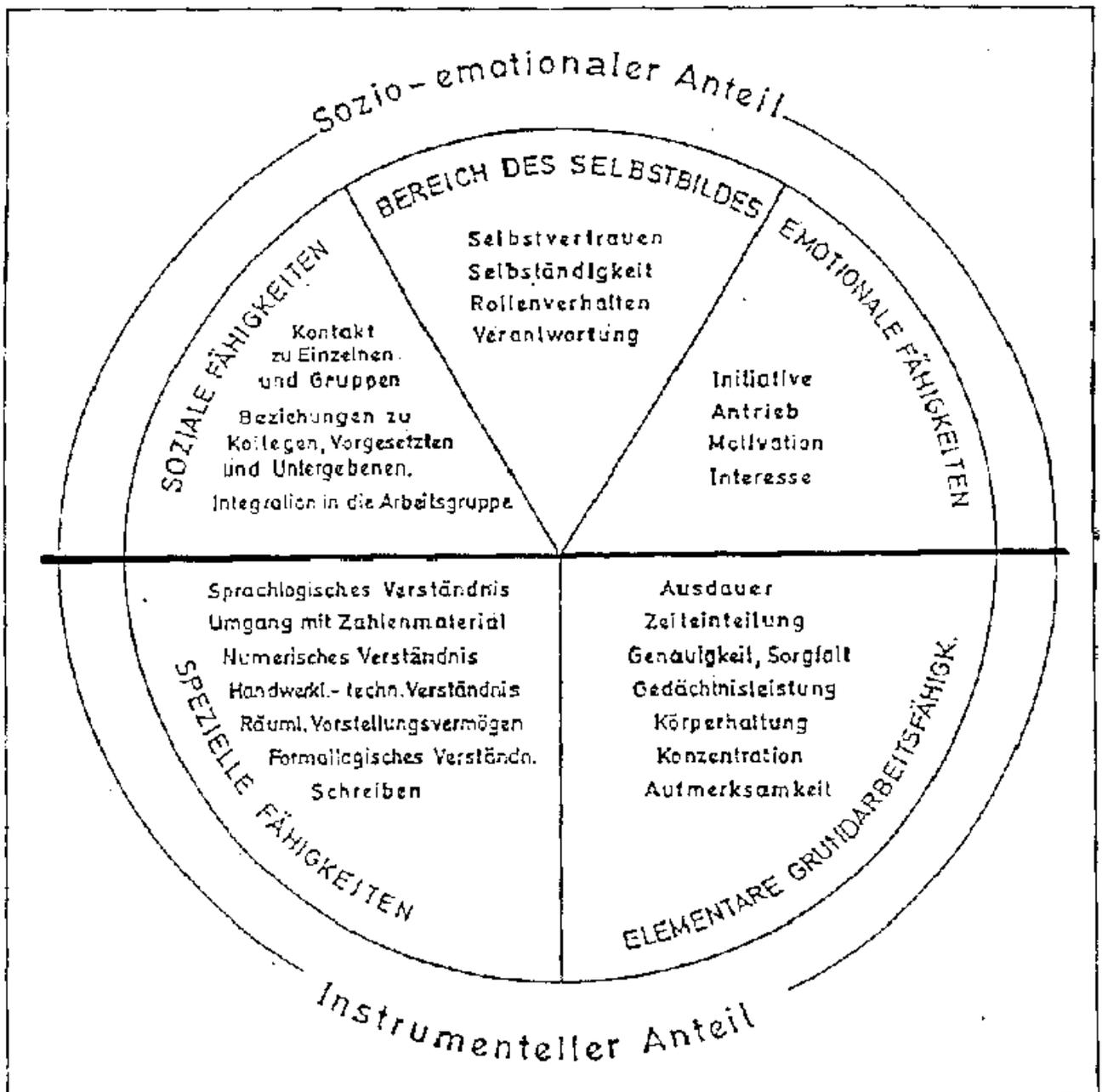
Unter dem Titel Beschäftigungstherapie zählt die zitierte Verordnung konkret folgende Behandlungsziele der ihr unterstellten Berufskategorien auf:

- Verbesserung der psychischen Grundleistungsfunktionen wie Orientierung, Belastbarkeit, Ausdauer, Flexibilität und Selbständigkeit in der Tagesstrukturierung (z.B. durch stützende, strukturierende Techniken auch handwerklicher Art)
- Verbesserung von auf psychischem und medikamentös-toxischem Wege eingeschränkten körperlichen Funktionen wie Grob- und Feinmotorik, Körperhaltung und Körperwahrnehmung (z.B. durch Geschicklichkeits-, Körperwahrnehmungs- und Koordinationsübungen)
- Verbesserung von Motivation und Kommunikation beeinflussenden Funktionen wie Antrieb, Selbstvertrauen, Realitätsbezogenheit, Selbst- und Fremdwahrnehmung, Kontaktfähigkeit, Angstbewältigungsverhalten (z.B. durch gelenkte Gruppenobjekte mit lebenspraktischen, gestalterischen Inhalten einerseits und kreatives, freies Gestalten mit Werkmaterial, bildnerischen oder literarischen Medien andererseits)
- Verbesserung kognitiver Funktionen wie Konzentration, Merkfähigkeit, Gedächtnis, sprachlogisches und numerisches Verständnis sowie Handlungsplanung (z.B. durch Hirnleistungstraining oder gestaffelte Arbeitstrainingsangebote auch mit büro- und werktechnischen Inhalten)
- Verbesserung entwicklungspsychologisch wichtiger Funktionen wie Autonomie und Bindungsfähigkeit insbesondere bei kinder- und jugendpsychiatrischen Erkrankungen (z.B. durch einzel- oder gruppentherapeutische Verfahren mit gestalterischen oder spielerischen Inhalten)
- Verbesserung der zur Erhaltung der Selbständigkeit erforderlichen Funktionen insbesondere bei psychisch kranken alten Menschen (z.B. durch lebenspraktisches Training, Orientierungs- und Wahrnehmungsübungen, Mobilisation der kognitiven, motorischen und sozio-emotionalen Fähigkeiten)

Haerlin⁹⁶ hat die eben aufgeführten Behandlungsziele in der nachstehenden Grafik zusammenfassend zum Ausdruck gebracht. Sie sind in diesem Zusammenhang insofern relevant, als sie deutlich machen, wie sehr die deutsche Arbeits- und Beschäftigungstherapie organisch-medizinisch ausgerichtet ist, aber auch, weil sie die Verwischung der beiden Interventionsformen trotz staatlich-gesetzlicher Regelungen vor Augen führt.

95 Bundesausschuss der Ärzte- und Krankenkassen: Richtlinien vom 14.08.1990 über die Verordnung von Heilmitteln und Hilfsmitteln. Der am 01.10.1990 in Kraft getretene Beschluss sieht vor, dass selbständig arbeitende, sogenannt niedergelassene Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten künftig auch Patienten mit psychischen Funktionsstörungen behandeln dürfen.

96 Neue Aufgaben der Ergotherapie, S. 8.



Im Hinblick auf die Situation in Deutschland haben wir einleitend festgestellt, die Erörterung der dortigen Verhältnisse sei zwar aufschlussreich, aber nicht unbedingt klärend. Wir wollen die Aussage anhand eines Referats⁹⁷ belegen, das 1986 an einer Tagung des Fachkreises Arbeitstherapie unter dem vielsagenden Titel "Ausbildung in einem unklaren Berufsfeld", dem der Autor Dietrich Rehmann, selber Vertreter einer Ausbildungsinstitution⁹⁸, den ergänzenden Untertitel "Ein Berufsbild - hundert Erscheinungsformen" beifügt. Das Motto, unter das er seinen Vortrag stellt, ist symptomatisch für das gespannte Verhältnis von Arbeits- und Beschäftigungstherapie in Deutschland: "Arbeitstherapie als unbeliebtes Anhängsel der Beschäftigungstherapie".

Als vor zehn Jahren⁹⁹ das Berufsbild mit der Bezeichnung Beschäftigungstherapeut um den Arbeitstherapeuten "bereichert"¹⁰⁰ wurde, leitet der Referent sein Exposé ein, rief das bekanntlich nicht überall eitel Freude hervor. Die meisten der damals noch spärlicher gesäten Ausbildungsstätten meldeten massive Bedenken an. Im wesentlichen sind es folgende Einwände, die ins Feld geführt werden:

- Die Beschäftigungstherapie sei an sich ein wahrhaft vielfältiger Beruf mit vielen verschiedenen Ausprägungen und Anforderungen auf verschiedenen Ebenen. Es könne also nur zur gesteigerten Unüberschaubarkeit und Verwirrung beitragen, wenn als weiteres Arbeitsfeld die Arbeitstherapie hinzukomme, welche noch dazu mit einem schlechten Image behaftet sei.
- Die Arbeitstherapie als erklärte leistungs- und produktorientierte therapeutische (?) Vorgehensweise widerspreche (oder sei unvereinbar mit) dem individualistischen und prozessorientierten Ansatz der traditionellen Beschäftigungstherapie.
- Arbeitstherapie mit dem Medium Arbeit, auch Industrie- und Maschinenarbeit, ebenso mit dem Therapieziel Arbeit/Arbeitsplatz, könne eigentlich nur sinnvoll eingesetzt werden, wenn der Therapeut auch berufsfachliche Qualifikationen besitze, wie das ja bei den Arbeitserziehern oder Erziehern am Arbeitsplatz der Fall sei, welche sich ja bis 1976 auch als Arbeitstherapeuten bezeichneten.

Gegen diese Einwände gebe es keine schlagkräftigen Gegenargumente, einfach deshalb, weil sie viel mit den Tatsachen zu tun hätten. Es sei doch eben so, dass ein Ergotherapeut, nach seinem Berufsbild befragt, im Allgemeinen nicht mit ein, zwei Sätzen auskomme. Das Überall-Vertreten-Sein bedeute auch ein Zwischen-Allen-Stühlen-Sitzen, weshalb die Ergotherapie in der Öffentlichkeit, ganz entgegen der Bedeutung, die sie sich selbst gebe, im Sinn eines Berufsbildes mit klar umrissenem Einsatzfeld und -zweck, kaum bekannt sei. Woran man sich allenfalls erinnere, sei, dass da gebastelt werde.

97 Wiedergegeben in: Rehmann, Dietrich et al.: Sinn oder Irrsinn der beruflichen Rehabilitation. Rote Reihe - Arbeitstherapie, Nr. 6, Jg. 1986. Fachkreis Arbeitstherapie, S. 2-6.

98 Schule für Beschäftigungs- und Arbeitstherapie Tübingen.

99 Also 1976; vgl. vorne 3.2.1.4 Ausbildung: ○ Deutschland.

100 Anführungszeichen im Manuskript des Autors.

Ebenso lasse es sich nicht abstreiten, dass eine Therapieform, deren Ziel zumindest teilweise in der Anpassung an die Leistungsnormen unserer Gesellschaft bestehe, zunächst nicht ohne kritische Fragen wegkomme. Ausserdem sei es eine deutliche Erfahrung aus dem Arbeitstherapieunterricht, dass diejenigen Schüler, die vor ihrer Ausbildung einen Beruf in der freien Wirtschaft ausgeübt hätten (das seien leider immer weniger), sich mit mehr Selbstverständnis und Sicherheit in eine arbeitstherapeutische Einrichtung integrierten, als diejenigen ohne Berufserfahrung¹⁰¹.

Dass die Arbeitstherapie unter den Berufsangehörigen immer noch eine umstrittene Position - zum Glück mit rückläufiger Tendenz - besitze, wirke sich auch im Unterricht in Form einer eher negativ geprägten Erwartungshaltung diesem Fach gegenüber aus. Hinzu kämen noch konkrete Erfahrungen mit Einrichtungen, die ihre Vorgehensweise als arbeitstherapeutisch bezeichneten, wo jedoch nach beruflichem Verständnis der arbeitstherapeutische Anteil zu kurz komme.

Hinzu komme ein weiterer, historisch begründeter Faktor: Wenn ein neues Berufsbild entstehe, wie es hier ja zumindest politisch und juristisch gesehen der Fall sei, könne es verständlicherweise noch keine nennenswerte Anzahl von Personen mit dieser Berufsausbildung geben. So schlugen sich die Schulen immer noch mit dem Problem herum, dass es zu wenig Personen gebe, die eine genaue Vorstellung davon mitbrächten, was Arbeitstherapie eigentlich sei, und die ausserdem bereit seien, diese Vorstellung an Schüler weiterzuvermitteln.

3.2.5.2 Rehabilitation und Arbeitstraining

○ *Retrospektive*

Wir haben im Verlaufe der bisherigen Ausführungen zahlreiche Faktoren aufgeführt, welche die Unsicherheit in der Einschätzung der Arbeitstherapie erklären, und haben dabei auch auf die ungenügende Abgrenzung gegen Nachbardisziplinen hingewiesen. Nebst der unscharfen Trennung von Beschäftigungs- und Arbeitstherapie, die wir eben erörtert haben, ist es vor allem die Verwischung, ja oft Verwechslung des arbeitstherapeutischen Begriffs mit dem Terminus Arbeitstraining, die Verwirrung stiftet und Arbeitstherapie unnötig in Misskredit bringt, was indessen nicht überraschen kann, wer sich die historische Entwicklung und den psychiatrischen Ursprung der Arbeitstherapie vor Augen hält.

In der Tat ging der Streit lange Zeit darum - in dieser Hinsicht stehen sich die Meinungen bis heute diametral gegenüber -, ob Arbeitstherapie mehr bei der Behandlung akut Kranker angezeigt sei oder ob sie mehr ein Behandlungsverfahren für chronisch Kranke darstelle. Allgemein anerkannt wurde grundsätzlich der Wert der Arbeit für

101 Wir haben bereits darauf hingewiesen, dass diesbezüglich die Situation in der Schweiz eher umgekehrt ist, verfügen doch die Arbeitstherapeuten hierzulande regelmässig über einen erlernten manuellen Beruf, in dem sie sich in der Praxis bewährt haben, während ihnen im allgemeinen die sozialpädagogische oder therapeutische Ausbildung fehlt. Soweit sie sich ausnahmsweise eine entsprechende Qualifikation erwerben, so geschieht dies stets und - wegen der Aufnahmebedingungen der zuständigen Ausbildungsinstitutionen - zwangsläufig als Zweitausbildung.

die sogenannte Rehabilitation, also für die familiäre, soziale und berufliche Wiedereingliederung nach der Entlassung, ebenso wie die versuchsweise Annahme einer Arbeitsstelle ausserhalb der Institution gegen Ende des stationären Aufenthalts. Demgegenüber stellen die Vertreter der Arbeitstherapie heute mit Nachdruck klar, dass eigentliches Arbeitstraining und andere Massnahmen der Rehabilitation nicht zu ihrem Fachgebiet gehören.

Zur Verdeutlichung des Gedankens ist auf das Wesen der Arbeitstherapie selbst zurückzukommen, die Arbeit als Heilmittel oder Heilbehandlung einsetzt. Jede Art von Devianz bedeutet auch gestörte Leistung. Vor allem die Psychiatrie hat denn auch von jeher erklärt, jede Therapie, die das nicht berücksichtigt, gehe an ihrem Ziel vorbei, denn gerade in der Arbeit könne Funktionsfähigkeit erhalten oder wiederhergestellt werden. Unsererseits halten wir dieser medizinisch-organischen Ausrichtung indessen entgegen, dass sich Arbeitstherapie heute weniger denn je darauf beschränken kann, allein Arbeitsleistung durch Übung zu steigern. Zwar schliesst sie diese Leistung ein, ist aber nicht - wie eben das Arbeitstraining - auf diese Aufgabe ausgerichtet. Man will vielmehr mit der Arbeit und mittels der Arbeit, wie wir gezeigt haben, das aus der Normalität und aus dem sozialen Beziehungsnetz herausgefallene, in seiner Ich-Identität gestörte Individuum in ein therapeutisches Feld bringen, wo es angemessene Interaktions- und Arbeitsmuster erlernen kann.

○ *Arbeitstraining als Teil der Arbeitstherapie*

■ Phasierung

Zwei spezifische Konstellationen, die auch unseres Erachtens Arbeitstraining im beschriebenen Sinne als integrierter und geplanter Bestandteil der Arbeitstherapie zu rechtfertigen vermögen, seien hier vorweggenommen. Dass im Berufsleben nebst Arbeitsfähigkeit auch ein Mindestmass an Leistungsfähigkeit erforderlich ist, bleibt unbestritten. Wenn nun die Arbeitstherapie zunächst nur ein Minimum an Arbeitsfähigkeit, Arbeitsbereitschaft und Leistung voraussetzt, so liegt der Akzent beim Arbeitstraining in der Rehabilitation auf der Erzielung einer angemessenen Arbeitsleistung, mit welcher der zur Entlassung kommende Klient draussen konkurrenzfähig wird. So kann im Hinblick auf eine kurzfristige anstehende Eingliederung in die Arbeitswelt je nach individuellem Bedarf und nach den Fähigkeiten und Ambitionen des Klienten das Erreichen einer möglichst hohen Leistungsfähigkeit als indirektes Ziel der Arbeitstherapie in Erscheinung treten.

Eine in der konkreten Ausgestaltung zwar abweichende, aber doch grundsätzlich dem selben Prinzip verpflichtete Methode vertritt Aernout¹⁰², wenn sie eine Phasierung der Arbeitstherapie vorschlägt, die folgende Stufen vorsieht:

- Beschäftigungsphase mit Arbeitscharakter als Vorlauf zur Arbeitstherapie
- Die eigentliche Arbeitstherapiephase
- Arbeitstrainingsphase
- Rehabilitation als Endphase

Die dritte Stufe begründet sie mit der Absicht, dem Individuum ein so menschenwürdiges Dasein wie möglich zuteil werden zu lassen, sei es in der Institution oder draussen, wozu wichtig sei, dass es auch bestimmten, wenn auch manchmal auf die einzelne Person zugeschnittenen Arbeitsnormen entsprechen kann, wie etwa: immer gleichbleibende Qualität und Quantität zu liefern, so weit wie möglich orientiert an den Anforderungen der Gesellschaft; gute Umgangsformen Kollegen gegenüber an den Tag legen; Auftraggebern oder Vorgesetzten gegenüber eine allgemein akzeptable Haltung zu zeigen.

Von grosser Bedeutung in dieser Phase seien daher die Ermutigung durch den begleitenden Betreuer, richtige und klar verständliche Anleitung sowie die regelmässige Bewertung der erzielten Leistungen und des Arbeitsverhaltens im weiteren Sinne. In der vierten Phase schliesslich soll dem Patienten gewissermassen der letzte Schliff vermittelt werden, sie soll ihn konkret auf den Austritt vorbereiten. Es ist offenkundig, dass Aernout unter dem Arbeitstraining weniger das leistungssteigernde Einüben von Fertigkeiten als vielmehr das Erreichen von Zielen versteht, die wir allgemein unter die Arbeitstherapie subsumiert haben.

■ Berufsrolle

Die andere Ausnahme, in der wir Arbeitstraining unter ganz spezifischen Voraussetzungen als arbeitstherapeutische Zielsetzung anerkennen, hängt mit der Bedeutung der Berufsrolle in unserem soziokulturellen System zusammen, in dem der Beruf eines der sozialen Ordnungsprinzipien darstellt, von denen sich Rang und Ansehen des Berufstätigen herleiten.¹⁰³ Der Gedanke, die Arbeit in einem bestimmten Beruf sei die natürlichste Betätigung des Menschen, in der er seiner gesamten Anlage nach die ihm am meisten entsprechende Entfaltungsmöglichkeiten gewinnt, stellt eine neuzeitliche Vorstellung dar, konnte doch die Mehrheit der Menschheit während Jahrtausenden ihren Beruf aus den mannigfachsten Gründen nicht frei wählen, was - am Rande bemerkt - auch noch für viele Zeitgenossen gilt.

Indessen ist unübersehbar, dass es heute in manchen Berufsgruppen zu einer eigentümlichen Prägung der Persönlichkeit durch den Beruf und dessen Leitbilder kommt. Sie ist im allgemeinen um so deutlicher, je grösser seine Anforderungen an berufsspezifischen Eignungen und Fähigkeiten sind und je stärker zugleich das Engagement der Gesamtpersönlichkeit im Beruf ist. Zu denken ist etwa an Berufe, die sich auszeichnen durch ihre besondere Gefährlichkeit oder die Verantwortung, die er erheischt, durch ihren besonderen Nimbus oder umgekehrt das Odium, mit dem manche Berufe von alters her umgeben sind. Je bewusster der Mensch erlebt, welche Bedeutung seine Arbeit für die Gemeinschaft und für den Fortbestand bestimmter Werte hat, um so stärker kann die innere Bindung und Verpflichtung zum Beruf werden.

Nach dem Gesagten wird das Gewicht der sich dem Arbeitstherapeuten in der Praxis immer wieder stellenden Frage klar - sofern sie nicht von andern, ausserhalb der Arbeitstherapie stehenden und daher weder zuständigen noch fachlich kompetenten Mitarbeitern, wie etwa Ärzten oder Therapeuten, beantwortet wird -, ob Klienten in ihrem angestammten Beruf zu beschäftigen seien, wozu sich im konkreten Fall unter

103 Vgl. zu den folgenden Ausführungen Harlfinger, S. 78 ff.

Berücksichtigung aller individuellen und sozialen Umstände jeweils positive und negative Kriterien ergeben, die hier nicht zu erörtern sind. Fällt der Entscheid indessen zu Gunsten der Berufsarbeit aus, steht nebst allen bereits aufgeführten arbeitstherapeutischen Zielen zweifellos auch die Wiederherstellung einer möglichst hohen Leistungsfähigkeit im Vordergrund, soll sie doch dem dazu als geeignet erachteten Individuum nicht nur den Wiedereinstieg in die Arbeitswelt, sondern auch das Zurückerobern seiner früheren beruflichen Stellung ermöglichen, womit in vielen Fällen Gewähr für eine nachhaltige Stabilität des Klienten geboten ist.

Eine Gruppe von Autoren¹⁰⁴ sieht die Arbeitstherapie, entgegen unserer Auffassung, generell vor allem als trainierendes Verfahren zur Vorbereitung auf die Berufsarbeit, also als Arbeitstraining im Rahmen der Rehabilitation als familiäre, berufliche und soziale Wiedereingliederung. Diese Ansicht wird vorwiegend in den USA vertreten, während in Deutschland die Meinung vorherrscht, dem Patienten solle während der stationären Behandlung vorerst funktionelle Arbeits- und Beschäftigungstherapie angeboten werden, und erst danach, im Hinblick auf seinen Austritt, solle er in steigendem Masse vollwertige Arbeit leisten.

Harlfinger führt jedoch in seiner Untersuchung zahlreiche Autoren an, die im Rahmen der Arbeitstherapie besonderen Wert auf ein Üben und auf ein Erlernen, beziehungsweise Wiedererlernen zweckmässiger Verhaltensweisen und nutzbarer Fertigkeiten legen. Die Arbeit als echte Therapie habe es ermöglicht, jahrelange Korridor- kranke und Zellenzöglinge nach kürzerer oder längerer Behandlung der Familienpflege zuzuführen oder ganz zu entlassen.

Wie bereits betont, sind wir indessen der Ansicht, dass eine Abgrenzung des Arbeitstrainings von der Arbeitstherapie im Interesse beider Verfahren notwendig ist, divergieren doch sowohl Ziele als auch Methoden erheblich. In der Arbeitstherapie stehen die Persönlichkeit des Devianten selbst und seine Situation im Mittelpunkt aller Erwägungen und Massnahmen. Alle Umweltbedingungen werden möglichst so gestaltet, dass sie das Individuum fördern, aktivieren, ihm Massstäbe und Halt in der Realität geben und es durch Anerkennung und Angenommenwerden tragen. Ausgegangen wird also von der persönlichen Eigenart und der sozialen Situation des Individuums, an die der Arbeitstherapeut die Umweltbedingungen anzupassen versucht.

Umgekehrt ist es beim Arbeitstraining: Hier geht es darum, das Individuum an die zukünftige Umwelt- und Arbeitsbedingungen anzupassen. Durch diese Umkehrung und Ausschliesslichkeit droht manches verlorenzugehen von der eigentlichen Bedeutung der Arbeitstherapie, die so zur blossen sozialen Rehabilitation verkommt. In Wirklichkeit besteht zwischen Arbeitstherapie und Arbeitstraining eine polare Beziehung: je mehr der Gedanke der Therapie im Vordergrund steht, um so mehr tritt das Prinzip der Rehabilitation zurück und umgekehrt.

104 Harlfinger, S. 108 f., führt sie mit den entsprechenden bibliographischen Angaben einzeln an.

3.3 Beurteilung

3.3.1 Kritik an der Arbeitstherapie

In der Schweiz ist es vor allem René Riesen, der sich um die Weiterentwicklung und theoretische Rezeption der Arbeitstherapie verdient gemacht, aber auch kritisch mit dem Thema auseinandergesetzt hat. Seit 1979 leitet er die im Auftrage der deutsch-schweizerischen Rehabilitationszentren für Alkoholabhängige durchgeführten Kurse über Arbeitstherapie, die nun in die eigentliche berufsbegleitende Ausbildung für Arbeitstherapeuten¹⁰⁵ mündet, die im Winter 1992/93 begonnen hat und als deren spiritus rector er gilt. Wir halten uns im wesentlichen an seine Kritik¹⁰⁶ und beschränken uns dabei auf das uns aus eigener Erfahrung vertraute Gebiet der Arbeit mit Alkoholabhängigen.

3.3.1.1 Arbeitstherapie als Realitätstraining

Wir haben gesehen, dass in der Praxis Arbeitstherapie auch heute noch häufig als Arbeitstraining interpretiert wird, das des Patienten Leistungs- und Durchhaltevermögen fördern und ihn befähigen soll, mit Belastungen, wie etwa Arbeitsstress, umzugehen. Dazu bemerkt Riesen mit Bezug auf Kiesewetter¹⁰⁷ zu Recht, dass (Wieder-)Gewöhnung an Arbeit in vielen Fällen kein triftiges Argument zur Begründung der Arbeitstherapie abgibt, hatte doch ein Grossteil der Abhängigen vor ihrem Eintritt in die Institution kein gestörtes Verhältnis zur Arbeit. Wenn sie nicht mehr, nur unregelmässig oder unzuverlässig gearbeitet haben, dann als Folge des Alkoholkonsums. Kiesewetter geht gar weiter und äussert die Befürchtung, dass Alkoholabhängige durch die Flucht in die Arbeit ihre grundsätzlichen Probleme zu vertuschen und ihnen auszuweichen versuchen.

Die Kritik findet ihre Bestätigung in der Praxis darin, dass in der Regel jeder Patient, unabhängig von einer entsprechenden Indikation, das arbeitstherapeutische Programm zu absolvieren hat. Wenn verschiedene Autoren, wie wir gesehen haben, die Arbeitstherapie mit einer medizinischen Therapie vergleichen, wird der Widerspruch offenkundig, wird doch keinem Arzt einfallen, allen seinen Patienten unbesehen ein Medikament zu verabreichen. Der Argwohn der praktisch tätigen Arbeitstherapeuten, ihre Tätigkeit werde von den entscheidenden Gremien nicht ernst genommen und verkomme zum schlichten Hütedienst - irgendwo und -wie müssen die Patienten ihre von andern Therapien nicht beanspruchte Zeit verbringen - und werde lediglich als "Operationsbasis, von der aus andere Therapieformen bequem verordnet werden

105 Siehe oben 3.2.1.4 ○ VAS

106 Vgl. N 50.

107 Kiesewetter, Martin: Aspekte der Arbeitstherapie in Fachkliniken für Alkoholranke. In: Drogalkohol, 2. Jg., Nr. 1, 1978, S. 17.

können"¹⁰⁸, missbraucht, scheint nicht unbegründet. Aernout spricht auch davon, dass die Abteilung für Arbeitstherapie oft als Verwahrungsort für Patienten benutzt werde.¹⁰⁹

Wenn Arbeitstherapie immer wieder als Realitätstraining deklariert wird, so ist dem Argument entgegenzuhalten, dass kein Rehabilitationszentrum in der Lage ist, eine auch nur annähernd den wirklichen Verhältnissen im täglichen Berufsleben entsprechende Tätigkeit anzubieten. Insofern kann die Bezeichnung Realitätstraining und das Vorgeben, es handle sich um wirklichkeitsnahe Arbeit, geradezu kontraproduktiv wirken, weil der Patient den tatsächlichen Realitätsschock nach seinem Austritt auf Grund seiner in der Institution erworbenen falschen Vorstellungen nicht schadlos übersteht.

Zudem werden Patienten in der Arbeitstherapie häufig aus angeblich therapeutischen Erwägungen gerade in jene Arbeitsfelder eingeteilt, in denen sie keinerlei für ihre berufliche Zukunft verwertbaren Erfahrungen sammeln können. Es sei klargestellt, dass diese Kritik kein Argument gegen eine Beschäftigung des Patienten in berufs-fremden Gebieten ist, sondern sich gegen die Interpretation von Arbeitstherapie als Realitätstraining richtet.

Im gleichen Zusammenhang ist die zur Rechtfertigung der Arbeitstherapie ins Feld geführte Begründung, diese wirke motivierend und wecke beim Patienten die Freude an der Arbeit. In der Arbeit solle der Patient wieder Lebenssinn und persönliche Befriedigung finden. Wer selber in der Arbeitstherapie tätig ist, weiss nur allzu gut, wie euphemistisch diese Behauptung ist; für manchen Patienten, der tagtäglich Arbeiten weit unter seinen Fähigkeiten und Möglichkeiten zu erledigen hat, deren Sinn er zudem häufig nicht einsieht und die ihm für seine berufliche Zukunft kaum etwas nützen, muss sie wie Hohn in den Ohren klingen. Die Frage, ob die Arbeiten, die wir unseren Patienten in Werkstätten, Garten, Hausdienst, Küche und anderen Bereichen anbieten, beziehungsweise zumuten, tatsächlich rehabilitativ und nicht eher auf die spätere Arbeitsmotivation hemmend wirken, darf daher mit Fug gestellt werden.

3.3.1.2 Arbeitstherapie als Kostenbeitrag

Durch seine Leistung in der Arbeitstherapie erwirtschaftet der Patient einen Teil seiner Aufenthaltskosten, und zwar einerseits durch seine Mitarbeit in den betriebsinter-nen Diensten - Hausreinigung und -unterhalt, Küche, Lingerie - und den der Selbst-versorgung dienenden Betrieben - Garten, Landwirtschaft, Bäckerei - sowie durch die Herstellung von Gütern und Erbringung von Dienstleistungen für Dritte - Schrei-nerie, mechanische Werkstätten, Druckerei. Die Trägerorganisationen budgetieren diese Einnahmen und erwähnen sie auch lobend oder tadelnd in ihren Jahresberich-ten. In den arbeitstherapeutischen Konzepten werden sie gelegentlich noch vor den therapeutisch-pädago-gischen Zielen aufgeführt. Beide Formen der Kostenbeteiligung sind kritisch zu beurteilen:

108 Aernout, S. 94.

109 S. 93.

Wenn Trägerorganisationen und Subvenientenvertreter von den Arbeitstherapeuten das Erreichen vorgegebener Umsatzzahlen erwarten und diese Forderung mit einiger Konsequenz auch durchsetzen, verkennen sie den Sinn arbeitstherapeutischen Handelns und messen die arbeitstherapeutische Leistung nicht anders als in der Normalität nach wirtschaftlichen Kriterien, die mit der arbeitstherapeutischen Zielsetzung nichts gemeinsam haben. Der Arbeitstherapeut wird gezwungen, einen wesentlichen Anteil seiner Energie in seine untemehmerische Funktion zu investieren und den Druck, dem er selber ausgesetzt ist, an die Patienten weiterzugeben, was diese wiederum mit Protest und Verweigerung quittieren, weil sie sich zur unbezahlten Zwangsarbeit verurteilt fühlen. Jedem Arbeitstherapeuten sind entsprechende Äusserungen seiner Patienten, sie seien hier, um gesund zu werden und nicht zum "Chranpfen", zur Genüge bekannt. Dass sich unter diesen Umständen kaum therapeutisch oder pädagogisch arbeiten lässt, liegt auf der Hand.

Ebenso zweifelhaft erscheint das Argument, der Patient leiste mit seiner Arbeit einen Beitrag an die Gesamtkosten der Institution, was mit entsprechenden Zahlen in den Jahresrechnungen dokumentiert werden soll. Wenn wir als Beispiel die vom Verfasser dieser Zeilen geführte Schreinerei wählen, so kann das ausgewiesene günstige Bild nur durch eine mehr oder weniger willkürliche (oder absichtliche?) Darstellung des Zahlenmaterials beziehungsweise eine manipulierte Rechnungslegung erreicht werden. So etwa werden die variablen Betriebskosten nur mit einem symbolischen Fixbetrag und die erheblichen kalkulatorischen Kosten überhaupt nicht in Rechnung gestellt. Die betriebswirtschaftlich korrekte Rechnung führt zum ernüchternden Ergebnis, dass die Verkaufserlöse nicht viel mehr als die Materialkosten decken und der Betrieb der Werkstätten die Gesamtrechnung der Institution nicht etwa ent-, sondern erheblich belastet - was zwar gegen das Argument der Kostenbeteiligung und die Umsatzforderungen der Trägerschaft, nicht aber gegen die arbeitstherapeutische Relevanz der Werkstattätigkeit spricht.

Grundsätzlich stellt sich auch die Frage, ob es denn in Anbetracht der Tatsache, dass Alkoholabhängigkeit als Krankheit definiert wird, überhaupt vertretbar sei, vom Patienten die Erwirtschaftung eines Kostenbeitrags zu verlangen und ob mit dieser Forderung nicht durch die Hintertür ein moralisierender und schuldzuweisender Aspekt in das therapeutische Konzept eingeschleust wird, der noch vom überwunden geglaubten und nach aussen in Abrede gestellten Lasterkonzept geprägt ist.

Es ist auch schlecht einseh- und begründbar, warum ausgerechnet die Arbeitstherapie als eine unter verschiedenen in der Institution angebotenen Therapieformen einen Ertrag abwerfen sollte; nie ist uns die Forderung zu Ohren gekommen, Gruppen-, Familien- oder Gesprächstherapie müssten rentieren.

Und schliesslich: Wenn Arbeitstherapie als Therapie angepriesen und die Arbeit als deren wirsames Mittel deklariert wird, vergleichbar etwa dem Medikament oder dem operativen Eingriff auf medizinischem Gebiet, müsste konsequenterweise auch vom Spitalpatienten durch entsprechende Eigenleistungen ein angemessener Kostenbeitrag erhoben werden. Nun erinnert sich der Verfasser aber nicht, nach glücklich überstandener Blinddarmoperation von der Oberschwester etwa als Mitglied der room-therapy-crew zum Schruppen der Flure, im Rahmen der eben neu kreierte und daher Furore machenden Gustatorik-Therapie zum Kartoffelschälen oder in Anbetracht

der offenbar in Ostsuspektistan wundersame Erfolge zeitigenden Zementstaub-Therapie zur Mithilfe bei der Renovation des Verwaltungsgebäudes aufgefordert worden zu sein, wenngleich solch therapeutische Massnahmen die Spitalrechnung offenkundig in nicht unerheblichem Masse zu entlasten und zudem unbestrittenermassen einen volkswirtschaftlich wirksamen Beitrag zur Reduktion der Kostenexplosion im Gesundheitswesen zu leisten vermöchte.

3.3.1.3 Arbeit als Therapie

Wir wollen hier kritische, sich vor allem gegen den therapeutischen Charakter der Arbeitstherapie richtende Argumente zusammentragen, die verstreut in den vorangegangenen Äusserungen bereits angetönt wurden.¹¹⁰

Jeder Bestandteil der Wortverbindung Arbeitstherapie ist für sich allein schon schildernd und interpretationsbedürftig. Sowohl unter Arbeit wie unter Therapie werden ganz verschiedene Inhalte verstanden und je nach Hintergrund oder Absicht werden die Begriffe unterschiedlich ausgelegt. Diese divergierenden Auslegungen potenzieren sich in der Wortkombination, so dass bis heute für den Begriff Arbeitstherapie keine einheitliche, allgemein anerkannte Definition besteht und jeder - Betreuer, Arbeitstherapeut, Institutionsvertreter, Politiker - darunter etwas anderes, das in sein persönliches Konzept Passende, versteht. Jedenfalls betont Riesen zu Recht, dass Arbeit nicht schon deshalb therapeutisch sei, weil sie in einer Heilstätte geleistet werde.

Wir haben uns zudem darüber beklagt, dass Arbeitstherapie bis heute wissenschaftlich kaum erforscht wurde, dass ihre Methoden oft auf laienhaften Überlegungen beruhen und dass deren Wirksamkeit - eine Gemeinsamkeit mit zahlreichen anderen Therapieformen - nicht konkret zu ermitteln ist. Auch die Tatsache, dass Arbeitstherapie bis heute weitgehend von dazu nicht ausgebildeten Handwerkern und andern Berufsleuten ausgeübt wird, fördert weder ihr Ansehen noch ihre Anerkennung als wirksame Behandlungsmethode. Auch ist nicht zu übersehen, dass Arbeitstherapie in vielen Institutionen ursprünglich aus therapiefremden Erwägungen eingeführt wurde - wir haben das Stichwort Verwahrungsort verwendet und auf den Aspekt der Kostenbeteiligung hingewiesen - und die entsprechenden Konzepte, wenn überhaupt, erst im nachhinein und eher als - gelegentlich wenig überzeugende - Rechtfertigung nachgereicht wurden.

Insgesamt entspringt Arbeitstherapie in vielen Institutionen noch einer weitgehend unreflektierten Alltagstheorie, hinter der sich Werthaltungen der Art verstecken, wonach Arbeit gewiss nicht schaden könne. Man nimmt an, in irgendeiner Weise sei Arbeitstherapie, was immer der einzelne darunter verstehen mag, gut für den Patienten, ohne allerdings zu wissen, warum. Riesen weist darauf hin, dass Arbeitstherapie diese Diffusität durchaus gemeinsam habe mit zahlreichen anderen neuzeitlichen Bindestrich-Therapien - Bewegungs-Therapie, Mal-Therapie, Musik-Therapie, Sandkasten-Therapie, Körper-Therapie, Duft(!)-Therapie, Therapie-Therapie -, was

110 Vgl. dazu auch Riesen, S. 225 f.

vorerst auf nichts anderes als auf den bereits einleitend hervorgehobenen inflationären und undifferenzierten Gebrauch des Worts Therapie hindeute.¹¹¹

Abschliessend seien kritische Einwendungen aufgelistet, die Riesen vor allem in seinen Kursen aus Äusserungen praktisch tätiger Arbeitstherapeuten gesammelt hat:

- Die in den Rehabilitationszentren angebotene Arbeit ist oft undifferenziert, gelegentlich auch sinnlos, selten aber auf die individuellen Bedürfnisse des Patienten abgestimmt.
- Die Arbeitsblockzeiten sind häufig zu kurz bemessen und die gesamte Arbeitszeit über die ganze Woche zu stark zerstückelt, um überhaupt eine sinnvolle Arbeitsgestaltung zu ermöglichen.
- Gelegentlich sind von einem Arbeitstherapeuten zuviele Patienten zu betreuen; die Nachteile wirken sich umso gravierender aus, je kürzer die Blockzeiten sind.
- Die von den Patienten zu leistende Arbeit hat häufig weniger Ansehen als jene, die sie ausserhalb der Institution vollbringen; sie trägt wenig bei zur Stärkung des angeschlagenen Selbstwertgefühls.
- Der Patient muss Arbeit genau so ausführen, wie es vom Arbeitstherapeuten verlangt wird; er kann weder eigene Ideen verwirklichen noch oder nur selten Eigenverantwortung übernehmen.
- Der persönlichen, sozialen und späteren beruflichen Situation des Patienten wird oft zu wenig Beachtung geschenkt; die Zuteilung der Arbeit erfolgt oft nach betriebswirtschaftlichen Überlegungen.
- Arbeitstherapie wird zum Verwahrungsort, zur Lückenbüsserin degradiert; Patienten müssen die Zeit überbrücken, in der sie nicht in andern, oft als wertvoller taxierten Therapien beschäftigt sind.
- Die Auswahl an angebotenen Arbeitsmöglichkeiten ist oft zu gering, um die Störungen der Patienten wirksam anzugehen.
- Arbeitsleistung wird nicht dadurch zur Therapie, dass sie unbezahlt ist und in Rehabilitationszentren ausgeführt wird.
- Der Gruppenzusammensetzung wird zu wenig Beachtung geschenkt; sie erfolgt oft unreflektiert und nutzt die gruppentherapeutischen Möglichkeiten nicht oder ungenügend.

Mit Nachdruck sei hier klargestellt, dass sich diese kritische Beurteilung und die aufgeführten Argumente keineswegs gegen die Arbeitstherapie wenden, sondern ausschliesslich gegen deren inadäquate Anwendung. Der Autor ist vom Wert der Arbeitstherapie in hohem Masse überzeugt, aber auch davon: unreflektierte Arbeitstherapie wirkt antitherapeutisch. Sie schadet.

111 Melzer, S. 2, beklagt sich in diesem Zusammenhang über die Überbetonung psychologischer Behandlungsverfahren und warnt die Arbeitstherapeuten, sich blindlings diesem Trend anzuschliessen, statt ihre Aufgabe als eigenständige, unabhängige Form der Therapie zu betreiben. Er führt diese Überbetonung auf den Psychoboom zurück, der Psychologisierung nahezu aller Lebensbereiche. "Nicht nur das Fussballspiel oder unsere Hobbies werden psychologisiert, nein: da gibt es auch noch eine Psychologie des Haushuhns oder der Tomatenpflanze."

3.3.2 Arbeitstherapie im therapeutisch-pädagogischen Spannungsfeld

3.3.2.1 Zuordnung nach arbeitstherapeutischen Kriterien

Die unserer Arbeit zugrundeliegende Frage, ob Arbeitstherapie, wie es die Bezeichnung vermuten liesse, tatsächlich eine therapeutische Tätigkeit in dem von uns unter Ziffer 2 beschriebenen Sinne beinhalte oder nicht vielmehr, wie dies der Autor einleitend durchblicken liess, sozialpädagogischer Art sei, wurde in der von uns bearbeiteten Literatur in dieser konkreten Form nie gestellt, und das Ergebnis einer auf deren Beantwortung zielenden Analyse der Fachliteratur bleibt zwiespältig.

Einerseits fällt beim Studium arbeitstherapeutischer Literatur immer wieder auf, welch eminenten Wert deren Autoren auf den angeblich therapeutischen Charakter ihrer Disziplin legen, während andererseits die Beschreibung der arbeitstherapeutischen Tätigkeit, deren Methoden und Wirkungsweise unverkennbar, wenn nicht ausschliesslich, so doch vorwiegend und unzweideutig die sozialpädagogische Natur der Arbeitstherapie offenbart. Die Vermutung ist nur schwer von der Hand zu weisen, dass die Arbeitstherapeuten, leidend unter diffuser Berufsidentität, unter fehlender sozialer Anerkennung und, mangels fachlicher Ausbildung, verunsichert über Wert, Sinn und Inhalt ihres Tuns, sich festklammern an dem aus ihrer Sicht prestigeträchtigen und statusverleihenden Berufsbild des Therapeuten - wohl ein seinerseits therapiebedürftiger Atavismus aus Jahrhunderte alter medizinischer Hegemonie.

Wir wollen unsere Feststellung, wonach in der arbeitstherapeutischen Literatur die Unterscheidung zwischen therapeutischem und sozialpädagogischem Handeln kaum, diffus oder gar nicht getroffen wird und die Begriffe oft widersprüchliche Verwendung finden, an Hand einiger Beispiele belegen, vorab aus den zwei arbeitstherapeutischen Klassikern Aernout und Harlfinger, auf die wir uns verschiedentlich berufen haben.

○ *Aernout*

Sie betont in besonders eindringlicher Weise die therapeutische Funktion des Arbeitstherapeuten, so etwa, nebst zahlreichen andern Beispielen, wenn sie vom Betreuer erwartet, "in die Tiefen der Struktur des 'Ichs' des Klienten" hinabzusteigen, wozu "das wichtigste therapeutische Instrument" die Kommunikation bilde.¹¹² Unmissverständlich fordert sie, "dass Arbeitstherapie einen vorwiegend therapeutischen Charakter haben sollte"¹¹³, während sie, diesen Gedanken ausführend, fast im gleichen Atemzug erwähnt, Aufgabe des Arbeitstherapeuten sei es, seine Schützlinge begleitend zu betreuen - eine fraglos sozialpädagogische Funktion.

112 S. 96.

113 S. 228.

Trotz des konsequent verwendeten therapeutischen Vokabulars lässt Aernouts Umschreibung arbeitstherapeutischer Tätigkeit über dessen sozialpädagogischen Charakter keine Zweifel aufkommen. Selber spricht sie davon, dass "Arbeitstherapie, ebenso wie andere Formen *agogischer* Arbeit (zu denken ist dabei z.B. an Sozialarbeit in Betrieben und Krankenhäusern) als selbständiges Fachgebiet anzusehen ist und ihre Ziele zuerst an *agogischen* Ausgangspunkten zu messen hat" [Hervorhebungen durch den Verfasser].¹¹⁴ In bezug auf die Aufgaben des Arbeitstherapeuten spricht Aernout von der "pädagogischen Annäherung" an den Klienten¹¹⁵ und im Zusammenhang mit den an den Funktionsträger zu stellenden Anforderungen von dessen pädagogischer Beziehung zum Betreuten¹¹⁶.

Bezüglich der Ausbildung sieht Aernout in der Funktion der Arbeitstherapie "klar erkennbare Gemeinsamkeiten mit den Funktionen in anderen Aktivierungstherapien" und schliesst daraus, dass "somit die theoretischen Grundvoraussetzungen praktisch identisch sind...". Sie bezieht sich denn auch auf einen entsprechenden Expertenbericht für die Ausbildung von Aktivierungstherapeuten¹¹⁷, der zwar keinerlei therapiebezogene Fächer, dafür eine sozialpädagogische Methodenlehre anbietet.

○ Harlfinger

Ein ähnlich verwirrendes Bild zeichnet sich bei Harlfinger ab, der Arbeitstherapie auch im wesentlichen als therapeutische Tätigkeit bezeichnet, in deren Beschreibung aber unverkennbar den sozialpädagogischen Aspekt hervorhebt.

So spricht er davon, dass die "Arbeitstherapie als ein im weiteren Sinne *selbst psychotherapeutisch* wirksames (...) Verfahren" sei [Hervorhebung im Original] und zitiert gleichenorts zahlreiche diese Meinung stützende Autoren.¹¹⁸ Seine Ausführungen über das Thema "Arbeit als therapeutisches Feld" fasst Harlfinger mit der Feststellung zusammen, unter Berücksichtigung "der inneren und äusseren Situation des Kranken" müsse man "in der Arbeitstherapie ein *therapeutisches Feld* herstellen, das

1. selbst psychotherapeutisch wirkt; und das
2. Raum für psychotherapeutische Interaktionen gibt".¹¹⁹

Auch in seinen weiteren Ausführungen lässt Harlfinger keine Zweifel aufkommen, "dass die Arbeitstherapie, wie ihr Name sagt, aus therapeutischen Gründen durch-

114 S. 130.

115 S. 241.

116 S. 252.

117 S. 253 N 24: Interimsbericht der Arbeitsgruppe Ausbildung in den Aktivierungstherapien, unter Vorsitz von C.A.R. Graamans, Inspektor für sozialpädagogischen (!) Unterricht, Zeist, 1973.

118 S. 110 f.

119 S. 113.

geführt wird".¹²⁰ Sollten in der Arbeitstherapie *psychotherapeutische* Einwirkungen zustande kommen, setze dies voraus, dass eine Verständigung mit dem Kranken möglich werde. Die Situation der Arbeit biete gerade in dieser Hinsicht einen entscheidenden Vorteil: Sie verlange auf Seiten des Patienten weder ein rationales Erfassen seiner inneren Schwierigkeiten noch eine Verbalisation dessen, was ihn bewege oder bedränge. Nicht die sprachliche Auseinandersetzung sei hierbei das Entscheidende, sondern vielmehr das Eintreten in eine Gemeinsamkeit beim Anstreben eines ausserhalb der Person liegenden Zieles.

Die Arbeitstherapie ermögliche psychotherapeutische Hilfe, ohne dass Betreuer und Betreuter ständig miteinander konfrontiert sein müssten. Sie könne daher bereits zu einer Zeit einsetzen, da der Klient dieser unmittelbaren Konfrontation noch nicht gewachsen wäre, und es könnten auch solche Klienten einbezogen werden, die nach ihrer ganzen Struktur oder infolge bleibender Beeinträchtigungen für eine direkte Psychotherapie überhaupt nicht geeignet seien - solche psychotherapeutische Überforderungen der Patienten sind nach der Erfahrung des Verfassers in der Praxis keine Seltenheit. Therapeut und Patient könnten sich hier voneinander abwenden und, nicht mehr gegenüber, sondern nebeneinander stehend, sich einem gemeinsamen Dritten, einem Ziel zuwenden, im Blick darauf handeln. Für Klient und Therapeut sei es dabei ein grosser Gewinn, dass sie in ein Verhältnis der Nähe zueinander eintreten könnten, ohne dass sie - der eine wie der andere - auf die Krankheit oder Verhaltensstörung als einzigem Anlass und leidige Basis angewiesen seien.

Aus diesen, die Arbeitstherapie psychotherapeutisch definierenden Erwägungen, zieht Harlfinger, ähnlich wie Aernout, Schlussfolgerungen, die umgekehrt unmissverständlich deren sozialpädagogischen Charakter betonen. Zwar definitorisch immer noch den Ausdruck Therapie verwendend, meint er, diese erfolge nicht im Blick auf das was fehle oder gestört sei, sondern auf das, was - vielleicht nicht einmal direkt beabsichtigt - zu wachsen und zu werden verspreche. Sie sei nicht so sehr retrospektiv und registrierend, sondern prospektiv; er verwendet also genau jene Merkmale, die uns zur Unterscheidung sozialpädagogischen und therapeutischen Handelns dienen.

Auch wenn Harlfinger davon spricht, in der konkreten Beziehung zur realen Welt der Dinge und Tatsachen, zu einzelnen Menschen und Gruppen werde es dem Individuum möglich, seinen eigenen Standort in bezug auf diese zu bestimmen,¹²¹ umschreibt er arbeitstherapeutische Inhalte und Ziele, die wir fraglos dem sozialpädagogischen Tätigkeitsgebiet zuordnen. Gleiches gilt für die weitere Folgerung, dabei komme es kaum auf rationales Abwägen oder Berechnen an, vielmehr dagegen auf ein unmittelbares Erleben und Einfühlen. Die Wiedergewinnung einer Beziehung zur Realität und eines erfassbaren Standortes in ihr - sozialpädagogische Aufgaben par excellence - bezeichnet er als wesentliche Funktion der Arbeitstherapie.

120 S. 133 f.

121 S. 135.

○ *Andere Quellen*

Brater beschreibt, wie sich die Arbeitstherapie allmählich von ihren psychotherapeutischen Fesseln löst und sich zu einer sozialpädagogischen Ausrichtung bekennt.¹²² In den letzten Jahren sei unter Psychologen und Psychotherapeuten die Auffassung verbreitet, dass der Arbeitsleiter¹²³, wie alle Mitarbeiter in der Rehabilitation, eher klientenzentriert vorgehen sollte. Man bevorzuge gewährende Beziehungen zwischen Arbeitsleiter und Betreuten, die auf positiver Wertschätzung und emotionaler Wärme, auf Verstehen emotionaler Erlebnisinhalte des Klienten und Echtheit im Verhalten sowie auf der Betonung der Gefühlsaspekte beruhen.

Vor allem gelte die Regel, dem Klienten selbst so weit wie möglich die Verantwortung und Lenkung seines Lebens zu überlassen, seine Wünsche und Reaktionen ernst zu nehmen und sie nicht an den eigenen Massstäben und Werten zu beurteilen. Der Arbeitsleiter solle eher ermutigen als anweisen, Äusserungen der Klienten sich frei entfalten lassen und allgemein ein nicht bedrohliches psychisches Klima zu schaffen versuchen, also den Betreuten das Gefühl geben, dass sie akzeptiert und verstanden werden, und ihr Verhalten nicht andauernd bewertet werde.

Als Regeln für das Leitverhalten formuliert er unter Bezugnahme auf C.R. Rogers: die Vermittlung von Wärme und Einfühlung; die Fähigkeit, andern zuzuhören; das Verstehen von Bedeutungen und Absichten; das Akzeptieren der Wünsche des andern (was nicht gleichbedeutend damit sei, dass er jeden dieser Wünsche erfüllen müsse, sondern er solle sie lediglich als solche anerkennen); die verbindende Funktion zwischen den Gruppenmitgliedern, also das aktive Herstellen von Beziehungen zwischen ihnen, etwa durch verbale Brücken.

Nun zeigt aber Brater auf, dass man im Rahmen dieses klientenzentrierten Leitungsstils in letzter Zeit stärker die Bedeutung einer gezielten Auseinandersetzung mit der Realität und ihren sachlich-faktischen Grenzen und Erfordernissen betone. Der Arbeitsleiter müsse immer wieder darauf achten, dass er bei allem Respekt und aller Anerkennung der persönlichen Bedürfnisse der Klienten immer wieder auch die Bedingungen der Realität ins Spiel bringe, an und in der die Betreuten sich ja schliesslich bewähren müssten. Einer der wesentlichsten Schritte zur Rehabilitation bestehe ja darin, von der Selbstbefangenheit loszukommen und sich freier und mutiger der Welt und ihren Anforderungen zuzuwenden, wozu die Arbeit eine besonders wirksame Hilfe sei.

In Anbetracht dieser Entwicklung spricht denn Brater konsequenterweise die Rehabilitations-Fachkräfte - Arbeitstherapeuten - als *Arbeitspädagogen* an, deren zentrale Funktion als Begleiter und Helfer des persönlichen Entwicklungs- und Stabilisierungsprozesses der Betreuten er betont.¹²⁴

122 S. 178 f.

123 So wird im anthroposophischen Gedankengut, das Brater vertritt, der Arbeitstherapeut genannt.

124 S. 9.

Sauer¹²⁵ sieht die Arbeitstherapie nebst der Beschäftigungstherapie und der Milieugestaltung als Bestandteil der Soziotherapie, die er ihrerseits der Psychotherapie gegenüberstellt, was ihn indessen nicht hindert, Arbeitstherapie als ein Behandlungsverfahren zu definieren, bei dem "Arbeit als eine therapeutische Tätigkeit eingesetzt" werde. Er schränkt indessen gleich ein, dass das Wort selbst nicht klar bezeichne, was bei dieser Methode heilende Wirkung habe, betont aber vor allem deren kommunikativen Charakter. Auch ermögliche sie ein Gleichgewicht zwischen der individuellen Betreuung der Patienten und der Förderung ihrer sozialen Aufgaben und Begegnungen und schütze damit vor einer therapeutischen Einseitigkeit.

Auch die Rehabilitationsinstitution, in deren Rahmen der Verfasser seine diese Arbeit animierende Tätigkeit als Sozialpädagoge im Arbeitsbereich ausübt, kann sich in ihrem Konzept¹²⁶ vom therapeutischen Nimbus der Arbeitstherapie (noch?) nicht lösen, wenngleich die entsprechenden Begründungen den unbefangenen Leser kaum zu überzeugen vermögen: "Die *therapeutische Funktion* liegt nicht offen zutage. Wir (Therapeuten und Patienten) müssen sie uns bewusst machen. Sie steckt oft als verborgene Möglichkeit in den alltäglichen Verrichtungen." (Hervorhebung im Original). Oder, nicht minder vage und floskelhaft: "Dem Umgang der Arbeitstherapeuten mit den Patienten kommt eine therapeutische Funktion zu, die im Vergleich mit übrigen Therapieformen etwas Eigenes ist." Vergeblich sucht der Leser nach Erklärungen, worin das Eigene bestehe, wie er sich die therapeutische Funktion bewusst zu machen habe und wie er deren verborgenen Möglichkeiten auf die Spur kommen könnte. Obwohl also offen bleibt, was nun an der Arbeitstherapie therapeutisch wirken soll, werden deren Funktionsträger aufgefordert, "Massnahmen (...) auf ihre *therapeutische Zweckmässigkeit* zu überprüfen".

Der Wirklichkeit und der tatsächlichen Natur arbeitstherapeutischen Handelns entschieden näher führt uns die - weil offenbar zu bescheiden - schamvoll zwischen therapeutische statements eingeschmuggelte Umschreibung der zentralen Aufgabe der Arbeitstherapie: "Arbeitstherapeuten *begleiten täglich Patienten* über mehrere Stunden im Tag." Dass sich nach der konzeptuellen Vorstellung darin die "besondere therapeutische Funktion" der Arbeitstherapie ebenso offenbaren soll wie auch der grosse "therapeutische Einfluss der Arbeitstherapie auf Patienten" ändert nichts daran, dass es sich beim täglichen Begleiten der Patienten um den Inbegriff sozialpädagogischer Tätigkeit handelt.

Der Arbeitstherapeut ist der "Experte für das Alltagshandeln".¹²⁷ Sozialpädagogen teilen als unmittelbare Arbeits- und Interaktionspartner mehr oder weniger umfassende und bedeutende Ausschnitte des Alltagslebens mit ihren Klienten. Sie schaffen für Menschen in schwierigen Lebenssituationen¹²⁸ die Voraussetzungen für eine glückliche Alltagsbewältigung, dies im Spannungsfeld zwischen den individuellen Bedingungen der Betroffenen einerseits - von der Normalität abweichende Bedürfnisse,

125 S. 16 f.

126 Vgl. Anhang 1.

127 Dörner/Plog, S. 59.

128 Vgl. oben 1.3.1.

Möglichkeiten und Grenzen - und den Bedingungen der Umwelt andererseits. Der Sozialpädagoge hat in diesem Sinne Vermittlerfunktionen zwischen Individuum und Gesellschaft zu übernehmen.

Nur der Vollständigkeit halber sei hier wiederholt, dass sämtliche hiesigen Ausbildungsinstitutionen, welche sogenannte - die Einschränkung lässt sich in diesem Zusammenhang kaum noch vermeiden - Arbeitstherapeuten auf ihren Beruf vorbereiten, seien es die Höheren Fachschulen für Sozialpädagogik, die VPG oder die *maîtres soico-professionnels* ausbildenden Schulen, ihren Bildungsauftrag als sozialpädagogischen Inhalts verstehen und daher auch von Sozialpädagogen im Arbeitsbereich sprechen. Einzig von der Vereinigung Arbeitstherapeuten Schweiz, die ihre eigene berufsbegleitende Ausbildung soeben begonnen hat, liegt noch keine offizielle Interpretation der von ihr vertretenen arbeitstherapeutischen Begrifflichkeit vor. Im Rahmen der nun laufenden, zweijährigen Ausbildung wird indessen das Dozententeam kaum um eine entsprechende Klarstellung herum kommen.

3.3.2.2 Zuordnung nach generellen Kriterien

○ *Belehren / Behandeln*

Nachdem wir nun untersucht haben, welcher Disziplin Arbeitstherapie aus deren eigenen Perspektive zuzuordnen ist, und dabei zum schlüssigen Ergebnis gelangen, dass es sich entgegen dem sprachlichen Ausdruck, aber auch zahlreichen irreführenden und den Therapiebegriff missbrauchenden Formulierungen in der Literatur um eine primär sozialpädagogische Tätigkeit handelt, die indessen therapeutische Elemente keineswegs ausschliesst, wollen wir nun unsere Schlussfolgerung abschliessend aus einer übergeordneten Warte, gewissermassen aus der Sicht der zwei betroffenen Behandlungsmethoden, auf ihre Stichhaltigkeit hin überprüfen. Wir stützen uns dabei auf die unter Ziffer 2 zu diesem Zweck erarbeiteten Kriterien, die wir hier in derselben Reihenfolge aufgreifen und als rudimentäre Zuordnungsparameter einsetzen. Dabei sind wir uns bewusst, dass dazu erhebliche Simplifizierungen notwendig sind und jedes einzelne Zuteilungskriterium für sich allein wenig Aussagekraft verkörpert; erst die Betrachtung der Gesamtheit aller Adjunktionen wird ein verlässliches Urteil erlauben.

Unter Ziffer 2.3.3.1 haben wir Sozialpädagogik als eine belehrende, Therapie dagegen als eine behandelnde Interventionsform umschrieben. Übertragen auf die Arbeitstherapie zeigt sich unverkennbar der informative Charakter der Tätigkeit, die ihrerseits geprägt ist durch das der Sozialpädagogik typische Subjekt-Subjekt-Verhältnis: einem personalen Subjekt soll ein Handlungsmuster vermittelt werden. Es geht, wie wir gesehen haben, letztlich um Mitteilung, Erfahrungsvermittlung, um - immaterielle - Information. Demgegenüber haben wir gesehen, dass dem therapeutischen Handeln das der Arbeitstherapie fremde Subjekt-Objekt-Verhältnis zugrundeliegt, geprägt durch die Idee der Formung, Umformung, der - materialen - Formation.

Wir wollen uns dieser Unterscheidung zwischen formativem, behandlungsorientiertem therapeutischem System und der Arbeitstherapie, beziehungsweise Sozialpädagogik eigenen informativen, belehrenden Orientierung noch von einer weiteren Seite

nähern. Wie wir gezeigt haben, liegt eine grundsätzliche strukturelle Differenz zwischen den beiden Interventionsformen darin, dass sich die therapeutischen Professionen akzentuiert mit dem Menschen im Objektstatus befassen, während der Arbeitstherapeut seinen Klienten im Subjektstatus seiner Persönlichkeit fokussiert. Während zudem beim Therapeuten nebst der Behandlungsorientiertheit seines Tuns die Herstellungs-, Wiederherstellungs- und Erhaltungsbemühungen im Vordergrund stehen, sind es beim Arbeitstherapeuten nebst der Belehrungsorientiertheit seines Strebens aufgrund unserer bisher erarbeiteten Erkenntnisse die Gestaltungs-, Entwicklungs-, Umgestaltungsbemühungen, die auch das sozialpädagogische Handeln prägen.

○ *Mittelbare / unmittelbare Therapie*

Als mittelbar in diesem Sinne haben wir die Therapie umschrieben, die sich auf objektivierbare Formen oder Anteile der als Krankheit oder Störung definierten Devianzform richtet. Das Übel wird isoliert, gewissermassen synthetisiert, als eine in sich abgrenzbare Einheit betrachtet und behandelt. Erfasst, bekämpft und behandelt wird der Defekt mittels eines spezifischen Arsenal von Instrumenten - ein der Arbeitstherapie in jeder Hinsicht unbekanntes Vorgehen; es handelt sich hier also um die klassische, traditionelle Form der Therapie, gekennzeichnet durch den objektivierbaren Schaden und die zu dessen Behebung eingesetzten objektivierbaren Mittel und die fehlende, ja störend wirkende persönliche Beziehung zwischen Klient und Behandler.

Die unmittelbaren Methoden sind im Gegensatz dazu dadurch gekennzeichnet, dass der Behandler nicht die Störung anvisiert, sondern direkt und ohne Zuhilfenahme von Mitteln und Instrumenten auf die Person des Patienten Einfluss nimmt. Nicht die objektivierte Krankheit, sondern das subjektive Leiden der Persönlichkeit steht im Vordergrund. Das Sein, nicht das Haben, steht im Zentrum des Interesses.

Es wird also offenkundig, dass wir uns hier den arbeitstherapeutischen und sozialpädagogischen Methoden nähern, die den Zustand ansprechen, in dem des betroffenen Individuums personale Integrität und Identität bedroht sind. Wir haben gezeigt, dass sich die Behandlung hier - typisch für Sozialpädagogik und Arbeitstherapie - in der Kommunikation zwischen den Subjekten vollzieht und auf verbesserte, angemessene Konstellationsbedingungen, auf eine Neukonstitution der Person in ihrer personalen Identität und ihrem realen Bezug zur sozialen Umwelt zielt. Nun wissen wir indessen, dass sich die Arbeitstherapie auf die persönliche Beziehung von Subjekt zu Subjekt abstützt, des Individuums personale und soziale Identität, beziehungsweise deren Ausbalancierung anstrebt, sich aber andererseits - im Gegensatz zur unmittelbaren Therapie, spezifischer Mittel, die wir im einzelnen aufgeführt haben, bedient. Diese Art von Behandlung haben wir als funktional definiert. Sie entspricht, wie wir nun sehen, der arbeitstherapeutischen Ausprägung sozialpädagogischen Handelns.

○ *Das Modell Guyer*

Wir erinnern uns, dass nach Guyer die Sozialpädagogik - wie wir sehen werden, können wir den Ausdruck gleich von Beginn weg durch jenen der Arbeitstherapie ersetzen - daran arbeite, ihre Schützlinge zu lehren, auf die Bedürfnisse anderer zu hören, sich in Gruppe und soziale Umgebung zu integrieren und mit ihren Gefühlen

so umzugehen, dass in der Umwelt niemand verletzt werde oder Anstoss nehme, also lauter Ziele, die zur zentralen Aufgabenstellung des Arbeitstherapeuten gehören. Im Gegensatz dazu solle in der Psychotherapie der einzelne lernen, seine Bedürfnisse aufzudecken, zuzulassen und blockierte oder unterdrückte Gefühle zum Ausdruck zu bringen, was in der Arbeitstherapie kaum möglich und sinnvoll ist, weil es deren Zielsetzung diametral zuwiderläuft.

Bezüglich des beruflichen Werdegangs decken sich arbeitstherapeutischer und sozialpädagogischer Hintergrund auffallend und heben sich gemeinsam deutlich von der therapeutischen Ausbildung ab. Arbeitstherapeuten, beziehungsweise Sozialpädagogen im Arbeitsbereich kommen aus der Praxis und lernen ihren Beruf in einer Zweitausbildung, während die Therapeuten in der Regel ein mehrjähriges, zur Reflexion ausgiebig Gelegenheiten bietendes Studium absolvieren, aufgrund dessen sie versuchen, emotionale Störungen zu kurieren, wobei sie sich an der Vergangenheit orientieren und ihren Fokus auf das leidende Individuum richten.

Der Arbeitstherapeut dagegen, genau wie der Sozialpädagoge, handelt praktisch im Alltag, belehrt seine Klienten, orientiert sein Integrationsziel an der Zukunft und versucht in seiner Arbeit, die vorhandenen Ressourcen des Individuums zu aktivieren, sein Interesse mehr auf die gesunden Anteile des Klienten richtend als auf die defekten. Er setzt in seiner täglichen Begleitung des Patienten Leitplanken, wählt für sie aus, regt sie an, unterstützt und behütet sie, streitet mit ihnen, gibt ihnen eine Struktur, setzt Grenzen oder ist einfach da. Wenn Guyer diese Ziele als typisch für sozialpädagogisches Handeln erklärt, wissen wir inzwischen, dass sie ebenso repräsentativ sind für die arbeitstherapeutische Tätigkeit, die - diese Schlussfolgerung dürfen wir nun endgültig wagen - sich von Sozialpädagogik in nichts unterscheidet, sondern eine ihrer typischen und in Zukunft zweifellos an Bedeutung gewinnenden Erscheinungsformen darstellt.

Dass Arbeitstherapie weder ihrer Zielsetzung nach noch auf Grund ihrer Mittel und Methoden ein - nach unserer Begriffsbestimmung, was nicht nachdrücklich genug betont werden kann - therapeutisches Verfahren ist, zeigt sich an Guyers Skizzierung therapeutischen Handelns. Im Mittelpunkt seiner Bemühungen steht für ihn der Versuch, alle Handlungen seiner Klienten wertfrei zu verstehen, Unverdautes aufzuarbeiten, indem er mit unterschiedlichsten Methoden hilft, Traumen auszudrücken. Während der Arbeitstherapeut im Alltag handelt und dessen Wucht ausgeliefert ist, bietet der Therapeut dem ihm Anvertrauten in einer Schonraumbeziehung Gelegenheit, neue Erfahrungen und Muster zu ermöglichen, welche dieser in der Praxis, etwa in der Arbeitstherapie, erproben kann.

Bei allen arbeitstherapeutischen und (psycho)therapeutischen Handeln trennenden Aspekten ist doch in Anlehnung an Freuds Ziel jeglichen therapeutischen Prozesses - Liebes- und Arbeitsfähigkeit - die übergeordnete gemeinsame Zielsetzung, die beide Disziplinen über unterschiedliche Wege zu erreichen versuchen, in Erinnerung zu rufen, die Guyer zusammenfasst in der Triade Beziehungsfähigkeit, Genussfähigkeit, Arbeitsfähigkeit.

○ *Das Modell Herzka*

Wenn wir Herzkas tabellarische Übersicht der therapeutischem und sozialpädagogischem Arbeiten eigenen Charakteristika konsultieren, stellen wir eine auffallende Kongruenz mit den bisher ermittelten Trennungskriterien fest, was im Folgenden zu gelegentlichen Wiederholungen führt, die wir im Interesse einer unverfälschten Darstellung und der Hervorhebung der wesentlichen Akzente nicht eliminieren, wenngleich die Gewichte gelegentlich anders gesetzt und einige erhebliche Merkmale hinzugefügt werden, denen wir unsere besondere Aufmerksamkeit schenken werden.

Bezüglich des grundsätzlichen, langfristigen Erziehungsziels unterscheiden sich Sozialpädagogik und Arbeitstherapie in keiner Weise: gemeinsam ist ihnen ein bestimmtes, von der Mehrheit der Gesellschaft definiertes Menschenbild mit Werten und Massstäben, ethisch, sozial und kognitiv, während es der Therapeut auf die in der Arbeitstherapie untergeordnete emotionale Befindlichkeit des Patienten abgesehen hat. Arbeitstherapie wie auch Sozialpädagogik zielen auf die Integration der ihnen Anvertrauten, sind also zukunftsgerichtet, während sich der Therapeut mit dem bisher Erlebten seines Klienten auseinandersetzt, also retrospektiv arbeitet.

Was für alle hier aufgeführten Kriterien gilt, sei anhand dieses Beispiels noch einmal klargestellt: sie sind tendenziell und nicht absolut zu verstehen; sie deuten an, wo das Schwergewicht der jeweiligen Arbeitsmethode liegt, nicht aber deren Ausschliesslichkeit. So wird sich zweifellos auch der Arbeitstherapeut mit der Vergangenheit seiner Klienten auseinandersetzen, und je sorgfältiger und gründlicher er dies tut, desto effizienter und zielgerichteter wird er seinem Schützling hilfreich und vermittelnd beistehen können¹²⁹, wie sich auch der Therapeut nicht um die Zukunftspläne seines Klienten foutieren wird.

Während Sozialpädagoge und Arbeitstherapeut nicht zuletzt kraft ihrer Persönlichkeit Einfluss auf den Klienten ausüben, dem sie stellvertretend für die gesellschaftliche Mehrheit Vorbild sind, vermeidet der Therapeut diese persönliche Beziehung und setzt an ihrer Stelle Mittel wie Assoziation und Interpretation ein und interessiert sich vorwiegend für das, was im Individuum vorgeht, für seine Phantasie, seine Gefühle, seine Träume, während sich der Arbeitstherapeut auf die reale Situation des Individuums konzentriert, auf seine Fähigkeiten und Fertigkeiten, auf sein soziales Verhalten.

Der zeitliche Aspekt macht die Gemeinsamkeit von Sozialpädagogik und Arbeitstherapie und deren Unterschied zum therapeutischen Handeln augenfällig: Begleiten jene das deviante Individuum jeweils über mehrere Stunden am Tag, beschränkt sich dieser auf wenige, kurzfristige Interventionen. Dass sich aus dieser temporalen Perspektive dem Arbeitstherapeuten qualitativ und quantitativ andersartige Interventionsmöglichkeiten eröffnen als dem Therapeuten, beweist die tägliche Praxis im Umgang mit devianten Individuen.

Eine entscheidende Voraussetzung sozialpädagogischen Handelns ist das gemeinsame (Er)leben, beziehungsweise Arbeiten mit dem Klienten, das Teilen des realen Alltags, während etwa das gemeinsame Gestalten des Therapeuten mit seinem Klienten

129 Vgl. S. 161 : Christiane Haerlin.

ten, soweit entsprechende Mittel überhaupt eingesetzt werden, lediglich als Instrument dient. Während zudem der Psychotherapeut gewissermassen von innen nach aussen, introspektiv arbeitet, ist dem Arbeitstherapeuten und Sozialpädagogen die äussere Wirklichkeit Massstab seines Handelns mit dem Ziel, seinem Klienten zum akzeptierten sozialen Wesen zu verhelfen; er versucht, Selbstentfaltung des Individuums und dessen soziale Entwicklung in Einklang miteinander und der Umwelt zu bringen und schafft dazu, gewissermassen von aussen nach innen, angemessene Sozialisationsstrukturen.

Gemeinsam ist Arbeitstherapie und Sozialpädagogik auch die Notwendigkeit der Wertung und des Vermitteln von Wertmassstäben, die andererseits in der therapeutischen Arbeit nicht selten gerade in Frage gestellt oder doch relativiert werden.

Weiter ist für den Sozialpädagogen im Arbeitsbereich das Beibringen von Fähigkeiten und Fertigkeiten ein eminentes Anliegen, dem im therapeutischen Setting eine untergeordnete, höchstens periphere Bedeutung zukommt.

Ist dem Therapeuten das Aufdecken, Wecken, Ergründen, Hinterfragen, Ausleben von Emotionen seines Klienten ein zentrales Anliegen, schaffen Sozialpädagoge oder Arbeitstherapeut dem Individuum die Möglichkeit, gefühlsmässige Reaktionen und emotionale Regungen in Einklang mit gesellschaftlichen Erwartungen zu bringen, personale und soziale Identität auszubalancieren. Beiden Interventionsformen ist gemeinsames Anliegen, die Selbständigkeit des Individuums zu fördern, der Arbeitstherapeut über den Weg der äusseren Unabhängigkeit, durch lebenspraktische Erfahrung, der Therapeut indessen auch bei unveränderten äusseren Bedingungen über eine grössere innere Unabhängigkeit.

Herzkas Tabelle bietet weitere Unterscheidungskriterien an, deren Analyse den Leser indessen zu ähnlichen, in der Regel sich deckenden Ergebnissen führen wird: Arbeitstherapie ist - der Verzicht auf das angeblich therapeutische Fluidum tut deren grundsätzlichem Wert keinerlei Abbruch, sondern hilft lediglich zu einer Klarheit schaffenden Transparenz - eine Form sozialpädagogischen Handelns.

○ *Christiane Haerlin*¹³⁰

Wir haben bisher verschiedentlich darauf hingewiesen, dass sich Sozialpädagogik durch ihre prospektive, Therapie dagegen durch vorwiegend retrospektive Betrachtungsweise auszeichne. Haerlin ist zwar nicht die erste, aber als Pionierin, zur Zeit in Deutschland in verschiedenen arbeitstherapeutischen Gremien mitwirkende und zu den fortschrittlichen Verfechterinnen der Arbeitstherapie zählende Exponentin wohl die prominenteste Kritikerin, welche hier eine überfällige Korrektur anbringt, die sich jedoch in der Praxis längstens eingeführt hat.

Sie weist darauf hin, dass es ein Prinzip der Arbeitstherapie sein sollte, nicht in der oft geschichtslosen Gegenwart einer Institution zu verharren, das heisst, täglich mehr oder minder augenblickliches Tun zu gestalten. Es geht vielmehr darum, die Lebensgeschichte in Form einer guten Schul-, Ausbildungs- und Arbeitsanamnese zu erhe-

ben und aus diesen vergangenen Erfahrungen die zukünftigen Rehabilitationsziele für jeden einzelnen zu klären.

Als Sozialpädagogen würden wir zweifellos einen Schritt weiter gehen und uns nicht nur auf die schulische und berufliche Vorgeschichte des Klienten beschränken, sondern dessen gesamte Lebensgeschichte nach individuellen und überindividuellen Gesichtspunkten mit in unsere Beurteilung einbeziehen. Erst aus dieser Perspektive einer kompetenten Rehabilitationsplanung heraus entstehen die Programme der Gegenwart. Es ist selbstverständlich, dass dabei Einzel-, Gruppen-, Arbeitstherapeuten, Sozialarbeiter und weitere Beteiligte aufs Engste zusammenarbeiten und ihre Sichtweisen und Erkenntnisse zu einem konsistenten Behandlungsplan integrieren müssen. Gerade im systematischen Aufarbeiten der Vergangenheit und in der über den Tag hinausweisenden systematischen Rehabilitationsplanung mit mittelfristigen Zielen, die auch bei erneuten Krisen und Rückschlägen beibehalten oder bei Bedarf revidiert werden können, sieht Haerlin den spezifischen Beitrag der Arbeitstherapie.

Literaturverzeichnis

- Aernout, Jacqueline Rudolphine: Arbeitstherapie. Eine praxisorientierte Einführung. 5. Aufl. Weinheim/Basel: Beltz 1992
- Beutel, Martin; Beyreiss, Dagmar: Ziele und Methoden der Arbeits- und Beschäftigungstherapie im Haus Kraichtalblick. In: Suchtgefahren, 35. Jg., H. 6, 1989, S. 324-329
- Brater, Michael: Eingliederung durch Arbeit. Wuppertal: Bingenheim 1988
- Brockhaus Enzyklopädie in zwanzig Bänden. 17. Aufl. Wiesbaden: Brockhaus 1966
- Cumming, John; Cumming, Elaine: Ich und Milieu. Theorie und Praxis der Milieuthherapie. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht 1979
- Dörner, Klaus; Plog, Ursula: Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie. 3. Aufl. Bonn: Psychiatrie Verlag 1986
- Gerstenmaier, Jochen: Identitätsprobleme von Erziehungsberatern. In: Frey, Hans-Peter; Hausser, Karl (Hg.): Identität. Entwicklungen psychologischer und soziologischer Forschung. (Der Mensch als soziales und personales Wesen, Band 7). Stuttgart: Enke 1987, S. 245-257
- Gildemeister, Regine; Robert, Günther: Identität als Gegenstand und Ziel psychosozialer Arbeit. In: Frey, Hans-Peter; Hausser, Karl (Hg.): Identität. Entwicklungen psychologischer und soziologischer Forschung. (Der Mensch als soziales und personales Wesen, Band 7). Stuttgart: Enke 1987, S. 219-232
- Gildemeister, Regine; Robert, Günther: Probleme beruflicher Identität in professionalisierten Berufen. In: Frey, Hans-Peter; Hausser, Karl (Hg.): Identität. Entwicklungen psychologischer und soziologischer Forschung. (Der Mensch als soziales und personales Wesen, Band 7). Stuttgart: Enke 1987, S. 71-87
- Goffman, Erving: Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. Frankfurt a.M.: Suhrkamp 1967
- Guyer, Luc: Zusammenspielen statt einander ausspielen. In: Schweizer Heimwesen. Fachblatt VSA. 62. Jg., H. 10, 1991, S. 681-683
- Habermas, Jürgen: Erkenntnis und Interesse. Frankfurt a.M.: Suhrkamp 1968
- Haerlin, Christiane: Arbeitstherapie. Schriften zur Arbeitstherapie und beruflichen Förderung psychisch Kranker und Behinderter, Nr. AA/2. Bonn: Fachkreis psychiatrische Arbeitstherapie im Berufsverband der Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten e.V. 1979
- Haerlin, Christiane: Neue Aufgaben der Ergotherapie. In: Beschäftigungstherapie und Rehabilitation, 31. Jg., H. 1, 1992, S. 6-14
- Harlfinger, Hanspeter: Arbeit als Mittel psychiatrischer Therapie. (Zur Theorie und Praxis der medizinischen Psychologie, Band 13). Stuttgart: Hippokrates 1968
- Herzka, Heinz Stefan: Psychotherapie und Pädagogik - eine Gegenüberstellung. In: Acta Paedopsychiatrica, Bd. 45, Nr. 4, 1980, S. 171-174

- Hurrelmann, Klaus: Einführung in die Sozialisationstheorie. Über den Zusammenhang von Sozialstruktur und Persönlichkeit. 3. Aufl. Weinheim/Basel: Beltz 1990
- Kiesewetter, Martin: Aspekte der Arbeitstherapie in Fachkliniken für Alkoholranke. In: Drogalkohol, 2. Jg., Nr. 1, 1978, S. 16-29
- Kobi, Emil E. et al.: Kinder zwischen Medizin und Pädagogik. Luzern: Verlag der Schweizerischen Zentralstelle für Heilpädagogik 1979
- Kobi, Emil E.: Therapie und Erziehung: Ein chronischer Beziehungskonflikt. In: Schweizerische Heilpädagogische Rundschau, 7. Jg., H. 10, 1985, S. 227-234
- Kok, Jacobus Fredericus Wilhelmus: Grundlagen moderner Heimerziehung. 3. Aufl. Freiburg i.Br.: Lambertus 1980
- Krahé, Barbara: Attributionsstrategien und Identitätsdynamik. In: Frey, Hans-Peter; Hausser, Karl (Hg.): Identität. Entwicklungen psychologischer und soziologischer Forschung. (Der Mensch als soziales und personales Wesen, Band 7). Stuttgart: Enke 1987, S. 151-162
- Kraimer, Klaus: Abweichendes Verhalten als Gegenstand Alltags- und Interaktionstheoretischer Erziehungswissenschaft (Europäische Hochschulschriften, Reihe XI, Pädagogik, Band 255). Frankfurt a.M/Bern/New York: Lang 1985
- Krappmann, Lothar: Soziologische Dimensionen der Identität. Strukturelle Bedingungen für die Teilnahme an Interaktionsprozessen. 2. Aufl. Stuttgart: Klett 1972
- Mead, George Herbert: Geist, Identität und Gesellschaft. Frankfurt a.M.: Suhrkamp 1968
- Meier, Isabelle: Zürich - Schlaraffenland für die Psyche. Magazin des Tages-Anzeigers und der Berner Woche, Nr. 9, 1991, S. 26-30
- Melzer, Ernst: Diagnostische Möglichkeiten im Rahmen der Arbeitstherapie bei Suchtkranken. Unveröffentlichtes Manuskript des vom Autor unter diesem Titel am 24. Juni 1992 an einer Fachtagung der Vereinigung Arbeitstherapeuten Schweiz VAS in der Heilstätte von Effinger-Stiftung, Holderbank, gehaltenen Referats
- Mollenhauer, Klaus: Einführung in die Sozialpädagogik. Probleme und Begriffe. Weinheim: Beltz 1964
- Nunner-Winkler, Gertrud: Identitätskrise ohne Lösung: Wiederholungskrisen, Dauerkrise. In: Frey, Hans-Peter; Hausser, Karl: Identität. Entwicklungen psychologischer und soziologischer Forschung. (Der Mensch als soziales und personales Wesen, Band 7). Stuttgart: Enke 1987, S. 165-178
- Payk, Theo R.: Checkliste Psychiatrie. Stuttgart/New York: Thieme 1988
- Rave-Schwank, Maria: Behandeln durch Handeln. In: Praxis und Probleme der Arbeitstherapie. Bonn: Psychiatrie-Verlag 1987
- Rehmann, Dietrich: Ausbildung in einem unklaren Berufsfeld. In: Rehmann, Dietrich et al.: Sinn oder Irrsinn der beruflichen Rehabilitation. Rote Reihe - Arbeitstherapie, Nr. 6, Jg. 1986. Fachkreis Arbeitstherapie, S. 2-6

- Riesen, René: Formen der Arbeitstherapie in Kliniken und Heilstätten.
In: Werkstattarbeiten. St. Stephan: Selbstverlag s.a.
- Rössler, Jochen: Institutionelle und individuelle Bedingungen sozialpädagogischen Handelns im Erziehungsheim. In: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit, 24. Jg., Nr. 10, 1973, S. 373-392
- Russell, James I.: The Occupational Treatment of Mental Illness. London: Baillière, Tindall & Cassell 1938
- Sauer, Milan: Soziotherapie. In: Jahresbericht der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Littenheid, S. 16-19
- Spiel, Walter: Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Stuttgart: Thieme 1967
- Strehse, Wolfgang: Die Situation der beschäftigungs- und arbeitstherapeutischen Ausbildung in der BRD. Nachwort in: Aernout, Jacqueline Rudolphine: Arbeitstherapie. Eine praxisorientierte Einführung. 5. Aufl. Weinheim/Basel: Beltz 1992, S. 285-289
- Wacker, Ali: Arbeitslosigkeit als Sozialisationserfahrung. Skizze eines Interpretationsansatzes. In: Leithäuser, T.; Heinz, W.R. (Hg.): Produktion, Arbeit, Sozialisation. Frankfurt a.M.: Suhrkamp 1976, S. 171-187
- Weizsäcker, Viktor von: Natur und Geist. München: Kindler 1964
- Wildbolz, Helen: Ergotherapie in der Behandlung von Alkoholkranken in der Klinik. Diplomarbeit der Schule für Ergotherapie, Zürich. 20. Kurs 1982
- Wimmer, Michael: Identitätskonzeptionen in Therapieansätzen der Humanistischen Psychologie. In: Nagel, Herbert; Siefert, Monika (Hg.): Inflation der Therapieformen. Gruppen- und Einzeltherapien in der sozialpädagogischen und klinischen Praxis. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt 1979

Anhang

(In dieser PDF-Version fehlen aus Platzgründen die Anhänge)

1	Mühlhof, Rehabilitationszentrum für alkoholranke Frauen und Männer, Tübach: Konzept Arbeitstherapie	182
2	Arbeitstherapeutische Beurteilungs- und Bewertungsfomulare	186
2.1	Suchtbereich	186
2.1.1	Klinik "Im Hasel", Gontenschwil	186
2.1.2	Klinik "Im Hasel", Gontenschwil	187
2.1.3	Vorschlag Ernst Melzer	188
2.2	Behindertenbereich	189
2.2.1	Psychisch und physisch Behinderte	189
2.2.2	Sozialpsychiatrischer Dienst Zürich	194
2.3	Straf- und Massnahmenvollzug	
	Arbeitserziehungsanstalt Kalchrain, Hüttwilen	195