

11 Ist das bio-psycho-soziale Modell mehr als eine Metapher?

Peter Sommerfeld

»Bio-psycho-soziales Menschenbild [...]. Also ich finde das als Definition gut, aber, wenn wir unsere 450 Mitarbeiter/innen befragen, dann haben wir 450 verschiedene Antworten. Es hat keine/r eine Ahnung, was damit gemeint ist, außer dass es sich gut macht. Ich finde die Absicht dahinter ja gut, dass man sowas hat, aber das muss mit Inhalt gefüllt werden.« (Hollenstein und Sommerfeld 2009, S. 193)

Leitender Oberarzt, psychiatrische Klinik, integrierte Versorgung

11.1 Rahmung

Das vorangestellte Zitat stammt aus einer Arbeitsfeldanalyse, die wir 2007 durchgeführt haben (Hollenstein und Sommerfeld 2009). Es ist natürlich nicht repräsentativ. Doch es verdeutlicht, dass das bio-psycho-soziale Modell zwar im Feld der Psychiatrie ebenso wie in der Suchthilfe (seit längerem) präsent ist, seine Konkretisierung aber nicht unbedingt in der Praxis, hier der Psychiatrie, realisiert ist. Es hat, so meine These, die Funktion einer guten Metapher: Einerseits wird der – moralische oder funktionale – Anspruch (etwas ist gut) darin verpackt und aufrechterhalten, auch und gerade dann, wenn er nicht eingelöst wird. Metaphern verschleifen aufgrund ihrer Unterdeterminiertheit etwaige Differenzen, sei es im Hinblick auf den Anspruch selbst oder auf die Kooperation beteiligter Akteure im Hinblick auf die Realisierung des Anspruchs. Will man den Anspruch tatsächlich realisieren – darauf weist der zitierte Oberarzt hin – muss man die Metapher mit Inhalt füllen. Dazu soll hier ein Beitrag geleistet werden.

Eine weitere Frage gilt der Gestaltung der interprofessionellen Zusammenarbeit. Diese interprofessionelle Zusammenarbeit interessierte uns schon in unserer Arbeitsfeldanalyse im Kontext der »integrierten Psychiatrie«. Das Hauptergebnis war die Feststellung einer »Unterbelichtung der sozialen Dimension« und eine damit einhergehende »funktionale Engführung« der Sozialen Arbeit (Sommerfeld und Rügger 2013).

Im Feld der Suchthilfe ist die Soziale Arbeit ein wichtiger kollektiver Akteur. Sie stellt in Deutschland mit 60 % der Beschäftigten die größte Berufsgruppe (DGSAS 2016, S. 6). Dieses relative quantitative Gewicht ist mindestens zu Teilen das Ergebnis der Tatsache, dass Sucht über längere Zeit als soziales Problem kodiert wurde. Mit der Bedeutungsverlagerung hin zu einem Verständnis von Sucht als Krankheit wird Sucht heute primär als medizinisches Problem kodiert. Die damit einhergehende Hegemonie des medizinischen Diskurses zeigt sich z. B. in publizierten Fachbeiträgen zur Behandlung von Sucht: Die soziale Dimension und mit ihr die Soziale Arbeit

bleibt auch hier und heute (qualitativ) unterbelichtet, selbst dann, wenn die Beiträge aus den Reihen der Sozialen Arbeit selbst kommen, und alle Beiträge stets »Multi-professionalität« oder »Interprofessionalität« nicht nur mitlaufen lassen, sondern betonen (Sommerfeld 2016). Indem die Unschärfe des bio-psycho-sozialen Modells nicht aufgeklärt wird, kann es als Metapher dienen. Dies ist insofern funktional, als die verschiedenen Professionen dadurch in ein befriedetes Verhältnis zueinander gesetzt werden, das im beruflichen Alltag weitgehend konfliktarm funktioniert.

Meine Kritik an dieser dominanten Form der Strukturierung der Suchthilfe besteht darin, dass unterhalb der befriedeten Oberfläche die Hegemonie der dominanten Leitorientierung machtvoll wirkt und nicht nur wirksam die Berufsgruppen zueinander in Beziehung setzt, sondern *dadurch auch den inhaltlichen Zuschnitt der Behandlungen strukturiert*. Das wäre an sich kein Problem, wenn dies nicht dazu führen würde, dass mit der sozialen Dimension und dem unbefriedigend ausgearbeiteten bio-psycho-sozialen Modell ein großes, entscheidendes Potenzial weitgehend ungenutzt bleiben würde, nämlich das von der sozialen Dimension ausgehende Wirkungspotenzial. Es könnte sich also lohnen, Sucht entgegen den aktuell zu beobachtenden Tendenzen wieder vermehrt auch als soziales Problem zu verstehen. Es könnte sich lohnen, das bio-psycho-soziale Modell insgesamt, aber vor allem im Hinblick auf die Behandlung von Sucht, besser auszubauen, es mit Inhalt zu füllen, und zwar mit einer besonderen Gewichtung der sozialen Dimension. Das bio-psycho-soziale Modell ist jedenfalls grundsätzlich als übergeordnetes Modell geeignet (Obrecht 2005a), mit dem die differenten Ausrichtungen und Funktionen der beteiligten Professionen so aufeinander bezogen werden könnten, dass eine interprofessionelle Arbeitsteilung auf der Basis *funktionaler Komplementarität* gedacht und somit fachlich begründet werden kann, ohne die jeweiligen Funktionen vorschleunigen und hegemonial einzuführen. Dazu müsste das bio-psycho-soziale Modell allerdings mehr sein als nur eine Metapher. Die folgenden Ausführungen zeigen, wie dies aus der Perspektive der theoretischen Sozialen Arbeit aussehen könnte. Sie verstehen sich als Beitrag zu einer ernsthaft zu führenden interprofessionellen Auseinandersetzung über den Gegenstand und die funktional sinnvolle Arbeitsteilung in der Suchthilfe vor dem Hintergrund des bio-psycho-sozialen Modells.

11.2 Zur Wirkmächtigkeit der sozialen Dimension: die sozialepidemiologische Evidenz

Über die große Bedeutung sozialer Determinanten im Hinblick auf Gesundheit und Krankheit im Allgemeinen kann es heute keinen Zweifel mehr geben (► Kap. 7 und 8). Nehmen wir die Wirkmächtigkeit der sozialen Dimension als Determinante von Krankheit als erwiesenes Faktum. Hinzu kommt erstens: Eine schwere Sucht erzeugt nicht nur körperliche und psychische Folgeprobleme, sondern auch soziale. »Verglichen mit der Gesamtbevölkerung sind abhängige Menschen häufiger arbeitslos, fürsorgeabhängig, verschuldet oder verfügen öfter über eine instabile Wohnsituati-

on, wobei sich diese Faktoren gegenseitig bedingen und verstärken können« (Bundesamt für Gesundheit 2015, S. 40). Sie verstärken sich nicht nur gegenseitig, sondern haben selbst wieder einen Einfluss auf den Verlauf der Sucht, werden also zirkulär zu Determinanten. Zweitens: Mit der Sucht sind Angehörige, Arbeitskolleg/-innen, Freunde und vor allem Kinder mitbetroffen. In der Schweiz geben 14,4 % der Befragten einer repräsentativen Studie an, dass ein Alkohol- oder Drogenproblem in der Familie besteht (Marmet und Gmel 2015, S. 38).

Die Faktenlage belegt, dass die Perspektive der Sozialen Arbeit auf Sucht, also Sucht als soziales Problem zu kodieren, grundsätzlich begründet ist. Interessanter im Hinblick auf die Ausarbeitung des bio-psycho-sozialen Modells sind neuere Arbeiten in der Sozialepidemiologie, die den gemessenen Zusammenhang zwischen sozialen Verhältnissen und individueller Krankheit/Gesundheit erklären wollen. Berkman und Krishna haben ein empirisch sehr gut abgestütztes Pfadmodell vorgelegt, mit dem dieser Anspruch eingelöst werden kann. Das Modell beschreibt die verschiedenen relevanten Dimensionen von den sozialstrukturellen (Makro-)Bedingungen über soziale Netzwerke auf der Meso-Ebene zu psycho-sozialen Mechanismen auf der mikro-sozialen Ebene (u. a. »social support, social influence, social engagement, access to resources«) zu sogenannten »pathways« auf der psychischen Ebene (vor allem gesundheitsbezogenes Verhalten) und psychische Mechanismen (Selbstwirksamkeit, Coping etc.) bis hin zu den »physiological pathways« (z. B. »HPA axis response, allostatic load, immun function«) (Berkman und Krishna 2014, S. 242). Alle Elemente des Wirkungsfades sind über diverse Meta-Analysen solide empirisch belegt. Es sind Mechanismen benannt, die erklären, wie aus sozialstruktureller Benachteiligung chronische Krankheit wird: Die sozialstrukturellen Bedingungen auf der Makro-Ebene (Kultur, sozio-ökonomische Faktoren, Politik) geben den Rahmen vor, in dem sich soziale Netzwerke bilden, die aufgrund ihrer Position in der vertikal und horizontal differenzierten Gesellschaft unterschiedliche Strukturen und Charakteristika ausbilden. Dementsprechend bilden sie unterschiedliche Gelegenheiten für die psychosozialen Prozesse, die über die »pathways« der psychischen Mechanismen, des Verhaltens und schließlich der physiologischen »pathways« einen Impact auf die Gesundheit der Individuen entfalten. Dieses Modell bündelt in sozialepidemiologischer Perspektive die empirische Evidenz. Es erklärt die Wirkungsrichtung vom Sozialen auf die individuelle Gesundheit. Mit dem Modell werden alle drei Ebenen des bio-psycho-sozialen Modells in konsistenter Weise verknüpft, aber es hat die Form einer Einbahnstraße (von der Gesellschaft zu physiologischen Prozessen).

11.3 Zur Komplexität bio-psycho-sozialer Dynamik und ihrer theoretischen Modellierung

Ein sachlicher Grund, warum das bio-psycho-soziale Modell bislang nicht vollständig zum Tragen gekommen ist, liegt in dem Umstand begründet, dass damit eine enorme Komplexität angegriffen ist. Diese kann nicht dadurch gelöst werden, das

Biotische, das Psychische und das Soziale additiv zu verbinden oder gänzlich unverbunden nebeneinander herlaufen zu lassen oder – indem man pragmatisch eine der drei Komponenten in den interprofessionellen Auseinandersetzungen durchsetzt und die anderen als Residualkategorien dieser dominanten Perspektive unterordnet bzw. sie ganz ignoriert.

Luc Ciompi (2001, S. 763), der große Schweizer Sozialpsychiater, formulierte vor bald 20 Jahren die bis heute nicht erfüllte Hoffnung, die Psychiatrie möge sich an einem die drei Ebenen »gleichgewichtig« integrierenden Modell orientieren. Der entscheidende Punkt, den er als *Vorbedingung* für alles Weitere hervorhebt, zielt darauf, die Komplexität des bio-psycho-sozialen Zusammenspiels »präziser« zu modellieren. Er benennt das aus seiner damaligen Sicht zukunftsfähige Konzept der »reziproken strukturellen Koppelung«. Damit wird auch eine wichtige Prämisse für das auszuarbeitende Modell gesetzt: Als Modus der Verknüpfung müssen ebenenübergreifende *Wechselwirkungen* angesehen werden. Der Begriff der »reziproken strukturellen Koppelung« ist ein zentraler systemtheoretischer Begriff (z. B. Luhmann 1995), der besagt, dass zwei Elemente gegenseitig Voraussetzung füreinander sind. Macht man zum Beispiel die Aussage, dass Individuen und soziale Systeme strukturell gekoppelt sind, heißt das, dass es keine sozialen Systeme ohne Individuen geben kann und umgekehrt.

An der Stelle werden unsere eigenen Arbeiten relevant, weil wir exakt von derselben Prämisse und dem Konzept der strukturellen Koppelung ausgegangen sind, um den Gegenstandsbereich der Sozialen Arbeit, nämlich die Schnittstelle zwischen Individuum und Gesellschaft, zunächst bei Re-Integrationsprozessen nach längeren stationären Aufenthalten, präziser fassen zu können (ausführlich Sommerfeld et al. 2011; Sommerfeld et al. 2016).

Die Abbildung 11.1 zeigt den Gegenstandsbereich der Sozialen Arbeit (» Abb. 11.1). Dahinter liegen folgende theoretische Konzepte (in extremer Kurzfassung): Der Mensch ist ein bio-soziales Wesen. Das Gehirn ist ein Organ, das aufgrund seiner biologischen Beschaffenheit in der Beziehung zur Umwelt psychische Qualitäten und Eigenschaften hervorbringt (Fuchs 2017). Diese machen u. a. Erkennen im Umwelt- und im Selbstbezug möglich und schaffen damit die Voraussetzung für eine hoch entwickelte Sozialität wie die der Menschen. Zugleich bildet es sich in seiner individuellen Gestalt in dieser Sozialität (Stichwort strukturelle Koppelung). Das Gehirn ist insofern in beiden Hinsichten ein »soziales Organ« (Cozolino 2007). Dieses bio-soziale Wesen bildet mit anderen seiner Gattung sozio-kulturelle Systeme, um sein Überleben als Individuum und als Gattung zu sichern, und zwar in der Form der Lebensführung. Das heißt, dass Menschen aufgrund ihrer biologisch gegebenen Erkenntnisfähigkeit eine Beziehung zur materiellen »Umwelt«, zur »sozialen Mitwelt« und zu sich selbst bzw. ihrer »Innenwelt« und ihrem Körper herstellen müssen (Plessner 2003) und daher handelnd ihr Leben führen müssen. Menschliche Lebensführung beinhaltet eine körperlich-motorische Komponente (Verhalten), eine bio-psychische Komponente des Erkennens (und daher der Möglichkeit des Gestaltens) sowie eine bio-psychische Komponente affektiver Verhaltenssteuerung, die wesentlich mit der für das individuelle Überleben zentralen Bedürfnisbefriedigung zusammenhängt (Obrecht 2005b) und die Lebensführung antreibt. Menschliche Lebensführung und Bedürfnisbefriedigung erliegen sich im Medium der Sozialität. Menschliches Handeln ist daher letztlich immer

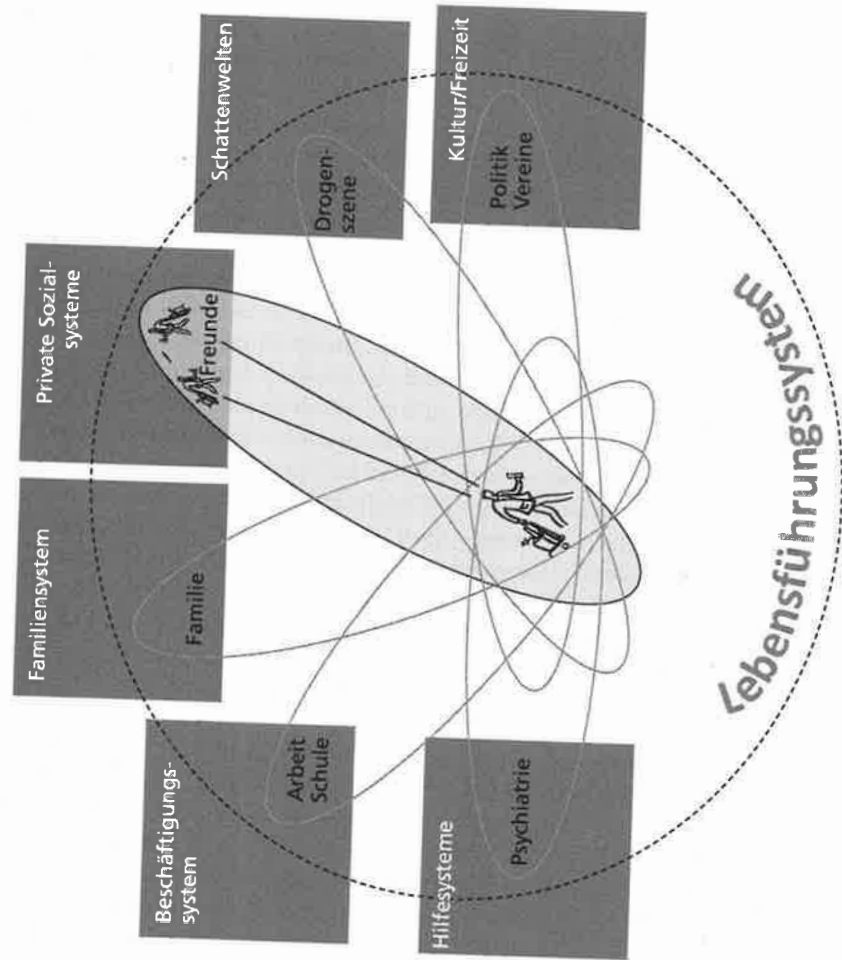
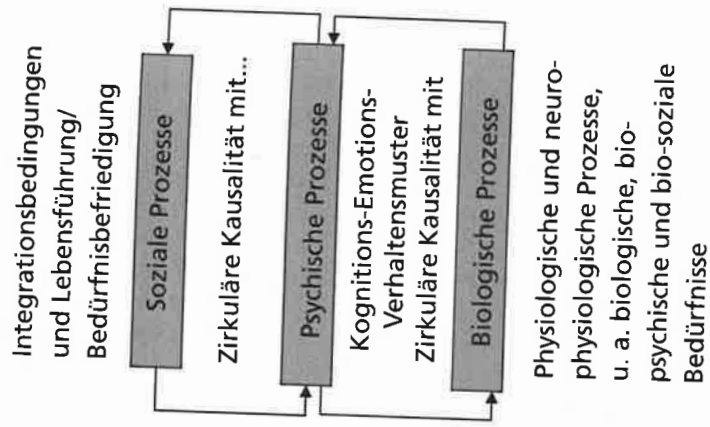


Abb. 11.1: Lebensführungssystem mit zirkulärer Kausalität



soziales Handeln und in soziokulturelle Systeme integriert. Das Modell des menschlichen Lebensführungssystems fasst diesen Zusammenhang auf der Ebene der konkreten sozialen Beziehungen eines Menschen, die in unterschiedlichen »konkreten Handlungssystemen« angesiedelt sind, in die ein bestimmtes Individuum in spezifischer Form integriert ist, zusammen. Das Individuum und sein individuelles Lebensführungssystem sind wiederum mit der Gesellschaft strukturell gekoppelt und somit in die gesellschaftliche Positions- und Interaktionsstruktur eingebunden. Das oben kurz vorgestellte Modell von Berkman und Krishna beschreibt die Ebenenübergänge und die zentrale Rolle der sozialen Netzwerke darin, die bei uns als konkrete Handlungssysteme bezeichnet werden. Das individuelle Lebensführungssystem hat also eine äußere gesellschaftliche, sozial-strukturell und sozio-kulturell vermittelte Seite und eine dazu passende innere psycho-soziale Seite, deren Voraussetzung wiederum die organismischen (physiologischen und neurologischen) Strukturen und Prozesse sind. Somit sind die vier Ebenen des bio-psycho-sozio-kulturellen Modells als strukturell gekoppelte Ebenen theoretisch beschrieben.

Die Fragen, die sich daran sowohl theoretisch als auch empirisch und in praktischer Hinsicht anschließen, sind: Wie realisiert sich diese strukturelle Koppelung? Was können wir über die dynamischen Zusammenhänge aussagen? Wie entstehen die konkreten Formen und wie reproduziert sich eine systemische Ordnung, wenn sie einmal entstanden ist? Hier wird der in Abbildung 11.1 bereits verwendete Begriff der »zirkulären Kausalität« bedeutsam, den wir aus der Synergetik bezogen haben (Haken 1990; angewendet auf die Psychologie Haken und Schiepek 2010). Ihr Gegenstandsbereich sind Phänomene der Selbstorganisation komplexer dynamischer Systeme. »Zirkuläre Kausalität« ist das zentrale Theorem. Was mit dem Begriff der strukturellen Koppelung als sich gegenseitig voraussetzende Beziehung sehr allgemein beschrieben werden kann, kann mit dem Konzept der zirkulären Kausalität nun dynamisch operationalisiert werden:

Die Interaktion von Elementen (z. B. Individuen) erzeugt in dem Maße, wie dieser Prozess eine Beziehung konstituiert, eine emergente Ordnung (z. B. auf der relativen Makroebene eines sozialen Systems, z. B. einer Familie). Diese makroskopischen Muster (Strukturierungen) stabilisieren die Beziehungen der Elemente zueinander, indem sie deren Freiheitsgrade einschränken und ihr Verhalten synchronisieren. Indem sich die Individuen an diesen makroskopischen Mustern orientieren, entwickeln sie dazu passende sogenannte Kognitions-Emotions-Verhaltensmuster auf der psychischen Ebene, mit denen sie in diesem sozialen System unter Nutzung der Freiheitsgrade des Systems auf ihre individuelle Art interagieren und damit das soziale System (zirkulär kausal) in seiner spezifischen Form hervorbringen und reproduzieren. Die Kognitions-Emotions-Verhaltensmuster ihrerseits bilden auf der psychischen Ebene die relative Makroebene, die sich im sozialen Umweltkontakt auf der Basis der neuro-biologischen Prozesse auf der dazu relativen Mikro-Ebene bilden und diese umgekehrt auch wieder strukturieren. Damit ist das bio-psycho-soziale Modell als Drei-Ebenen-Modell beschrieben, dessen Ebenen über zirkulär kausale Prozesse miteinander dynamisch verknüpft sind. Die vierte Ebene der gesellschaftlichen Struktur und Kultur bzw. die Einbindung eines Individuums in die gesellschaftliche Positions- und Interaktionsstruktur, deren Wirkmächtigkeit wir oben kurz gezeigt haben, lassen wir wie im sozialepidemiologischen Modell von Berkman

und Krishna als Rahmenbedingungen mitlaufen, in denen sich dann die meso-sozialen Netzwerke/die konkreten Handlungssysteme bilden, in die die Menschen integriert sind, in denen sie ihr Leben führen, in denen die »psycho-sozialen Mechanismen« (wie z. B. »social support«) ihre Wirkungen u. a. auf das (Sucht-)Verhalten und auf die »psychischen Mechanismen« (u. a. Coping) entfalten. Entsprechend dem Theorem der zirkulären Kausalität ist das keine Einbahnstraße, sondern Veränderungen auf biologischer oder psychischer Ebene können auf die Prozesse auf der nächsthöheren relativen Makro-Ebene wirken und dort, *allerdings nur unter bestimmten Bedingungen*, einen Wandel der Muster hervorbringen.

Denn das Problem ist, dass Systeme, indem sie sich reproduzieren, die einmal entstandene Ordnung aufrechterhalten. Die Reproduktion bleibt zwar dynamisch, das heißt der Wandel läuft als Option mit, aber die Veränderung der grundlegenden Muster ist voraussetzungsreich. Interessant ist, dass in einem bio-medizinischen Paradigma die Lösungen primär auf der biologischen Ebene gesucht werden (z. B. Vergabe von Medikamenten), in einem psycho-therapeutischen Paradigma auf der psychischen Ebene (z. B. Verhaltenstherapie). Man vertraut jeweils sozusagen auf die Wirkungen, die auf der jeweiligen Ebene hervorgebracht werden, für die man kompetent ist, und geht davon aus, dass damit das Problem gelöst werden kann. Wenn das oben in Kürze vorgestellte, inhaltlich mit struktureller Koppelung und zirkulärer Kausalität präzierte bio-psycho-soziale Modell zutrifft, dann sind *Aufwärts-Effekte tendenziell unwahrscheinlich*. Denn sie laufen den strukturierenden Kräften, die von der relativen Makroebene ausgehen, entgegen. Will man nachhaltige Wirkungen erzielen, ist es sinnvoll, eine auf der neuro-biologischen Ebene ansetzende Intervention mit einer auf der psychischen Ebene ansetzenden Intervention zu kombinieren. Psychotherapie und pharmakologisch angelegte Therapie greifen idealerweise ineinander, ihre jeweiligen Effekte können dann *synchronisiert* werden. Das ist vom Prinzip her vermutlich selbstverständlich und unbestritten und in der Praxis auch weitgehend umgesetzt. Dasselbe gilt nun aber auch für die dritte, die soziale Ebene. Sollen die auf den beiden unteren Ebenen erzielten Veränderungen nachhaltig sein, müssen sich diese im Lebensführungssystem bewähren: Die Form der Integration und die entsprechenden Muster der Interaktion müssen sich verändern. Manchen Menschen gelingt dies aus eigener Kraft bzw. ihr Integrationsarrangement verändert sich in für sie günstiger Weise: Die neu in der Therapie erworbenen Strategien oder Verhaltensweisen können in und mit ihrem sozialen Umfeld stabilisiert werden. Bei anderen wirken die sozialen Kräfte dergestalt, dass die alten Muster, in unserem Kontext: das alte Suchtmuster und die damit einhergehenden Kognitions-Emotions-Verhaltensmuster, wieder greifen und die Therapieeffekte nicht in neuen Mustern der Lebensführung stabilisiert werden können. Wir haben bei unserer Forschung zu Re-Integrationsverläufen nach stationären psychiatrischen Aufenthalten jeweils Phasen »kritischer Fluktuation« nachweisen können, die wir mit dem Umstand der Rückkehr in die unveränderten und daher nach wie vor belasteten und belastenden sozialen Verhältnisse erklärt haben (Sommerfeld et al. 2011, S. 313 ff), in denen die Menschen vor dem stationären Aufenthalt integriert waren. Wird eine solche Phase gut bewältigt, stabilisiert sich das veränderte Lebensführungssystem mit positiven Effekten auf die psychische Erkrankung (Stichwort »recovery«). Wenn nicht, dann steht die nächste psychiatrisch relevante Krise vor der Tür. Dasselbe gilt für Sucht.

11.4 Ein Fallbeispiel

Um die abstrakten theoretischen Ausführungen zu illustrieren, zu konkretisieren und im Hinblick auf die Behandlung zu verdichten, folgt nun ein kurzer Einblick in einen Fall aus einem derzeit, noch bis Mitte 2020, noch laufenden Forschungsprojekt (vgl. Hüttemann et al. 2017).

Der Fall »Franz Müller« (FM) illustriert die psycho-sozialen Wirkungszusammenhänge, um die es uns hier primär geht. Sein Einstieg in den experimentellen Suchtmittelkonsum erfolgt in der Oberstufe. Im Zusammenhang mit einer Trennung, unter der er gelitten habe, kommt er mit weiteren Substanzen in Kontakt und während der Lehre folgt der Einstieg in harte Drogen wie Kokain und Heroin. Nach einer Krise und Intervention seiner Familie absolviert er erstmalig einen Entzug und eine Therapie. Dies aber nicht mit der Einsicht, »wirklich ein langfristiges Problem«¹ zu haben. Nach einem Jahr folgen ein Rückfall, der Therapieabbruch und ein »ziemlich heftiger Absturz«. In dieser Phase begeht er verschiedene Beschaffungsdelikte, bis eine Sanktionierung erfolgt und eine therapeutische Maßnahme angeordnet wird. Obwohl es ihm in der verordneten Therapie »gut gegangen« sei und er seine abgebrochene Lehre weiterführen kann, bewertet er die zweite therapeutische Behandlung rückblickend als ungenügend. Er habe andauernd mit Suchtdruck gekämpft und sei mit seiner Thematik, der »Verlustangst« »zu wenig angekommen«, was sich in mehreren gescheiterten Versuchen gezeigt habe, wieder eine Partnerschaft aufzubauen, die er »innerhalb kürzester Zeit (...) kaputt gemacht« habe. In der Folge bleibt es nicht bei einem einzelnen Rückfall. Weil er nach den gescheiterten Therapieerfahrungen denkt, es »nützt ja nichts und es bringt nichts« nimmt er an einem Substitutionsprogramm teil. Parallel dazu folgt ein weiterer Zyklus von Suchtmittelkonsum, Beschaffungskriminalität, Sanktionierung und einem erneuten Maßnahmenvollzug.

Die Veränderungsgeschichte beginnt mit dieser dritten stationären Maßnahme. Seit deren Abschluss lebt FM in stabilen sozialen Verhältnissen und wurde mit einer Ausnahme nicht mehr rückfällig. Er betont, dass er das ganze Programm durchlaufen habe (drei Jahre), vom stationären Aufenthalt bis zur Außenintegration, seine Ausbildung in diesem Rahmen sehr gut abschließen konnte, zum ersten Mal eine enge psychologische Betreuung und eine Bezugsperson erhalten habe mit wöchentlich ein bis zwei Gesprächen sowie eine Gruppentherapie. Als zentral sieht FM auch, dass er während seiner Therapie eine Beziehung zu seiner Tochter aufbauen konnte (aus einer »kaputtgemachten« Beziehung).

Wie ist diese Erfolgsgeschichte aus unserer Perspektive zu erklären? Es beginnt mit dem Maßnahmenvollzug, also einer gesellschaftlich erzwungenen Exklusion aus den lebensweltlichen sozialen Beziehungen und die vollständige Integration in das Hilfesystem. Es gelingt, eine tragfähige Beziehung mit einem Therapeuten aufzubauen (soziale Dimension der Therapie, ebenso wie der Sozialen Arbeit!) und die motiva-

1 Bei den Texten in Anführungszeichen handelt es sich um wörtliche Zitate aus den Interviewtranskripten dieser Person.

tionale Situation verändert sich grundlegend durch den Wunsch, eine Beziehung zu seiner Tochter herstellen und leben zu können (sozial auf der Beziehungsebene und auf der Ebene kultureller Normen/Werte der Verantwortungsübernahme). Durch den drogenfreien Zeitraum und die therapeutische Begleitung lernt FM einerseits sich selber besser kennen (psychische Gründe für Sucht), er lotet parallel dazu Möglichkeiten aus, seine Bedürfnisspannungen auf neue Weise abzubauen (insbesondere Sport und Ausbildung). Sowohl Sport als auch Ausbildung sind soziale Veranstaltungen, verknüpft jeweils mit kulturellen Werten. Durch die Teilhabe daran wird kulturelles und soziales Kapital erworben, es werden dadurch aber auch diverse soziale Bedürfnisse befriedigt (z. B. soziale Anerkennung). Der entscheidende Mechanismus, der diese sozialen Aktivitäten mit den psychischen Prozessen in einem problemlösenden Sinn verknüpft, ist die Erfahrung von Selbstwirksamkeit und im Zusammenhang mit Zielerreichung und Bedürfnisbefriedigung Wohlbefinden. Systemtheoretisch gesprochen ermöglichen die Veränderungen in Bezug auf sich selbst und die Erfahrung in sozialen Prozessen, dass »es etwas bringt«, sich gegenseitig, verstärken sich möglicherweise sogar gegenseitig im Sinne einer »positiven Eskalation«. Dadurch werden die neu gelernten Kognitions-Emotions-Verhaltensmuster stabilisiert und werden zu den neuen dominanten Mustern.

Insofern ist auch der Übergang aus dem inszenierten sozialen Behandlungssetting hinaus in die Lebenswelt entscheidend und absolut erfolgskritisch. Denn nun muss sich das Gelernte im eigenen Lebensführungssystem bewähren. FM ist eine Erfolgsgeschichte, weil es ihm gelingt, neue Beziehungen sowohl auf privater als auch auf beruflicher Ebene aufzubauen und zu halten, die offenbar nicht nur stabil sind, sondern im Sinne der Bedürfnisbefriedigung nachhaltig funktionieren. Die Verbesserung seiner Ressourcenlage in physischer, psychischer, sozialer und kultureller Hinsicht sind wichtige Faktoren in diesem gelingenden Prozess, ebenso wie der erreichte Grad der Stabilisierung der neu erworbenen Muster. Die von ihm erwähnte »Außenintegration« hat vermutlich für die erfolgreiche Gestaltung des Übergangs (Verlagerung hin zu mehr Unabhängigkeit) eine bedeutsame Rolle gespielt. Mit Sicherheit hingegen spielte die Nachbetreuung, die er sich selbst organisiert hat, eine bedeutsame Rolle. Er hält seit sieben Jahren auf freiwilliger Basis die Beziehung zu einem Sozialarbeiter in der lokalen Suchtberatungsstelle aufrecht. Aus seiner eigenen Problemeinsicht, dass er ein längerfristiges Problem hat, hat er gefolgert, dass er einen offenen (sozialen) Reflexionsraum benötigt, um die aktuellen Prozesse einordnen und ggf. schnell reagieren zu können, mit einer Person, zu der eine vertrauensvolle Arbeitsbeziehung besteht. Auch bei dem einzigen Rückfall (im Übrigen sozial induziert durch gleichzeitige berufliche und Partnerschaftsprobleme, Stichwort »negative Eskalation«) greift diese Verankerung im Hilfesystem, indem nach einem dreimonatigen Absturz zusammen ein Hilfearrangement nach den Wünschen von FM konzipiert und organisiert werden konnte. Eine zentrale Rolle in diesem Prozess haben neben dem Sozialarbeiter die Partnerin und Freunde gespielt, weil sie trotz aller Verwerfungen, die so ein Rückfall mit sich bringt, mit ihm durch diese Krise gegangen sind. In vielen Fällen brauchen diese wichtigen Bezugspersonen selbst Unterstützung. In jedem Fall wäre es gut, das soziale Umfeld konsequent in den Hilfeprozess einzubinden.

11.5 Die soziale Dimension, die Soziale Arbeit und die interprofessionelle Zusammenarbeit

Die psycho-soziale Dynamik, wie mit dem Fall illustriert, ist Ausdruck der Lebensführung und insbesondere der Veränderung der Lebensführung, die sich in Sozialität ereignet, bzw. mit dieser strukturell gekoppelt ist. Das therapeutische Setting ist ein wichtiger Teil dieses Lebensführungssystems, insbesondere in einer Phase, die als Wendepunkt bezeichnet werden kann, aber es ist insgesamt ein kleiner Teil. Der größere, eigentliche Teil ereignet sich außerhalb dieses (künstlichen) Settings, das immer nur auf Zeit die »normale« Lebenswelt quasi außer Kraft setzt. Die Unterstützung gesellschaftlich vulnerabler Gruppen bei der Bearbeitung von in der »Lebenswelt« anfallenden »Bewältigungsaufgaben« (vgl. zu diesen beiden zentralen Begriffen der theoretischen Sozialen Arbeit Thiersch 2014; Böhnisch und Schröer 2013) ist generell die Funktion der Sozialen Arbeit. Diese Bewältigungsarbeit erzeugt grundsätzlich Lernanlässe, weshalb systematisch die Sozialpädagogik ein wichtiger Strang der Sozialen Arbeit ist. Die Soziale Arbeit verfügt über eine lange Tradition, wie sie jenseits von Therapie in und mit den Lebensführungssystemen arbeitet.

Die eigenständige, zunächst einmal isoliert gedachte Bearbeitung der sozialen Dimension von Sucht durch die Soziale Arbeit beinhaltet also die Arbeit an den sich im Lebensführungssystem stellenden Bewältigungsaufgaben, die mit der psycho-sozialen Problematik der Sucht selbst, aber auch mit den sozialen und psycho-sozialen Bedingungen und Folgen dieser Problematik zusammenhängen, die oftmals in sich selbst eine massive Problematik – sozusagen jenseits der Sucht – darstellen. Kumuliert man die sozialen Probleme der Suchtbetroffenen in unserem Sample (acht Fälle), aus dem der geschilderte Fall stammt, kommt man zu folgender Liste: Fehlende sozio-ökonomische Ressourcen, fehlender Ausbildungsabschluss, fehlende Bildung, tiefe Beschäftigungsposition, Erwerbslosigkeit, Schulden, Obdachlosigkeit, soziale Isolation, fehlende Zuwendung, Gewalt, Beziehungskonflikte, soziale Überlastung (Pflichten), materielle, psychische und sexuelle Ausbeutung, Stigmatisierung, Diskriminierung, Anomie, strukturelle Benachteiligung, Sanktionierung. Das ist keine abschließende Liste. In jedem unserer Fälle treffen mehrere dieser Deskriptoren zu, auch auf den geschilderten Fall, bevor seine Lebensführung eine Wende genommen hat. Die Soziale Arbeit zielt daher auf die Veränderung von hochgradig belasteten und beschädigten Lebensführungssystemen. Damit ist die klassische funktionale Zuständigkeit der Sozialen Arbeit im Allgemeinen und im Hinblick auf Sucht im Besonderen beschrieben.

Die Verheißung des bio-psycho-sozialen Modells besteht nun gerade darin, dass solche isolierten Sichtweisen zu Gunsten eines »ganzheitlich-integrativen Verständnisses«, wie Ciompi (2001) das genannt hat, überwunden werden können. Der theoretische Fortschritt, der mit unserer Ausarbeitung des Modells vorliegt, besteht vor allem darin, dass ein besseres Verständnis erzielt werden kann, wie sich biotische, psychische und soziale Prozesse *synchronisieren, indem die Ebenen, die sich gegenseitig bedingen, zusammenwirken*. Der Anspruch, der im Hinblick auf die interprofessionelle Zusammenarbeit formuliert werden kann, besteht also darin, die Interventio-

nen ebenfalls zu synchronisieren: Sie so aufeinander abzustimmen, zu koordinieren und vor allem ineinander greifen zu lassen, dass sich die Wahrscheinlichkeit positiver Eskalationen erhöht. Die Potenziale, die im therapeutischen Setting (wie im präsentierten Fall) entwickelt werden können, müssen sich in der Lebenswelt bzw. im Lebensführungssystem bewähren oder sie verblasen wieder. Die Bearbeitung der sozialen Dimension durch die Soziale Arbeit, nunmehr interprofessionell gedacht, unterstützt also den Prozess der Realisierung und nachhaltigen Verstetigung des im therapeutischen Setting Gelernten. Im Hinblick auf die interprofessionelle Kooperation kann der funktionale Beitrag der Sozialen Arbeit mit dem *Schaffen und Gestalten von sozialen Erfahrungsräumen sowie mit der (beratenden) Begleitung der Prozesse der Lebensführung und der Lebensbewältigung, insbesondere in der Nachsorge* bezeichnet werden. Dazu bestehen diverse Ansätze (vgl. dazu Sommerfeld et al. 2016, S. 215–266).

Die Suchthilfe ist ein Handlungsfeld, in dem sich sinnvollerweise (mindestens) drei große Professionen begegnen: die Medizin, die klinische Psychologie und die (klinische) Soziale Arbeit, die unmittelbar entlang des bio-psycho-sozialen Modells aufeinander bezogen werden können. Eine synchronisierte (nicht additive!) Bearbeitung der bio-psychischen Dynamik von Suchterkrankungen und der damit zusammenhängenden, verursachenden oder daraus resultierenden, sozialen Problematiken wäre aus Sicht der Sozialen Arbeit das strukturierende Ziel für die Weiterentwicklung der interprofessionellen Kooperation und damit der Suchthilfe. Das damit erschließbare Wirkungspotenzial ist groß, wie die sozialepidemiologischen Befunde zeigen.

Literatur

- Baer N, Schuler D, Füglistler-Dousse S, Moreau-Gruet F (2013) Depressionen in der Schweizer Bevölkerung. Daten zur Epidemiologie, Behandlung und sozial-beruflichen Integration. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan). (https://www.obsan.admin.ch/%2Fsites/%2Fdefault/%2Ffiles/%2Fpublications/%2F2015/%2Fobsan_56_bericht.pdf&cusg=AOvVaw1WF1aFSu8qAYaeq4nU0P6V, Zugriff am 22.11.2018).
- Bundesamt für Gesundheit BAG (2015) Nationale Strategie Sucht 2017–2024. Bern. (<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-sucht.html>, Zugriff am 22.11.2018).
- Berkman LF, Krishna A (2014) Social Network Epidemiology. In: Berkman LF, Kawachi I (Eds.) *Social Epidemiology*. Oxford: University Press. pp. 234–289.
- Böhnisch L, Schröder W (2013) Lebensbewältigung als sozialpädagogisches Konzept. In: Böhnisch L, Schröder W *Soziale Arbeit – eine problemorientierte Einführung*. Stuttgart: UTB. S. 25–47.
- Ciampi L (2001) Welche Zukunft hat die Sozialpsychiatrie? Hoffnungen, Befürchtungen und Leitbilder. In: Wollschläger M (Hrsg.) *Sozialpsychiatrie. Entwicklungen, Kontroversen, Perspektiven*. Tübingen: dgvt-Verlag. S. 755–767.
- Cozolino L (2007) *Die Neurobiologie menschlicher Beziehungen. Kirchtürme bei Freiburg*: VAK.
- Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe (DGSA) (2016) *Kompetenzprofil der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe und Suchtprävention*. Münster. (<https://www.dg-sas.de/de/>, Zugriff am 22.11.2018).
- Fuchs T (2017) *Das Gehirn – ein Beziehungsorgan: eine phänomenologisch-ökologische Konzeption*. 5., aktualisierte und erweiterte Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.
- Grawe K (2004) *Neuropsychotherapie*. Göttingen, Bern: Hogrefe.
- Haken H (1990) *Synergetik. Eine Einführung*. Berlin: Springer.
- Haken H, Schiepek G (2010) *Synergetik in der Psychologie. Selbstorganisation verstehen und gestalten*. 2., korrigierte Auflage. Göttingen: Hogrefe.
- Hollenstein L, Sommerfeld P (2009) *Arbeitsfeldanalyse und Konzeptentwicklung der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie*. In: Gahleitner SB, Hahn G (Hrsg.) *Jahrbuch Klinische Sozialarbeit II*. Bonn: Psychiatrie-Verlag. S. 189–213.
- Hüttemann M, Soler M, Süstrunk S, Sommerfeld P (2017) *Wirkungsforschung und Evaluation in der Klinischen Sozialarbeit*. *Klinische Sozialarbeit* 13: 4–6.
- Luhmann N (1995) *Die operative Geschlossenheit psychischer und sozialer Systeme*. In: Luhmann N (Hrsg.) *Soziologische Aufklärung*. Bd. 6. Die Soziologie und der Mensch. Opladen: Westdeutscher Verlag. S. 25–36.
- Marmet S, Gmel G (2015) *Suchtmonitoring Schweiz – Alkohol- und Drogenprobleme im Umfeld im Jahr 2013*. Lausanne. (<http://www.suchtmonitoring.ch/de/page/9.html>, Zugriff am 22.11.2018).
- Marmot M (2013) *Fair society, healthy lives*. Firenze: Leo S. Olschki.
- Obrecht W (2005a) *Interprofessionelle Kooperation als professionelle Methode*. Manuskript der Fachtagung »Soziale Probleme und interprofessionelle Kooperation«, 21./22. Oktober 2005, Dübendorf.
- Obrecht W (2005b) *Umriss einer biopsychosozialen Theorie menschlicher Bedürfnisse*. Zürich: Hochschule für Soziale Arbeit.
- Plessner H (2003) *Conditio Humana*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (2015) *Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen*. Nationaler Gesundheitsbericht 2015. Göttingen: Hogrefe.
- Sommerfeld P (2016) *Sucht – ein medizinisches oder ein soziales Problem?* *SuchtMagazin* 42: 27–31.
- Sommerfeld P, Dällenbach R, Rüegger C, Hollenstein L (2016) *Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie. Entwicklungslinien einer handlungstheoretischen Wissensbasis*. Wiesbaden: Springer VS.
- Sommerfeld P, Hollenstein L, Calzaferri R (2011) *Integration und Lebensführung. Ein forschungsgestützter Beitrag zur Theoriebildung der Sozialen Arbeit*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Sommerfeld P, Rüegger C (2013) *Soziale Arbeit in der Sozialen Psychiatrie*. In: Rössler W, Kawohl W (Hrsg.) *Soziale Psychiatrie. Das Handbuch für die psychosoziale Praxis*. Band 2: Anwendung. Stuttgart: Kohlhammer. S. 396–406.
- Thiersch H (2014) *Lebensweltorientierte Soziale Arbeit: Aufgaben der Praxis im sozialen Wandel*. 9. Auflage. Weinheim: Beltz Juventa.