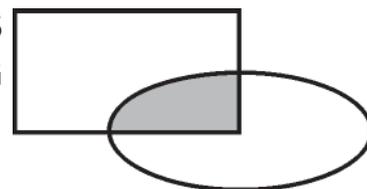


# KLINISCHE SOZIALARBEIT

ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHOSOZIALE PRAXIS  
UND FORSCHUNG



4. Jg. ■ Heft 4 ■ Oktober 2008

## Inhalt

### Themenschwerpunkt: Klinische Sozialarbeit und Neurowissenschaften

- 3 Editorial
- 4 *Michael Lux*  
Neurowissenschaftliche Aspekte  
Personenzentrierter Psychotherapie und Beratung
- 8 *Michael Stiels-Glenn*  
Neurowissenschaften und die Kriminologie
- 10 *Klaus Fetscher*  
Die Bedeutung neurowissenschaftlicher Aspekte  
in der Klinischen Sozialarbeit –  
am Beispiel der beruflichen Eingliederung von Menschen  
mit einer mesialen Temporallappenepilepsie (mTLE)
  
- 2 Hinweise: ECCSW-Mitgliederversammlung/Workshop im Oktober,  
DGS-Tagung im November 2008
- 2 Zu den AutorInnen dieser Ausgabe
- 2 Wissenschaftlicher Beirat und Impressum

## Herausgeber

- Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit
- Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit e.V.
- Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V.

DEUTSCHE  
GESELLSCHAFT FÜR  
SOZIALE ARBEIT



Forum für Wissenschaft und Praxis



## Zu den AutorInnen dieser Ausgabe

### Klaus Fetscher

Diplom-Sozialarbeiter und Diplom-Sozialpädagoge seit 15 Jahren. Er ist Leiter der Sozialberatung und der Fachstelle Arbeit im Schweizerischen Epilepsie-Zentrum in Zürich. Zur Zeit forscht er zu neurowissenschaftlichen Aspekten der Klinischen Sozialarbeit am Beispiel der beruflichen Eingliederung von Menschen mit einer mesialen Temporallappenepilepsie (mTLE).  
 Kontakt: [Klaus.Fetscher@swissep.ch](mailto:Klaus.Fetscher@swissep.ch)

### Michael Lux

Diplom-Psychologe, Diplom-Psychogerontologe, Gesprächspsychotherapeut. Er arbeitet als Neu-

ropsychologe und Psychotherapeut in einem neurologischen Rehabilitationszentrum in Baden-Württemberg. Seit Jahren beschäftigt er sich mit neurowissenschaftlichen Ansätzen.  
 Kontakt: [luxbw@yahoo.de](mailto:luxbw@yahoo.de)

### Michael Stiels-Glenn

Kriminologe und Polizeiwissenschaftler (M.A.), Dipl.-Sozialarbeiter, Klinischer Fachsozialarbeiter (ZKS). Er arbeitet in freier Praxis und behandelt als Psychotherapeut Straftäter. Als Supervisor ist er außerdem im Bereich der Psychiatrie und Forensik tätig.  
 Kontakt: [stiels-glenn@online.de](mailto:stiels-glenn@online.de)

## Ankündigung: MV & Workshop des ECCSW

### OKTOBER 2008: EUROPEAN CENTRE FOR CLINICAL SOCIAL WORK MITGLIEDERVERSAMMLUNG & WORKSHOP

Klinische Sozialarbeit bedarf eines kontinuierlichen Austauschs zwischen Theorie, Forschung und Praxis. Sie ist eine Handlungswissenschaft, deren Aufgabe in der Ausbildung und Anleitung von wissenschaftlich reflektierenden Praktikerinnen und Praktikern besteht. Das »European Centre for Clinical Social Work« (ECCSW) versteht sich als Schnittstelle zwischen Praktikerinnen/Praktikern und Hochschullehrerinnen/Hochschul Lehrern sowie wissenschaftlichen Gesellschaften, Hochschulen, Fach- und Berufsverbänden. Für den 25. Oktober 2008 möchte das European Centre for Clinical Social Work (ECCSW) zur Mitgliederversammlung und zum Workshop nach Berlin einladen. ECCSW-Mitglieder und an der Mitgliedschaft Interessierte können hier die Zukunft der Klinischen Sozialarbeit mitgestalten, ihre Anliegen an das ECCSW einbringen und ihre Interessenschwerpunkte verdeutlichen.

#### Zeit und Ort

Zeit: 25.11.2008, 13–17 h  
 Ort: St. Hedwig-Krankenhaus, Institut für Fort- und Weiterbildung, St. Michael-Stift, Raum St. Michael, Große Hamburger Str. 5-11, 10115 Berlin

#### ECCSW-Vorstand

Dipl.-Sozialpädagogin Uwe Klein  
 1. Vorsitzender  
 (Krankenhaus Hedwigshöhe, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Berlin)

Prof. Dr. Heinz Wilfing, DSA  
 stellv. Vorsitzender  
 (FH Campus Wien, Sozialraumorientierte und Klinische Soziale Arbeit, Studium Sozialarbeit im städtischen Raum)

Dr. Gernot Hahn  
 stellv. Vorsitzender  
 (Klinikum am Europakanal, Klinik für Forensische Psychiatrie, Erlangen)

Dr. Matthias Hüttemann M.A.  
 Schatzmeister  
 (FH Basel Nordwestschweiz, Hochschule für Soziale Arbeit, Institut Professionsforschung und kooperative Wissensbildung)

*Kontakt und Informationen:*  
 European Centre for Clinical Social Work  
 c/o Uwe Klein  
 Krankenhaus Hedwigshöhe  
 Höhensteig 1 – 12526 Berlin – Deutschland  
 Tel.: ++49 (0) 30 60 500 856  
 Fax: ++49 (0) 30 60 500 857  
 Email: [info@eccsw.eu](mailto:info@eccsw.eu)

## Ankündigung: Fachtagung der DGS

### NOVEMBER 2008: DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR SOZIALE ARBEIT SOZIALE ARBEIT ALS AKTEUR DER SOZIALPOLITIK

#### Wie die soziale Profession zu einer sozialen Politik beitragen kann

Wenn es um die Bearbeitung und Lösung der durch gesellschaftlichen Wandel und ungleiche Teilhabechancen hervorgerufenen sozialen Probleme geht, ist der Ruf aus Politik und Öffentlichkeit nach Abhilfe und kurzfristiger Befriedigung durch die Soziale Arbeit meist sehr laut. Unverhältnismäßig viel kleiner ist jedoch die Bereitschaft, die Stimmen der professionellen und wissenschaftlichen Akteure sowie der Betroffenen selbst zu hören und in Konzepte einer nachhaltigen, sozialen Politik einzubeziehen, die diesen Namen auch verdient. Auf der Jenaer Fachtagung soll es darum gehen, wie die Soziale Arbeit ihre fachlichen Potentiale stärker einbringen und ihre Kompetenz bei der Gestaltung und Weiterentwicklung des Sozialstaates nutzen und ausbauen kann. Wir wollen darüber sprechen, wie es trotz anhaltenden ökonomischen Drucks auf die öffentlichen Haushalte gelingen sollte, an dem Projekt einer sozial gerechten und menschenwürdigen sozialen Politik und Praxis festzuhalten und sich dafür wieder mehr Gehör bei den Bürgern und in der Politik zu verschaffen.

#### Vortragende

Prof. Dr. Heike Ludwig, FH Jena  
 Prof. Dr. Wolf Rainer Wendt, DGS  
 Prof. Dr. Michael Opielka, Jena  
 Prof. Dr. Thomas Oik, Halle  
 Prof. Dr. Albert Mühlum, Bensheim

#### Moderierte Workshops

- 1 Soziale Arbeit und Familienpolitik
- 2 Soziale Arbeit in der Alten- und Pflegepolitik
- 3 Soziale Arbeit, Jugendhilfe- und Bildungspolitik
- 4 Soziale Arbeit und Integrationspolitik/Migration/Wohnen
- 5 Soziale Arbeit und Beschäftigungspolitik

#### Zeit und Ort

Zeit: 28.11.2008, 12–21 h; 29.11.2008, 9–13 h  
 Ort: Fachhochschule Jena, Fachbereich Sozialwesen, Carl-Zeiss-Promenade 2, 07745 Jena  
 Kosten: 125 EUR. Für DGS-Mitglieder: 95 EUR, für Studierende: 30 EUR

*Kontakt und Informationen:*  
 Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit  
 Postfach 1129 – Schloßstraße 23 – 74370 Sersheim  
 Tel.: 0 70 42 / 39 48  
 Fax: 0 70 42 / 81 55-40  
 Email: [info@dgsinfo.de](mailto:info@dgsinfo.de), Internet: [www.dgsinfo.de](http://www.dgsinfo.de)  
 Anmeldeschluss: 31.10.2008

## Wissenschaftlicher Beirat

### Prof. Dr. Peter Buttner

Fachhochschule München

### Prof. Dr. emer. Wolf Crefeld

Evangel. Fachhochschule Bochum

### Prof. Dr. Heike Dech

Alice-Salomon-Fachhochschule Berlin

### 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

Deutscher 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 Soziale Arbeit e.V., Sektion Klinische Sozialarbeit

#### Redaktionsteam

Uwe Klein (Leitung)  
 Kirsten Becker-Bikowski  
 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](mailto:zks-berlin@ipsg.de)

#### Layout, Grafik & Schlussredaktion

Ilona Oestreich, Berlin

#### Druck

GREISERDRUCK GmbH & KoKG, 76437 Rastatt

#### Erscheinungsweise

viermal jährlich als Einlegeteilschrift in:  
 DVSG – FORUM sozialarbeit + gesundheit

#### ISSN

1861-2466

#### Auflagenhöhe

2350

#### 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.

Ich rede mich zurück und zugleich heraus, denn nichts wird mir unheimlicher und lästiger als das erinnernde Kind. Du hättest Dich ganz anders entwickeln können, stellt Fabian, mein Ältester, fest und denkt vermutlich an seine Patienten in der Kinderpsychiatrie. Es gab ohne Zweifel viele Möglichkeiten, antworte ich ihm, sicher auch einige üble, doch genau genommen hatte ich nur eine. Sagst du, sagt er. Das sage ich, sage ich. Er steht lachend neben mir, einen Kopf länger als ich, nimmt mich in den Arm, lässt mich so alt sein wie ich will, was er auch noch mit einem leisen »Ach, Alter« bestätigt. Die Kluft der Jahre ist für einen Augenblick überbrückt.

(Härtling, 2003, S. 10)

In den durch das autobiografische Gedächtnis zur Verfügung gestellten Spielräumen entsteht ein Zwiespalt zwischen für möglich gehaltenen Handlungsoptionen und -begrenzungen (vgl. Markowitsch & Welzer, 2005).

Eine rekonstruktiv sich verstehende Sozialarbeit nutzt das autobiografische Gedächtnis in mehrfacher Weise: in der identitätsschaffenden Selbstvergewisserung des Lebensgeschichtlichen, der lebensgeschichtlichen Mitteilung durch den Klienten im Kontakt, in der Beziehung zum Sozialarbeiter und im Begreifen aktueller Handlungsnotwendigkeiten auf einer historischen bzw. kontextuellen Folie.

Die beratende Aufgabe Klinischer Sozialarbeit befindet sich permanent in einem Spannungsverhältnis zwischen reflektierter Aktion und reflektiertem Aufschub.

Die im obigen Zitat aufgegriffene Frage der Determiniertheit menschlichen Handelns im Dreieck zwischen genetisch Vorbereitetem, gesellschaftlich Vorgegebenem und subjektiv Gestaltetem erfährt gegenwärtig in mehrfacher Hinsicht eine Renaissance. Die neurobiologische Forschung bestätigt in vielfacher Hinsicht theoretische Modelle der Entwicklung des Menschen,

die der frühen Kindheit, den intra- und interpsychischen Beziehungen und der Dialektik zwischen Individuum und Umwelt einen hohen Stellenwert beimessen. Zeitgleich findet in der Forschung eine Wahrnehmungserweiterung auf transgenerationale Prozesse statt.

Offensichtlich bedarf es bestimmter historischer Konstellationen und eines bestimmten Wiederholens von Erkenntnissen, damit Kontextwissen innerhalb von Wissenschaftlergemeinden wie auch öffentlich rezipierbar wird. Die komplizierte Aufgabe, auch und insbesondere für die Klinische Sozialarbeit, besteht darin, das komplexe Wissen über die Eckpunkte menschlichen Handelns verfügbar zu haben und zu einer professionellen Praxis in Relation zu setzen.

In seinem Artikel »Neurowissenschaftliche Aspekte Personenzentrierter Psychotherapie und Beratung« unterlegt Michael Lux diesen therapeutischen Ansatz mit Erkenntnissen aus der Neurobiologie. Die von Carl Rogers aufgeführten Basisvariablen einer hilfreichen therapeutischen Beziehung finden, so die Hypothese, ihre Entsprechung in hormonellen Prozessen, die bindungsunterstützend wirken.

Michael Stiels-Glenn setzt in seinem Beitrag »Neurowissenschaften und die Kriminologie« Essentials der aktuellen Ergebnisse der Neurowissenschaften und der Bindungsforschung ins Verhältnis. Er verdeutlicht, wie diffizil dieses Zusammenspiel mit Blick auf kriminologisch-forensische Fragestellungen hin zu bewerten ist bzw. wie sorgfältig und differenziert entsprechende Schlussfolgerungen auch ideologiekritisch zu betrachten sind.

»Die Bedeutung neurowissenschaftlicher Aspekte in der Klinischen Sozialarbeit am Beispiel der beruflichen Wiedereingliederung von Menschen mit einer mesialen Temporallappenepilepsie (mTLE)« behandelt Klaus Fetscher entlang einem laufenden Forschungsvorhaben. Bis dato zeigen sich deutliche

Zusammenhänge zwischen Problemen in sozialer Kognition und beruflicher Exklusion. Für die Klinische Sozialarbeit können diese Forschungsergebnisse perspektivisch in ein daraufhin angepasstes Beratungssetting mit folgerichtigen Unterstützungsleistungen in der beruflichen Reintegration münden.

»Wir können uns natürlich nie so weit von unserer subjektiven menschlichen Position distanzieren, daß wir unsere Existenz – sei es die biologische, sei es die intellektuelle – unbeteiligt betrachten könnten. ... Aber vielleicht können wir Erkenntnis gewinnen für die besonderen Schwächen und Unsicherheiten, denen wir ausgesetzt sind, und Wege zu ihrer leidlichen Bemeisterung finden, wenn wir mehr von den Tatsachen, insbesondere von der Tatsache einsehen gelernt haben, daß es dem Menschen nicht gegeben ist, eine »beste« Kultur zu haben, eine an der er endgültig genesen könnte, und daß das bestimmt nicht die eigene ist. Dafür sind die Würfel im Sinne des Dolloschen Gesetzes gefallen; wir sind endgültig Spezialisten der Unvollkommenheit. Der Mensch kommt nicht mit erbgenetisch verankertem Verhalten zur Welt, das ihn in allen entscheidenden Fragen des Lebens definitiv einer Umwelt zuordnet, sondern, wie wir eingangs sagten, ungebildet und unkultiviert. Er ist ein Neuling in jeder seiner Kulturen.«

(Mitscherlich, 1973, S. 18f.)

Für die Redaktion:

Uwe Klein

#### Literatur

- Härtling, P. (2003). *Leben lernen. Erinnerungen*. Köln: Kiepenheuer & Witsch.  
 Markowitsch, H. J. & Welzer, H. (2005). *Das autobiografische Gedächtnis. Hirnorganische Grundlagen und biosoziale Entwicklung*. Stuttgart: Klett-Cotta.  
 Mitscherlich, A. (1973). *Auf dem Weg zur vaterlosen Gesellschaft. Ideen zur Sozialpsychologie*. München: Piper.

# Neurowissenschaftliche Aspekte Personenzentrierter Psychotherapie und Beratung

Michael Lux

Innerhalb der Neurowissenschaften hat es in den letzten Jahren einen bedeutsamen Zuwachs an Erkenntnissen gegeben. Als Personenzentrierter Psychotherapeut und Neuropsychologe habe ich diese Entwicklungen mit großem Interesse verfolgt. Besonders faszinierend waren dabei für mich die auffallenden Parallelen zwischen Aussagen von Neurowissenschaftlern und den theoretischen Positionen des Personenzentrierten Ansatzes. Dieser wurde von Carl Rogers, einem der bedeutendsten Vertreter der humanistischen Psychologie und dem Pionier der Psychotherapieprozessforschung, vor mehr als 60 Jahren begründet. Als »neurowissenschaftlich fundierte Personenzentrierte Psychotherapie« habe ich dabei eine Möglichkeit für eine »Übersetzung« des Personenzentrierten Ansatzes in neurowissenschaftliche Begriffe vorgeschlagen (Lux, 2007). Im Folgenden sollen Beziehungen zwischen der Beratungs- und Therapietheorie des Personenzentrierten Ansatzes und neurowissenschaftlichen Grundlagenbefunden aufgezeigt werden. Die Wirksamkeit Personenzentrierter Psychotherapie und Beratung steht außer Frage, neurowissenschaftliche Grundlagenbefunde helfen jedoch, deren Wirkprinzipien zu verstehen.

## Die Therapie- und Beratungstheorie des Personenzentrierten Ansatzes

Wie Jürgen Kriz (nach Reinsch, 2007) betont, weist der Personenzentrierte Ansatz enge Beziehungen zu systemtheoretischem Denken auf. Personenzentrierter Psychotherapie und Beratung liegt danach die Annahme zugrunde, dass durch die Herstellung unspezifischer Umgebungsbedingungen, d.h. durch die Realisation von bestimmten therapeutischen Grundprinzipien, Selbstheilungsprozesse als Ausdruck der Selbstorganisation des Organismus möglich werden. Unter diesen Bedingungen bringt die Aktualisierungstendenz, die allen Lebewesen innewohnende motivationale Tendenz, sich zu erhalten und die in ihnen liegenden Potenziale zur Entfaltung zu bringen, neue, gesündere Ordnungsstrukturen des Organismus hervor. Das Vertrauen auf die Wirkung dieser Selbstorganisationsprozesse impliziert dabei eine Zurückhaltung gegenüber manipulativen und direktiven

Techniken. Es wird den Klienten nicht der Weg zur Lösung ihrer Probleme gezeigt, sondern es werden Bedingungen geschaffen, unter denen sie diesen Weg mit maximaler Selbstbestimmung finden können. Rogers (1957) hat die sechs notwendigen und hinreichenden Bedingungen für eine hilfreiche Beziehung spezifiziert. Sie können als das Grundgerüst der vielen Strömungen des Personenzentrierten Ansatzes betrachtet werden.

### 1 Therapeut und Klient befinden sich in Kontakt

Kontakt ist als Synonym für Beziehung zu verstehen und bedeutet, dass die Erfahrungsfelder von Therapeut und Klient sich gegenseitig beeinflussen, dass sich Therapeut und Klient gegenseitig emotional berühren. Die therapeutische Beziehung wird als ein System betrachtet, das durch vielfältige Wechselwirkungen und Rückkopplungsprozesse zwischen Therapeut und Klient geprägt ist. Im weiteren Verlauf werden dabei neurobiologische Grundlagen dieser Wechselwirkungen zur Sprache kommen.

### 2 Der Klient befindet sich in einer inkongruenten Verfassung

Im Personenzentrierten Ansatz wird angenommen, dass es zwei Ebenen des seelischen Funktionierens gibt. Auf der Ebene der Symbolisierungsprozesse werden Erfahrungen bewusst verarbeitet. Es wird allerdings nur ein geringer Teil der Erfahrungen symbolisiert, der Großteil bleibt außerhalb des Bewusstseins. Neben den symbolisierten, bewussten Erfahrungen wird deshalb auch eine Ebene der unbewussten, organismischen Prozesse angenommen. Dabei wird davon ausgegangen, dass aus der Gesamtheit der Erfahrungen der organismische Bewertungsprozess hervorgeht, der die Richtung der Aktualisierungstendenz anzeigt.

Inkongruenz bedeutet nun, dass wichtige Erfahrungsbereiche nicht exakt symbolisiert werden. Diese unterliegen der Wahrnehmungsabwehr und werden verzerrt symbolisiert oder verleugnet. Wahrnehmungsabwehr bewirkt somit, dass die Symbolisierungsprozesse keinen vollständigen Zugang zur Gesamtheit der Erfahrungen haben. Die über die Symbolisierungsprozesse erfolgen-

de Verhaltenssteuerung befindet sich dann nicht in Einklang mit dem organismischen Bewertungsprozess, was Auswirkungen auf die Integrität der Verhaltenssteuerung hat: »Wir begeben uns also bewusst in eine Richtung, während wir uns organisch in eine andere bewegen.« (Rogers, 1961/2004, S. 194) Inkongruenz ist spürbar. Sie wird z. B. als Angst, Spannung, Gereiztheit oder Irritation erlebt. Sie ist in der Sichtweise des Personenzentrierten Ansatzes der entscheidende Nährboden für die Entstehung von psychischen Störungen.

Die beiden im Personenzentrierten Ansatz angenommenen Ebenen psychischen Funktionierens korrespondieren gut mit neurowissenschaftlichen Konzepten (Lux, 2007). So kann angenommen werden, dass Symbolisierungsprozesse durch die expliziten Funktionssysteme des Gehirns ermöglicht werden, durch Arbeitsgedächtnis, autobiografisches Gedächtnis und Exekutivfunktionen. Die im Personenzentrierten Ansatz angenommenen unbewussten Erfahrungen entsprechen Vorgängen in den impliziten Funktionssystemen. Hierzu zählen z. B. die verschiedenen motivationalen und emotionalen Systeme des Gehirns. Implizite Systeme haben u. a. die Funktion, die Bedeutung von Ereignissen auf der Basis bisheriger emotionsbezogener Lebenserfahrungen zu bewerten. Neurowissenschaftler betonen die Wichtigkeit des Einbezugs impliziter Systeme in die über die expliziten Systeme erfolgende Verhaltenssteuerung (LeDoux, 2002; Damasio, 2003/2005; Roth, 2003). Sie weisen jedoch auch darauf hin, dass explizite und implizite Systeme ein geringes Ausmaß an neuronaler Verbundenheit haben. In Übereinstimmung mit dem Inkongruenzkonzept des Personenzentrierten Ansatzes wird die seelische Gesundheit des Menschen deshalb als durch eine Disharmonie und mangelnde Integration von expliziten und impliziten Systemen gefährdet betrachtet (LeDoux, 2002).

### 3 Der Therapeut ist kongruent in der therapeutischen Beziehung

Dies bedeutet, dass der Therapeut offen für alles ist, was er in der Beziehung mit dem Klienten erfährt, und dass er diese Erfahrungen symbolisieren kann. Er kann deshalb die Gesamtheit seiner Erfahrungen zum Verstehen des Klienten

nutzen. Kongruenz hat daneben auch einen Außenaspekt, der als Echtheit oder Transparenz bezeichnet wird. Echtheit meint, dass sich der Therapeut nicht hinter einer professionellen Fassade versteckt, sondern dass er dem Klienten so begegnet, wie er als Person in Wirklichkeit ist.

#### 4 Der Therapeut erlebt unbedingte Wertschätzung für den Klienten

Damit ist zum einen gemeint, dass der Therapeut allen Erfahrungen des Klienten eine Haltung der bedingungslosen Akzeptanz entgegenbringt. Diese bedingungslose Akzeptanz oder unbedingte Wertschätzung empfindet der Therapeut zum anderen auch für die Person des Klienten. Bedingungslose Wertschätzung meint nach Rogers (1959/1991, S. 35) »eine Person zu schätzen, ungeachtet der verschiedenen Bewertungen, die man selbst ihren verschiedenen Verhaltensweisen gegenüber hat«. Diese Zuneigung, eine nach Rogers besondere Form der Liebe, ist frei von Forderungen und geprägt von tiefem Respekt vor den Möglichkeiten der Selbstentfaltung und Selbstbestimmung des Klienten.

#### 5 Der Therapeut kann den Klienten von dessen inneren Bezugsrahmen her empathisch verstehen

Die Kongruenz des Therapeuten ist die Voraussetzung dafür, dass er das Erleben des Klienten empathisch verstehen kann. Empathie bedeutet nach Rogers (1959/1991, S. 37):

»Schmerz und Freude des anderen zu empfinden, gerade so wie er empfindet, dessen Gründe wahrzunehmen, so wie er sie wahrnimmt, jedoch ohne jemals das Bewusstsein davon zu verlieren, dass es so ist, als ob man verletzt würde oder als ob man sich freut«.

Empathie basiert nicht nur auf einer bewussten Perspektivenübernahme, sondern vor allem auf einem intuitiven Erspüren der inneren Verfassung des Gegenübers. Der Therapeut hört nicht nur auf die Worte des Klienten, sondern er versucht auch das zu er-spüren, was an emotionalem Gehalt am Rande des Bewusstseins des Klienten mitschwingt. Dieses Verstandene teilt er dem Klienten über die verbale und nonverbale Kommunikation mit.

#### 6 Der Klient kann zumindest ansatzweise wahrnehmen, dass der Therapeut ihn empathisch versteht und ihm mit unbedingter Wertschätzung begegnet

Wenn auch die sechste Bedingung gegeben ist, dann verändert sich der Klient in eine günstige Richtung, indem er die bislang abgewehrten Erfahrungen genauer symbolisiert. Bewusste und unbewusste Prozesse werden in Einklang gebracht, und es gelingt dem Klienten zunehmend besser, sich in seinen Erfahrungen zu verstehen. Unter diesen Beziehungsbedingungen ist der Klient in der Lage, aus sich selbst heraus Lösungen für seine Probleme zu finden. Er kann dann die Gesamtheit seiner psychischen Ressourcen zur Bewältigung der Herausforderungen des Lebens nutzen.

Ich will jetzt darauf eingehen, was aus neurowissenschaftlicher Perspektive zu den therapeutischen Grundprinzipien der Empathie, der Kongruenz und der unbedingten Wertschätzung gesagt werden kann. Grundsätzlich ist dabei zu beachten, dass diese Grundprinzipien untrennbar miteinander verflochten sind und wechselseitig voneinander abhängen.

#### ANZEIGE



**Masterstudiengang  
Klinische  
Sozialarbeit, M.A.**

**Beratung und Soziale  
Therapie**



Alice Salomon  
**HOCHSCHULE BERLIN**  
University of Applied Sciences



hochschule  
coburg university

**Berufsbegleitender Masterstudiengang auf dem Fachgebiet der psychosozialen Beratung**

**Start des 8. Kurses im Sommersemester 2009**

Klinische Sozialarbeit ist beratende und behandelnde Sozialarbeit. Sie wird ambulant, teilstationär und stationär in vielen sozialarbeiterischen Arbeitsfeldern erbracht, z.B. in Beratungsstellen, Vor- und Kernfeldern der Psychiatrie, in der Rehabilitation, in der Kinder-, Jugend- und Familienhilfe und der Krankenhaussozialarbeit.

**Das Masterprogramm ist akkreditiert und qualifiziert für den Höheren Dienst.**

<p>Studieninhalte:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Theorien, Interventions- und Forschungsmethoden und Evaluation</li> <li>• psycho-soziale Diagnose und Beratung</li> <li>• Soziale Therapie</li> <li>• Krisenintervention</li> <li>• Rehabilitation</li> <li>• Case Management</li> <li>• Qualitätssicherung</li> </ul>	<p>Weitere Informationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Durchführung in 10 Blockveranstaltungen pro Jahr</li> <li>• Expertise in Beratung und Behandlung, praxisorientierter Forschung und systemischen Management-Kompetenzen</li> <li>• Intensive Begleitung und Betreuung bei der Erstellung der Masterarbeit</li> <li>• International anerkannter Abschluss mit Promotionsmöglichkeit</li> </ul>
--	---

**Nähere Informationen finden Sie unter: [www.hs-coburg.de](http://www.hs-coburg.de) und [www.asfh-berlin.de](http://www.asfh-berlin.de)**  
**Weitere Informationen zur Klinischen Sozialarbeit: [www.klinische-sozialarbeit.de](http://www.klinische-sozialarbeit.de)**

## Grundprinzipien Personenzentrierter Psychotherapie und Beratung aus neuro- wissenschaftlicher Perspektive

### Einführendes Verstehen/Empathie

Es ist allgemein anerkannt, dass die Empathie des Therapeuten von großer Bedeutung für die Psychotherapie ist. In vielen Untersuchungen hat sich gezeigt, dass Empathie einen wichtigen Prädiktor für den Therapieerfolg darstellt. Nimmt der Klient den Therapeuten dagegen nicht als empathisch wahr, ist dies der wichtigste bekannte Risikofaktor für ausbleibenden Erfolg in der Psychotherapie (nach Marci et al., 2007).

Empathisches Verstehen bedeutet, dass der Therapeut sowohl auf die Gedanken als auch auf die Gefühle des Klienten achtet. Durch verbale und non-verbale Rückmeldung dessen, was der Therapeut vom Erleben des Klienten verstanden hat, gelangen kognitive und emotionale Prozesse in den Mittelpunkt der Therapie. Neurowissenschaftler gehen dabei davon aus, dass emotionale Prozesse für den Erfolg der Psychotherapie von entscheidender Bedeutung sind (Hüther, 2004).

Durch empathisches Verstehen wird erreicht, dass der Klient den bislang nicht oder ungenau symbolisierten Erfahrungen mehr Beachtung schenkt. Mit neurowissenschaftlichen Termini ausgedrückt, werden die expliziten Funktionssysteme des Klienten stärker auf die Prozesse in den impliziten Systemen ausgerichtet, und der Klient kann so die impliziten Vorgänge eher im Arbeitsgedächtnis repräsentieren. Dies wird ihm dadurch erleichtert, dass der Therapeut »implizite« Vorgänge am Rande des Bewusstseins des Klienten erfasst und diesem verbal und non-verbal zurückmeldet. Der Klient kommt auf diesem Weg zu einer schrittweisen Erkundung des Unbewussten. Indem er den impliziten Prozessen mehr Beachtung schenkt, werden diese in die expliziten Systeme integriert, und die Verbundenheit zwischen expliziten und impliziten Systemen wird gestärkt.

### Kongruenz und Empathie

Voraussetzung für empathisches Verstehen ist im Verständnis des Personenzentrierten Ansatzes die Kongruenz des Therapeuten, also sein Zugang zur Gesamtheit der Erfahrungen, die er in der Beziehung mit dem Klienten macht. Diese Erfahrungen stellen gewissermaßen die »Brücke« zum Erleben des Klienten dar.

Gerade was die Erforschung der Empathie angeht, haben die Neurowissenschaften in den letzten Jahren be-

deutsame Fortschritte erzielt. Diese hängen vor allem mit der Entdeckung der sogenannten Spiegelneurone zusammen (Gallese et al., 1996). Meiner Ansicht nach stehen diese Befunde völlig im Einklang mit Ansichten des Personenzentrierten Ansatzes.

Spiegelneurone werden sowohl dann aktiviert, wenn eine bestimmte Handlung ausgeführt wird, als auch, wenn die Ausführung dieser Handlung beobachtet wird. Sie erzeugen gewissermaßen eine Simulation des Beobachteten im Gehirn. Man nimmt an, dass sie die Grundlage für Modelllernen, Gefühlsansteckung und Empathie sind. Empathie wird aus dieser Perspektive möglich, weil Emotionen und Gefühle körperliche Reaktionen auf Emotionsauslöser darstellen und im Ausdrucksverhalten beobachtbar sind. Als Folge der Beobachtung der Gefühlsregungen einer anderen Person kann nun vermittelt über die Spiegelneurone eine Resonanz im Gehirn des Beobachtenden hervorgerufen werden, durch die die emotionale Situation des Gegenübers unmittelbar erfahrbar wird.

Solche Resonanzen werden in sozialen Interaktionen ständig erzeugt. Joachim Bauer (2005) weist beispielsweise auf Untersuchungen hin, die zeigen, dass bei der Betrachtung von Bildern von Personen mit einem lachenden oder verärgertem Gesichtsausdruck automatisch Muskelgruppen aktiviert werden, die beim Lachen bzw. Ärgerausdruck beteiligt sind. Dies ist auch dann der Fall, wenn die Gesichter so dargeboten werden, dass sie nicht bewusst wahrnehmbar sind.

Nach der Simulationstheorie der Empathie bieten diese Resonanzen einen Zugang zum Erleben des Gegenübers und ermöglichen so empathisches Verstehen. Bestätigt wird diese Theorie durch Befunde, wonach interindividuelle Unterschiede hinsichtlich der mit Fragebogen erfassbaren Empathiefähigkeit in Zusammenhang mit der Aktivierbarkeit der Spiegelneuronen-Systeme der Personen stehen (Jabbi et al., 2007). Feinen Antennen für andere Menschen entsprechen aus dieser Perspektive somit stark reagierende Spiegelneuronensysteme.

Resonanzprozesse sind in therapeutischen Gesprächen von enormer Relevanz. So wurde kürzlich in einer Untersuchung von Marci und Kollegen (2007) gezeigt, dass das Ausmaß der Übereinstimmung der Hautleitfähigkeit bei Therapeut und Klient während des Therapiegesprächs, die sogenannte Konkordanz, mit der vom Klienten erlebten Empathie des Therapeuten korreliert. Zudem war eine stark ausgeprägte Konkordanz assoziiert mit einem höheren Ausmaß an Solidarität und Wertschätzung in der therapeutischen Beziehung, was

auch darauf hinweist, dass die Grundprinzipien des empathischen Verstehens und der unbedingten Wertschätzung eng miteinander verknüpft sind.

### Akzeptanz/unbedingte Wertschätzung

Innerhalb der therapeutischen Situation ist eine Wirkung der Resonanzprozesse auch vom Therapeuten in Richtung des Klienten denkbar. Ich gehe davon aus, dass diese Prozesse bei dem beteiligt sind, was Reinhard Tausch (2001) als den Wirkfaktor »unsystematische Desensibilisierung« der Personenzentrierten Psychotherapie bezeichnet. Dies stelle ich mir folgendermaßen vor: Angenommen, der Klient setzt sich in einem Therapiegespräch mit einem Thema auseinander, das starke negative Emotionen in ihm hervorruft. Wenn nun der Therapeut ihm positiv zugewandt ist, ihn versteht und dennoch ruhig bleibt, weil er allen Erfahrungen des Klienten mit einer Haltung der Akzeptanz begegnet, so sollte dadurch beim Klienten eine Resonanz in Richtung auf mehr Ruhe erzeugt werden. Dies bietet einen zusätzlichen Erklärungsbaustein dafür, weshalb durch Gespräche mit Erinnerungen und Vorstellungen verbundene Emotionen und Gefühle geändert werden können, und stellt eine mögliche neurobiologische Basis für die unsystematische Desensibilisierung als Wirkfaktor der Personenzentrierten Psychotherapie und Beratung dar.

Der zwischenmenschliche Kontakt scheint – als »social-buffering-effect« – eine stress- und angstmindernde Wirkung zu haben (Kikusi et al., 2006). Hält z.B. bei der Konfrontation mit angstausslösenden Reizen der Ehemann die Hand seiner Frau, so erlebt diese subjektiv weniger Befindensbeeinträchtigungen; angstassoziierte Hirnstrukturen werden weniger stark aktiviert. Dieser Effekt verstärkt sich mit zunehmender ehelicher Beziehungsqualität (Coan et al., 2006). Die Autoren dieses Experiments vermuten hierbei eine Beteiligung von Oxytozin.

Oxytozin wird auch als »Bindungshormon« bezeichnet und hat eine Reihe von gesundheitsförderlichen Wirkungen (Uvnäs-Moberg, 2003). Außerdem wirkt es stressmindernd, ganz ähnlich wie dies bei sozialer Unterstützung der Fall ist (Heinrichs et al., 2003). Dieser stressmindernde Effekt hängt vermutlich mit einer deaktivierenden Wirkung von Oxytozin auf die Amygdala zusammen (Kirsch et al., 2005). Eine Verabreichung von Oxytozin fördert zudem das Vertrauen in andere Personen (Kosfeld et al., 2005).

Bauer (2007) weist darauf hin, dass bei allen Aktivitäten, die soziale Verbundenheit erzeugen, vermehrt Oxytozin freigesetzt wird. Auch emotionale Wär-

me, Liebe und Empathie bewirken nach Kerstin Uvnäs-Moberg (2003), einer der führenden Forscherinnen auf diesem Gebiet, die Ausschüttung von Oxytozin. Als sehr beeindruckend empfinde ich auch Befunde, wonach ein Verhalten, das Vertrauen in das Gegenüber signalisiert, bei diesem einen Anstieg des Oxytozin-Spiegels bewirkt (Zak et al., 2005). Vertrauenssignale scheinen dabei selektiv auf Oxytozin zu wirken, denn keines der anderen in dieser Untersuchung erfassten Hormone erklärte den genannten Zusammenhang.

Emotionale Wärme, Liebe in Form von unbedingter Wertschätzung, Empathie und Vertrauen sind charakteristische Merkmale des therapeutischen Beziehungsangebots in der Personzentrierten Psychotherapie und Beratung. Deshalb kann angenommen werden, dass hier beim Klienten eine verstärkte Oxytozin-Ausschüttung bewirkt wird. Folgende Wirkungen auf den Klienten erscheinen mir nahe liegend:

- 1 Vermittelt über eine erhöhte Oxytozinausschüttung sollte der Klient mehr Vertrauen haben und deswegen eher bereit sein, sich zu öffnen.
- 2 Aufgrund der mit Oxytozin verbundenen Deaktivierung der Amygdala kann sich der Klient mit weniger Angst, den bislang abgewehrten, bedrohlichen Erfahrungen zuwenden, und es wird ihm dadurch erleichtert, diese zu symbolisieren.
- 3 Die verminderte Bedrohlichkeit der Erfahrungen wird automatisch im impliziten Gedächtnis, dem »emotionalen Erfahrungsgedächtnis« (Roth, 2003), aufgezeichnet. Dadurch wird ein emotionales Umlernen im Sinne von Desensibilisierungsprozessen unterstützt.

### Transparenz/Echtheit

Wie bereits erwähnt, hat die Kongruenz auch einen Außenaspekt, der als Transparenz oder Echtheit bezeichnet wird. Damit ist gemeint, dass der Therapeut sich nicht hinter einer professionellen Fassade versteckt, sondern sich so zeigt, wie er als Person in Wirklichkeit ist. Sich nicht hinter einer Maske zu verstecken, stellt dabei meiner Ansicht nach ein Zeichen von Vertrauen in den Klienten dar und sollte bei diesem eine verstärkte Oxytozin-Freisetzung bewirken – mit den eben beschriebenen günstigen Effekten.

Auch aus der Perspektive der Spiegelneurone ist Transparenz bzw. Echtheit von Bedeutung. Wenn der Therapeut nur so tut, als ob er den Klienten akzeptiere oder schätze, er ihm aber eigentlich Desinteresse oder gar Ablehnung entgegenbringt, dann kann sich dieses »Implizite«, Unausgesprochene im Aus-

drucksverhalten des Therapeuten bemerkbar machen. Zu erwarten ist, dass dann beim Klienten vermittelt über dessen Spiegelneurone Resonanzprozesse ausgelöst werden, die für Irritation sorgen. Es erscheint deswegen als Irrweg, die therapeutischen Grundprinzipien als trainierbare Verhaltensmerkmale zu betrachten. Diese müssen stattdessen tief in der Person des Therapeuten verankert sein, damit sie ihre heilsame Wirkung entfalten können. In der Ausbildung von Personzentrierten Therapeuten und Beratern wird deshalb großer Wert darauf gelegt, dies zu überprüfen und gegebenenfalls zu fördern.

### Abschließende Bemerkungen

Die Neurowissenschaften beginnen beeindruckende Fähigkeiten des menschlichen Gehirns zu enthüllen, die uns in die Lage versetzen, mit anderen Personen auf einer Ebene jenseits der Worte und Gedanken in Kontakt zu treten. Wenn in Psychotherapie und Beratung diese Fähigkeiten zum Wohle des Klienten genutzt werden sollen, muss meiner Ansicht nach der Therapeut bereit sein, sich darauf einzulassen, als Person der Person des Klienten zu begegnen – »auf Augenhöhe«, wie es Gerald Hüther (2004) formuliert. Dazu bedarf es nicht der Anweisungen in einem Therapiemanual, sondern dies benötigt Raum für Spontaneität, die Bereitschaft, sich emotional berühren zu lassen und Achtsamkeit für die oftmals subtilen Erfahrungen in der therapeutischen Beziehung.

Der Personzentrierte Ansatz und humanistische Verfahren im Allgemeinen erfahren eine große Bestätigung durch die neurowissenschaftliche Grundlagenforschung. Allerdings sollte dabei nicht vergessen werden, dass neurowissenschaftliche Konzepte teilweise noch hypothetischen Charakter haben. Dies gilt zwangsläufig auch für die hier beschriebenen Beziehungen zur Personzentrierten Psychotherapie und Beratung. Diese Beziehungen empirisch zu überprüfen, erscheint, was den möglichen wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn anbelangt, als höchst reizvolle Aufgabe. Die hohe Kompatibilität des Personzentrierten Ansatzes mit den Neurowissenschaften mag erstaunen, da der Erfahrungshintergrund bei beiden Forschungsrichtungen völlig unterschiedlich ist. Gerade deswegen spricht ihre Übereinstimmung sowohl für die Qualität der neurowissenschaftlichen Theorien als auch der des Personzentrierten Ansatzes. Letztere stellen meiner Ansicht nach den besten Rahmen für eine Integration neurowissenschaftlicher Grundlagenbefunde im Hinblick auf Psychotherapie und Beratung dar.

Die Entwicklungen innerhalb der Neurowissenschaften werden mit unvermindert hoher Geschwindigkeit weitergehen. Diesen Entwicklungen können diejenigen, die am Personzentrierten Ansatz interessiert sind, erwartungsvoll entgegenblicken. Mit den Worten von Carl Rogers: The facts are friendly!

### Literatur

- Bauer, J. (2005). *Warum ich fühle, was Du fühlst* (4. Aufl.). Hamburg: Hoffmann & Campe.
- Bauer, J. (2007). *Prinzip Menschlichkeit* (4. Aufl.). Hamburg: Hoffmann & Campe.
- Coan, J. A., Schaefer, H. S. & Davidson, R. J. (2006). Lending a hand. Social regulation of the neural response to threat. *Psychological Science*, 17, 1032-1039.
- Damasio, A. R. (2005). *Der Spinoza-Effekt*. München: List. (Engl. Orig. erschienen 2003.)
- Gallese, V., Fadiga, L., Fogassi, L. & Rizzolatti, G. (1996). Action recognition in the premotor cortex. *Brain*, 119, 593-609.
- Heinrichs, M., Baumgartner, T., Kirschbaum, C. & Ehlert, U. (2003). Social support and oxytocin interact to suppress cortisol and subjective responses to psychosocial stress. *Biological Psychiatry*, 54, 1389-1398.
- Hüther, G. (2004). Psychotherapie und Beratung kann die Plastizität des Gehirns nutzen (Interview). *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung*, 35, 243-245.
- Jabbi, M., Swart, M. & Keysers, C. (2007). Empathy for positive and negative emotions in the gustatory cortex. *Neuroimage*, 34, 1744-1753.
- Kikusi, T., Winslow, J. & Mori, Y. (2006). Social buffering. Relief from stress and anxiety. *Philosophical Transactions of the Royal Society B*, 361, 2215-2228.
- Kirsch, P., Esslinger, C., Chen, Q., Mier, D., Lis, S., Siddhanti, S., Gruppe, H., Mattay, V. S., Gallhofer, B. & Meyer-Lindenberg, A. (2005). Oxytocin modulates neural circuitry for social cognition and fear in humans. *Journal of Neuroscience*, 25, 11489-11493.
- Kosfeld, M., Heinrichs, M., Zak, P. J., Fischbacher, U. & Fehr, E. (2005). Oxytocin increases trust in humans. *Nature*, 435, 673-676.
- LeDoux, J. (2002). *Synaptic Self*. New York: Penguin Putnam.
- Lux, M. (2007). *Der Personzentrierte Ansatz und die Neurowissenschaften*. München: Reinhardt.
- Marci, C. D., Ham, J., Moran, E. & Orr, S. P. (2007). Physiologic correlates of perceived therapist empathy and social-emotional process during psychotherapy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, 103-111.
- Reinsch, U. (2007). Plädoyer gegen Reduktionismus. Bericht über den Vortrag von Jürgen Kriz anlässlich der 7. Fortbildungstage der GwG. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung*, 38, 146-151.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- Rogers, C. R. (1991). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen* (3. Aufl.). Köln: GwG. (Amer. Orig. erschienen 1959).
- Rogers, C. R. (2004). *Entwicklung der Persönlichkeit*. Stuttgart: Klett-Cotta. (Amer. Orig. 1961).
- Roth, G. (2003). *Fühlen, Denken, Handeln. Wie das Gehirn unser Verhalten steuert* (neue, vollst. überarb. Ausg.). Frankfurt: Suhrkamp.
- Tausch, R. (2001). Wirkungsvorgänge in Patienten/Klienten bei der Minderung seelischer Beeinträchtigungen durch Gesprächstherapie. Eine empirisch begründete Theorie. In I. Langer (Hrsg.), *Menschlichkeit und Wissenschaft* (S. 523-548). Köln: GwG-Verlag.
- Uvnäs-Moberg, K. (2003). *The oxytocin factor. Tapping the hormone of calm, love, and healing*. Cambridge, MA: Da Capo Press.
- Zak, P. J., Kurzban, R. & Matzner, W. T. (2005). Oxytocin is associated with human trustworthiness. *Hormones and Behavior*, 48, 522-527.

# Neurowissenschaften und die Kriminologie

Michael Stiels-Glenn

Der Streit unter Psychiatern, Juristen, Pädagogen und Kriminologen um psychiatrische, biologische und soziologische Erklärungen für abweichendes Verhalten schwelt seit langem. Die Biologie und die so genannten Neurowissenschaften wurden und werden in diesem Diskurs von Vertretern der kritischen Kriminologie häufig als »biologistisch vereinfachend« angegriffen.

Aber auch anwendungsorientierte Kriminologen wissen mit den Erkenntnissen der Hirnforschung noch wenig anzufangen. Zu komplex erscheinen die Verfahren, zu groß die Phantasien, über wie viel medizinische und technische Kenntnisse man verfügen muss, um auch nur im Ansatz verstehen zu können, was hinter den »bunten Bildchen« steckt. Um Praktikern im Feld der Täterbehandlung einen Zugang zu diesem Diskurs zu ermöglichen, sollen hier in verständlicher Sprache und unter Rückgriff auf deutschsprachige Quellen einige Hinweise gemacht werden, welche Relevanz die Neurowissenschaften für Kriminologie, Psychologie und Klinische Sozialarbeit im Feld der Behandlung von Straftätern haben können.

Neurowissenschaften sind selbst interdisziplinär, hier kommen Medizin, Molekularbiologie, Physiologie zusammen hochmodernen Techniken und mit ausgefuchsten Untersuchungsdesigns. Wer sich mit dem menschlichen Gehirn und seiner Funktionsweise beschäftigt, lernt rasch, dass das Gehirn weder nach simplen kausalen Kriterien funktioniert noch determiniert ist durch Erbanlagen oder die Art seiner Beschaffenheit. Der Aufbau und die Funktion dieses wichtigen Organs erschließt sich aus der Evolutionsbiologie, der Emotionsforschung und der Entwicklungspsychologie. Nur in der Zusammenschau von Anlage und Umwelt, von »nature and nurture« ist zu verstehen, wie menschliches Verhalten entsteht und wodurch es begrenzt wird.

Hier kommt der Diskurs um die Freiheit der Willensentscheidung zum Tragen, der die Debatte zusätzlich anheizt. Einige Hirnforscher (z.B. Eiger et al., 2004; Singer, 2003, 2004; Roth, 2001) sind rastlos auf der Suche nach besonderen Hirnstrukturen, die straffälliges Verhalten erklären sollen. Von den Medien begeistert aufgegriffen werden Slogans wie: »Nicht der Mensch mordet, sondern sein Gehirn!« Daraus werden vorschnelle Rückschlüsse über das Ende des Strafrechts gezogen. Ein gefährlicher Diskurs wird unterlegt, nach

dem Menschen nicht mehr bestraft werden sollten für das, was sie in der Vergangenheit getan haben, sondern für das, was ein gestörtes Gehirn in der Zukunft noch anrichten könnte. Damit werden kriminalpolitische Bestrebungen in der Risikogesellschaft unterstützt, das Schuldstrafrecht durch ein sog. Präventionsstrafrecht abzulösen.

Dabei sind die Auswirkungen der Erkenntnisse der Neurowissenschaftler auf das Strafrecht längst nicht so spektakulär wie Moderatoren von Talk-Shows und Medienvertreter glauben: Wenn nur das Gehirn Straftaten begeht und nicht der Mensch, dem es gehört, dann könnte man ja das Gehirn einsperren – leider hängt der Mensch irgendwie an diesem Organ. Zum anderen haben auch die Menschen Gehirne, die nicht mit Straftaten auffallen. Also bleibt die Frage offen, was mit den Gehirnen von Straftätern ist. Neben den wenigen Neurowissenschaftlern, die diesen Medien»hype« bedienen, gibt es viele andere Neurowissenschaftler, die ganz anders argumentieren: Für sie ist das Gehirn das größte Sozialorgan des Menschen. Sie kommen in ihren Studien zum Ergebnis, dass Gene und Umwelt zusammenspielen. Der Scheinantagonismus zwischen »Nature or Nurture« ist bei Spitzer (2004), Hüther (2002, 2004), Bauer (2006), Damasio (1999, 2003a, 2003b) und Ledoux (2004) längst aufgelöst zugunsten eines »Nature and Nurture.« Sowohl Veranlagungen, Dispositionen als auch die Umwelt (bei Menschen durch das Lernen und das soziale Miteinander vermittelt) sorgen für die spezifische und einzigartige individuelle Entwicklung. Dabei steuert die Umwelt vom ersten Tag der menschlichen Existenz an die Genexpression (Hüther & Krens, 2006). Bereits bei seiner Geburt ist das Baby geprägt vom intrauterinen Milieu und seinen sinnlichen Eindrücken dort – die es allerdings noch nicht sprachlich kodieren kann und die deshalb in Form von Reaktionsbereitschaften und Körperspannungen gespeichert wurden. Die individuellen pränatalen Erfahrungen sorgen auch dafür, dass sich Menschen ähneln, aber nie gleich sind. Auch die Ergebnisse der Geschwister- und Zwillingsforschung erscheinen in diesem Licht neu. Spitzer (2004, S. 107) beschreibt, wie sich Genetik und Umwelt ergänzen, weshalb ich ihn ausführlicher zitiere:

»Wonach auch immer man schaut, Körpergröße, Gewicht, Intelligenz, Blutdruck oder rechtsradikale Gesinnung:

Man findet einen Anteil der Genetik an der Variabilität des Merkmales von 30 bis 60 Prozent. Schaut man genauer hin, so ist es nicht der Inhalt, sondern die Form, die deutlich auf eine Anlage zurückgeht: Was einer gern isst, hängt von seiner Kinderstube und den Gewohnheiten seiner Familie ab, sein Körpergewicht hingegen ist stark genetisch bestimmt. ... Welcher politischen Gesinnung einer angehört oder welcher Religion, ist ebenfalls eine Frage seiner Umgebung in Kindheit und Jugend. Ob er jedoch seine politische bzw. religiöse Gesinnung radikal verfolgt oder nicht, hängt eher von den genetischen Anlagen ab. Bei der Intelligenz liegen die Dinge vielleicht am deutlichsten: Der IQ ist zu 50% genetisch bedingt, wie Zwillingsstudien gezeigt haben. Dies lässt jedoch einen erheblichen Einfluss der Umgebung zu, und dieser hängt wiederum davon ab, welche Gruppe man betrachtet.

Wächst man unter ungünstigen (ökonomischen, MSG) Umständen auf, dann besteht eine nicht geringe Chance, schlecht gefördert zu werden oder vielleicht sogar an Mangelernährung, zu viel Blei im Trinkwasser, zu wenig Vitaminen etc. zu leiden. Daraus ergibt sich unmittelbar, dass der IQ von Kindern aus niedrigen sozioökonomischen Schichten vor allem durch die Umwelt geprägt ist. Kommt man dagegen aus der Mittelschicht, dann ist der IQ vor allem von den Genen der Eltern abhängig. Man kann sich dies wie folgt erklären: Sind einmal die wesentlichen Voraussetzungen für die Entwicklung gegeben, so macht es kaum einen Unterschied, ob man die richtige Dosis an Vitamin C zu sich nimmt oder die doppelte Dosis. Es herrscht kein Mangel, und damit ist die Umgebung nicht mehr so wichtig. Hieraus ergibt sich im Grunde unmittelbar, dass soziales Engagement sich vor allem dort lohnt, wo es am meisten gebraucht wird: bei den ganz Armen.«

Die ständige Interaktion zwischen dem Baby und seinen Bezugspersonen sorgt dafür, dass in den Gehirnen von Eltern und Kind sich sehr früh neuronale (Erfahrungs-)Muster und Beziehungsrepräsentationen ausbilden: Menschen erleben in der Interaktion, wer und wie sie selbst sind und wie die Anderen sind. Entlang dieser frühen Erfahrungen vernetzen sich die Neuronen im Gehirn. Entlang der bereit angelegten synaptischen Verbindungen verlaufen die folgenden Erfahrungen. Je öfter

diese Bahnen benutzt werden, umso stabiler werden sie; je stabiler sie sind, umso öfter werden sie benutzt. Diese frühen Muster legen stabil fest, wie ein Kind die Welt sieht. Diese Erkenntnisse der Neuwissenschaften decken sich überraschend weitgehend mit denen der Säuglings- und der Bindungsforschung (Stern, 1998; Papousek, 1994; Papousek et al., 2004). Die Minnesota-Studie (Sroufe et al., 2005) zeigt als prospektive Langzeitstudie an 180 Kindern aus Risikofamilien über einen Zeitraum von 30 (!) Jahren, dass frühe Erfahrungen – einfach weil sie früh auf das Individuum treffen – besondere Wirkungen haben. Spätere Veränderungen sind möglich, aber die frühen Strukturen bleiben leider oft bestehen. Entwicklung ist nach dem heutigen Wissen weder das (von außen unabhängige) Reifen innerer Anlagen noch die (von innen unabhängige) Prägung durch äußere Einflüsse, sondern ein komplexer, interaktiver Prozess zwischen Kind/Jugendlichen und seiner sozialen Umgebung, wobei im Verlauf der Zeit das Kind eine immer aktivere Rolle bei der Gestaltung der eigenen Entwicklung spielt. Dabei sind die vorher gemachten Erfahrungen stets die Eingangsbedingungen für das Handeln in neuen Situationen. Auch hier wird deutlich: Entwicklung ist kein linearer, kausaler Prozess, sondern ein hochkomplexer Vorgang (Haken & Schiepek, 2006).

Das Gehirn ist ein Sozialorgan, das sich im Verlauf der Evolution dahin entwickelte, dass es seinen Träger bezogen auf Gruppen, in denen das Individuum lebt, nicht nur überleben lässt, sondern seine soziale Stellung (und deren potenzielle Verbesserung) stets mit berücksichtigt. Lernen spielt bei der Entwicklung des Gehirns und seiner alltäglichen Funktion eine überragende Rolle. Dabei widmen Neurowissenschaftler den Gefühlen eine höhere Aufmerksamkeit als in der bisherigen Psychologie. Besonders für die Arbeit mit Straftätern gilt es, die Emotionen stärker zu berücksichtigen und Tätern zu helfen, sich selbst zu steuern. Ist bereits das Verstehen des Individuums eine komplexe Angelegenheit, so gilt dies vermehrt für Gruppen (Milovanovic, 1996). Bereits heute wird die Reichweite von Ergebnissen neurowissenschaftlicher Studien für die Kriminologie durch einige Studien über Gewalttäter und pädosexuelle Patienten deutlich: Veränderungen in den Hirnstrukturen und in der Funktionsweise bei Gewalttäter mit Hirnverletzungen, aus denen sich erhebliche Reizbarkeit ergibt (ein bekanntes Fallbeispiel aus Deutschland ist Ulrike Meinhof, deren Charakter sich nach einer schweren Hirnoperation veränderte) oder bei pädophilen Patienten werfen neue Forschungsfragen

auf. Die Entwicklung steht hier noch am Anfang, die Fragestellungen der ersten Studien sind nicht originär kriminologisch-forensisch. Es bleibt unklar, ob abweichendes Verhalten die Folge von pathologischen Hirnveränderungen ist oder ob die geschilderten Veränderungen im Gehirn das Ergebnis abweichenden Verhaltens sind. Die Ergebnisse sind erste Hinweise, das betonen alle Autoren. Sie sind höchstens gruppenstatistisch relevant und machen keine Aussagen über Individualprognosen bei Tätern. Trotzdem sind die Ergebnisse so interessant, dass man sie im Feld der Täterbehandlung zur Kenntnis nehmen sollte.

#### Quellen und weiterführende Literatur

- Bauer, J. (2006). *Warum ich fühle, was du fühlst. Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone*. Hamburg: Hoffmann und Campe.
- Damasio, A. (1999). *Descartes Irrtum* (4. Aufl.). München: List.
- Damasio, A. (2003a). *Ich fühle, also bin ich* (4. Aufl.). München: List.
- Damasio, A. (2003b). *Der Spinoza-Effekt*. München: List.
- Eiger, C., Friederici, A., Koch, C., Luhmann, H., Malsburg, C. von der, Menzel, R., Monyer, H., Rösler, F., Roth, G., Scheich, H. & Singer, W. (2004). Das Manifest. Elf führende Neurowissenschaftler über Gegenwart und Zukunft der Hirnforschung. *Gehirn&Geist*, 6. Online-Publikation. Verfügbar unter: [http://www.gehirnundgeist.de/blatt/det\\_gg\\_manifest](http://www.gehirnundgeist.de/blatt/det_gg_manifest) [27.08.2008].

- Haken, H. & Schiepek, G. (2006). *Synergetik in der Psychologie. Selbstorganisation verstehen und gestalten*. Göttingen: Hogrefe.
- Hüther, G. (2002). *Biologie der Angst*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hüther, G. (2004b). *Bedienungsanleitung für ein menschliches Gehirn* (4. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hüther, G. & Krens, I. (2006). *Das Geheimnis der ersten neun Monate. Unsere frühesten Prägungen* (4. Aufl.). Düsseldorf: Patmos.
- LeDoux, J. (2004). *Das Netz der Gefühle* (3. Aufl.). München: dtv.
- Milovanovic, D. (1996). Postmodern Criminology. Mapping the Terrain. *Justice Quarterly*, 13 (4), 567-609.
- Papousek, M. (1994). *Vom ersten Schrei zum ersten Wort. Anfänge der Sprachentwicklung in der vorsprachlichen Kommunikation*. Bern: Huber.
- Papousek, M., Schiepek, M. & Wurmser, H. (2004). *Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen*. Bern: Huber.
- Roth, G. (2001). *Fühlen, Denken, Handeln. Wie das Gehirn unser Verhalten steuert*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Singer, W. (2003). *Ein neues Menschenbild? Gespräche über Hirnforschung*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Singer, W. (2002). *Der Beobachter im Gehirn. Essays zur Hirnforschung*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Spitzer, M. (2004). *Selbstbestimmen. Gehirnforschung und die Frage: Was sollen wir tun?* Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- Sroufe, A., Egeland, B., Carlson, E. A. & Collins, A. (2005). *The Development of the Person. The Minnesota Study of Risk and Adaption from Birth to Adulthood*. New York: Guilford.
- Stern, D. N. (1998). *Die Mutterschaftskonstellation*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stiels-Glenn, M. (2007). *Die Bedeutung der Neurowissenschaften für die Kriminologie*. Bochum: Felix. (Bochumer Masterarbeiten.)

#### ANZEIGE

## AUSBILDUNG ZUM KINDER- UND JUGENDLICHEN-PSYCHOTHERAPEUTEN

### Institut für Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie Heidelberg e.V.

- Staatlich anerkanntes Ausbildungsinstitut der VAKJP
- Erwerb der Approbation
- Erwerb zweier Fachkundenachweise (in analytischer und tiefenpsychologisch fundierter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie) in verkürzter Ausbildung



#### Zugelassen werden:

Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Pädagogen, Heilpädagogen, Erziehungswissenschaftler und Psychologen.  
Die Ausbildung kann berufsbegleitend absolviert werden und dauert ca. 5 Jahre.

Nähere Informationen unter [www.akjp-hd.de](http://www.akjp-hd.de)

# Die Bedeutung neurowissenschaftlicher Aspekte in der Klinischen Sozialarbeit

## am Beispiel der beruflichen Eingliederung von Menschen mit einer mesialen Temporallappenepilepsie (mTLE)

Klaus Fetscher

Im vergangenen Jahrzehnt hat ein dramatischer Anstieg von Veröffentlichungen im Bereich der Neurologie, Neurobiologie und Neuropsychologie für viel Diskussionsstoff in der Fachwelt und beim interessierten Laien gesorgt. Reißerische Artikel verschiedener Printmedien, in denen beispielsweise behauptet wird, man könne heute dem Gehirn beim Denken zusehen, sorgen gleichwohl für Faszination wie auch Unbehagen – je nachdem, was man von einem solchen Gedanken hält.

Die Frage der Relevanz neurowissenschaftlicher Aspekte innerhalb der psychosozialen Beratung und der soziotherapeutischen Begleitung und Behandlung von Epilepsiepatienten stellt sich zumindest nicht auf den ersten Blick. Mit einem ressourcenorientierten Ansatz können Klienten mit ihren Anliegen beraten und diese zielgerichtet auf die gewünschten Veränderungen hin bearbeitet werden. Grenzen in der Umsetzung einer Intervention, die sich einerseits aus der Rat suchenden und gebenden Person, andererseits aus gesellschaftspolitischen Rahmenbedingungen ergeben, müssen zunächst einmal hingenommen werden. Dringt man als beratende Person in einem interdisziplinär arbeitenden Kontext jedoch tiefer in die medizinischen Aspekte ein, stellt man fest, dass bestimmte Klientinnen und Klienten sich auch aufgrund spezifischer, hirnorganischer Gegebenheiten stark hinsichtlich ihrer Möglichkeiten unterscheiden, am gesellschaftlichen Leben zu partizipieren. Speziell bei Epilepsiepatienten mit organischer Beeinträchtigung jener Hirnregionen, die wichtig sind für soziale Kognition und interpersonalen Kon-

takt (wie die limbische Region, die u.a. Hippocampusformation und Amygdala beherbergt, vgl. Abb. 2), stellt sich in Bezug auf ihre berufliche Integration die Frage, ob sie nicht von spezifischen Anpassungen im Beratungssetting und vor allem in der Interventionsplanung und -umsetzung profitieren könnten.

Als auf berufliche Integrationsfragen spezialisierter Sozialarbeiter im Schweizerischen Epilepsie-Zentrum in Zürich fiel dem Autor auf, dass Menschen mit der Diagnose einer mesialen Temporallappenepilepsie überdurchschnittlich häufig von beruflicher und gesellschaftlicher Exklusion betroffen sind. Insbesondere diejenigen, die bei einem spezifischen, neuropsychologischen Test (Faux Pas Test) trotz durchschnittlicher Intelligenz schlecht abgeschnitten hatten, d.h. mehr Probleme in der sozialen Kognition aufwiesen, zeigten – zumindest in einer ersten, subjektiven Einschätzung – oft beruflichen Misserfolg. Die für die Masterabschlussarbeit des Autors auf das Berufsleben von mTLE-Patienten fokussierenden Forschungshypothesen beschäftigen sich deshalb einerseits mit Fragen zu interpersonalen Problemen, andererseits mit persönlichkeitsbezogenen Fähigkeiten wie Vorausgabebereitschaft, Perfektionsstreben und Resignationstendenz bei Misserfolg.

### Mesiale Temporallappenepilepsie (mTLE)

Mesiale (d. h. zur Mitte hin, innen liegende) Temporallappenepilepsien sind die häufigsten fokalen Epilepsien. Sie sind charakterisiert durch wiederkehrende einfach- und komplex-fokale sowie sekundär generalisierte Anfälle, die ihren Ursprung im mesialen Temporallappen haben (Abb. 1). Der mesiale Temporallappen besteht aus Hippocampus, Amygdala sowie parahippocampalen Regionen (Abb. 2). Intrazerebrale EEG-Ableitungen weisen darauf hin, dass mesiale Temporallappenanfälle ihren Ursprung in einzelnen dieser Strukturen haben können, so beispielsweise im Hippocampus, der Amygdala oder dem parahippocampalen Gyrus (Maldonado et al., 1988; Quesney, 1986; Spencer & Spencer, 1994; Roost et al., 1998). Bei einem Großteil der Patienten geht eine mTLE mit einer charakteristischen strukturellen Schädigung mesiotemporaler

Strukturen, einer sog. mesiotemporalen Sklerose, einher. Darunter werden strukturelle Veränderungen mit Neuronenverlust und Gliose (vermehrte Faserbildung im Gehirn, meist Narbengewebe nach verschiedenartigsten Schädigungen) verstanden, die Hippocampus, Amygdala und parahippocampale Regionen betreffen können. Als mögliche Auswirkungen einer mTLE können neuropsychologische Beeinträchtigungen auftreten wie funktionelle Störungen (hirnelektrische Veränderungen, Veränderungen im Blutfluss und im Metabolismus), die Gedächtnisdefizite mit sich bringen, aber auch Veränderungen im Verhalten. Ist neben dem Temporallappen noch die Amygdala betroffen, kann die Verarbeitung sozialer Informationen zusätzlich beeinträchtigt sein (Adolphs, 2003a; Stone et al., 2003). Die häufig auftretenden strukturellen und funktionellen Auffälligkeiten in der Amygdala legen nahe, dass es im Verlauf einer mTLE zu Defiziten im Bereich der sozialen Kognition kommen könnte.

### Soziale Kognition

Übereinstimmend mit der anatomischen Heterogenität scheint die Amygdala komplexe Funktionen zu übernehmen. Zahlreiche Human- und Tierstudien wiesen auf eine zentrale Rolle der Amygdala in der Verarbeitung motivationaler, emotionaler und sozialer Informationen hin. Es konnte gezeigt werden, dass die Amygdala sowohl an appetitivem und aversivem sowie an gelerntem (z.B. durch Konditionierung) und angeborenem motiviertem Verhalten beteiligt ist (für einen Überblick über Funktionen der Amygdala siehe Aggleton, 2000; Sah et al., 2003; Shinnick-Gallagher et al., 2003). Aufgrund eines Literaturüberblicks stellte Adolphs (2003b) die Hypothese auf, dass diese Struktur ursprünglich möglicherweise domänenübergreifend der Verarbeitung motivationaler Information gedient haben könnte. Ihre Funktion bei Primaten und insbesondere beim Menschen könnte sich jedoch weiterentwickelt haben zur Verarbeitung eines spezifischen Bereichs motivationaler Information: der sozialen Information. Die Amygdala scheint anatomisch angepasst positioniert zu sein, um sozial relevante Information effizient zu verarbeiten (Brothers, 1997; Everitt & Robbins, 1992;

#### Epilepsie

Epileptische Anfälle sind Ausdruck einer Funktionsstörung des Gehirns. Dabei kommt es zu ungewöhnlich heftigen, gleichzeitigen elektrischen Entladungen von Nervenzellverbänden im Großhirn, die die normale Funktion der betroffenen Nervenzellen vorübergehend unterdrücken.

Ein epileptischer Anfall ist nicht zwangsläufig Ausdruck einer Krankheit. Etwa 5% aller Menschen erleiden im Laufe ihres Lebens einen epileptischen Anfall, aber nur bei knapp 1% entwickelt sich eine Epilepsie. Es gibt mehr als zehn Formen epileptischer Anfälle und noch weitaus mehr Formen von Epilepsien. Die Abstände zwischen den einzelnen Anfällen können zwischen Sekunden und Jahren oder sogar Jahrzehnten schwanken.

Halgren, 1992; Rolls 2000). Eine Vielzahl an Forschungsergebnissen weist somit auf die Bedeutung der Amygdala für eine normale soziale Entwicklung sowie normgerechtes soziales Verhalten hin (vgl. Adolphs, 2003b; Stone et al., 2003). Studien von Klüver und Bucy (1937) sowie Nachfolgeuntersuchungen bestätigen, dass Primaten mit Amygdala-Läsionen schwerwiegende Auffälligkeiten im Sozialverhalten zeigen, wobei diese in der Wildnis zu sozialer Isolation und zum Tod führen können (Aggleton & Passingham, 1981; Amaral, 2003; Emery et al., 2001). In bildgebenden Untersuchungen und Läsionsstudien bei Menschen wurde gezeigt, dass die Amygdala beteiligt ist an der Wahrnehmung und Beurteilung sozialer Stimuli, an der Art, über solche nachzudenken und darauf aufbauend Entscheidungen zu treffen und Verhalten zu lenken. Unter anderem scheint die Amygdala beim Menschen an Prozessen beteiligt zu sein, die sog. »Theory of Mind«-Fertigkeiten zu Grunde liegen.

### Theory of Mind (ToM)

Vor 30 Jahren führten Premack und Woodruff (1978) in einem Artikel über die kognitive Leistungsfähigkeit nicht-menschlicher Primaten den Begriff »Theory of Mind« ein und legten damit den Grundstein für die moderne Erforschung dieses Bereichs sozialer Kognition. Der Begriff »Theory of Mind« beschreibt die Fähigkeit, sich selbst und anderen bestimmte geistige Zustände wie Wissen, Absichten, Überzeugungen und Wünsche zuzuschreiben und damit das Verhalten anderer vorherzusagen und zu erklären. »ToM ist der Versuch, andere und ihre Absichten zu verstehen und dadurch unser eigenes Verhalten vernünftig anzupassen.« (Förstl, 2007, S. V) Seit der Arbeit von Premack und Woodruff (1978) ist dieser Bereich innerhalb der Psychologie, Ethnologie, Philosophie und Neurowissenschaften ein wichtiges Forschungsgebiet geworden. Als ToM-verwandte Leistungen und Konzepte gelten Empathie, Mimesis (Imitation), Hermeneutik und Soziale Intelligenz (Förstl, 2007).

### Zur Diagnostik von Problemen Sozialer Kognition

Nachdem bei Patientinnen und Patienten mit einer mTLE die Bereiche Gedächtnis, Sprache und exekutive Funktionen in den vergangenen Jahren bereits intensiv beforcht und Untersuchungen im Bereich höherer Funktionen der sozialen Kognition dabei eher vernachlässigt wurden, begann man, sich innerhalb der neuropsychologischen Abteilung des Schweizerischen Epilepsie-Zentrums mit diesen Fragen

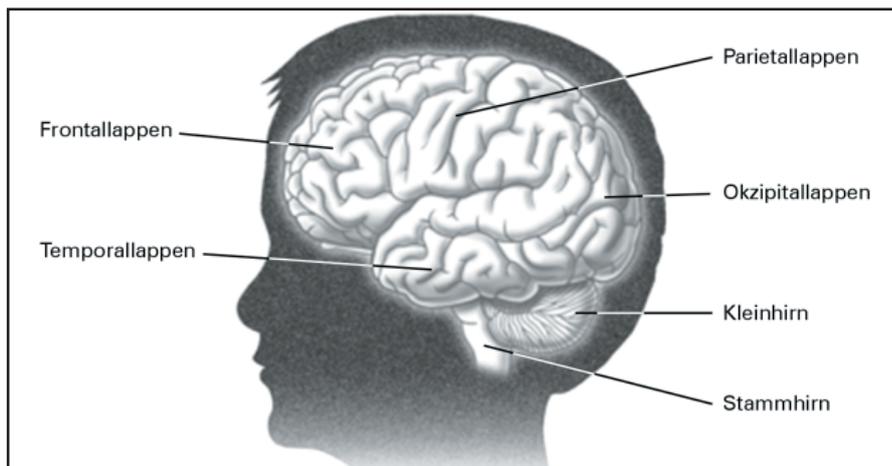


Abbildung 1: Die Gehirnlappen  
Grafik: © Posit Science Corporation, www.BrainConnection.com

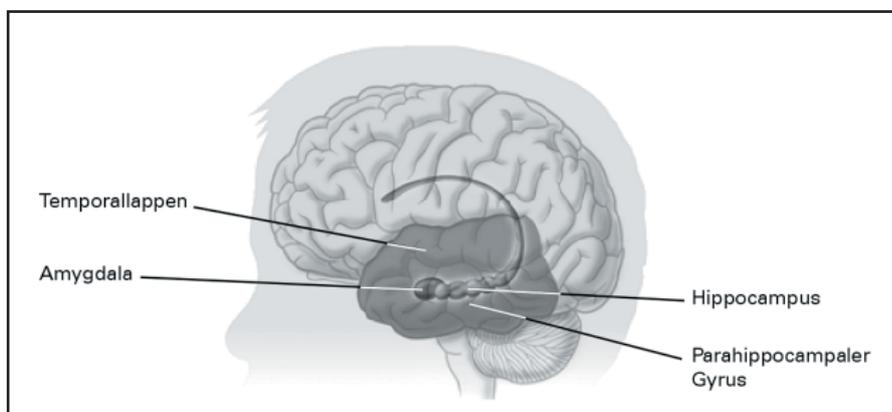


Abbildung 2: Das limbische System  
Grafik: © Posit Science Corporation, www.BrainConnection.com

zu beschäftigen. In einer ersten Untersuchung an 66 Patientinnen und Patienten (27 Personen mit mTLE, 27 mit extramesialer TLE und 12 Personen einer gesunden Kontrollgruppe) wurde u. a. mit Hilfe des sog. Faux Pas Test exploriert. Der »Recognition of Faux Pas«-Test (Stone et al., 2003) oder kurz: Faux Pas Test schätzt die Fähigkeit ein, soziale Faux Pas zu erkennen und zu verstehen. Unter einem Faux Pas wird eine Aussage verstanden, mit welcher der Sprecher eine andere Person unabsichtlich verletzt oder beleidigt. Beispielsweise schimpft eine Person A gegenüber einer Person B über ein Hochzeitsgeschenk, ohne sich daran zu stören, dass sie mit derjenigen Person spricht, von der sie es erhalten hat. In dieser Untersuchung wurde eine deutsche Übersetzung verwendet. Es zeigte sich, dass die Gruppe mit einer mTLE, unabhängig davon, ob eine Operation des epileptogenen Areals durchgeführt wurde, signifikant schlechter den Faux Pas Test absolvierten als Probanden mit einer extramesialen TLE oder die gesunde Kontrollgruppe (Jokeit & Winkler, 2007).

Hypothesen, die sich aus dem klinischen Beratungsalltag und der damit zusammenhängenden neurowissenschaftlichen Forschung stellen:

- Unterscheiden sich Menschen mit einer mTLE, die im Faux Pas Test signifikant schlecht abgeschnitten haben, in ihrem beruflichen Erfolg von mTLE Patienten, die im Faux Pas Test keine Auffälligkeiten gezeigt haben?
- In welchen Dimensionen persönlicher Grundeigenschaften sind diese Unterschiede feststellbar?
- Welche Beratungs- und Behandlungsmodelle Klinischer Sozialarbeit erscheinen aufgrund dieser Ergebnisse für Menschen mit Problemen in der sozialen Kognition zur beruflichen Integration sinnvoll?
- Welchen Bereichen (Umwelt- und persönliche Faktoren) sollten bei einer Behandlung im klinisch-sozialarbeiterischen Kontext, die eine berufliche Rehabilitation und Integration zum Ziel hat, besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden?

In dem aus diesen Hypothesen resultierenden Forschungsvorhaben sind zum einen Persönlichkeitseigenschaften von Interesse, die explizit als interpersonale Eigenschaften konzipiert sind, d. h. Eigenschaften, die sich explizit nur in Interaktionen mit anderen Menschen materialisieren können. Menschen unterscheiden sich in der Höhe der Ausprägung derartiger Eigenschaften, weshalb die-

se als dimensionale Konzepte betrachtet werden können. Aus diesem Grund wird die Ausprägung dieser Eigenschaften mit Hilfe des Inventars zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP-D) erfasst. Das IIP-D ist ein Fragebogen zur Selbsteinschätzung interpersonaler Probleme, d. h. zu Problemen im Umgang mit anderen Menschen. Erfragt werden interpersonale Verhaltensweisen, die (a) dem Probanden schwer fallen und (b) die ein Proband im Übermaß zeigt (autokratisch/dominant, streitsüchtig/konkurrierend, abweisend/kalt, introvertiert/sozial vermeidend, selbstunsicher/unterwürfig, ausnutzbar/nachgiebig, fürsorglich/freundlich, expressiv/aufdringlich). Die Auswertung kann über 8 faktorenanalytisch gebildete Skalen erfolgen, die den Oktanten des interpersonalen Kreismodells entsprechen. Daneben wird ein Gesamtwert gebildet, der das Ausmaß interpersonaler Problematik charakterisiert.

Aufgrund der Fragestellung, warum sich bei manchen Probanden mit einer mTLE – trotz der Erkrankung – beruflicher Erfolg einstellt, wird jedoch nicht ausschließlich nach interpersonalem Verhalten geforscht, sondern auch nach persönlichkeitsbezogenen Fähigkeiten, wie Verausgabungsbereitschaft, Perfektionstreiben, Resignationstendenz bei Misserfolg. Hierfür wurde das Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM) gewählt. Das AVEM ist ein mehrdimensionales persönlichkeitsdiagnostisches Verfahren, mit dem differenzierte Selbsteinschätzungen zum Verhalten und Erleben in Bezug auf Arbeit und Beruf erhoben werden. Es besteht aus 66 Items, die 11 faktorenanalytisch gewonnenen Dimensionen zugeordnet sind: Verausgabungsbereitschaft, Perfektionstreiben, Distanzierungsfähigkeit, Resignationstendenz bei Misserfolg, offensive Problembewältigung, innere Ruhe und Ausgeglichenheit, Erfolgserleben im Beruf, Lebenszufriedenheit und Erleben sozialer Unterstützung am Arbeitsplatz. Um bevölkerungsstrukturelle Bezüge zu ermöglichen, wurde das Sampling mit 22 demografischen Variablen ergänzt.

Wenngleich es der aktuelle Forschungsstand noch nicht zulässt, die formulierten Hypothesen abschließend zu beantworten, zeichnet sich ab, dass Menschen mit Problemen in der sozialen Kognition wesentlich häufiger von beruflichem Misserfolg und Exklusion, zumindest in Arbeitsverhältnissen im ersten Arbeitsmarkt, betroffen sind. Sollten sich die vorläufigen Ergebnisse weiter erhärten, wären sowohl Konsequenzen in einem der Klientel angepassten Beratungssetting als auch eine verbesserte Begleitung im beruflichen Rehabilitations- und Integrationsprozess denkbar. Anspruchsgrund-

lagen für die Bewilligungsverfahren zu geeigneten Integrationsinstrumente, wie Job Coaching oder Supported Employment, wären entsprechend anzupassen. Vorteile könnten sich hierbei somit für Betroffene in einer verbesserte Integrationsdienstleistung zeigen und für Sozialversicherer in einem Rückgang der Früh- bzw. Teilberentungen.

### Neurowissenschaftliche Aspekte als sinnvolle Ergänzung Klinischer Sozialarbeit

Die Wechselwirkung von Umwelt, neurobiologischen Prozessen und sozialer Befindlichkeit zeigt sich in verschiedener Hinsicht: Angefangen mit der neurobiologischen Entwicklung von Kindern, deren Vulnerabilität in Bezug auf frühkindliche Bindungen sowie der neuronalen Ausbildung innerpsychischer und affektiver »Landkarten« unserer Lebenswelt, weiter über somatische Auswirkungen von Stress (»Stressachse« Hypothalamus – Hypophyse – Nebennierenrinde), bis hin zur steigenden Inzidenz von an Depression erkrankten Menschen. Unsere soziale Umwelt und die Erfüllung menschlicher Grundbedürfnisse in Bezug auf die materielle und soziale Dimension ist in hohem Maße für unsere psychosoziale Befindlichkeit verantwortlich und somit auch maßgebend für unsere Gesundheit.

Mit der Zunahme neurowissenschaftlicher Erkenntnisse ist die Klinische Sozialarbeit gefordert, Verknüpfungen der Auswirkungen unterschiedlicher sozialer Bedingungen und psychischer und körperlicher Gesundheit im Kontext entsprechender Praxis und Forschung herzustellen. Bereits seit langem existierende Forderungen nach Anerkennung sozialer Faktoren in Bezug auf die Gesundheit können fachlich stichhaltiger als bisher begründet und den Kostenträgern, Sozialversicherern und politischen Entscheidungsträgern in Rehabilitationsplänen dargelegt werden.

»Gerade in der klinischen Psychologie, Psychotherapie und psychologischen Medizin besteht die Gefahr, sich nach einer kurzen Studienphase für den Rest der Berufstätigkeit auf angeborenes Einfühlungsvermögen, persönliche Erfahrungsmedizin und den gesunden Menschenverstand zu verlassen. Dies sind notwendige, aber keine hinreichenden Voraussetzungen für eine erfolgreiche Arbeit.« (Förstl, 2005, S. VII)

Ich denke, dass sich der Kern dieser Aussage auch auf die Klinische Sozialarbeit beziehen lässt. In diesem Sinne kann der Einbezug neurowissenschaftlicher Erkenntnisse unsere Arbeit sinnvoll ergänzen und erfolgreicher machen.

### Literatur

- Adolphs, R. (2003a). Cognitive neuroscience of human social behaviour. *National Review Neuroscience*, 4 (3), 165-178.
- Adolphs, R. (2003b). Is the human amygdala specialised for processing social information? *Annals of the New York Academy of Sciences*, 985 (1), 326-340.
- Aggleton, J. P. & Passingham, R. E. (1981). Syndrome produced by lesions in the amygdala in monkeys (*Macaca mulatta*). *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 95 (6), 961-977.
- Aggleton, J. P. (2000). *The amygdala. A functional analysis* (2nd ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Amaral, D. G. (2003). The amygdala, social behaviour, and danger detection. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1000 (1), 337-347.
- Brothers, L. (1997). *Friday's footprint. How society shapes the human mind*. Oxford: Oxford University Press.
- Emery, N. J., Capitanio, J. P., Mason, W. A., Machado, C. J., Mendoza, S. P. & Amaral, D. G. (2001). The effect of bilateral lesions of the amygdala on dyadic social interactions in rhesus monkeys (*Macaca mulatta*). *Behavioral Neuroscience*, 115 (3), 515-544.
- Everitt, B. J. & Robbins, T. W. (1992). Amygdala-ventral striatal interactions and reward related processes. In J. P. Aggleton (Ed.), *The amygdala: neurobiological aspects of emotion, memory and mental dysfunction* (pp. 401-429). New York: Wiley-Liss.
- Förstl, H. (2005). Vorwort. In: H. Förstl, M. Hautzinger & G. Roth (Hrsg.), *Neurobiologie psychischer Störungen* (S. V-VII). Springer: Heidelberg
- Förstl, H. (2007). Vorwort. In: H. Förstl (Hrsg.), *Theory of Mind. Neurobiologie und Psychologie sozialen Verhaltens* (S. V-VI). Springer: Heidelberg.
- Halgren, E. (1992). Electrophysiological responses in the human amygdala. In J. P. Aggleton (Ed.), *The amygdala: neurobiological aspects of emotion, memory and mental dysfunction* (pp. 191-228). New York: Wiley-Liss.
- Jokeit, H. & Winkler, R. (2007). »Theory of Mind“-Defizite bei Patienten mit mesialer Temporallappenepilepsie. *Epileptologie*, 24 (3), 139-149.
- Klüver, H. & Bucy, P. C. (1937). »Psychic blindness“ and other symptoms following bilateral temporal lobectomy in rhesus monkeys. *The American Journal of Physiology*, 119, 352-353.
- Maldonado, H. M., Delgado-Escueta, A. V., Walsh, G. O., Swartz, B. E. & Rand, R. W. (1988). Complex partial seizures of hippocampal and amygdalar origin. *Epilepsia* 29 (4), 420-433.
- Premack, D. & Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind? *Behavioral and Brain Sciences*, 1 (4), 515-526.
- Quesney, L. F. (1986). Clinical and EEG features of complex partial seizures of temporal lobe origin. *Epilepsia*, 27, Supplement 2, 27-45.
- Rolls, E. T. (2000). Neurophysiology and functions of the primate amygdala, and the neural basis of emotion. In J. P. Aggleton (Ed.), *The amygdala: a functional analysis* (2nd ed.; pp. 447-478). Oxford: University Press.
- Roost, D. van, Solymosi, L., Schramm, J., Oosterwyck, B. van & Elger, C. E. (1998). Depth electrode implantation in the length axis of the hippocampus for the presurgical evaluation of medial temporal lobe epilepsy. A computerized tomography-based stereotactic insertion technique and its accuracy. *Neurosurgery*, 43 (4), 819-826.
- Sah, P., Faber, E. S., Lopez De Armentia, M. & Power, J. (2003). The amygdaloid complex. Anatomy and physiology. *Physiological Reviews*, 83 (3), 803-834.
- Shinnick-Gallagher, P. (2003). *The amygdala in brain function: basic and clinical approaches*. New York: Academy of Sciences.
- Spencer, S. S. & Spencer, D. D. (1994). Entorhinal-hippocampal interactions in medial lobe epilepsy. *Epilepsia*, 35 (4), 721-727.
- Stone, V. E., Baron-Cohen, S., Calder, A., Keane, J. & Young, A. (2003). Acquired theory of mind impairments in individuals with bilateral amygdala lesions. *Neuropsychologia*, 41 (2), 209-220.