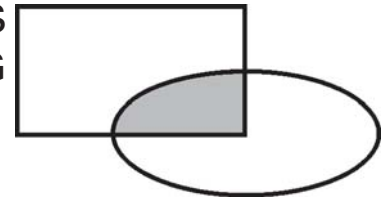


KLINISCHE SOZIALARBEIT

ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHOSOZIALE PRAXIS
UND FORSCHUNG



2. Jg. ■ Heft 4 ■ Juli 2006

Inhalt

Themenschwerpunkt: Clinical Social Work in den USA

- 3 Editorial
- 4 'Clinical Social Work' in den USA und Perspektiven für Deutschland?
Peter Dentler
- 7 Clinical Social Work Practice in the U.S.: A Brief History of the Past 100 Years
Roberta Graziano
- 9 Brief History of Clinical Social Work Psychoanalysis
American Board of Examiners in Clinical Social Work (ABECSW)
- 10 Nature of Specialty Practice with Children
American Board of Examiners in Clinical Social Work (ABECSW)

- 2 Aktuelles: Anerkennung als Fachsozialarbeiter/in für Klinische Sozialarbeit (ZKS)
- 2 Zu den AutorInnen dieser Ausgabe
- 2 Wissenschaftlicher Beirat und Impressum

Herausgeber

Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit ■ Deutsche Gesellschaft für Sozialarbeit e.V.
Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V.

DEUTSCHE
GESELLSCHAFT FÜR
SOZIALARBEIT



Forum für Wissenschaft und Praxis

Zu den AutorInnen dieser Ausgabe

Prof. Dr. Peter Dentler

Klinischer Psychologe, Psychotherapeut, Coach und Lehrsupervisor (DGSv). Professur an der Fachhochschule Kiel am Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit mit den Schwerpunkten Klinische Psychologie, Beratung, Gruppendynamik und Teamentwicklung, Mitarbeitermotivierung, Konfliktbearbeitung. Als Auslandsbeauftragter seines Fachbereichs auf die USA spezialisiert.

Email: Peter.Dentler@FH-Kiel.de

Prof. Roberta Graziano

Professur an der Hunter College School of Social Work, zuständig für Master- und Promotionsprogramme. Veröffentlichungen und Vorträge vor allem zu Trauma und Gerontologie. Als

Theoretikerin und Praktikerin in Klinischer Sozialarbeit maßgebliche Kooperationspartnerin für das Masterprogramm an der ASFH Berlin.

Email: rgrazian@hunter.cuny.edu

ABE

Das American Board of Examiners in Clinical Social Work (ABE) ist eine amerikanische Qualifikationsprüfungs-Organisation, geschaffen von und für den Berufsstand des Clinical Social Work. Das ABE legt nationale Praxis-Standards fest, nimmt Qualifikationsprüfungen für Praktiker des Social Work ab und veröffentlicht relevante Informationen für Kliniker.

Email: abe@abecsw.org

Internet: www.abecsw.org

Aktuelles

Anerkennung als Fachsozialarbeiter/in für Klinische Sozialarbeit (ZKS)

Ziel

Wir halten es für wichtig, dass die deutsche Klinische Sozialarbeit nicht von der internationalen Entwicklung abgekoppelt bleibt. Deshalb haben wir uns entschieden, unsere folgenden Anerkennungs- und Akkreditierungskriterien hinsichtlich der erforderlichen Berufspraxis in Anlehnung an die Standards des *American Board of Examiners in Clinical Social Work (ABE)* zu definieren. Die im Antrag anzuerkennenden berufsethischen Prinzipien stammen von der *Clinical Social Work Federation (CSWF)*.

Kriterien

Die Akkreditierung als Klinische/r Sozialarbeiter/-in mit Vergabe eines Zertifikates ZKS können alle Berufspraktiker/-innen erwerben, die folgende Kriterien erfüllen. Die hier dargestellten Anerkennungskriterien gelten zur Zeit als Übergangsbestimmungen.

- Fachhochschul-Diplom in Sozialer Arbeit bzw. Sozialpädagogik (oder Diplom in Pädagogik mit dem Studienschwerpunkt Sozialarbeit)
- mindestens 5 Jahre und dabei 7500 Stunden Berufspraxis; dies entspricht 5 Jahren Tätigkeit im Rahmen einer Vollzeitstelle (bei Teilzeitarbeit entsprechende Zeitverlängerung) nach dem Hochschulabschluss mit klinisch-sozialen Aufgabenstellungen
- Fort- bzw. Weiterbildung in Gesprächsführung, Beratung, Psycho- oder Soziotherapie in einem wissenschaftlich fundierten Verfahren im Umfang von mindestens 500 Unterrichtsstunden. Alternativ können auch mehrere klinisch relevante kürzere Fortbildungen bzw. Module als kumulative Bausteine anerkannt werden
- 100 Stunden Selbsterfahrung in der Gruppe (wird ggf. als Bestandteil o.g. Weiterbildung vollständig oder anteilig anerkannt)
- 50 Stunden Supervision (wird ggf. als Bestandteil o.g. Weiterbildung vollständig oder anteilig anerkannt)
- Anerkennung der berufsethischen Prinzipien der ZKS
- Empfehlung einer/eines Diplom-Sozialpädagogin/Sozialpädagogen bzw. Diplom-Sozialarbeiterin/Sozialarbeiters mit mindestens 5 Jahren Berufserfahrung.

Wie kann man die Anerkennung beantragen?

Sie beantragen die Akkreditierung, indem Sie einen formellen Antrag bei der ZKS stellen, der folgende Bestandteile umfasst:

- Antragsformular der ZKS
- beglaubigte Kopie des Hochschulabschlusses bzw. Ausbildungsabschlusses
- tabellarischer Lebenslauf
- Nachweis über die bisherige Berufspraxis, original oder beglaubigt (s. Antragsunterlagen*)
- beglaubigte Nachweise über Fort- und Weiterbildungen (s. Antragsunterlagen*)
- Empfehlungsschreiben einer Fachkollegin oder eines Fachkollegen (s. Antragsunterlagen*)
- polizeiliches Führungszeugnis

*Die dafür erforderlichen Antragsunterlagen stehen auf der Homepage der ZKS zum Download zur Verfügung: www.klinische-sozialarbeit.de/antragsunterlagen.htm.

Gebühren

Mit dem Einsenden aller Antragsunterlagen bitten wir Sie, die Akkreditierungsgebühr von derzeit Eur 230,- zu überweisen. Diese Prüfgebühr schließt sämtliche Bearbeitungskosten ein. Bei einer Nichtanerkennung durch die ZKS wird der Betrag von Eur 153,- zurückerstattet.

Bitte überweisen Sie die Akkreditierungsgebühr auf folgendes Konto:
ZKS im IPSPG
Vereinigte Coburger Sparkassen
BLZ: 783 500 00
Konto Nr. 851 105

Information

Bei weiteren Fragen wenden Sie sich bitte an die ZKS-Geschäftsstelle:

- Telefon 0 95 61/427 987 8
 - Telefax 0 95 61/331 97
 - Email zks@ipsg.de
 - Homepage www.klinische-sozialarbeit.de
- oder direkt an Herrn Cizmadia:
- Telefon 0 95 61/42 79 87 8
 - Email zks@ipsg.de

Wissenschaftlicher Beirat

Dipl.-Soz.päd. Kirsten Becker-Bikowski
Universitätsklinikum Heidelberg

Prof. Dr. Peter Buttner
Fachhochschule München

Prof. Dr. emer. Wolf Crefeld
Evangel. Fachhochschule Bochum

Prof. Dr. Heike Dech
Evangel. Fachhochschule Darmstadt

Prof. Dr. Peter Dentler
Fachhochschule Kiel

Prof. Dr. Brigitte Geißler-Piltz
Alice-Salomon-Fachhochschule Berlin

Prof. Dr. Cornelia Kling-Kirchner
HTWK Leipzig, Fachbereich Sozialwesen

Prof. Dr. Albert Mühlum
Fachhochschule Heidelberg

Prof. Dr. Helmut Pauls
Fachhochschule Coburg

Prof. Dr. Ralf-Bruno Zimmermann
Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin

Prof. Dr. Dr. Günter Zurhorst
Hochschule Mittweida

Impressum

Herausgeber:

Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V. (v.i.S.d.P.) in Kooperation mit der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit, Coburg, und der Deutschen Gesellschaft für Sozialarbeit e.V., Sektion Klinische Sozialarbeit

Redaktionsteam:

Uwe Klein (Leitung)
Norbert Gödecke-Geenen
Silke Birgitta Gahleitner
Gernot Hahn

Anzeigenakquise:

G. Hahn, Virchowstr. 27, 90766 Fürth
Tel. 0175/276 1993

Anschrift der Redaktion:

Redaktion "Klinische Sozialarbeit"
Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit Berlin
c/o Uwe Klein, Krankenhaus Hedwigshöhe
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Höhensteig 1, 12526 Berlin
Tel. 030/67 413 021 ■ Fax 030/67 413 002 oder:
Tel. 030/60 500 856 ■ Fax 030/60 500 857
Email: zks-berlin@ipsg.de

Layout, Grafik & Schlussredaktion:

Ilona Oestreich, Berlin

Druck:

GREISERDRUCK GmbH & KoKG, 76437 Rastatt

Erscheinungsweise:

viermal jährlich als Einlegezeitschrift im DVSG – FORUM sozialarbeit + gesundheit

ISSN:

1861-2466

Auflagenhöhe:

2250

Copyright:

Nachdruck und Vervielfältigen, auch auszugsweise, sind nur mit Genehmigung der Redaktion gestattet. Die Redaktion behält sich das Recht vor, veröffentlichte Beiträge ins Internet zu stellen und zu verbreiten. Der Inhalt der Beiträge entspricht nicht unbedingt der Meinung der Redaktion. Für unverlangt eingesandte Manuskripte, Fotos und Datenträger kann keine Gewähr übernommen werden, es erfolgt kein Rückversand. Die Redaktion behält sich das Recht vor, Artikel redaktionell zu bearbeiten.

Unsere Kultur übt einen fast unerträglichen Druck auf uns aus, sie verlangt nach einem Korrektiv. Ist es zu phantastisch zu erwarten, daß die Psychoanalyse trotz ihrer Schwierigkeiten zur Leistung berufen sein könnte, die Menschen für ein solches Korrektiv vorzubereiten? Vielleicht kommt noch einmal ein Amerikaner auf den Einfall, es sich ein Stück Geld kosten zu lassen, um die social workers seines Landes analytisch zu schulen und eine Hilfstruppe zur Bekämpfung der kulturellen Neurosen aus Ihnen zu machen. (Freud, 1926/1975, S. 340)

In seinem Plädoyer "Zur Frage der Laienanalyse" setzt Sigmund Freud auf die Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit des Erwerbs psychoanalytischer Erkenntnisse durch Nicht-Ärzte – letztlich auf die Option der Zugangsberechtigung zur psychoanalytischen Ausbildung und der Behandlungserlaubnis. Seine Bemerkungen nehmen einen Spannungsbogen vorweg – zwischen Schulung und Zugangsberechtigung – der sich in den nächsten Jahrzehnten als Diversifikation in der Professionalisierung der Sozialarbeit generell und speziell bezogen auf die Etablierung von Clinical Social Work in den USA zeigt. Die Psychoanalyse durchdringt und beeinflusst die Ausbildung zum Sozialarbeiter, und die Ausbildung zum Clinical Social Worker wiederum ermöglicht die Weiterqualifikation zum Psychoanalytiker. Ernst Federn (1993) zeigt die divergenten Entwicklungen, die kulturellen Differenzen und die Sprachverwirrungen zwischen dem social work in den USA einerseits und in Deutschland und Österreich andererseits auf. Dabei wird erkennbar, dass in Deutschland die Rezeption psychoanalytischer Erkenntnisse in der Sozialarbeit zu verschiedenen Konzepten und Spezialisierungen von psychoanalytischer (Sozial-) Pädagogik und Sozialarbeit geführt hat, parallel zur auf die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie eingeschränkten Zugangsberechtigung auf der Grundlage eines Studiums der Sozialarbeit. Klinische Sozialarbeit, wie sie derzeit in den deutschsprachigen Ländern in Europa entsteht, hingegen ist ein integratives Projekt, das sich historisch, professions-theoretisch und international verortet.

Rachelle A. Dorfman wählt in ihrer grundlegenden Arbeit "Clinical Social Work – Definition, Practice, and Vision" (1996) die historische Dimension als Begründung von und als Zugang zum Clinical Social Work. Unter der Überschrift "Social Work: A Noble Tradition" skizziert sie wesentliche Eckpunkte der Theorie- und Methodenentwicklung über die spezifischen Beiträge bedeutender Klinischer Sozialarbeiter. Damit wird Clinical Social Work entlang einer Zeitlinie und über eine personenzentrierte Professionalisierung greifbar. In dieser und in weiteren Veröffentlichungen (Dorfmann, 2004; Turner, 1997; Cooper & Granucci Lesser, 2004) wird einsehbar, wie Klinische Sozialarbeit im Laufe der Zeit zielgruppen- und

arbeitsfeldspezifisch unterschiedliche methodische Ansätze eigenständig erarbeitet und konturiert, aus diversen psychotherapeutischen Schulen rezipiert und integriert.

Die für diese Ausgabe unserer Zeitschrift zusammengestellten Beiträge sollen die transatlantische Begegnung befördern und stellen den Auftakt für eine zukünftige internationale Einbindung dar.

In seinem Artikel "Clinical Social Work in den USA und Perspektiven für Deutschland?" beschreibt **Peter Dentler** die dortigen Ausbildungsstrukturen und kontrastiert sie mit den aktuellen Entwicklungen in Deutschland. Seine von ihm aufgeworfene Frage zur Übertragbarkeit der Strukturen, Prozesse und Inhalte von Clinical Social Work auf die hierzulande sich etablierende Klinische Sozialarbeit beantwortet Dentler insbesondere mit dem Hinweis auf die dringende Notwendigkeit eines Überdenkens und Überarbeitens von Weiterbildungsstrukturen im Sinne von "continuing education". Eine kontrollierte und zertifizierte Weiterbildung kann demnach wesentlich besser zu einer weiteren Professionalisierung beitragen als die bisherige, in jeder Hinsicht ressourcenintensivere Spezialisierungsbeliebigkeit.

Der Beitrag von **Roberta Graziano**, "Clinical Social Work Practice in the U.S.: A Brief History of the Past 100 Years", als Vortrag gehalten während der Summer School der Alice-Salomon-Fachhochschule, ist an sich bereits Ausdruck und Ergebnis der internationalen Verflechtung von Clinical Social Work – hier der Verbindung zwischen Berliner und New Yorker Hochschulen. Graziano beleuchtet die Geschichte des Clinical Social Work aus der Innenperspektive und verdeutlicht dabei die dieser Geschichte inhärenten konflikthaften Auseinandersetzungen um methodische Ansätze und dahinter stehende Menschen- und Gesellschaftsbilder. Bemerkenswert ist dabei das von ihr vorgestellte Resultat: die Organisation der im klinischen Feld tätigen Sozialarbeiter hat auf der politischen Ebene über Lizenzierungsverfahren und auf der Professionalisierungsebene über die Entwicklung von weiterführenden Ausbildungslevels, von Standards und wissenschaftlichen Zeitschriften zum Entstehen einer Clinical Social Work Scientific Community beigetragen, die sich auf gleicher Höhe mit anderen akademischen Berufsgruppen befindet.

Die weiteren Beiträge dokumentieren dieses Resultat anhand der vom **American Board of Examiners in Clinical Social Work (ABECSW)** herausgegebenen Standards. Beim ABECSW handelt es sich um eine Akkreditierungsagentur, die für fortgeschrittene Klinische Sozialarbeiter Zertifizierungsoptionen auf abgestuften Levels anbietet, die sich in die Diskussion um Vergütungsstrukturen einlinkt und Standards auf hohem Niveau veröffentlicht und kontrolliert. In Absprache mit

dem ABECSW – Direktorium veröffentlichen wir Passagen aus den ABE-Position Papers.

In dem Auszug "Brief History of Clinical Social Work Psychoanalysis" aus dem Positionspapier "The Practice of Psychoanalysis – A Specialty of Clinical Social Work" wird in verdichteter Form die Rezeption der Psychoanalyse in der Klinischen Sozialarbeit dargestellt. Im ersten Schritt wurde bereits 1918 Psychoanalyse an einem Ausbildungsinstitut der Sozialarbeit unterrichtet – bis zur Zulassung Klinischer Sozialarbeiter an psychoanalytischen Instituten dauerte es allerdings noch über 40 Jahre.

Die auf die Arbeit mit Kindern spezialisierte Praxis umfasst ein weites Feld Klinischer Sozialarbeit und zeichnet sich durch eine hohe Diversität hinsichtlich der Zielgruppen und Settingvarianten aus. In dem Auszug "Nature of Specialty Practice with Children" aus dem Positionspapier "Practice with Children as Clients: A Specialty of Clinical Social Work" wird die geforderte notwendige Expertise – vom Wissen um die kindliche Entwicklung, den familiären Kontext und die jeweiligen Systemstrukturen über die Unabdingbarkeit der Selbsterfahrung bis hin zu (psycho-) therapeutischer Kompetenz – beschrieben und bezogen auf Praxisfelder ausgearbeitet.

In der sorgfältigen, die kulturell-historischen Unterschiede und Ähnlichkeiten zwischen dem Clinical Social Work in den USA und der Klinischen Sozialarbeit in Deutschland, Österreich und der Schweiz beachtenden Reflexion über den Stand der Professionalisierung, im direkten Kontakt und Austausch auf Praktiker- und Hochschulebene und der Schaffung einer internationalen scientific community liegt die Chance der gegenseitigen Bereicherung mit Blick auf die bestmögliche Unterstützung unserer Klienten.

Für die Redaktion:

Uwe Klein

Literatur

- Cooper, Marlene, Granucci Lesser, Joan (2004): Clinical Social Work Practice: An Integrated Approach. Allyn and Bacon
- Dorfmann, Rachelle A. (1996). Clinical Social Work. Definition, practice and Vision. Brunner / Mazel, New York
- Dorfmann, Rachelle A. (ed.) (2004). Paradigms of Clinical Social Work: Emphasis on Diversity. Brunner-Routledge,
- Federn, Ernst (1993). Psychoanalytische Sozialarbeit – Kulturelle Perspektiven. In: psychosozial 16. Jg., Heft 1, S. 103-108
- Freud, Sigmund (1926/1975). Die Frage der Laienanalyse. Unterredungen mit einem Unparteiischen. In: Sigmund Freud (1975). Schriften zur Behandlungstechnik. Studienausgabe, Ergänzungsband, S-Fischer-Verlag, Frankfurt a.M., S. 271-349
- Turner, Francis Joseph (ed.) (1997). Social Work Treatment: Interlocking Theoretical Approaches. The Free Press

'Clinical Social Work' in den USA und Perspektiven für Deutschland?

Peter Dentler

In den 30er Jahren kam in den USA eine Kontroverse zwischen den historisch gewachsenen Aufgaben der Sozialen Arbeit auf. Viele der in der täglichen Praxis stehenden Sozialarbeiterinnen* kritisierten, dass die spezifische Problematik ihrer Klientinnen mit ausschließlich globalen sozialpolitischen und ökonomischen Ansätzen nicht zielgerecht zu beantworten sei. Dringend nötige individuelle Hilfestellung werde weitgehend anderen Disziplinen überlassen. Gezielte psychosoziale Intervention – unter Einbezug sozialer und umwelt- bzw. umgebungsbestimmter Faktoren – seien jedoch originäre Aufgabe der Sozialarbeit und erfüllten einen wichtigen Beitrag zur Versorgung der 'hard to reach'-Klientel als einer originären Zielgruppe der Sozialarbeit. So kam es in den USA zur Institutionalisierung des clinical social work (CSW), einer inzwischen in Forschung, Theorie und Praxis ausformulierte Disziplin.

Heutigen psychosozial ausgerichteten Sozialarbeiterinnen in Deutschland kommt diese Debatte bekannt vor. Hierzulande nahm die Entwicklung allerdings einen anderen Verlauf. Psycho-soziale Diagnostik sowie Beratungs-, Behandlungstheorie und -praxis befinden sich nach wie vor in einem offenen Diskurs über ihre Zielsetzungen und Spezifikationen (Pauls, 2004; Nestmann, Engel & Sieckendieck, 2004). Dies hat seine Ursache in der mehrfach gebrochenen historischen Entwicklung der Sozialen Arbeit (Geißler-Piltz, 2005). Der Diskurs in Deutschland endete mit einem Vakuum an klinischen Aufgaben im 'hard to reach'-Bereich, welcher durch psychotherapeutische Methoden und daher mit Medizinern und Psychologen gefüllt wurde. Eine Ausarbeitung geeigneter Konzepte für den Bereich der Sozialen Arbeit blieb aus.

*Im Folgenden wird nur die weibliche Schreibweise benutzt, da sowohl in Deutschland als auch in den USA Frauen in diesem Beruf überwiegen. Dennoch sind die Männer immer mit gemeint und sollen sich daher auch mit angesprochen fühlen.

Wie also kann die Soziale Arbeit in Deutschland von der Entwicklung in den USA profitieren?

Diese Frage lässt sich nicht isoliert, sondern nur im Kontext mit einem kurzen Exkurs in das deutsch-amerikanische Verhältnis verstehen.

Exkurs

In Deutschland galten die USA bis vor kurzem oft nicht als eine 'andere' Gesellschaft, sondern als eine der unseren vergleichbar: Europäer, die ausgewandert sind. Wahrscheinlich auch deshalb, weil wir von amerikanischer Denk- und Lebensweise so durchsetzt sind, dass wir dies nicht mehr wahrnehmen bzw. nicht mehr wahrhaben wollen. 'Wir' geben uns in fast allen Lebensbereichen 'amerikanisch', ob das nun Unterhaltungsmusik, Freizeitbekleidung, Freizeitgestaltung oder Wissenschaft und Fachsprache betrifft. Häufig werden amerikanische Theorien und Modelle und amerikanische Statistiken – oft als 'Vorschau' auf kommende Verhältnisse in Deutschland – herangezogen. Interessanterweise wird also auf amerikanische Zustände, Begriffe und Lebensweisen zurückgegriffen, aber gleichzeitig in besorgter Abgrenzung nicht nur eine vernünftig-kritische, sondern auch eine emotionale und manchmal sogar überhebliche Haltung eingenommen.

Diese Ambivalenz führt oft zu einem verzerrten und lückenhaften Bild eines Kontinents. Denn historisch betrachtet haben die USA eine andere Tradition als Deutschland – vor allem aber ein anderes Selbstverständnis: das Selbstverständnis eines Staates von großer unternehmerischer Leistung und großer nationaler Identität, der in revolutionär durchgesetzter Überzeugung von persönlicher und nationaler Eigenständigkeit, verbrieften Grundrechten und dem Recht auf freiheitliche private Lebensgestaltung geschaffen wurde. Amerikaner gehen daher mehrheitlich davon aus, dass jeder Mensch 'seines eigenen Glückes Schmied' ist. Wer unschuldig in Not gerät, erfährt großzügige Unter-

stützung durch Nachbarschaft und Wohltätigkeitsorganisationen; wer sich allerdings nach einer angemessenen 'Anschubhilfe' nicht in die Selbständigkeit entwickelt, verliert den moralischen Anspruch auf Unterstützung. So versteht sich auch das staatliche Fürsorgesystem: zunächst ist jeder für sich selbst verantwortlich. Deshalb ist der Gedanke eines gesetzlich geregelten nationalen Fürsorgesystems in den USA eher ein Wunschziel von sozial Schwachen und von Berufsgruppen der sozialen Arbeit.

Vieles ist direkt aus den USA in die deutsche Sozialarbeit importiert und umgesetzt worden, was sich auf deutsche Verhältnisse anwenden lässt (z.B. Case Management). Allerdings ist auch einiges importiert worden, was nicht unbedingt in die deutsche Gesetzeslage passt (z.B. Family First) oder aber bereits vorhanden war (z.B. Mediation). Ungezählte Begrifflichkeiten wurden direkt übernommen wie etwa 'awareness', 'empowerment' oder 'gender mainstreaming' etc., die in Deutschland dann aufwändig diskutiert und definiert werden müssen und am Ende doch nicht einheitlich verwendet werden. Sowohl in der Wirtschaft wie auch in der Sozialpädagogik bediente man sich lieber unschuldig klingender Amerikanismen und verschleierte damit oft ihren eigentlichen Sinn.

Zum Ausbildungssystem der USA

In USA wird die Regelschule je nach Bundesstaat in Blöcken zu drei oder vier Jahren durchgeführt (vgl. Tab. 1).

Kindergarten	
School:	
Elementary School	
Middle School (Junior High School)	
Senior High School	Diploma
University/College:	
undergraduate	Bachelor
graduate	Master
doctorate	PhD/DSW

Tabelle 1: Schul- und Hochschulsystem am Beispiel des Staates Michigan

Die Schüler heißen 'students'. Ab der Junior High School oder Middle School gibt es keine Klassenverbände mehr, sondern Jahrgänge. Man kann nicht 'sitzenbleiben', sondern man erarbeitet sich die nötigen 'credits' durch Wiederholen des Lernstoffs im beanstandeten Fach.

Mit dem 'Diploma' kann man sich an einer Universität oder einem College weiterbilden. Die Hochschullandschaft ist äußerst diversifiziert und im Angebot und der inhaltlichen Vertiefung kaum untereinander vergleichbar. Universitäten erhalten vom Staat nur einen Zuschuss; darüber hinaus müssen sie sich selbst finanzieren. Das führt zu einem starken Wettbewerb.

Der Regelabschluss ist ein Bachelor-Degree. Unmittelbar nach dem Bachelor oder auch später – berufsbegleitend – kann ein Master-Degree erworben werden. Es ist auch üblich und oft von Arbeitgebern erwünscht, dass bestimmte Module im Sinne einer Weiterbildung an den Colleges besucht werden. Darüber hinaus ist ein doctorate program möglich, das im Falle des Schwerpunkts Sozialarbeit entweder mit einem PhD (Doctorate of Philosophy) oder mit einem DSW (Doctorate of Social Work) abschließt. Ein PhD steht eher für eine Orientierung in Sozialarbeitswissenschaft, ein DSW eher für klinische Sozialarbeit.

Im Verlauf des master program ist eine inhaltliche Spezialisierung üblich, allerdings wird diese im Abschluss nicht benannt: es gibt also keinen 'Master of Clinical Social Work' und auch keine akademische Abkürzung dafür, wohl aber einen MSW mit klinischen Schwerpunkt. Nach dem Studium muss eine bundesstaatliche Lizenz beantragt und erworben werden. Erst dieser LCSW steht für den staatlich lizenzierten real bereits in der Praxis stehenden Clinical Social Worker und trägt auch diese spezifische Bezeichnung, auch wenn unterschiedliche Bundesstaaten hier unterschiedliche Begrifflichkeiten verwenden. Über die Einhaltung von Standards in der Ausbildung der Sozialarbeit wacht das National Council of Social Work Education – ähnlich dem System der Medizin. Allerdings gibt es auch hier ein sehr weites Spektrum der Umsetzung dieser Standards (vgl. Tabelle 2).

Der Bachelor-Degree ist zwar berufsqualifizierend und ermöglicht demnach den direkten Einstieg in fast alle Felder der Sozialen Arbeit. Wer aller-

Health	Human Services	Medicine
Health Professions	Helping Professions	Physicians
Heilhilfsberufe (allied health professions) Krankenpflege	Sozialarbeit Psychologie Sozial-Verwaltung	Ärzte
college/university	college/university	medical school
state license	state license	state license
Pflegeberufe Logotherapie Physiotherapie Ergotherapie	licensed or certified social worker: LSW / CSW independent practitioner in clinical social work: LCSW	Arzt
(private) practice/clinic	(private) practice ambulant und stationär	(private) practice/clinic/hospital

Tabelle 2: Beispiel für ein State Licensing System im Bereich der Human Services

dings höhere Qualifikationsansprüche hat oder 'Supervisor' im Sinne einer Leitungskraft werden möchte, muss ein Master-Degree nachweisen. Das gilt besonders für den klinischen Bereich: Beratung, Rehabilitation, Behindertenarbeit, Psychische Erkrankungen, Arbeit mit Senioren etc. Die dort tätigen Sozialarbeiterinnen sind – mit entsprechender Lizenz des jeweiligen Bundesstaats – auch psychotherapeutisch tätig.

Ein Master of Social Work (MSW) beantragt zunächst eine bundesstaatliche Lizenz zur 'Direct Practice', im klinischen Bereich meist ein LCSW (licensed clinical social worker), welche die Psychotherapie einschließt. Dazu müssen mindestens zwei Jahre berufsbegleitend Supervision bei einem staatlich lizenzierten Clinical Supervisor nachgewiesen werden und das Bestehen eines schriftlichen Tests bei einer staatlichen Behörde (500 Fragen zu bio-psycho-sozialen Zusammenhängen). Diese Lizenz wird auch von den Krankenkassen als Abrechnungsgrundlage akzeptiert. Eine vorangehende Ausbildung an einem Ausbildungsinstitut für Psychotherapie ist nicht immer zwingend, allerdings wird im Anschluss an die Lizenzierung meist ein mehrjähriges 'post master training' an einem solchen Ausbildungsinstitut angeschlossen. Oft werden je nach Bundesstaat auch noch spezielle aufbauende Kompetenz-Trainings vor dem state licensing verlangt. Danach ist 'continuing education' zum Erhalt der Lizenz vorgeschrieben.

Der MSW ist zu verstehen als ein Ausgangsniveau für weitere Qualifizierungen wie z.B.: child welfare or family services, child or adult protective services, mental health, healthcare, clinical social work, school social work, substance abuse, criminal justice, occupational social work, gerontology,

social work administrators, social work planners and policy makers. Diese Spezialisierungen werden vom U.S. Department of Labor als eigenständige Berufe aufgelistet.

Die Entwicklung und Formulierung von Standards der Qualifikation und Anerkennungskriterien spielte eine zentrale Rolle in der amerikanischen Geschichte der CSW und führt schließlich auch zu gesetzlichen Anerkennungen der Berufsgruppe als Heilberuf. Für die Entscheidungsträger in der Politik, die Öffentlichkeit und insbesondere die Fachkolleginnen in anderen behandelnden Berufen wurde durch diese Formung und Profilierung der clinical social work das Feld der direkten Beratung und Behandlung von Klienten und Patienten durch spezialisierte Soziale Arbeit neu besetzt. Der Begriff signalisierte intra- und interdisziplinär eindeutig entsprechende Kompetenzen. Durch die Schritt um Schritt erfolgende Rückgewinnung des verlorenen Terrains gelang es auch, die social worker für die direct practice im Sinne des clinical social work immer besser zu qualifizieren. Plötzlich wurden clinical social worker erkennbar als qualifizierte Mitbehandler, die mit anderen spezialisierten Behandlern (insbesondere mental health clinicians) zentrale Hilfeleistungen – im Kontext der gesellschaftlichen Verhältnisse – erbrachten (Pauls, 2002).

Übertragbarkeit und Folgerungen für die Soziale Arbeit in Deutschland

Fachliche Spezialisierung ist durch eine Vertiefung der theoretischen und praktischen Kompetenzen der spezialisierten Fachvertreterinnen in bestimmten Aufgabenstellungen gekennzeichnet. Die deutsche Sozialarbeit sollte hier nicht den Fehler begehen, die internationale Entwicklung zu überse-

hen. Bis heute hat sich die Tradition gehalten, dass voll ausgebildete Sozialarbeiterinnen und -pädagoginnen viel Geld in Fort- und Weiterbildung investieren, die nicht selten völlig unspezifisch und ohne erkennbaren Transfer in den beruflichen Alltag bleibt – geschweige denn, dass sie sich auf die Entlohnung auswirken würde. Hier bietet sich vor dem Hintergrund der hochschulpolitischen Entwicklung zu Bachelor- und Masterstudiengängen eine Perspektive für gezielte und fachspezifische Weiterbildungen an, die statt zu einer Spaltung der Disziplin zu einer tatsächlichen Höherqualifizierung führen könnten.

Das jüngst in eine breitere Diskussion geratende Problem 'Bildungskrise' in Deutschland besteht zu einem Teil auch in unserer Provinzialität. In Deutschland sind wir erst in den Anfängen einer fachlichen Diskussion über Kriterien und Standards (z.B. im Rahmen der Sektion Klinische Sozialarbeit der Deutschen Gesellschaft für Sozialarbeit). In Bezug auf die Klinische Sozialarbeit hat das bereits genannte American Board of Examiners in Clinical Social Work (ABE) Ebenen der Qualifizierung der Clinical Social Worker nach dem Masterabschluss (MSW) bestimmt, die operationalisierte Qualifikationen mit bestimmten Befähigungen und Befugnissen verknüpfen (Pauls, 2002).

Die spezifisch 'deutschen' Probleme mit diesen Begrifflichkeiten ergeben sich aus den bisherigen berufs- und tarifrechtlichen Festlegungen und wohl auch aus der Sorge insbesondere der Berufsverbände, dass eine Weiterqualifizierung durch Masterstudiengänge eine Unterscheidung zu SozialarbeiterInnen 'erster und zweiter Klasse' und damit zur Abqualifikation der 'lediglich diplomierten' Fachkräfte führen könnte. Dies wiederum hängt mit der berechtigten Sorge hinsichtlich der verschiedenen Arbeits- und Verdienstmöglichkeiten zusammen. In vielen Diskussionen wird dies gekoppelt mit einer Rückkehr zum Spezialistentum und damit oft mit 'Verrat' an der vor mehr als dreißig Jahren erkämpften Generalisierung. Hier wird auch ein Generationenkonflikt sichtbar. Denn inhaltlich gesehen schließen sich Generalisierung und Spezialisierung keineswegs aus. Und die heutigen Spezialisierungstendenzen sind letztlich eine Antwort auf eine übergreifende strukturelle Veränderung: die Dezentralisierung der Sozialen Arbeit von staatlichen Einrichtungen.

In diesem Sinne eröffnet die Situa-

tion der Clinical Social Work in den USA m.E. Perspektiven für Deutschland. Aufgewühlt und angeregt durch den Druck im internationalen Vergleich und – zugegebenermaßen in ungünstiger Gleichzeitigkeit auch durch den Druck der finanziellen Einschränkungen im öffentlichen Bereich – kommt es in Deutschland inzwischen zu durchaus konstruktiven und innovativen Reformgedanken auf breiter Ebene. Wenn es denn gelänge, die ineinander verschachtelten Konfliktbereiche in einen Entwurf aus einem Guss zu formulieren, wäre das amerikanische Modell zumindest eine wichtige Diskussionsgrundlage, u.a. auch für eine Klinische Sozialarbeit.

Tatsächlich sind diplomierte Sozialarbeiterinnen in Deutschland längst in Arbeitsfeldern tätig, die dem Berufsbild der amerikanischen Social Work Practice/Direct Practice entsprechen. Aber die Zuständigkeit in einem Arbeitsfeld bedeutet ja nicht a priori tatsächlich vertiefte Kompetenz. Auch in den USA werden Sozialarbeiter durch Zuständigkeit nicht automatisch kompetenter. Wie bei anderen Disziplinen auch, gilt es, Niveau-Unterschiede sowohl in der Ausbildung als auch in der beruflichen Praxis transparent zu bestimmen und zu operationalisieren. So lernt z.B. jeder Psychologe grundlegende Kenntnisse in psychologischen Behandlungsmethoden, aber um Psychologischer Psychotherapeut zu werden, ist berufsbegleitend eine fünfjährige Ausbildung nötig. Für den Fachbereich der Medizin gilt dies ohnehin.

Für die Praxis der Sozialen Arbeit gibt es gute inhaltliche Gründe für verschiedene Spezialisierungen, die keinesfalls im Gegensatz zum Gedanken der grundständigen Generalisierung stehen und die sich auch nicht kritiklos an die Entwicklungen in den USA anlehnen müssten (vgl. Graziano, in diesem Heft). Es bestehen sogar längst ausgeprägte Spezialisierungen wie 'Systemische Familienberatung' oder 'Schuldnerberatung', die meist in eigener Freizeit absolviert und von eigenem Geld bezahlt werden. Die nötigen Kompetenzen können also durch eine kontrollierte und zertifizierte Weiterbildung wesentlich verbessert werden – und zwar konkret für die Soziale Arbeit und ihre klinischen Aufgabenstellungen.

Die Perspektiven liegen natürlich nicht in der direkten Übernahme und Kopie eines Teils aus einem Gesamtsystem einer anderen Kultur. Aber die oben genannten Gründe geben jetzt einen Anstoß, die berufs- und tarifrechtlichen Fragen in Deutschland

konsequent und entlang der konkreten Versorgungslandschaft zu überdenken. Das setzt auch einen entsprechend mutigen Einsatz der Berufsverbände voraus. Sie und die relevanten Gewerkschaften müssen der Politik nach vorne gerichtete Vorschläge machen, schon damit sie in diesen Zeiten des Umbruchs nicht ungefragt von den politischen Entwicklungen überholt werden. Dann würde sich auch der Arbeitsmarkt parallel zu diesen Umstellungen in der Weiterqualifikation entwickeln.

Insofern ist der 'Vorstoß' einer kontrollierten und zertifizierten Weiterbildung mit dem Schwerpunkt Klinische Sozialarbeit allemal eine begrüßenswerte Initiative zur Vertiefung einer einschlägigen fachlichen Kompetenz. Mit Recht wurde der inzwischen international gebräuchliche Begriff der Klinischen Sozialarbeit als Dachbegriff gewählt, obwohl oder gerade weil Clinical Social Work in den USA selbst offenbar ein eher allgemeiner Begriff geworden ist. Damit sollten aber weder Inhalte noch formale Hochschulabschlüsse aus den USA unbesehen übernommen werden. Die durch diesen Vorstoß angefachte Diskussion kann und wird weitere Perspektiven hervorbringen. Sie ist eine große Chance zur Standardisierung, zur Spezialisierung – nach der Generalisierung – und damit zur weiteren Professionalisierung der Sozialen Arbeit.

Literatur

American Board of Examiners in Clinical Social Work (2001). *Professional Development and Practice Competencies in Clinical Social Work*. Online verfügbar unter: www.abecsw.org [28.8.2006].

Pauls, H. (2002). Spezialisierte Qualifizierung, Kompetenzstufen und berufliche Profilierung. In N. Gödecker-Geenen & H. Nau (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit – eine Positionsbestimmung* (S. 140-177). Münster: LIT.

Pauls, H. (2004). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung*. Weinheim/München: Juventa.

Nestmann, F., Engel, F. & Sieckendieck, U. (2004). „Beratung“ – Ein Selbstverständnis in Bewegung. In F. Nestmann, F. Engel & U. Sieckendieck (Hrsg.), *Das Handbuch der Beratung. Band 1: Disziplinen und Zugänge* (S. 33-43). Tübingen: DGVT.

Geißler-Piltz, B. (2005). Die Entwicklung der Klinischen Sozialarbeit – eine Historie mit vielen Brüchen. In U. Klein (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit - die Kunst psychosozialen Helfens. Psychosozial* 101, 28 (3), 17-29.

U.S. Department of Labor. (2003). *Bureau of Labor Statistics. Occupational Outlook Handbook*, S. 160ff. Online verfügbar unter: www.bls.gov/oco/ocos060.htm [28.8.2006].

Clinical Social Work Practice in the U.S.: A Brief History of the Past 100 Years*

Roberta Graziano

Social work differs from other mental health professions because of its avowed responsibility for the most vulnerable people. Agency-based practice in the U.S. has traditionally offered clinical social workers the realistic possibility of acting as liaison on behalf of needful clients, locating resources, negotiating *and* mediating, as well as providing psychotherapeutic services. However, throughout its history, clinical social work practice has been affected by changing economic and political ideologies, different institutional arrangements for providing services, changing client populations, and fluctuating relationships with other professions.

Social work seems to have followed two different paths from the beginning. On the one hand, there was the history of charity-giving, evolved from the women's movement, which critics have *attacked as fostering* dependency, continued poverty and crime, fraud etc., which laid the foundation for professional social work at the same time. On the other hand, there was a history of social action – which took some of its cues from socialist thinking and other ideas from the emerging labour movement. This path was exemplified, in the U.S., by the work of Jane Addams, the founder of Hull House, the first settlement house, where living with and learning from the people you serve, and working with them to change their environment – and ultimately, the larger society – through a process of mutual aid and social action, were key elements.

The conflict between the two different visions, charity-giving and social action, helped to bring about the split in social work in the U.S. between 'social casework' – which evolved into a medical model of work with individuals and families, including an underlying ideology of illness *and* the need to diagnose and treat clients – and 'social group work', with its emphasis on co-operation, problem-solving, and organising to achieve goals, among other key concepts.

Mary Richmond (1917, 1922), one of the 'founding mothers' of social work, is credited with formulating the first fully articulated approach to clinical practice. Influenced by the scientific advances of the late 19th and early 20th centuries, she attempted to make social work 'scientific' by emphasising the importance of careful data collection leading to a diagnosis. Thus, early clinical social work was 'diagnostic', and the accompanying framework of study, diagnosis and treatment supplied the trappings of scientific method. The 'diagnostic' (now called 'psychosocial') school of social work really came of age in the 1920s, when, increasingly influenced by Freud's drive theory, interest shifted more and more from the environment to the meaning of experience within the individual.

Eventually, as the U.S. experienced the events of the Great Depression, when increasing numbers of middle-class people became poor and jobless, critics *asserted* that social work ignored the larger historical as well as current

social and economic realities and continued to think that the therapeutic relationship was paramount. As a result of this state of affairs, during the 1930s some of the basic ideas of the psychosocial approach were challenged by a group of social work clinicians. Drawing on the theories of Otto Rank, they emphasised the ability of clients to shape their own lives. They rejected the medical model, with its concept of treatment, and replaced it with the notion of the social worker as a helper who offered service within the context of the function of an agency. By this time, agency functions had changed, in many instances, as the government in the U.S. gradually took over the function of financial relief through various programs.

For social workers, and especially for social work educators who began to teach the new ideas, the central role of study and diagnosis therefore was diminished. Relationship and the use of time were used dynamically to help clients reach their self-defined goals. This way

ANZEIGE



Katholische Hochschule
für Sozialwesen
Berlin

Klinische Sozialarbeit Masterstudiengang

- Akkreditierter Studiengang
- Laufbahnberechtigung für den höheren Sozialdienst
- Zugang zur Promotion
- Berufsbegleitend
- Dauer: 2,5 Jahre
- Kosten: ca. 5500 €
- Abschluss: Master of Arts

Beginn: Sommersemester 2007

Weitere Informationen:

Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin
Referat Weiterbildung, Forschung und Entwicklung
Köpenicker Allee 39-57, 10318 Berlin
Tel. 030 - 50 10 10-39
e-Mail weiterbildung@khsb-berlin.de
www.khsb-berlin.de

* Lecture held at the Summer-School: Alice-Salomon-University of Applied Sciences Berlin, July 2004.

of viewing clinical social work became known as the 'functional school'. What resulted was a great split between the two sets of ideas. Some schools of social work, and some agencies, remained in the 'diagnostic' or 'psychosocial' way of thinking, while other schools and agencies were strong supporters of the 'functional' approach.

A powerful debate between proponents of each approach caused great animosity in the *social work* community for many years. However, it also generated creative thinking about the theory and practice of clinical social work. The 'problem-solving' approach was an attempt, in the 1950s, to resolve the dispute by drawing upon the most useful concepts of each and combining them with newer social science and psychological theories such as ego psychology, humanism, cognitive theory and role theory. The medical model was abandoned and more emphasis was put on helping clients to solve current problems rather than on personality change. Assessment shifted to an appraisal of clients' motivation, capacity, and opportunities in relationship to the problem or issue brought for help. Clients were assumed to have innate growth potential that they could use to improve their lives.

The role of the clinical social worker was to provide the resources necessary to release, energise and give direction to clients' efforts to change. Elements of psychosocial and problem-solving approaches are found in crisis intervention, planned brief treatment, task-centred casework, the systems approach, and family treatment. Components of the functional and problem-solving approaches are found in existential, cognitive, rational and behavioural therapy. The ecological approach, developed in the 1970s, is an attempt to draw together some of these *concepts and principles*, and more recently, in the 1980s and 90s, the social constructivist approach has received attention by suggesting that each individual has a unique perspective, influenced by such factors as belief systems, cultural context and personal history.

Although there had been a tendency to focus on differences between these *frameworks*, all had the idea of supporting people to solve problems affecting their current reality, improve social functioning, achieve desired change and fulfill self-defined aspirations. Also, nearly all approaches say something about relationship, either *in* its use as the major instrument for pro-

moting change or as a source of support and guidance. All affirm the concept of the person-in-situation as a framework for providing service – something unique to social work as a profession. Help is conceptualised as ways of responding to stresses related to internal or external conditions that create challenges in people's lives. Finally, all hold some basic values consistent with their cultural context regarding rights to access and opportunities.

In the 1960s, a time of great social change in the U.S., the whole idea of social work providing counselling or therapy was under attack. Social forces were pushing the profession toward more direct work with communities rather than with individuals, and toward social change rather than psychotherapy. Studies were undertaken that seemed to 'prove' that clinical social work was not helpful and that it was a waste of resources. Many schools of social work changed their curricula to reflect a more 'generic' approach toward social work, where all students learned something about work with individuals, groups and communities but where intensive, long-term counselling or psychotherapeutic approaches were discouraged or even abandoned. The MSW degree, long deemed the 'professional' social work degree, was challenged by the growth of BSW programs that prepared students for task-oriented jobs that did not need the same level of skill or knowledge.

By the 1970s, the National Association of Social Workers, which was organised in the 1950s by combining several smaller, more specialised social work organisations, was widely seen as being opposed to 'clinical' social work. Because they did not feel welcome in the NASW, clinical social workers began to organise their own state clinical social work societies, which by the 1980s came together in the National Federation of Societies of Clinical Social Work. These organisations, both on a state level and nationally, pushed for legislation that would provide licensing and recognition for social workers with experience and additional qualifications, as a way of adding prestige to the profession. Under pressure, the National Association of Social Workers came up with their own definition and requirements: "Clinical social work embraces intervention directed to interpersonal interactions, intrapsychic dynamics as well as life support management issues. The principle of person-in-situation is central to all clinical social work

understanding and action".

In summary, in the U.S., the foundation laid by Richmond led to the development of social work expertise in diverse fields of activity. However, despite the broad diversification, also in terms of practical approaches, generic social casework remained the dominant method, and continues to be a synonym for social work in the U.S. The advent of group and community work did nothing *significant* to change this. However, the challenge to casework also threw doubt on the societal role and self-image of the profession and revived the controversy between the traditional tasks of social work, which Goldstein (1980, S. 173) aptly outlines for the U.S. using the terms 'people helper' versus 'societal changer' – a 'hundred-year debate' between casework and social reform.

Facing the risk of disqualification, the clinical social work movement came into being and gave rise to a national professional association. Since that time, clinical social workers have been united by the goal to achieve equal standing with doctors and psychologists through high quality standards in the health system. They confidently present themselves and their services as 'therapy plus' (Dorfman 1988, S. 18), that is, as the treatment of individuals, families and groups taking into account the situational and socio-economic context. The National Association of Clinical Social Work (NACSW) developed internationally recognised scientific and professional standards, including specialised training with a Master's degree and Ph.D. The CSW scientific community publishes professional and research journals of a respectable standard and circulation. Clinical social work has achieved a degree of professionalism that has strengthened the position of social work as a whole in the U.S.

References

- Dorfman, R. A. (1988). *Paradigms of clinical social work. Vol. 1*. New York: Brunner & Mazel.
- Goldstein, E. (1980). Knowledge base of clinical social work. *Social Work*, 173-178.
- Richmond, M. E. (1917). *Social Diagnosis*. New York: Russell Sage Foundation.
- Richmond, M. E. (1922). *What is social case work? An introductory description*. New York: Russell Sage Foundation.
- Robinson, V. (1930). *A Changing Psychology*. Philadelphia, PA: Philadelphia University Press.

Brief History of Clinical Social Work Psychoanalysis*

The American Board of Examiners in Clinical Social Work

Today, as in the past, many advanced clinical social workers – not only those who specialize in psychoanalysis – draw on psychoanalytic theory in their efforts to understand human motivation and behavior and to practice effectively.

In 1918, the first psychoanalytically oriented school of social work, Smith College School for Social Work, was founded to teach students about Sigmund Freud's ideas and their application to practice, particularly in the treatment of 'WWI veterans' "war neuroses." Freud's appeal was great for many reasons, but greatest for his discovery of how best to conduct the helping process itself: by listening, by honoring the client's self-expression, and by doing something with rather than to the client. These attitudes were revolutionary at a time when clinicians typically sought to advise, persuade, and even coerce their clients (Alexander & Selesnick, 1966). In these and other ways, psychoanalysis, formerly seen as the province of psychiatrists, made such a profound impact on social work that many practitioners were recognized by the title Psychiatric Social Worker (note: the term "psychiatric social worker" was supplanted in the 1970s by the term "clinical social worker," since clinical social work is now practiced in a broad array of settings).

In the 1940s and 1950s, several events occurred that were important to the development of social work and psychoanalysis. Social work schools incorporated psychoanalytic ideas into their curricula, based on the influence of the published work of psychoanalytic social workers. Psychiatric social workers treated a wide array of clients, including those in hitherto-neglected settings like family agencies and child-guidance clinics (Feldman, 1982; Garrett, 1949, 1972; Hamilton, 1947, 1954; Hollis 1939, 1958). Psychoanalytic training and certification programs

arose in major cities throughout the United States but generally excluded psychiatric social workers and other members of nonmedical disciplines. While some individual social workers were able to provide noncertified psychoanalytic services, the institutes' discriminatory policies generally prevented clinical social workers from achieving recognition for the practice of psychoanalysis.

Informally, a few psychoanalysts did provide training and supervision to social workers; and in 1948 social workers were first accepted at the psychoanalytic institutes of the National Psychological Association for Psychoanalysis, and the Postgraduate Center for Mental Health, both in New York. Other doors began to open and, by 1964 in New York City alone, thirty such institutes accepted clinical social workers (Wallerstein, 1996). Organizations such as the American Psychoanalytic Association gradually dropped their prohibitions against admitting social workers.

In 1980, in New York, the first organization for clinical social worker psychoanalysts was founded. It subsequently became a national organization and is known today as the National Membership Committee on Psychoanalysis, affiliated with the Clinical Social Work Federation, Inc. The Committee participates in The Psychoanalytic Consortium with the American Academy of Psychoanalysis, the American Psychoanalytic Association, and the American Psychological Association's Division on Psychoanalysis (Division 39). Clinical social workers have been accepted since 1988 as members of the American Psychoanalytic Association, and are also accepted in its Fellowship Program and in many institutes affiliated with that Association. Nationwide, clinical social workers constitute a large number of students in many institutes (Perlman, 1995); and they serve as presi-

dents, deans, faculty, and curriculum chairs.

References

- Alexander, F.G. & Selesnick, S.T. (1966). *The History of Psychiatry*. New York: Harper & Row, Publishers.
- Feldman, Y. (1982). *Yonata Feldman: Master teacher and supervisor in clinical social work*. (Ed. K. Gabel & A. Roberston. Northampton, MA: Smith College.
- Garrett, A. (1949). Historical survey of the evolution of casework. *Social Casework*, 219-230.
- Garrett, A. (1972). *Interviewing, its Principles and Methods* (2nd rev. ed.). New York: Family Service Association of America.
- Hamilton, G. (1947). *Psychotherapy in Child Guidance*. New York: Columbia University Press.
- Hamilton, G. (1954). Self awareness in professional education. *Social Casework*, 35, 371-379.
- Hollis, F. (1939). *Social case work in practice. Six case studies*. New York: Family Service Association of America.
- Hollis, F. (1958). Personality diagnosis in casework. In H. J. Parad (Ed.), *Ego Psychology and Dynamic Casework*. New York: Family Service Association of America.
- Perlman, F.T. (1995). The professional identity of the social work-psychoanalyst: professional affiliations and future prospects. *Journal of Analytic Social Work*, 2, 31-84.
- Wallerstein, R.S. (1996, Fall). The identity of psychoanalysis: The question of lay analysts. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 60(4), 514-35.

* First published in: ABECSSW (2004). The Practice of psychoanalysis: a specialty of Clinical Social Work. A Position Statement of The American Board of Examiners in Clinical Social Work, pp. 9-10.

Available: www.abecssw.org/PsychoAnalysis.pdf.
Published with the friendly consent of ABECSSW (www.abecssw.org), all rights reserved.

Nature of Specialty Practice with Children*

The American Board of Examiners in Clinical Social Work

Introduction

All clinical social workers are educated at the graduate level and trained for years under supervision in order to be able to help people who have bio-psycho-social problems and disorders. All social work graduate students are also educated in cross-cultural issues and are required to explore their own biases and racism (Corvin & Wiggins, 1989, pp.105- 114). Advanced practitioners enrich their knowledge and skills by continuing education, consultation, and years of practice (American Board of Examiners in Clinical Social Work Board of Directors, 2003). The clinical social worker may choose to pursue specific areas of practice to the exclusion of others and, eventually, to become a specialist. Working with children is such a clinical specialty. There is enormous diversity, of which no one practitioner will have complete mastery; however, the specialist is expected to have a breadth of expertise and knowledge in most of the major aspects of practice with children: developmental stages, types of problem and disorder, settings, and intervention approaches and techniques.

A. Definition of Specialty Practice with Children

At the specialist level, clinical social workers who practice with children are adept at using relevant theory and proven techniques to assess and ameliorate disorders and environmental influences that interfere with the healthy developmental, psychological, behavioral, social, and cognitive functioning of children.

Competent specialist practice in this area (examined thoroughly in Section VI.) requires high levels of specialized knowledge and skill. The specialist's expertise in individual child dynamics and the familial and relational contexts is matched by a knowledge of systems v school, medical, welfare, legal – and by skills and attitudes that make it possible to intervene effectively and to collaborate with other professionals and access community resources that support the child's development and empower the caregiver(s). The specialist's self-awareness and self-monitoring (including use of consultation) are essential to developing and maintaining appropriate therapeutic alliances and treatment plans.

The specialist is very knowledgeable about children's developmental processes and about the effects of the social and care-giving environment on the child's functioning. The specialist is highly skillful in conducting a clinical assessment, in devising a treatment plan, in case-management, in coordinating with significant systems, and in applying best practices for ameliorating bio-psycho-social problems. In psychotherapeutic situations, diagnosis is another needed skill. The practitioner's empathic alliance with the child (and caregiver(s)) is central to creating hope for change and growth (Biestek, 1957; Klein, 2003; Mishne, 2000; Oaklander, 2000; Perlman, 1979; Richmond, 1965; Woods & Hollis, 2000).

Advanced competence in a practice area does not happen overnight. Since knowledge is cumulative, and since many skills are developed over time and with experience, the practitioner achieves advanced standing only after at least two years of practice under supervision and a total of five years of post-master's practice, with ongoing focus in the specialty area. Thereafter, the specialist continues to practice, to consult, to be consulted, to teach, to receive continuing education, and to collaborate with other professionals in

this field, often at the interface of multiple agencies and institutions.

Specialists practice in as many settings as children inhabit, ranging from schools and courts to hospitals and substance-abuse treatment centers. Thus, the specialist clinical social worker may also be identified as a school social worker, a medical social worker, a drug and alcohol counselor, etc. Whatever the setting or his/her designation, the specialist maintains a collaborative stance and a working alliance intended to improve the client's affect, cognition, and behavior (Kazdin, 2000, p. 6).

B. Diversity of Practice and Settings

The specialist practices in any setting in which children are helped with bio-psycho-social problems and disorders. These settings typically include those associated with mentalemotional healthcare, medical care, and child welfare systems. Other settings are the child's home, schools, juvenile facilities, courts, and private offices. Clinical social workers can also be found in after-school and child-care settings, camp and recreation centers, and programs aimed at violence, substance abuse, and problems with parent(s) or peers. Whatever the role or job title in the setting, the practitioner's work is still clinical social work.

1. Mental Emotional Healthcare

In mental health settings, clinical social workers help children to improve their mentalemotional functioning. This is the practice area in which the largest number of clinical social workers provide services, and in which the full array of their education, training, value-system, and experience may be brought to bear, including diagnosis, psychotherapy, psychoeducation, and community referrals. They assess and diagnose their clients' conditions, conduct therapeutic counseling and case management, arrange for access and connection of children and families to community resources, and advocate for clients. Collaboration

* First published in: ABECSSW (2004). Practice with Children as Clients: A Specialty of Clinical Social Work. A position statement, pp. 9-12.

Available: <http://www.abecssw.org/ABEChild%20paper%2010-2005%20final%20REV%20Feb%202006.pdf>

Published with the friendly consent of ABECSSW (www.abecssw.org), all rights preserved.

and teamwork with psychiatrists, psychologists, and other professionals is essential. Such work is done in schools, community mental health-centers, private practice, psychiatric units of hospitals, state institutions for the mentally ill, and residential treatment centers.

2. Child Welfare Systems

The "child welfare system" is operated by government agencies that have a legal mandate to protect the safety of the child and to investigate allegations of child-abuse and childneglect, and that have oversight of adoptions, children in foster care, and reunification of children with their families. These services require practitioners (often private consultants) with expert competence in evaluating the child client, the relationship between the child and caregiver(s), the parent(s), and extended-family members. If the agency decides to keep the child in the family, the specialist might provide intervention services directly or supervise others in monitoring the child and caregiver(s). If the child is placed outside of the family, the specialist should assist in the selection of the fostercare or institutional setting or other options. The specialist in working with children is truly necessary in these settings.

3. Medical Healthcare

In medical healthcare, clinical social workers treat children—sometimes children who are quite ill or injured—in public health clinics, general and specialty hospitals, and the offices of private pediatric and family-practice groups. Pediatricians are often the first healthcare professionals to recognize that a child has a mental-emotional problem; and pediatricians often serve as "gatekeepers" for subsequent care, making referrals to clinical social workers or practitioners from other disciplines. The practitioner conducts assessments (developmental and family-needs), case-manages and integrates services, counsels or provides therapy, consults to and with other professionals, and advocates for individuals and for classes of children with chronic diseases. Many children need "integrated" care from an entire team, ranging from medical-surgical professionals to clinical social workers. A specialist interprets the medical experience (including jargon) to the child and family, and gives them emotional

support, while also informing the team about the clients' responses to treatments and to the illness itself. The practitioner is knowledgeable about trauma, acute and chronic medical illness, biological and genetic impacts, indications for psycho-pharmacological interventions, and the effects of medications on client functioning. In the area of genetic screening and testing, the practitioner provides parent(s)/caregiver(s) with guidance and support in dealing with findings relative to inherited disease and in caring for an affected child and siblings.

4. Schools

Of children with diagnosable mental disorders, 50-80 percent receives professional services in school. Public schools are responsible both for educating children in basic academic areas and for fostering their emotional and social growth toward productive life in society. Most schools have programs in nutrition, school daycare, screening and interventions for health and mental-health issues, and cultural enrichment and development of social competence. Practitioners' interventions with a student can address individual issues, peer groups, a classroom, or an entire school. The practitioner tends to focus on children for whom education has not been effective or is problematic, ranging from special-education students to immigrants and the homeless to truants and substance abusers. Children's developmental and familial needs are assessed, and therapeutic counseling may be provided to both children and their families (Woodruff et al., 1999). Public school-based practitioners facilitate cooperation between home and school (Constable & Walberg, 2002) and between schools and the community through activities like consulting with teachers, administrators, and other mental-health professionals, and assisting families to access resources for their children's well-being and success in education (Constable, McDonald, & Flynn, 2002).

5. Juvenile Justice and Courts

In the field of juvenile justice, clinical social workers help children who become involved in some context of crime or violence. While these children, like those in the child welfare system, can be removed from their families and placed in state facilities or foster care, often they are assigned to

probation in the community. In that case, the practitioner may provide direct and indirect services, often mental-health-related, to the targeted child and his/her family.

In court-related interventions, often initiated with children whose parents are divorcing, the practitioner may conduct custody evaluations of the child and his/her parent(s)-, caregiver(s) and family situation in order to advise the judge. A specialist practitioner might serve as a mediator who works with the parent(s)-caregiver(s) in the child's best interest, or might (in some states) serve as guardian ad litem to represent the child's interests when caregiver(s) cannot agree about what is best for the child. Having decided on custody and living arrangements, some courts appoint practitioners to serve as "parent coordinators" to work with the parent(s) to meet their children's needs and to advise the court while keeping the parent(s) out of the legal proceedings.

References

- ABECSW, Board of Directors (2003). *The advanced clinical social worker position statement* (rev. ed.). Salem, MA: ABECSW.
- Biestek, F.P. (1957). *The Casework Relationship*. Chicago: Loyola University Press.
- Corvin, S.A. & Wiggins, F. (1989). An antiracism training model for white professionals. *Journal of Multicultural Counseling & Development*, 17 (3), 105-114.
- Constable, R. & Walberg, H. (2002). Working with families. In R. Constable, S. McDonald & J. Flynn (Eds.), *School Social Work: Practice, policy and research perspectives* (5th ed.) (pp. 371-382). Chicago: Lyceum.
- Constable, R., McDonald, S. & Flynn, J. (2002). *School Social Work: Practice, policy and research perspectives*. Chicago: Lyceum.
- Klein, A.J. (Ed.) (2003). *Humor in Children's Lives: A guidebook for practitioners*. Westport, CT: Praeger Publishers/Greenwood Publishing.
- Mishne, J. (2000). *Clinical Work With Children*. New York: The Free Press.
- Oaklander, V. (2000). Short-term gestalt play therapy for grieving children. In H. Kaduson & C. Schaefer (Eds.), *Short-term play therapy for children* (pp. 28-29). New York: Guilford Press.
- Kazdin, A.E. (2000). *Psychotherapy for Children and Adolescents: Directions for research and practice* (p. 6). New York: Oxford Univ. Press.
- Perlman, H.H. (1979). *Relationship: The heart of helping people*. Chicago: University of Chicago.
- Richmond, M. (1965). *Social Diagnosis*. New York: Russell Sage. (Orig. publ. 1917.)
- Woodruff, D.W., Osher, D., Hoffman, C.C., Gruner, A., King, M.A., Snow, S.T., et al. (1999). *The Role of Education in a System of Care: Effectively serving children with emotional and behavioral disorders. Vol. III*. Washington DC: Center for Effective Collaboration and Practice, American Institutes for Research.
- Woods, M.E. & Hollis, F. (2000). *Casework: A psychosocial therapy*. Boston: McGraw Hill.

**Berufsbegleitender Masterstudiengang
Klinische Sozialarbeit – Master of Arts (MA)
Start des 6. Kurses im Sommersemester 2007**

wissenschaftliche Leitung:
Prof. Dr. Helmut Pauls (Coburg)
Prof. Dr. Brigitte Geißler-Piltz (Berlin)

**Klinische
Sozialarbeit**

Ist beratende
und
therapeutische
Sozialarbeit.

Sie wird
ambulant
(z.B. in Ber-
atungsstellen),
teilstationär
und
stationär
in vielen
sozialarbei-
terischen
Arbeitsfeldern
erbracht.

Im Mittelpunkt des Studiums stehen Theorien und Methoden der psycho-sozialen Beratung und soziotherapeutischen Intervention, der Prävention und Rehabilitation.

Das 6-semesterige Studium bereitet Sozialarbeiter/innen auf die wissenschaftlich fundierte klinisch-soziale Arbeit mit unterschiedlichem Klientel vor. Sie erwerben Expertise in der direkten Beratung und Behandlung, vertiefen kommunikative und systemische Kompetenzen (einschließlich gemeinde- und netzwerkorientierte Arbeit und Casemanagement) und erhalten vertieftes Wissen über Strukturen des Sozial- und Gesundheitswesens und der praxisorientierten Forschung.

Der Studiengang wird in Kooperation der Fachhochschule Coburg mit der Alice-Salomon-Fachhochschule in Berlin durchgeführt und findet zu gleichen Teilen an beiden Fachhochschulen statt.

Mit dem akkreditierten Masterstudium erwerben Sie die Qualifikation für den höheren Dienst und die Möglichkeit zur Promotion.

**Der neue Kurs beginnt zum Sommersemester 2007.
Bewerbungen sind ab sofort möglich.**

Nähere Informationen finden Sie unter
www.fh-coburg.de oder www.asfh-berlin.de
oder telefonisch durch
Frau Annemüller 09561-317 259 oder
Herrn Butzbach 030-99245 510

Weitere Informationen zur Klinischen Sozialarbeit finden Sie unter www.klinische-sozialarbeit.de