

# Sind Laienhelfer, Berater und Therapeuten gleich wirksam? Anmerkungen zu einer bedeutsamen und ungeklärten Frage

Jürgen Beushausen

veröffentlicht unter den socialnet Materialien

Publikationsdatum: 12.12.2014

URL: <http://www.socialnet.de/materialien/205.php>

# **Sind Laienhelfer, Berater und Therapeuten gleich wirksam?**

## **Anmerkungen zu einer bedeutsamen und ungeklärten Frage**

**Jürgen Beushausen**

### **Zusammenfassung**

Ältere Untersuchungen zeigen, so Müller-Kohlenberg (1996), dass Selbsthilfe, Beratung und Psychotherapie gleich wirksam sind. In diesem Beitrag wird erörtert wie diese Befunde interpretiert werden können und welche möglichen Schlüsse für das psychosoziale Handeln gezogen werden können. Vorgestellt werden vom Autor keine theoretische Fundierung oder eindeutige Antworten zu diesem umfangreichen Thema, sondern subjektive Anmerkungen, Versatzstücke und Anregungen um eine kritische (Selbst)Reflektion anzuregen. Einführend wird aufgezeigt, dass sich in der Fachliteratur keine einheitliche Beschreibung der Aufgaben und Funktionen von Beratung, Therapie und Selbsthilfe findet, sondern, dass sich diese Beschreibungen widersprechen und insbesondere an den jeweiligen Interessen der Helfergruppen ausrichten. Vorgeschlagen wird in den Mittelpunkt einer Bewertung psychosozialen Handelns die Wirk- und Passungsfaktoren zu stellen. Da alle Interventionen nicht nur wirken, sondern auch Nebenwirkungen, Risiken und mögliche Schäden beinhalten, wird hierauf in einem Exkurs eingegangen. Abschließend werden erste Schlussfolgerungen gezogen, empfehlenswerte Haltungen der Helfer benannt und ein Passungsmodell vorgestellt.

## **Inhalt**

Einleitung .....	3
Was unterscheidet Beratung, Therapie und Selbsthilfe? .....	6
Wirkfaktoren .....	17
Exkurs: Nebenwirkungen und Risiken.....	25
Schlussfolgerungen .....	34
Literatur .....	49

## Einleitung

Die Anforderungen an ein modernes Gesundheitssystem und somit auch an psychosoziales Handeln haben sich im Kontext des demographischen Wandels mit der Zunahme von psychischen und chronischen Erkrankungen und Behinderungen, der zunehmenden Individualisierung der Gesellschaft, mit den verringerten finanziellen Ressourcen des Gesundheitssystems und einer allgemeinen abnehmenden Leistungsfähigkeit sozialer Netzwerke verändert. Da die finanziellen Ressourcen begrenzt sind, ist es notwendig das Versorgungssystem qualitativ zu verbessern und zu reorganisieren. Dies kann u.a. durch eine Stärkung der Prävention, der Gesundheitsförderung, der Selbsthilfe, der verbesserten Kooperation der Helfer und durch eine verstärkte Fokussierung der Wirkfaktoren geschehen. Die Gesellschaft benötigt um diese Aufgaben zu bewältigen die engagierte Mitarbeit aller Beteiligten. Die Motivation und die Zufriedenheit der verschiedenen Helfer werden hierbei auch durch die gegenseitige Wertschätzung und eine gelingende Kooperation bestimmt.

Seitens der Professionen im Gesundheits- und Sozialwesen, der öffentlichen Meinung und der Geldgeber wird einerseits die Bedeutung der Kooperation zwischen Beratung, Therapie und Selbsthilfe betont, die jeweils spezifische Beiträge zur Gesundheit und zur Linderung von biopsychosozialen Problemen und Krankheiten leisten. Andererseits wird die Bedeutung dieser Hilfen sehr unterschiedlich gewichtet, hierauf soll zunächst hingewiesen werden. Um die Bedeutung der eigenen Tätigkeit zu betonen, werden beispielsweise seitens der Professionellen explizit bestimmte Begriffe, z.B. Behandlung, Casemanagement u.a. verwendet. Oftmals wird der Eindruck vermittelt, die wichtigste Hilfe sei die Psychotherapie, dann kämen Beratung und zur Ergänzung die Laienhilfe. Betont wird vielfach: Nur Psychotherapeuten behandeln psychisch Kranke. Auch seitens der Sozialarbeit wird von vielen Autoren die Unterscheidung zwischen Beratung und Therapie betont. Beispielsweise fasst Galuske (2011, S. 143) zusammen, dass „sich Sozialpädagogik nicht in Therapie auflösen lässt, dass therapeutische Methoden folglich keine sozialpädagogischen Methoden sind“. Gleichzeitig fand eine Therapeutisierung der Sozialen Arbeit statt, die Attraktivität therapeutischer Konzepte und Interventionen in der Sozialen Arbeit ist ungebrochen (siehe Wendt 2013). Für die Kooperation zwischen Professionellen und „Laienhelfern“ bedeutet dies: Zu beobachten sind sehr unterschiedliche Entwicklungen, diese unterscheiden sich in den Regionen, den jeweiligen Praxisfeldern und den verschiedenen Formen der Zusammenarbeit von der Tätigkeit von Ehrenamtlichen in Selbsthilfegruppen bis zu einer tariflich bezahlten Mitarbeit von Genesungsbegleitern oder Peer Beratern in der Psychiatrie.

Für die Erziehungswissenschaftlerin Müller-Kohlenberg wird die Laienhilfe in ihrer Bedeutung und ihren Wirkungen als zu gering bewertet. Bereits 1996 fasste die Autorin in ihrem Buch „Laienkompetenz im psychosozialen Bereich“ zusammen: „Die Wissenschafts- bzw. Professionsgeschichte in den Disziplinen Psychotherapie und Sozialpädagogik/Sozialarbeit betonte lange Zeit in eindimensionaler Weise die Fortentwicklung von methodischem Wissen und Können als Basis für eine professionelle Arbeit. Selbst als die „persönliche Beziehung“ als wichtiger Faktor erfolgreichen Wirkens bereits bekannt war, wurde diese noch als Teil der fachlichen Qualifikation aufgefasst. Die Verbesserung der Praxis wurde insbesondere von einer Intensivierung der Ausbildung und einer Revision der Curricula erwartet. Der Blick auf die wirksame Hilfe von Laien schien uninteressant; deren Leistungen, die unübersehbar gewesen wären, wenn man hingesehen hätte, wurden aufgrund vorgefasster Denkkategorien nicht wahrgenommen. Empirische Untersuchungen zu diesem Thema wurden zwar punktuell immer wieder veröffentlicht, blieben aber nahezu unbeachtet.“ (1996, S. 5)

Im weiteren stellt die Autorin (1996, S. 11ff) eine Reihe von qualitativ hochwertigen, allerdings älteren Untersuchungsbefunden (z.B. von Gunzelmann, Schiepeck u. Reinecker aus dem Jahre 1987 mit 184 Untersuchungen) vor, die auf dem Hintergrund der sogenannten Äquieffektivitätsthese eindeutig belegen sollen, dass zwischen unausgebildeten HelferInnen und den Angehörigen entsprechender akademischer Berufsgruppen, Psychologen (Sozial-)Pädagogen oder Psychotherapeuten hinsichtlich der Wirksamkeit ihrer Hilfeleistungen kein nennenswerter Unterschied besteht. Eine akademische Ausbildung sorgte nicht für die erwartete Steigerung der Hilfequalität. Müller-Kohlenberg fasst die umfangreichen Metastudien wie folgt zusammen (1996, Seite 19): „Es geht nicht mehr um die Frage, ob Professionelle effektiver arbeiten als Laienhelfer. Es ist entschieden, dass sie keine besseren Leistungen erbringen. Offen ist dagegen die Frage, wie diese Befunde zu erklären sind.“

Leider war meine Suche nach neueren (deutschsprachigen) Untersuchungsergebnissen nicht erfolgreich. Vorausgesetzt, dass wirklich keine neueren Forschungsergebnisse vorliegen, stellt sich die Frage, wieso dies so ist. Und es stellen sich weitere Fragen: Wieso sind diese Ergebnisse nicht bekannter? Was sind die übergreifenden Wirkfaktoren? Sind diese Befunde, vorausgesetzt sie stimmen, zu unbequem für die professionellen Helfer, sind „Pfründe“ gefährdet? Was bedeuten diese Befunde für die Identität der Professionen und für die Ausbildung? Welche Konsequenzen sind aus diesen Befunden für die Kooperationen der Helfer zu stellen? Welche Konsequenzen sind aus diesen Befunden allgemeiner für das Gesundheitssystem zu ziehen?

Diese Fragen lassen sich hier nicht beantworten, es sollen lediglich zu einigen dieser Fragen erste Anmerkungen in die Diskussion eingebracht werden. Eine umfangreiche theoretische Fundierung kann hier ebenso nicht geleistet werden, wie z.B. die Erstellung eines Studien-Design zur Prüfung der Gleichwirksamkeit. Stattdessen werden Aspekte vorgetragen, die ich aus meiner beraterisch/therapeutischen Tätigkeit, der Unterstützung und Zusammenarbeit von Suchtselbsthilfegruppe und der Supervision für bedeutsam erachte. Die Legitimation einzelner Gruppen von Helfern soll nicht gegeneinander gestellt werden, selbstverständlich benötigen wir weiterhin Experten für einzelne Tätigkeiten und Arbeitsbereiche. Ziel dieses Beitrages ist über die Kooperation der Helfer, d.h. zwischen den Berufsgruppen und den Laienhelfern neu nachzudenken. Ausgangspunkt ist die These, dass in einem systemtheoretischen Kontext die Unterschiede zwischen Beratung, Therapie und Selbsthilfe im Wesentlichen Ausdruck von (berufsständischen) Interessen sind. Anschließend wird vorgeschlagen die Wirk- und Passungsfaktoren in den Fokus einer Einschätzung und Einordnung psychosozialen Handelns zu stellen. Zudem werden empfehlenswerte allgemeine Haltungen der Helfer benannt. Da alle Interventionen nicht nur wirken, sondern auch Nebenwirkungen, Risiken und mögliche Schäden beinhalten, wird hierauf ebenfalls eingegangen.

Dieser Beitrag wirft so insgesamt mehr Fragen auf, als beantwortet werden können<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Im Text werden männliche Bezeichnungen benutzt, weibliche sind ebenso gemeint.

## Was unterscheidet Beratung, Therapie und Selbsthilfe?

Einführend soll in diesem Zusammenhang kurz aufgezeigt werden, welcher Personenkreis Psychotherapie, Beratung und Selbsthilfepflicht erhält. Zunächst soll auf amerikanische Studien des Psychologen Schofield verwiesen werden. Dieser entwickelte bereits 1964 das heute noch bedeutsame Yavis-Prinzip. Demnach erhalten Personen Psychotherapie die folgenden Kriterien entsprechen:

- Young: bezieht sich auf geistige und körperliche Fitness
- Attractive: Anziehungskraft (Charakter, soziale Stellung, materieller Werte)
- Verbal: sprachliche und kommunikative Gewandtheit
- Intelligent: auch emotionale Intelligenz
- Successful: Erfolg als ein positiv empfundenen Resultat des eigenen Handelns (beruflich, sozial, finanziell), indem man im richtigen Augenblick die richtigen Fähigkeiten hat.

Für Deutschland liegen nur wenige differenzierte Studien vor, die jedoch die Annahme erlauben, dass die oben genannten Kriterien im Wesentlichen auch auf deutsche Verhältnisse zu übertragen sind. Untersuchungen über den Bildungsstand oder den Beruf ambulanter Psychotherapiepatienten zeigen, dass der Großteil (>40 %) der Patienten über einen hohen Bildungsabschluss (Abitur) verfügt. Patienten mit einem Real-, Haupt oder Sonderschulabschluss dagegen wurden nur halb so oft behandelt (siehe Bembeneck 2006, S. 41ff.) Übereinstimmungen zu den YAVIS-Kriterien zeigen sich zudem darin, dass ein Großteil der in ambulanten Psychotherapien behandelten Personen jünger ist (vgl. ebd., S. 64). Bembeneck vermutet, dass hier auch ein Rückschluss auf das Aussehen bzw. die Attraktivität möglich ist.

Melchinger (2010, S. 27f) weist darauf hin, dass Psychotherapeuten „leicht erkrankte Patienten“ bevorzugen, während eine Behandlung chronisch kranker Patienten teilweise sogar verweigert wird, bzw. Kostenübernahmen von den Kostenträgern abgelehnt werden. Kostenübernahmen erhalten, so Melchinger, eher Personen, „die eine hohe Kompetenz aufweisen, sich Leistungen zu erschließen“ (ebd., S. 27). Auch der Verband der Ersatzkassen (VdeK) kritisiert in einem internen Papier (siehe Haarhoff 2013), dass die ambulant tätigen Psychotherapeuten bevorzugt Patienten mit leichten Störung behandeln und die Versorgung der schweren Fälle zurückstellen.

Wittchen stellte 2013 auf dem 22. Psychotherapeutentag aktuelle Untersuchungsergebnisse vor. Demnach leiden innerhalb von zwölf Monaten 26,9 % der Wohnbevölkerung zwischen 18 und 79 Jahren an einer psychischen Störung. Bei zwei Drittel wird mehr als eine Störung diagnostiziert. Bei diesen Menschen sei von einem spezifischen Interventionsbedarf auszugehen, der von indizierter Prävention bis zu psychotherapeutischer oder pharmakologischer Behandlung reichen würde (vgl. Wittchen 2013, S. 169), jedoch habe nur jeder fünfte dieser erwachsenen Hilfsbedürftigen mindestens einmal Kontakt zu Hausärzten, Fachärzten, Psychotherapeuten oder stationären Einrichtungen. Zwar sei im Vergleich zu 1998 der Zugang zur Versorgung besser geworden, insgesamt sei die Versorgung psychisch kranker Menschen in Deutschland jedoch immer noch sehr unbefriedigend<sup>2</sup>.

Der Autor weist ergänzend auf Vulnerabilitätsfaktoren bzw. Risikofaktoren psychischer Störungen hin. Besonders gefährdet sind Patienten, die allein oder getrennt leben oder geschieden sind. Ein weiterer Risikofaktor ist Armut. Infolgedessen sei es, so Wittchen (2013), für eine leitliniengerechte Behandlung notwendig, die Behandlungskapazitäten deutlich auszubauen und für Personen mit komplexem Behandlungsbedarf eine flächendeckende, leitlinienorientierte und transparente Versorgung aufzubauen<sup>3</sup>.

Peböck u.a. (2011) beklagen, dass trotz ihrer Wirksamkeit nur ein geringer Teil, zwischen 1 und 10 %, der Betroffenen eine Selbsthilfegruppe besucht. Auch diese Unterstützungsform wird von Betroffenen aus den so genannten unteren Gesellschaftsschichten nur wenig genutzt. Es kann zusammengefasst werden: Die YAVIS-Kriterien bzgl. des Alters und der Intelligenz (Schulbildung) ambulanter Psychotherapiepatienten sind auf Deutschland übertragbar. Was die anderen Kategorien betrifft, so liegen hierfür nur erste Hinweise vor. Der Blick in die Praxis zeigt, dass mit Blick auf die soziale Lage und Herkunft es nicht zufällig ist, wer welche Hilfe erhält. Nur höchstens 5% der PatientInnen in den Praxen der niedergelassenen TherapeutInnen stammen aus dem „Prekariat“, den benachteiligten Schichten (Langzeitarbeitlose etc.) (Petzold 2011). Herkömmliche Therapiemethoden und Selbsthilfe wirken meist bei diesem „hard to reach Klientel“ (siehe Borgetto 2004) nicht. Die ausreichende notwendige und umfangreiche Versorgung der Bevölkerung seitens der

---

<sup>2</sup> Die langen Wartezeiten verschlimmern häufig die psychischen Erkrankungen. Zudem erhalten viele Menschen einseitig eine medikamentös ausgerichtete Behandlung (BPtK Tatsachenpapier 2013).

<sup>3</sup> Die Schlussfolgerung die Behandlungskapazitäten zu erweitern sind, greift meines Erachtens zu kurz. Es ist nicht ausreichend mehr desselben zu fordern, denn auch Psychotherapeuten tragen zu einer Selektion bei, wenn im Einzelfall entschieden wird, wer Psychotherapie erhält.



Psychotherapeuten ist nicht zu gewährleisten und somit ein weiteres Argument andere Formen der Zusammenarbeit auszubauen.

Im Weiteren wird beschrieben, dass sich in der Fachliteratur keine einheitliche Beschreibung der Aufgaben und Funktionen von Beratung, Therapie und Selbsthilfe findet und wie aus einer systemtheoretischen Perspektive die unterschiedliche Bewertung des jeweiligen psychosozialen Handelns erklärt werden kann.

Einführend werden einige klassische Unterscheidungen zwischen Beratung und Therapie aufgeführt. Schwing und Fryszer (2013, S. 12) resümieren: „Therapie behandelt Menschen, die (im Sinne unserer Sozialgesetze) an Krankheiten leiden; Beratung unterstützt Menschen in Krisen, mit Problemen oder mit schwierigen Fragen. Sie dient dazu, gute Lösungen zu finden, sei es in Erziehung, Partnerschaft oder Lebensgestaltung. Therapeuten finden Sie in Praxen und Kliniken, Berater häufig in Beratungsstellen (wie der Name schon sagt), in sozialen Einrichtungen und Gesundheitsdiensten. Von Beratung spricht man auch, wenn es um Fragestellungen außerhalb der Privatsphäre geht.“

Lieb (2005) definiert Psychotherapie allgemein als Behandlung von psychisch kranken Menschen durch Gespräche oder übende Verfahren. Im Psychotherapeutengesetz wird Psychotherapie etwas konkreter als eine Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert mittels wissenschaftlich anerkannter Verfahren beschrieben.

Nestmann (2008, S. 7) sieht in der psychosozialen Beratung vier zentrale Funktionen im Unterstützungs- und Hilfeprozessen:

1. Sie hilft informieren und beim Entscheiden.
2. Sie fördert insbesondere Prävention und Vorsorge.
3. Sie unterstützt die Bearbeitung von Anforderungen, die Bewältigung von Problemen, aber auch das Wiedererlangen von Gleichgewicht und Handlungsfähigkeit nach Krisen und kritischen Lebensereignissen,
4. und sie gibt Anregungen zur Entfaltung von Kräften und zur Entwicklung im Lebenslauf.

Diese Funktionen übernimmt meines Erachtens ebenso die Selbsthilfe.

Bevor auf Autoren hingewiesen werden soll, die diese Definitionen infrage stellen, sollen noch zwei Autoren zitiert werden, die er vor einer „Vermischung“ warnen. Ningel (2011, S. 211) resümiert: „Wenngleich immer klar war, dass Fachkräfte der Sozialen Arbeit nicht therapieren, drohte der Unterschied zwischen Beratung und Therapie immer mehr zu

verschwimmen, zumal auch die Professionellen oft sehr schnell bereit sind, die Grenzen ihrer Kompetenzbereiche zu überschreiten.“

Nach Engel et. al. (2004) legitimiert Psychotherapie sich primär über einen Heilungsdiskurs, die Beratung über einen offenen Hilfediskurs, als ein „auf Inklusion verschiedenster Felder und Klientel orientiertes präventives und entwicklungsorientiertes Unterstützungsangebot - eine in Lebensweltkonzepte eingebundene offen eklektische Orientierungs-, Planungs- und Bewältigungshilfe“ (ebd., S. 37). Allerdings führt er auf derselben Seite im Widerspruch hierzu aus: „Helfen und Heilen sind dasselbe... Beratungsansätze widmen sich überwiegend dem therapieähnlichen Gespräch und der unmittelbaren Interaktion zwischen Klienten und Beratern. Im Zentrum stehen oft Konzepte, mit denen die Beratungskompetenz und die Herstellung einer hilfreichen Beziehung optimiert werden sollen. Deshalb ist es wichtig, zwischen Beratung und Therapie klar zu trennen. Psychosoziale Beratung hat im Wesentlichen soziale Konflikte und deren Diagnostik zum Gegenstand, während sich die Therapie mit behandelnden und starken Einfluss nehmenden Methoden mit Störungen von größerer psychischer Problemtiefe beschäftigt. Der Hilfesuchende ist in der Patientenrolle und soll mit kurativen Strategien verändert werden. Dabei kommt es zu einer Reduktion des Klienten auf individuelle Probleme, die unter Umständen eine therapeutische Isolierung nötig machen.“

Diese Zitate machen deutlich, wie unterschiedlich Beratung und Therapie bewertet werden (siehe ausführlicher Beushausen 2014b). Die Widersprüchlichkeit der Bewertung soll noch am Beispiel der sogenannten Störungstiefe aufgezeigt werden: Für z. B. Schiersmann u. Thiel (2012) ist Psychotherapie insbesondere beim Vorliegen von schweren psychischen Störung induziert. Der Blick in die Praxis zeigt jedoch: In vielen klassischen Feldern der Sozialen Arbeit und in Selbsthilfegruppen, z. B. in der Betreuung von Suchtkranken<sup>4</sup> und psychisch Kranken, weisen die dort betreuten Personen „tiefgehende und weitreichende“ Störungen auf. Die Praxis und die oben zitierten Untersuchungsergebnisse zeigen, dass gerade die Psychotherapie die schwierigsten Fälle eher nicht behandelt (ausführlicher siehe Beushausen 2014a). Sogenannte schwierige, unbequeme Multiproblemfälle (hard to reach Klientel: Suchtkranke, Psychotiker, Straftäter, Obdachlose, Migranten u.a.) erhalten seltener eine klassische Psychotherapie, stattdessen erhalten sie Hilfe in Beratungskontexten und manchmal in Selbsthilfegruppen. Seitens der medizinischen und psychologischen Profession wird paradoxerweise gerade den Berufsgruppen, die mit den schwersten Fällen konfrontiert sind, der Heilungsaspekt abgesprochen (vgl. Deloie 2011).

---

<sup>4</sup> Beispielsweise werden bei vielen Suchtkranken zusätzlich Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert.

Dies weist darauf hin, dass die Bewertung, ob beraten oder therapiert wird, primär nicht in der vom Klienten gezeigten Symptomatik liegt, sondern in der jeweiligen Beurteilung, d.h. einer Konstruktion aus der Perspektive des jeweiligen Beobachters. Somit liefert auch das Kriterium der Störungstiefe keine trennscharfe Unterscheidung, wer Adressat einer Beratung, Selbsthilfeunterstützung oder Therapie ist<sup>5</sup>.

In der Beratung würden, so Gutsche (1999), unterstützende Techniken verwendet, in der Therapie hingegen deutende und aufdeckende Verhaltensweisen. Dies ist ebenfalls eine wirklichkeitsfremde Beschreibung, auf die hier kurz eingegangen werden soll. In der Beratung und in der Selbsthilfe werden auch konfrontative Methoden genutzt, wenn beispielsweise einem Suchtkranken in einer Selbsthilfegruppe mitgeteilt wird, dass eine stationäre Entgiftung dringend erforderlich ist. Zudem intervenieren Therapeuten nicht nur aufdeckend und deutend, sondern auch stützend, problemlöseorientiert, bewusstseinsbezogen und sie geben Empfehlungen.

Gemeinsam orientieren sich Beratung, Therapie und z.T. die Selbsthilfe an Verfahren der klassischen Therapieschulen. Beispielsweise werden in der Verhaltensberatung und der Verhaltenstherapie operante Methoden, Problemlösetraining, Entspannungstechniken und Konfrontationstechniken genutzt. In personenzentrierten Konzepten sind die Hauptvariablen einführendes Verstehen, Wertschätzung und Kongruenz. Gerade diese Methoden und Techniken haben auch eine große Bedeutung im Alltag von Selbsthilfegruppen.

Mit Wendt kann zusammenfassend konstatiert werden (2013, S. 7): „Je komplexer diese Definitionen versuchen den Gegenstand von Psychotherapie zu erfassen, desto weniger scheinen sie geeignet eine Realität zu beschreiben, in welcher nicht nur ärztliche oder psychologische Berufsstände psychotherapeutisch tätig sind.“ Auch Conen (2006, S. 193) sieht die oben aufgeführten Unterscheidungen kritisch. Sie fasst zusammen: „Meine ketzerische Frage lautet weiterhin: Was ist der Unterschied von zirkulären Fragen in einer Therapie zu zirkulären Fragen in einer Beratung? Was ist der Unterschied zwischen einer ressourcenorientierten Haltung in der Therapie und einer ressourcenorientierten Haltung in einer Beratung? Auf diese Fragen erhalte ich von Kollegen, einschließlich den Repräsentanten der Verbände, stets ein freundliches Lächeln als Antwort, jedoch keine inhaltliche Antwort!“ Prägnant fasst sie zusammen: „Ob es sich um Heilung handelt oder um die Aktivierung von Selbsthilfepotenzialen von Klienten hängt meines Erachtens von dem Kontext ab und nicht

---

<sup>5</sup> Unterschiede zeigen sich allerdings in der Einbindung von Beratung, Therapie und Selbsthilfe in das gesetzlich geregelte Gesundheitssystem.

von meinem Vorgehen als systemisch orientierte Helfer. Ob es sich um „Krankheit“ oder um „auffälliges Verhalten“ handelt, hängt von dem ab, wird dies als solches definiert und wer mich finanziert – z.B. die Krankenkasse oder das Jugendamt. In meiner praktischen Arbeit spielt diese Unterscheidung keine Rolle, ausschlaggebend ist für mich die Frage: sind die Gespräche hilfreich?“

Für eine Zwischenbilanz lässt sich somit festhalten: Bei der Unterscheidung zwischen Beratung und Therapie handelt es sich lediglich um Akzentuierungen. Die Übergänge sind fließend. Auch „Laien“, z.B. die Mitglieder von Selbsthilfegruppen nutzen bewusst oder unreflektiert (einzelne) Methoden der Beratung und Therapie.

Um aufzuzeigen wie aus einer systemtheoretischen Perspektive die unterschiedliche Bewertung des jeweiligen psychosozialen Handelns erklärt werden kann, sollen zunächst einige Grundlagen der Systemtheorien zusammengefasst werden.

Grundlegend gehen die Systemtheorien davon aus, dass die Beschreibung, Erklärung und Bewertung eines Problems oder eines Symptoms immer aus der Perspektive eines Beobachters erfolgt. Erkennen bedeutet in diesem Zusammenhang, ein Selbst- oder Fremdbeobachter nimmt etwas wahr und trifft Unterscheidungen, Erklärungen und Bewertungen nach für ihn individuell subjektiv sinnvollen Kriterien. Die Unterscheidungen (Konstruktionen) erfolgen im Kontext der jeweiligen Funktionssysteme und ihren speziellen Bewertungen, z. B. Im Kontext einer Therapieschule und den berufsständischen Werten. Diese Unterscheidungen, z.B. eine Diagnose, können im Dialog mit anderen Beobachtern, dem Klienten oder anderen Helfern zu einem sozialen Einigungsprozess führen, in dem eine bestimmte Erklärung als gültig betrachtet wird. Die beschriebenen Phänomene sind jedoch stets für alternative „Bewertungen“ (Konstruktionen) offen, denn alle Phänomene, mit denen ein Beobachter konfrontiert wird, werden von ihm nach unterschiedlichen Kriterien (ästhetische, politische, moralische Aspekte etc.) bewertet und könnten auch anders getroffen werden<sup>6</sup>.

Die Systemtheorie geht davon aus, dass Veränderungen nur angestoßen werden können und eine instruktive Interaktion bzw. die Steuerung eines autopoetischen Systems von außen, durch die Umwelt oder ein anderes System nicht möglich ist. Psyche, Soma und soziale

---

<sup>6</sup> Aus den Ergebnissen der Bedeutungszuweisungen entsteht die Ebene der Sinnzuschreibung und der unterschiedlichen Weltbetrachtung, die nicht objektiv und für alle Zeiten beschrieben und klar definiert werden kann. Jede Beobachtung benutzt die eigenen Unterscheidungen als „Code“ und erzeugt damit zugleich eine Grenze zwischen innen und außen.

Systeme sind jeweils autonom, Veränderung können durch andere nur angestoßen werden. Selbsthilfe, Beratung und Therapie finden somit ausschließlich im kommunikativen Raum statt, sind jedoch immer mit den Systemen Psyche und Körper strukturell gekoppelt (siehe ausführlicher z.B. Beushausen 2013).

Nach Luhmann werden Systeme grundlegend in Maschinen, Organismen, soziale Systeme und psychische Systeme gegliedert. Die sozialen Systeme differenziert er in Interaktionen, Organisationen, Gesellschaften und soziale Bewegungen. Für die Systemtheorie besteht die Gesellschaft nur aus Kommunikationen, diese konstituieren damit die Struktur der Gesellschaft bzw. deren Teilsysteme, immer wieder neu durch Inklusion und Exklusion in diese Teilsysteme. Systeme sind einerseits autopoetisch geschlossen und andererseits vielfältig strukturell gekoppelt. Luhmann (1997) sieht moderne Gesellschaften durch gesellschaftliche Großsysteme als primär funktional differenziert in die Teilbereiche Politik, Recht, Erziehung Wissenschaft, Religion, Wirtschaft, Gesundheitswesen, Massenmedien u.a. Diese Systeme erfüllen für die Gesellschaft jeweils bestimmte Funktionen. Sie konstituieren sich autonom und exklusiv jeweils über eine spezifische gesellschaftliche Funktion. Im Zuge der Arbeitsteilung haben sich Teilsysteme gebildet, diese sind von der Umwelt relativ stark abgeschlossen und folgen autopoetisch eigenen Regeln, Sprachen und Strukturen. Jedes der genannten Funktionssysteme unterliegt einem fortschreitenden Ausdifferenzierungsprozess und beansprucht für seinen Bereich eine Monopolstellung. Keines dieser Funktionssysteme kann die Funktion eines anderen übernehmen, d.h. sie sind davon abhängig, dass andere Bereiche ihre Funktionen erfüllen (vgl. Luhmann 1997). So tauscht z.B. die Wirtschaft Güter aus und ist darauf angewiesen, dass die Politik Gesetze erlässt und deren Durchsetzung kontrolliert. Als selbstreferentielle Systeme reproduzieren die Funktionssysteme sich mittels einer spezifischen Leitdifferenz, eines binären Codes, z.B. die Wirtschaft mittels Zahlung/Nichtzahlung, Recht mittels Recht/Unrecht. Das Gesundheitssystem agiert mit dem Code gesund/krank<sup>7</sup>, während das Funktionssystem Soziale Arbeit unterscheidet zwischen Hilfe/Nichthilfe bzw. Fall/Nichtfall, hilfebedürftig/nicht hilfebedürftig, Teilhabe/Nicht-Teilhabe (Beushausen 2013) oder Inklusion/Exklusion (Lambers 2010). Grundsätzlich stehen die einzelnen Funktionsbereiche in einem nicht-hierarchischen Verhältnis zueinander. Jedes System (vgl. Eugster 2000) tendiert jedoch dazu, die eigene Gesellschaftsbeschreibung zu generieren und zu überschätzen. Dies führt zu einer Ausbalancierung oder zu einer Dominanz eines Systems. So dominiert derzeit die Wirtschaft. Im Bereich des Gesundheits- und

---

<sup>7</sup> Ist jemand gesund, so ist er nicht in das Medizinsystem inkludiert.

Sozialsystems dominieren das Medizinsystem, bzw. die mit ihr verbundenen Wissenschaften gegenüber den Sozialarbeitswissenschaften und deren Praxis.

Seitens der Systemtheorien ist m. E. das Problem der Differenzierung der Funktionssysteme noch nicht stimmig gelöst<sup>8</sup>. Es ist z.B. in der Systemtheorie umstritten, ob die Soziale Arbeit als ein eigenes Funktionssystem zu betrachten ist. Luhmann (1997) hielt es für denkbar, dass die Soziale Arbeit eine Art „sekundäres Funktionssystem“ bildet. Letztlich sah er jedoch in ihr kein eigenständiges sekundäres Funktionssystem, sondern Bemühungen auf der Ebene von Interaktionen und Organisationen (siehe auch Lambers 2010). Folgt man der Theorie von Luhmann, bleibt auch offen, wie die psychosoziale Beratung zu verorten wäre.

Beratung wird oftmals dem Funktionssystem Soziale Arbeit zugeordnet und die (Psycho)Therapie dem Gesundheitssystem<sup>9</sup>. Diese Zuordnung spiegelt die übliche Unterscheidung wieder, nach der Soziale Arbeit (vgl. Deutschen Berufsverband für Soziale Arbeit e. V 2012, Ortmann 2006) soziale Probleme bearbeitet und Psychotherapie psychologische Probleme. Offen bleibt, welchem Funktionssystem die Hilfe von Laien zuzuordnen ist. Deutlich wird: Diese Segmentierung ist wirklichkeitsfremd, da Menschen im Kontext des bio-psycho-sozialen Modells (und des ICF) immer ganzheitlich zu betrachten sind. Bereits die WHO Gesundheitsdefinition geht davon aus, dass nicht ein Organ krank ist, sondern ein Mensch in seiner Lebenswelt. Gesundheit wird laut der WHO als das umfassende Wohlbefinden in körperlicher und geistiger und sozialer Hinsicht definiert. Reduzierungen bringen es mit sich, dass komplexe Problemlagen nur ausschnitthaft reflektiert werden<sup>10</sup>. Dies hat gravierende Folgen für Hilfe suchende Menschen, da die verschiedenen Systeme in Ihrem Kontext in der Gefahr sind nur den Ausschnitt betrachten, für den sie sich als zuständig erachten. Dies wäre für die Medizin das somatische, die Psychologie auf das psychische und die Soziale Arbeit auf das soziale.

---

<sup>8</sup> Zum einen werden die aktuellen Entdifferenzierungsprozesse in der Postmoderne nicht ausreichend berücksichtigt. Es gibt beispielsweise vielfach keine eindeutige Trennung zwischen Arbeit und Freizeit, sondern viele Tendenzen zur Aufhebung dieser Trennung. Zum anderen ist evident: Soziale Systeme, bzw. die sozialen Umwelten, sind bei Störungen Krankheiten und Krisen immer mitbetroffen.

<sup>9</sup> Werden Begriffe wie Psychotherapie, Beratung etc. genutzt, fließen immer auch standespolitische Interessen ein.

<sup>10</sup> Zu berücksichtigen ist, dass, so Borgetto (2004, 13,) über die Hälfte der gesundheitlichen Beschwerden und Beeinträchtigung durch die Betroffenen selbst oder durch Angehörige und Freunde und nicht durch ein professionelles Versorgungssystem behandelt werden.

Um diesen Sachverhalt näher zu erläutern wird ein Fall konstruiert: Ein Selbsthilfegruppenmitglied, ein Sozialarbeiter, ein Psychotherapeut und ein Arzt geben jeweils als kommunikativen Handlungsakt einer Person die Empfehlung eine Rehabilitationsmaße zu beantragen. Wie ist dies zu bewerten? Die Empfehlung des Mitgliedes der Selbsthilfegruppe ist eine Unterstützung, derselbe Hinweis der Psychologin im Rahmen einer Psychotherapie hingegen eine psychotherapeutische Intervention. Empfiehlt der Arzt die Beantragung der Maßnahme, ist dies eine ärztliche Intervention im Kontext einer medizinischen Behandlung. Empfiehlt ein Sozialarbeiter der Arge, des Jugendamtes, der Schulsozialarbeit, der Erziehungsberatungsstelle oder der Suchtberatung diesen Kurantrag ist dies eine typische Intervention im Kontext Sozialer Arbeit. Bereits dieses Beispiel verdeutlicht, dass es sich um dieselbe Intervention handelt, die jedoch im jeweiligen Kontext einem anderen Funktionssystem zugeordnet wird.

Mithilfe eines weiteren Beispiels soll dieser Sachverhalt etwas näher ausgeführt werden: Ein Alkoholiker berichtet von einem erneuten Alkoholkonsum. Die Selbsthilfegruppenmitglieder überlegen, was der Hintergrund des Alkoholkonsums sein könnte und berichten von ihrem eigenen Umgang mit solchen „Rückfällen“. Empfohlen wird der weitere enge tägliche Kontakt zur Selbsthilfegruppe um weiteren Alkoholkonsum zu vermeiden. Der suchtkranke Mensch könnte sich jedoch auch entscheiden einem Arzt, einem Akteur des medizinischen Funktionssystems, von seinem Alkoholkonsum zu berichten. Der Arzt wird eine Erkrankung diagnostizieren und möglicherweise als Intervention eine ambulante Entgiftung empfehlen. Im Kontext einer Psychotherapie ständen voraussichtlich die psychischen Hintergründe des Rückfallgeschehens im Vordergrund. Thematisiert würden möglicherweise von einem Sozialarbeiter die belastenden sozialen Hintergründe, wie beispielsweise die Arbeitslosigkeit oder die Situation im Wohnumfeld.

Dieses Beispiel zeigt, dass, vorausgesetzt ein Phänomen wird beachtet und in die Kommunikation eingebracht, je nachdem wie und von wem ein Phänomen interpretiert wird, zugleich festgelegt wird, welches oder welche Funktionssysteme für den Umgang mit diesem Phänomen zuständig sind<sup>11</sup>.

Von der Entscheidung, welches Funktionssystem für zuständig erklärt wird, hängt in der Folge auch ab, als was diese Maßnahme bezeichnet wird (medizinische Behandlung, Maßnahme einer SHG, eine psychotherapeutische Behandlung). Die erfolgte Intervention führt zu unterschiedlichen Selbst- und Fremdbewertungen auch beim Klienten und seinen Angehörigen. Oftmals zeigt eine Analyse der vorgenommen Handlungen, dass sehr ähnliche

---

<sup>11</sup> Zugleich wird damit ein entsprechendes Rollenverhalten des Betroffenen erwartet.

praktische Interventionen durchgeführt werden, die jeweils jedoch anders bezeichnet werden, je nachdem wer sie durchführt.

Das Beispiel zeigt zudem auf, dass Phänomene intrapsychisch und/oder interpsychisch verortet sein können. Der Alkoholkonsum der Person könnte als ein intrapsychisches Problem, zum Beispiel eine Selbstwertproblematik oder als Ausdruck eines interpsychischen Problems, der Paarproblematik, angesehen werden. Deutlich wird außerdem, dass einzelne Akteure Wahlmöglichkeiten haben, welchen Aspekt sie in den Mittelpunkt stellen und wie sie in diesem Kontext intervenieren. Z.B. kann sich der Arzt als Mitglied des medizinischen Gesundheitssystems die Frage stellen, welche diagnostischen Untersuchungen notwendig sind, auf welcher Bezugsebene das Problem erklärt werden kann und wer noch einbezogen werden soll.

Deutlich wird, dass die Einbeziehung verschiedener Helfer (Funktionssysteme) davon abhängig ist, welche Fakten bekannt sind, ob sie wahrgenommen und benannt werden, welche Realitäten konstruiert werden, wie diese erklärt und bewertet werden und in der Folge, welches Funktionssystem als zuständig erklärt wird. Und noch eines wird an diesem Beispiel deutlich: Leibliche, psychische und soziale Ebenen sind miteinander verwoben. An der Entstehung eines Phänomens, hier das des Alkoholkonsums, sind immer sowohl organisch/leibliche, soziale und auch psychische Systeme beteiligt. Allerdings kann eines dieser Systeme eine Leitfunktion übernehmen, indem z. B. der Alkoholkonsum organisch erklärt und behandelt wird. Im Alltag ist es daher notwendig, dass die Akteure nützliche, viable Entscheidungen treffen, um das Problem zu lösen. Diese Entscheidungen hängen jeweils immer auch von Zufällen, von Wahrscheinlichkeiten und von den Interessen der Beteiligten ab.

Der systemtheoretische Erklärungsansatz macht ebenso wie das biopsychosoziale Konzept deutlich, dass sich psychisches, somatisches und soziales nur begrifflich, aber nicht inhaltlich trennen lässt, da diese Systeme stetig vielfach miteinander gekoppelt sind. Hieraus lässt sich schließen, dass das „Soziale“ immer notwendiger Bestandteil einer ganzheitlichen umfassenden Perspektive von Beratung und Therapie ist. Auch Röh (2009, S. 193) konstatiert: „In der Regel jedoch betreibt das Hilfesystem weiterhin die tayloristische Aufteilung der Hilfeangebote auf verschiedenste Professionen, Institutionen und schlimmstenfalls auch Leistungsträger. Das bio-psycho-soziale Modell hingegen fordert, diese zentrifugalen Kräfte wieder zusammenzuführen, indem es eben solche integrierten Handlungsmodelle anwendet.“ Für die Beschreibung dieser bio-psycho-sozialen Prozesse existieren noch keine allgemein gültigen Begriffe. Ritscher (2013) spricht vom Subjekt als psychosomatisches soziales



System. Für Petzold (2014) hingegen ist der Mensch ein leibliches<sup>12</sup> Wesen, in dem körperliche und neuronale Prozesse mit psychischen und sozialen Prozessen verknüpft sind. Den Menschen versteht er als ein „Körper-Seele-Geist-Subjekt“ in seinem sozialen und ökologischen Kontext und seinem biografischen Lebenskontinuum. Letztlich sind somit auch Begriffe wie Psychotherapie oder Sozialtherapie nicht schlüssig, da sie Zusammenhängendes separieren. Sinnvoll sind sie nur, wenn hiermit Schwerpunkte dargestellt werden. Zu sprechen wäre immer von somato(leiblich)-psycho-sozialen Interventionen. Es gibt demnach keine einseitigen Ursache-Wirkung-Beziehungen zwischen diesen Systemen, sondern zirkuläre Verknüpfungen. Es ist also davon auszugehen, dass wenn eine gegenseitige Beeinflussung der verschiedenen Ebenen des Körpers der Psyche und der des Sozialen erfolgt, dies auch bei den Interventionen berücksichtigt werden muss<sup>13</sup>.

Wenn sich die einzelnen Unterstützungsformen aus systemtheoretischer Perspektive nicht logisch unterscheiden lassen ist die arbeitsteilige Problembewältigung, die meist eine Selektion oder Aufspaltung in verschiedene Bereiche vorsieht, kritisch zu sehen. Als weitere Folge ergibt sich hieraus die Notwendigkeit eines gemeinsamen Funktionssystems, das Therapie, Selbsthilfe und Beratung einschließt. Eine akzeptierte Bezeichnung ist hierfür noch nicht vorhanden, auch der Begriff „somato-psycho-soziale Interventionen“ ist nur ein Hilfsbegriff.

---

<sup>12</sup> Der Leibbegriff umschließt die Dimensionen Körper, Seele, Geist, aber auch Sozialität und Ökologie, denn er ist Teil der Lebenswelt. Für die materielle Grundlage des Menschen verwendet Petzold den Begriff Körper. Alle seelischen Vorgänge, das Wahrnehmen, Empfinden, Nachdenken, in Kontakt treten, sind auch leibliche Vorgänge. Viele Gefühle sind bereits abstrahiert, sie sind von Erfahrungen geformt und verinnerlichte Abstraktionen von Empfindungen. Empfindungen sind konkret sinnlich (hell-dunkel, laut-leise). Somit sind das, was wir üblicherweise als Gefühle bezeichnen, leibliche Ereignisse.

<sup>13</sup> Folgt man diesen Argumenten, wäre auch der Fokus in der Sozialen Arbeit nicht nur auf den Gegenstand der sozialen Probleme gerichtet, sondern würde biopsychosoziale Probleme betrachten.

## Wirkfaktoren

Im Folgenden soll mit der Fokussierung der Wirkfaktoren ein Weg zur Beurteilung von professioneller Hilfe und der Laienhilfe vorgeschlagen werden aus dem sich Handlungsanleitungen für die psychosoziale Praxis und die Kooperation der Helfer ableiten lassen. Für die Psychotherapie existieren inzwischen umfangreiche Forschungen (siehe Groß 2013). Neben den spezifischen Wirkfaktoren, z. B. einer bestimmten therapeutischen Technik oder Intervention, die jeweils explizit für die Behandlung einer bestimmten Störung bedeutsam sind, wurden unspezifische Wirkfaktoren untersucht. Forschungsergebnisse wurden insbesondere von Grawe für die Psychotherapie vorgestellt, die auch allgemein für psychosoziale Interventionen bedeutsam sind.

Klaus Grawe (1995) beschreibt fünf therapeutische Wirkprinzipien, deren Bedeutung durch die Forschung bestätigt wurde (Flückiger u. Regli 2007):

1. Ressourcenaktivierung: Grawe verweist auf empirisch abgesicherte Befunde, nach denen man Patienten gut helfen kann, indem man an ihre positiven Möglichkeiten, Eigenarten, Fähigkeiten und Motivationen anschließt. Wichtige Ressourcen sind die zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten, dies schließt die neuen, während der Beratung entstehenden Beziehungen ein. Eine wichtige Rolle spielt, in welchem Ausmaß der Therapeut als einer der bedeutsamen Bezugspersonen als unterstützend, aufbauend und selbstwertstärkend erlebt wird. In der Praxis würde die Ressourcenperspektive in den wenigsten Therapieprozessen eingenommen, da Therapeuten nur selten die Gelegenheit wahrnehmen würden, „Patienten oder Familien oder Paare sich in seinen oder ihren positiven Seiten erleben zu lassen.“ (1995, S. 2)
2. Problemaktualisierung meint das Prinzip der realen Erfahrung. „Was verändert werden soll, muss real erlebt werden. Oder: „Reden ist Silber, real erfahren ist Gold“ (1995, S. 2). Dies geschieht im beraterisch/therapeutischen Prozess z.B. durch den Einbezug der Familienmitglieder, das Aufsuchen problematischer Situationen oder durch Rollenspiele, in denen die Probleme im Hier und Jetzt erlebt und bearbeitet werden.
3. Aktive Hilfe zur Problembewältigung meint, dass der Behandler den Patienten aktiv unterstützt, mit einem Problem besser fertig zu werden. Hilfe ist darauf auszurichten dem Patienten aktiv zu helfen die Zustände, Schwierigkeiten, Probleme, die den unmittelbaren Gegenstand des Leidens ausmachen, besser zu bewältigen. Beispiele

sind ein Selbstsicherheitstraining, Entspannungsverfahren, Hypnose bei Schmerzzuständen, Kommunikations- und Problemlösungstraining bei Paaren, familientherapeutische Interventionen u. a. Hilfreich ist die Problematik des Patienten unter der Perspektive des Könnens versus Nichtkönnens zu betrachten. Der Behandler betrachtet den Zustand oder das Problem des Patienten als ein echtes Nicht-Anders-Können, ohne diesem Nichtkönnen irgendeine anderen Bedeutungen zu unterstellen. Er bezeichnet dies als Bewältigungsperspektive.

4. Therapeutische Klärung: In der Klärungsperspektive geht es darum dem Patienten zu helfen, sich über die Bedeutungen seines Erlebens und Verhaltens im Hinblick auf seine bewussten und unbewussten Ziele und Werte klarer zu werden. Im Mittelpunkt steht der motivationale Aspekt.
5. Die therapeutische Beziehung, auf die im Weiteren näher eingegangen wird, wird immer wieder als ein übergreifender Faktor genannt.

In der Literatur werden weitere Wirkfaktoren genannt. Liechti (2008), Deloie (2011), Groß (2013) und Pauls (2011) nennen u.a. für die Helfer und ihr Setting folgende Faktoren:

- Professionelles Handeln, das Prozesshaftigkeit, Komplexität, Vernetztheit, begrenzte Vorhersagbarkeit und Steuerbarkeit und widersprüchliche Zielzustände berücksichtigt,
- ein multilateral anschlussfähiger Kommunikationsstil,
- die Fähigkeit des Helfers subjektive Krankheitstheorien- und Störungstheorien des Klienten mit wissenschaftlichen Faktoren sowie Erklärungsmodelle mit einem Veränderungsfokus zu verbinden,
- die Bereitschaft, Verantwortung für die initiierten Prozesse zu übernehmen,
- die Fähigkeit, unter Spannungen kooperative Beziehungen zu stiften und aufrechtzuerhalten,
- ein gelungener Umgang mit gemischter Motivation, einer Fremd- und Eigenmotivation, die Reaktanz berücksichtigt,
- das Angebot eines professionellen Settings, das kompetente Hilfe erwarten lässt (Somit sind die Erwartungen des Klienten ein bedeutsamer Faktor.),
- ein plausibles Erklärungsmodell des vorgebrachten Problems mit einer dazu konsistenten Behandlungsmethode,
- eine sichere Beziehung als zentraler Aspekt mit einer empathischen Resonanz, Authentizität, Echtheit und gegenseitiger Bestätigung,

- eine angemessene Balance von alten und gegenwärtigen Themen, eine ausgewogene Verteilung von aktiver und passiver therapeutischer Haltung, also Kompetenzen einer aktiv-direktiver und aufnehmend rezeptiver therapeutischen Haltung,
- einem flexiblen Wechsel zwischen einem begegnungs-, einsichts- und zielorientierten Fokus,
- ein kooperierendes soziales Netzwerk

Seitens des Klienten werden folgende Faktoren genannt.

- eine konsolidierte Lebenslage,
- eine Veränderungsbereitschaft,
- eine neue kohärente Wahrnehmung der eigenen Person in Bezug auf die Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft,
- ein Problemverständnis, der Klient erkennt Zusammenhänge und wiederkehrende Muster in seinen Problemen,
- ein Bewusstsein und eine Achtsamkeit für seine inneren Vorgänge.
- Der Klient wird konfrontiert sich mit seinen Problemen und setzt sich aktiv und engagiert damit auseinander (ähnlich der Problemaktualisierung).
- Der Helfer und das Setting werden als hilfreich und „heilend“ erlebt.

Unterstützt und untermauert werden diese Annahmen durch Forschungen der Neurobiologie im Kontext der Wirksamkeits- und Placeboforschung. Roth und Strüber (2014) bewerten verschiedene Therapiemodelle kritisch auf ihre neurobiologische Plausibilität. Sie weisen darauf hin, dass auch wenn diese Plausibilität gering erscheint, die verschiedenen Therapien dennoch zumindest bei einigen Patienten wirksam sind. Um Wirksamkeit zu erklären, gehen die Autoren (ebenfalls) von unspezifischen gemeinsamen Faktoren, nämlich der Bedeutung des Arbeitsbündnisses bzw. der therapeutischen Allianz aus. Dieser neurobiologisch erklärbarer Effekt sei lange geringschätzig als Placeboeffekt abgetan worden (2014, S. 20). Entscheidender Wirkfaktor sei die enge Bindung zwischen Therapeut und Patient. Diese Allianz bedeute ein tiefes Vertrauen, welches im Gehirn die Produktion von Opioiden und Oxytocin stimuliere und für Wohlbefinden Sorge. Mit der vermehrten Ausschüttung dieser Hormone würde unsere Fähigkeit zu sozialer Bindung verbessert werden und Umlernen ermutigt. Hierauf würden größtenteils die Heilerfolge und eben nicht auf Einsicht,

Bewusstseinsweiterung oder dem vermeintlichen Bewusstmachen des Unbewussten beruhen.

Untersuchungsergebnisse der Therapieforschung (siehe Groß 2013) zeigen insgesamt, dass der Therapieerfolg nur zu einem geringen Teil auf spezifischen Methoden und Techniken beruht. Entscheidend sind insbesondere die jeweilige Beziehung zwischen Klient und Helfer. Die Wirksamkeit der Intervention sei insgesamt zu 40-50 % durch den Klienten, insbesondere seine Motivation und Offenheit und durch äußere Einflüsse bestimmt. Erwartungs- und Placeboeffekte würden sich mit 15 % auswirken (vgl. Pauls 2011). Spezielle Faktoren, gemeint sind insbesondere die jeweiligen Methoden, bewirken in der Psychotherapie nur geringe Effekte (Groß 2013). Wirksam werden somit eher allgemeine psychosoziale Faktoren, die nicht den Kompetenzen einer bestimmten Berufsgruppe zuzuordnen sind<sup>14</sup>.

Fast nicht diskutiert wurde bisher seitens der Forschung, welchen Beitrag der Klient<sup>15</sup> selber als Wirkfaktor leistet (Groß 2013). Groß (2013, 36f) sieht im Beitrag des Klienten den entscheidenden Faktor für den Therapieerfolg. Er spricht daher vom Klienten nicht als „passiven Rezipienten“, sondern „als aktiven Selbstheiler“, der die Interventionen auf seine Art und Weise aktiv nutzt. Der Therapeut soll in diesem Kontext als „Prozessexperte“ gesehen werden, der dem Klienten hilft die Probleme zu erkennen, unterstützende Lösungswege zu entwickeln und zu begleiten. In diesem Prozess übernimmt der Klient eine Verantwortung bei der Auswahl und Art der Hilfe. Es ist sehr bedauerlich, dass die Bedeutung des Klienten als Wirkungsfaktor so wenig berücksichtigt wird, denn die Motivation, Ziele, Ressourcen, Veränderungstheorien des Klienten und das Stadium seines Veränderungsprozesses sind möglicherweise genauso bedeutsam wie die ebenfalls in der Regel nicht berücksichtigen sozialen Faktoren (Bildung, Schichtzugehörigkeit, Wohnumfeld, Arbeitsbelastung und andere).

Berater, Therapeuten und Laien müssen sich, wenn sie das Wirkungskonzept in den Mittelpunkt ihres Handelns stellen, immer wieder Feedback vom Klienten einholen, um zu verstehen, was möglicherweise hilfreich sein könnte. Allerdings ist diese Haltung nicht für

---

<sup>14</sup> Liechti (2009, S. 153f) zitiert eine Untersuchung, nach der im Vergleich Professoren, Psychotherapeuten und andere verständnisvolle Therapeuten gleich wirksam sind.

<sup>15</sup> Interessant wäre es in diesem Zusammenhang auch die Betroffenen zu befragen. Leider liegen keine Forschungsergebnisse vor, verweisen kann ich nur auf meine langjährigen Erfahrungen. Alle Personen, die aus einer Suchtklinik in die ambulante Beratung/Therapie wechselten habe ich gefragt, was für Sie in der Klinik hilfreich war. Typischerweise berichteten die Klienten über Erfahrungen in der Arbeitstherapie, über einen angenehmen Zimmerkollegen, die Auszeit von der Arbeit oder die Beziehung zu einem professionellen Helfer. Auch erhaltende praktische Unterstützung oder die Erfahrung von positiver Nähe waren oft genannte hilfreiche Aspekte.

alle Klienten passend, manche Personen benötigen die Übernahme einer zeitlich begrenzten „Führung“ im Sinne einer guten Übertragungsbeziehung.

Die genannten Wirkungsfaktoren werden seitens der Forschung insbesondere für die Beratung und die Psychotherapie genannt. Aufgrund ihrer allgemeinen Bedeutung sind diese m. E. auch für den Bereich der Laienkompetenz / Selbsthilfegruppen bedeutsam. Die Wirksamkeit von Selbsthilfegruppen ist nur wenig erforscht, einzelne Forschungsergebnisse sollen hierzu noch angeführt werden. Bisher liegen nur Teilantworten zu diesen Fragen vor. Müller-Kohlenberg verwies bereits 1996 auf Metaanalysen von Gunzelmann, Schiepeck und Reinecker aus dem Jahre 1987 über die Wirkungen der Selbsthilfe. Demnach wirkt sich Supervision günstig auf die Effekte der Laien aus. Laien erzielten meist auch dann höhere Effekte als professionelle Therapeuten, wenn sie nicht in bestimmten Methoden trainiert wurden. Besonders gute Effekte zeigen Laien, wenn unspezifische Alltagsaktivitäten im Mittelpunkt stehen, weniger gut ist die Leistung hingegen in komplexen Situationen, die ein differenziertes Vorgehen erfordern. Nach Borgetto (2004, S. 173) werden auch psychotherapeutische Mechanismen in Selbsthilfegruppen wirksam. Borgetto<sup>16</sup> nennt hier insbesondere die Faktoren einer Einsicht in unbewusst verdrängte Erfahrungen, der Anerkennung der eigenen und der Generationsgrenzen, die Aussöhnung mit Neid, Wut und Rache, eine allgemeine persönliche Weiterentwicklung und eine Reflexion der Rollenkonstellationen.

Untersuchungen zeigen weiterhin, so Peböck u.a. (2011, S. 237), dass je länger die Dauer der Teilnahme an Gruppengruppenaktivitäten der Selbsthilfe ist, desto höher werden der subjektive Gesundheitszustand und das psychische Wohlbefinden eingeschätzt. Besonders trifft dies auf Personen zu, die noch nicht lange erkrankt sind und sich bald nach dem Erhalt Ihrer Diagnose einer Selbsthilfegruppe anschließen. Besonders starke positive Veränderungen beschreiben Menschen, die über einen längeren Zeitraum Mitglied einer Selbsthilfegruppe waren und diese regelmäßig und konsequent besuchten. Diese Personen können mit ihrer Krankheit besser umgehen und waren sehr gut über ihre Erkrankung und deren Behandlungsmöglichkeiten informiert. Sie schätzen sich im Umgang mit Ärzten als selbstbewusster ein als vor ihrer Mitgliedschaft in der Selbsthilfegruppe. Teilnehmer, für die ihre Selbsthilfegruppe sehr bedeutsam war, erleben einen Zugewinn an Kompetenz, Lebensmut und Wohlbefinden. Sie fühlen sich besser verstanden und weniger isoliert.

Borgetto (2004) zitiert Studien, nach denen die Teilnehmer von Selbsthilfegruppen angeben ihre wichtigsten Ziele zu erreichen. Am besten wird das Ziel erreicht, Menschen zum Reden

---

<sup>16</sup> Allerdings beschreibt der Autor nicht genauer, wie diese Mechanismen in Selbsthilfegruppen wirken.

zu finden. Erreicht werden auch die Ziele andere Mitglieder zu unterstützen, Informationen über die Krankheit zu bekommen und den selbstständigen Umgang mit der Erkrankung zu verbessern. Eine verbesserte Krankheitsbewältigung, d.h. eine Verbesserung von physischer und psychosozialer Befindlichkeit, wird ebenso erreicht wie Einstellungsveränderungen und eine Interessenvertretung der Betroffenen. (Ob diese Verbesserungen tatsächlich auf die Teilnahme an Selbsthilfegruppen zurückzuführen sind, konnte jedoch aufgrund der methodischen Begrenzung der Studie nicht mit Sicherheit gesagt werden.)

Diese positiven Wirkungen und Entwicklungen sind nach Peböck u.a. (2011) bedingt durch therapieähnliche Wechselbeziehungen zwischen den Betroffenen. Studien würden zeigen, dass Selbsthilfegruppen ähnliche Effekte für die Betroffenen haben wie Gruppenpsychotherapien. Somit können Selbsthilfegruppen psychische Störung vermindern, sowie die subjektive Gesundheit und Lebensqualität verbessern. Menschen lernen in Selbsthilfegruppen ihre Probleme selbst zu bewältigen und gesundheitsfördernde Strategien zu entwickeln. Sie sind in der Lage ihre Belastung aktiver zu bewältigen und werden seltener krank (Borgetto 2009, S. 15).

Erklärt werden kann dieser positive Effekt möglicherweise dadurch, dass jede helfende Beziehung eine professionelle Rollenbeziehung und eine persönliche Beziehung enthält. Dies gilt auch für die Selbsthilfe. Dies bedeutet; Hilfe ist „persönlich“ in Bezug auf Nähe, Intimität und Kontinuität und zugleich als Rollenbeziehung eine reflektierte theoretisch begründbare und lehrbare Beziehung. Hilfreiche Personen sind, so Gahleitner und Reichel (2014), partiell engagiert und selektiv offen. Bedeutsam und notwendig sind bei jeder Form von Hilfe ein angemessenes Mindestmaß an Nähe und Distanz und das Vorliegen einer Beziehungsfähigkeit. Somit stellen sich gleichermaßen Herausforderungen an ehrenamtliche Laien und Fachkräfte die „spezielle Rolle“ auszufüllen und sich zugleich als „ganze Person“ auf persönliche, emotional geprägt und nur bedingt steuerbare Beziehungen einzulassen. Diesen Prozess gilt es immer wieder zu reflektieren. Helfer benötigen ein Bewusstsein der eigenen Möglichkeiten und Grenzen.

Müller-Kohlenberg (1996, S. 28f) stellt das engagierte Interesse des Beraters oder Therapeuten für den Klienten sich als wichtigste unspezifische Variable der Wirkfaktoren heraus. In diesem Kontext weist sie auf das folgende Phänomen hin: Diese Feststellung sei insofern von Bedeutung, da die berufliche Basis eines professionellen Helfers, der gewerblich oder gegen Bezahlung arbeitet, nicht sonderlich geeignet sei, das persönliche Interesse am Klienten glaubhaft zu machen. Der Klient stelle sich die Frage, ob die Zuneigung des Helfers aufrichtig sei oder ob er Interesse wegen des Honorars zeige. Der Laienhelfer habe es hier



einfacher, bereits die Tatsache, dass jemand ohne Vergütung oder Vergünstigungen Hilfe anbietet, könne als Auslöser für positive Veränderungen, als Kraftquelle oder Ermutigung wirken.

## **Exkurs: Nebenwirkungen und Risiken**

Alles was wirkt führt zu Risiken und Nebenwirkungen. Im psychosozialen Handeln wird diese jedoch zu wenig beachtet. Daher soll hierauf in einem Exkurs eingegangen werden. Vorgestellt werden keine empirischen Befunde, sondern Erfahrungen aus meiner beruflichen Praxis.

Anders als im medizinischen Funktionssystem werden in der Beratung, Betreuung, Therapie und der Selbsthilfe mögliche Schäden, Risiken und Nebenwirkungen nicht regelhaft bedacht und meist nur ausschnitthaft thematisiert (siehe ausführlicher Beushausen 2014b). Für die Psychotherapie liegen einzelne Forschungsergebnisse über mögliche Nebenwirkungen vor, jedoch nicht für die Soziale Arbeit und die Selbsthilfegruppen. Metaanalysen zeigen (siehe Koschier 2012, Lambert 2013), dass psychotherapeutische Interventionen einerseits eine hohe, positive Wirkung aufweisen, andererseits sich jedoch der Zustand von 10 % bis zu einem Drittel der PatientInnen nach einer Psychotherapie im Vergleich zu vorher verschlechtert. Es ist anzunehmen, dass auch Interventionen der Sozialen Arbeit und der Selbsthilfe zu solchen Nebenwirkungen und Schäden führen. Somit stellt sich auch für diese Profession und die Selbsthilfegruppenbewegung die Aufgabe, dieses Thema mehr zu fokussieren und Standards einer Beurteilung von Fehlentwicklungen und Schäden, die durch die Helfer und ihre Institutionen bedingt sind, zu entwickeln und für die alltägliche Praxis in einem offenen, selbstkritischen und fehlerfreundlichen Miteinander zu verankern.

Fehler und Defizite im psychosozialen Handeln resultieren oftmals aus einer Kombination von persönlichem Versagen, mangelnder Reflexion, institutionellen Bedingungen und im professionellen Bereich einem allgemeinen Leistungs- und Kostendruck.

Nebenwirkungen und Risiken können unterschiedlich kategorisiert werden. Sie treten in verschiedenen Schweregraden und unterschiedlichen zeitlichen Perspektiven von kurz- bis langfristig auf. Ein Beispiel einer sehr schweren Nebenwirkung wäre eine akute Suizidalität, eine leichte Nebenwirkung wäre Verzweiflung oder Unsicherheit und vorübergehende

Beunruhigung während eines Gesprächs. Solche letztgenannten Nebenwirkungen lassen sich nur begrenzt vermeiden, bzw. sollten möglicherweise gar nicht vermieden werden<sup>17</sup>.

Nebenwirkungen und Schäden in psychosozialen Situationen beruhen meist auf komplexen Wechselwirkungen. Diese lassen sich nur begrenzt tabellarisch einordnen. Gleichwohl soll dies im Sinne einer pragmatischen Vorgehensweise für die Praxis und die Ausbildung versucht werden. Vorgeschlagen werden die folgenden Kategorien:

- Nebenwirkungen und Risiken aufgrund der Missachtung ethischer Grundlagen (z.B. Verantwortung, Würde, Selbstbestimmung des Klienten)
- Nebenwirkungen und Risiken aufgrund von allgemeinem problematischem oder falschen psychosozialen Handelns
- konzeptionelle und institutionelle Mängel und

Begonnen wird mit einer Beschreibung der Risiken und Nebenwirkungen aufgrund der Missachtung ethischer Grundlagen:

Kategorie	Inhalt	Beispiel
Sexuelle Grenzüberschreitungen	Alle Handlungen mit sexuellem Hintergrund  Sexueller „Missbrauch“ Tatbestand nach Paragraph 174C StGB	Berater oder ein Gruppenmitglied verhält sich sexuell anzüglich,  sexuelle Beziehungen zwischen Berater / Selbsthilfegruppenleiter und Klient
Verletzung grundlegender Basisvariablen	Mangelnde Empathie, Akzeptanz u. Wertschätzung, ausschließliche Zentrierung auf Defizite	Nicht zuhören können, vorschnelle Deutungen oder stereotype Vorurteile gegenüber bestimmten Klientengruppen.  Ein Klient fühlt sich z.B. fortwährend aufgrund seines kulturellen Hintergrundes oder des hohen Körpergewichts abgewertet
Verstoß gegen Informations-, Dokumentations- und Schweigepflicht	Verweigerte Einsicht in die Unterlagen, Fälschung und inkorrekte Darstellung der Unterlagen, mangelnde Dokumentation oder Aufbewahrung,  Verletzung der Schweigepflicht durch Informationsweitergabe an Dritte	der Berater berichtet dem Partner oder den Eltern eines Klienten vom Verlauf der Beratung ohne Schweigepflichtsentbindung  Informationen über ein Selbsthilfegruppenmitglied werden weitergegeben
Soziale Grenzverletzungen	problematische Nähe und Distanz, der Beratungs- und Betreuungsrahmen wird gesprengt, es kommt zu	Der Berater bespricht mit dem Patienten eigene private Probleme oder das

<sup>17</sup> In der Regel führen erst Emotionen (z.B. die Befürchtung krank zu werden oder alleine zu sein) zu der Bereitschaft einer Veränderung.

	Grenzverletzungen gegenüber den Klienten	Selbsthilfegruppenmitglied überschreitet Grenzen, indem unangemessene Ratschläge erteilt werden
Interessenkollision Ökonomischer/ finanzieller Missbrauch	Der Berater verfolgt gleichzeitig andere Interessen, z. B. finanzielle Interessen des Arbeitgebers oder es gibt eine Verknüpfung freundschaftlicher/verwandtschaftlicher Beziehungen	Der Berater oder das Selbsthilfegruppenmitglied ist gleichzeitig Nachbar des Klienten,  Verlängerung der Beratungsdauer um die eigene Stelle zu sichern, bzw. „Schwarzarbeiten“ des Klienten für den Berater.
Trägerinteressen	Der Träger sichert das Überleben eigener Einrichtungen auf Kosten einer qualitativ schlechteren Versorgung der Klienten	Klienten werden in eigene Kliniken und Einrichtungen vermittelt, zum Beispiel in der Suchtkrankenhilfe.  Die Teilnahme an einer anderen besser geeigneten Selbsthilfegruppe wird nicht empfohlen.

Tabelle Nr. 1: Nebenwirkungen und Risiken aufgrund der Missachtung ethischer Grundlagen

In der zweiten Tabelle werden allgemeine Nebenwirkungen und Risiken des psychosozialen Handelns zusammengefasst:

Kategorie	Inhalt	Beispiel
Helfereigenschaften	Fehler, die in der Person oder der mangelnden Ausbildung und Fachlichkeit der Helfer begründet sind	Umgang mit Nähe und Distanz, nicht zuhören können, vorschnelle Ratschläge erteilen  Selbstüberschätzung der Berater
Unangemessene Konzepte und Haltungen des Helfers	Methoden und Konzepte passen nicht zum Klienten, z.B. eine ausschließlich analytische oder defizitorientierte Grundhaltung des Beraters,  es wird nicht zur Kenntnis genommen, dass fast immer eine Ambivalenz besteht Verhalten verändern zu wollen, Helfer sind hier in der Gefahr sich zu sehr mit der Seite der Veränderung zu identifizieren und „gute Gründe“ für die Nicht-Veränderung nicht zu berücksichtigen	Der Klient wird mit seinem Verhalten nicht oder zu stark konfrontiert.  Kausale Behauptungen werden nicht hinterfragt (z. B. wenn aus einer schwierigen Kindheit geschlossen wird, dass die Prognose ungünstig ist),  der Helfer vertritt die Position, dass Traumata grundsätzlich aufzuarbeiten sind.
Mangelndes oder falsches Krisenscreening	Fehleinschätzungen von Risiken, eine Krise wird übersehen	Suizidalität wird übersehen,  eine notwendige Einweisung

		erfolgt nicht.
Mangelnde Diagnostik und Zielbestimmung	Fehlende oder unzureichende „Diagnostik“,  falsche Indikationsstellung,  bei der Zielbestimmung erfolgt keine ausreichende Lebensweltorientierung	die diagnostische Einschätzung erfolgt unzureichend, indem nur wenige Aspekte fokussiert werden,  der Berater folgt „eigenen“ Zielen und nicht denen der Klienten,  die Bedeutung von äußeren Einflüssen auf Probleme wird nicht gesehen.
Stark belastende Situationen	Helfer belasten ihre Klienten durch falsche Interventionen, z.B. eine nicht angemessene Tiefung oder eine Retraumatisierung	Ein Gruppenmitglied wird deutlich abgelehnt,  im Gespräch wird zu sehr konfrontiert oder ein Gespräch „erzwungen“,  andere Klienten oder Patienten belasten zusätzlich,  eine nicht notwendige Zwangseinweisung wird veranlasst,  es erfolgt eine Retraumatisierung oder ein Minitraumata.
Mangelhafte oder falsche Interventionen	Richtiges anwenden einer nicht passenden Intervention oder  die richtigen Interventionen lassen sich in den Lebenswelten der Klienten nicht umsetzen	Es erfolgt eine Einengung auf psychologische, soziale oder medizinische Interventionen,  ein neues Gruppenmitglied in der Selbsthilfegruppe steht zu sehr im Mittelpunkt,  es wird nicht überlegt, ob z.B. eine unsichere Wohnsituation oder starke Schmerzen das Einlassen auf eine Lebensveränderung erschweren.
Kommunikation  Passungsprobleme zwischen Klient und Berater	Der Klient missversteht eine Intervention,  der Kommunikationsstil ist nicht angemessen	Ein Migrant, der kurz in Deutschland lebt und Analphabet ist missversteht die Bedeutung der Klassenfahrt seiner Kinder.  Selbsthilfegruppenmitglieder konkurrieren in der Gruppe um Einfluss und Macht.  Es wird nicht überlegt, ob es einen Unterschied macht, ob ein Mann oder eine Frau das Gespräch führt.

Unzureichende Informationen	fehlende Informationen über Rechte des Klienten und alternative Wege	Der Klient wird nicht über besser passende Angebote eines anderen Trägers/SHG informiert oder vorrangig in die eigene Klinik des Trägers vermittelt.
Umgang mit sogenannten Widerständen	Klienten werden häufig als nichtmotiviert und widerständig statt ambivalent motiviert beschrieben. Im Umgang mit Widerständen sind diese zunächst allgemein als Antwort des Klienten zu betrachten. Er ist Schutz und „beste Lösung“ im subjektiven Kontext des Klienten und gehört somit zum Hilfeprozess.	Ein „technischer Widerstand“ (bedingt durch falsche Interventionen und unangemessene Anforderungen an den Klienten wird als „funktionaler“ im Klienten liegender Widerstand gedeutet.
Umgang mit Übertragung und Gegenübertragungen	Unzureichende Reflektion der Übertragungen- und Gegenübertragungen, konzeptionell ist zu klären, welche Übertragungen gewünscht, gefördert oder akzeptiert werden bzw. welche aufzulösen sind.	Übertragungswünsche werden zu sehr oder zu wenig erfüllt, eine konkordante, komplementäre oder reziproke Gegenübertragung wird nicht analysiert.
Abbruch	Konzeptionell ist zu überlegen wie mit so genannten Abbrechern verfahren wird, werden diese beispielsweise nochmals besucht oder angeschrieben	Die Beendigung wird durch SMS mitgeteilt, Auflösung einer Selbsthilfegruppe ohne zu überlegen, was dies für die Mitglieder bedeutet.
Auswirkungen auf das Umfeld des Klienten	Seitens der Helfer (und der Institution) wird nicht berücksichtigt, welche Auswirkungen die Interventionen auf das Umfeld haben	bei der Unterbringung von Kindern in Pflegefamilien wird nicht bedacht, was dies für die neuen Geschwister bedeutet, die Kinder von psychisch Kranken werden nicht betreut, Angehörige von Suchtkranken werden nicht in die Beratung einbezogen, in der Selbsthilfegruppe wird einseitig Partei für den Betroffenen oder die Angehörigen genommen.

Tab 2: Nebenwirkungen und Risiken aufgrund von unprofessioneller Berufsausübung

Auf Nebenwirkungen und Risiken, die im Wesentlichen bedingt sind durch institutionelle Vorgaben und die Rahmenbedingungen wird hier auszugsweise eingegangen, da diese eher im Kontext des professionellen Helfens und nicht in der Selbsthilfe von Bedeutung sind (ausführlicher siehe Beushausen 2014b):

Kategorie	Inhalt	Beispiel
Konzeptionelle Mängel	Keine Ausrichtung der Methoden auf z.B. die Wirksamkeit	Verwandte Methoden genügen nicht dem aktuellen Forschungsstand,  starke Orientierung auf die Defizite,  Überforderung von neuen Mitgliedern in einer Selbsthilfegruppe
Mangelnde Reflektion, Intervention, Supervision und Fortbildung	Kein Deputat für Supervision,  Fallbesprechungen und Supervision erfolgen wenig zielgerichtet und effektiv  für die Fortbildung stehen keine Ressourcen zur Verfügung	Aufgrund von Zeitmangel und fehlender Supervision führt mangelnde Selbstreflexion zu Fehlern,  Es existiert keine fehlerfreundliche Atmosphäre.
Regeln	Durchsetzung von Regeln, die im Einzelfall nicht sinnvoll sind	Teilnahme aller suchtkranken Klienten an einer Gruppenberatung  neue Gruppenmitglieder müssen sich vorstellen
Setting	Das Setting ist nicht angemessen, zum Beispiel zu kurze oder zu lange Dauer der Betreuung,  die Komplexität, die durch mehrere Auftraggeber entsteht, wird nicht gesehen.	Die Angehörigen werden nicht einbezogen,  es wird übersehen, dass ein Selbsthilfegruppenbesuch oder eine Psychotherapie nicht ausreichend ist  bei einer Borderlinestörung wird lediglich eine Familientherapie angeboten,  die Einbeziehung der Angehörigen führt zu einer Überforderung der Mitglieder einer Selbsthilfegruppe

Chronifizierung	<p>Es wird nicht reflektiert inwieweit der Helfer oder seine Institution zu einer Chronifizierung beitragen,</p> <p>Krankheitskonzepte, die auf eine unendliche Krankheit verweisen, verfestigen diesen Prozess und wirken als selbsterfüllende Prophezeiung. Festschreibende Diagnosen und chronifizierende Beschreibungen können die Opfer- und Krankenrollen betonieren,</p> <p>es erfolgt eine Orientierung an den Defiziten und nicht an den Kompetenzen.</p> <p>„Hilflosigkeit“ kann erlernt bzw. unbeabsichtigt gefördert werden, indem zum Beispiel Erledigungen zu sehr abgenommen werden.</p> <p>Soziale Probleme werden als psychische Probleme gedeutet. Lange betreuungszeiträume wirken gewohnheitsbildend.</p>	<p>Bei einer Verlängerung einer Maßnahme oder einem dauerhaften Besuch einer Selbsthilfegruppe wird nicht überlegt, inwieweit diese zu einer Lösung des Problems beiträgt, sondern lediglich den aktuellen Status aufrechterhält,</p> <p>es wird keine Inklusion des Klienten in Außenwelten angestrebt,</p> <p>Chronifizierung wird unterstützt, indem frühere Bekanntenkreise durch Bekannte aus den besuchten Einrichtungen oder der Selbsthilfegruppe ersetzt werden,</p> <p>Betreuer oder die Selbsthilfegruppe werden ausgetauscht, um das alte Muster oder Formen einer „mehr – desselben“ Strategie fortsetzen.</p> <p>Ein Betroffener sieht sich im Wesentlichen als Opfer und nicht als Beteiligter am eigenen Schicksal. Die Vergangenheit wird als Schicksal verstanden, welches die Zukunft negativ bestimmt. Der Betroffene vermeidet zu überlegen, was er heute im Hier und Jetzt tun kann, damit es ihm besser geht.</p>
Mangelnde Rahmenbedingungen	<p>Die Qualifikation des Helfers ist mangelhaft,</p> <p>Überlastungen der Mitarbeiter / Überforderung der Selbsthilfegruppenmitglieder,</p> <p>mangelnde Ressourcen</p> <p>Unreflektierte Anpassung an institutionelle Vorgaben</p>	<p>Das Beratungsgespräch wird immer wieder durch ein Telefongespräch unterbrochen,</p> <p>Zuständigkeit der Mitarbeiter für zu viele Fälle,</p> <p>mangelnde Raumausstattung, zu geringe Unterstützung der Selbsthilfegruppen durch professionelle Fachkräfte,</p> <p>um Fallzahlen zu erfüllen werden ambulante Betreuungen durchgeführt statt zu vermitteln</p>



Umgang mit Ambivalenzen: Parteilichkeit versus Allparteilichkeit  Ambivalenz der Hilfs- und Kontrollfunktion	Der angemessene Umgang mit der Parteilichkeit wird nicht reflektiert,  mangelnde Reflexion der Bedeutung des doppelten Mandates  Hilfe kann den Menschen abhängiger und hilfloser machen oder Integration in soziale Gemeinschaften durch Desintegration verfestigen,	die Situation eines Angehörigen wird nicht gesehen  alleinige Ausübung der Kontrollfunktion oder eine Unterstützungsfunktionen ohne Grenzen zu setzen  Klienten sind nur im Kontakt mit Betroffenen und Helfern.
Umgang mit Fehlern	Keine institutionelle Kultur einer Fehlerfreundlichkeit	Fehler müssen verschwiegen werden um die eigene Position nicht zu gefährden
Kooperation	Fehlende Absprachen mit anderen Institutionen	Keine Zeit für Absprachen,  keine Empfehlung zum Besuch einer Selbsthilfegruppe.

Tab. Nr. 3: Konzeptionelle und institutionelle Mängel, Fehler und Risiken

Deutlich werden Chronifizierungsprozesse oftmals erst, wenn diese explizit thematisiert werden. Angesprochen werden können in dieser Aufstellung nur klassische typische Problembereiche. Die jeweilige Praxis in den verschiedenen Arbeitsfeldern und Settings ist spezieller und differenzierter zu betrachten. Die schlimmsten Schädigungen sind durch ein unethisches Verhalten des Beraters zu erwarten, insbesondere durch strafrechtlich relevante sexuelle Grenzverletzungen. Zu schweren Schäden kann es jedoch auch bei Interventionen unterhalb der Schwelle einer Strafbarkeit kommen, wenn beispielsweise ein Abhängigkeitsverhältnis hergestellt wird. Ein häufiger Fehler ist die Nichtberücksichtigung der Bedeutung der Lebenswelten eines Klienten. Mögliche Fehler finden sich meist nicht nur in einer Verhaltensweise, sondern oftmals auch in der gegenüberliegenden Polarität. So können beispielsweise eine zu große Identifikation mit dem Klienten und eine Gefühlsansteckung genauso problematisch sein, wie eine Gefühlskälte und eine zu große Distanz.

Die genannten Fehler und Nebenwirkungen können nicht nur zu vielfältigen Schädigungen der Klienten, sondern auch der Helfer führen. Hierzu gehören der Burnout, Dauererschöpfung, Entfremdungen, Allmachtsgefühle und eine Überidentifikation als Reaktion auf z.B. Dauerbelastungen. Folge dessen können eine Interessenverarmung oder eine Wahrnehmungselektion sein, in der nur die berufsbezogenen Aspekte bzw. die Probleme der anderen Selbsthilfegruppenmitglieder das Leben bestimmen. Eine andere Form einer Helferdeformation sind „abrufbare Gefühle“ (z.B. Helfer strahlen Wärme und Zuversicht aus, sobald sie angesprochen werden). Folgen dieser Deformationen sind möglicherweise der

Verlust der Einfühlung, eine mechanische Akzeptanz oder eine überzogene Technisierung der Konfrontation.

Bezüglich der Gefahr einer möglichen Chronifizierung soll noch erwähnt werden: Interventionen können generell zu einer Förderung der Gesundheit oder / und zu einer Chronifizierung beitragen. Ein eingetretener Chronifizierungsprozess sollte zwischen den Helfern, dem Klienten und den Angehörigen erörtert werden. Es ist zu eruieren, wer alles zu einer Chronifizierung beiträgt. Ausstiegsszenarien aus einer vorhandenen Chronifizierung sollten mit dem Betroffenen offen benannt werden. Pro und contra einer Chronifizierung sind zusammenzufassen und zuzuspitzen, um neue Entscheidungen möglich zu machen<sup>18</sup>. Wenn möglich, sind Verhaltensweisen, die einer Chronifizierung entgegenwirkten, positiv zu konnotieren.

Um mögliche Risiken und Nebenwirkungen zu vermindern sollten Helfer auch präventiv tätig werden. Hierzu gehört, dass Klienten zu Beginn der Unterstützungsmaßnahmen entsprechende Informationen („Beipackzettel“) erhalten. Um Nebenwirkungen und Schäden präventiv zu vermeiden ist selbstreflektorisch zu fokussieren, ob im Beratungsprozess eine ausreichende „Passung“ (s.u.) gegeben ist. Zu überlegen ist, ob passende Methoden, Setting, Helfer von der passenden Institution und zum passenden Zeitpunkt gewählt werden.

Mögliche Fehler sollten in Hilfekontakt angemessen und offen thematisiert werden. Bleckwedel (2008) plädiert für eine Experimentierfreude, die nicht nur beim Erforschen und Erfinden eine bedeutende Rolle spielt, sondern auch in der Beratung und Therapie. Ziel ist eine Balance zu erreichen zwischen innovativer Fehlerbereitschaft und der Achtsamkeit schädigende Fehler zu vermeiden. Treten Fehler auf, sind diese einerseits klar zu benennen und Konsequenzen zu ziehen. Andererseits ist es wichtig, diesen freundlich zu begegnen, da Fehler sich nicht immer vermeiden lassen und aus ihnen zu lernen (Fehlerfreundlichkeit).

---

<sup>18</sup> Möglicherweise trifft im Anschluss an solche Erörterung der Klient mit seiner Autonomie die Entscheidung, chronisch krank zu bleiben und weiter betreut werden zu wollen, aber keine Heilung oder die Verbesserung seiner Situation anzustreben. Für die Betreuer ergibt sich hieraus eine neue, möglicherweise klarere, Auftragssituation, in der zu entscheiden ist, ob eine Begleitung des Klienten ohne grundsätzliche Veränderungsimpulse weiter erfolgen soll.

## Schlussfolgerungen

Der hier aufgezeigte Sachverhalt weist auf eine Reihe zu klärenden Fragen hin. In diesem Beitrag können bei der Komplexität des Themas nur einige mir subjektiv bedeutsame Aspekte angesprochen werden. Im Schlussteil sollen einige Haltungen der Helfer benannt werden, die für alle Helfergruppen von Bedeutung sind und Aspekte in der Zusammenarbeit der Professionellen mit den Laienhelfern angesprochen werden. Ein empirischer Nachweis der „Wirksamkeit“ kann hier ebenso nicht erfolgen, wie die explizite Erörterung der Kooperation der Helfer und ihre organisatorische Umsetzung. Anschließend soll mit dem Passungsmodell ein Konzept angeboten werden, mit dem im (teilweise) erklärt werden kann, wieso Selbsthilfe, Beratung und Therapie gleich wirksam erscheinen. Abschließend werden einige offene Fragen benannt.

Eingangs wurden ältere Untersuchungsbefunde und Metastudien aus den Jahren 1960 bis ca. 1987 (siehe Müller-Kohlenberg 1995) vorgestellt, nach denen Laien genauso hilfreich und wirksam sind wie professionelle Helfer. Diese Untersuchungsergebnisse sind dringend zu überprüfen. Da keine neuen Befunde vorliegen, sollten die vorhandenen ernst genommen werden und (endlich) die Konsequenz gezogen werden andere Formen der Kooperation zu installieren. Im Kapitel über die systemtheoretischen Grundlagen wurde bereits darauf verwiesen, dass grundsätzlich die einzelnen Funktionsbereiche in einem nicht-hierarchischen Verhältnis zueinander stehen, wobei jedes System dazu tendiert, die eigene Gesellschaftsbeschreibung zu generieren. Zwischen den Professionen im Gesundheitssystem findet sich aktuell keine Ausbalancierung, sondern die Dominanz des medizinischen Systems (und z.T. der Psychotherapeuten) gegenüber der Sozialarbeit und den Laienhelfern.

In der Praxis zeigen sich je nach Region und Handlungsfeld sehr unterschiedliche Kooperationen zwischen den Helfergruppen. Während beispielsweise in der Suchtkrankenhilfe nur noch wenige „Exuser“ (ohne fachspezifische Berufsausbildung) angestellt sind, wird dieser Weg in der Psychiatrie durch die Einstellung von inzwischen bundesweit mehreren hundert Genesungsbegleitern oder Peer-Beratern beschritten. Ziel dieses auch als Experienced Involvement (Utschakowski 2010) bezeichneten Interventionsmodells ist ein Erfahrungsaustausch „auf Augenhöhe“ zwischen den Patienten, Psychiatrieerfahrenen, Angehörigen psychisch Kranker und den Professionellen. Beispielsweise (siehe Lacroix u. Eikmeier 2014) konnten in einer Klinik in Bremerhaven inzwischen 6 Personen beschäftigt werden. Die Genesungsbegleiter leiten dort u.a. eigenständig Recovery-Gruppen.

Fortzuschreiten ist bei diesen Kooperationen der Helfer auf „Augenhöhe“ ein Weg, den Grawe u.a. 1995 mit dem Modell der Integration der Therapieschulen begann. Grawe u.a. analysierten die Unterschiede zwischen den Therapieschulen und forderten in der Konsequenz dazu auf, den Weg von der „Konfession“, dem Glaubensstreit der Therapieschulen, zu einer allgemeinen Psychotherapie, der Profession, zu gehen. Auch wenn auf diesem Weg zu einer allgemeinen Profession nur wenig erreicht wurde und die Therapieschule untereinander und erst recht die beteiligten Professionen (Sozialarbeiter, Psychologen, Mediziner u.a.) immer noch die gegenseitige Abgrenzung betonen, ist jetzt der Weg von der Separation der Berufsgruppen unter Einbeziehung der Laienkompetenz zu einer psychosozialen Intervention, einer allgemeinen psychosozialen Versorgung zu gehen. Notwendig ist die Schaffung interdisziplinärer Behandlungs- und Betreuungsansätze, in denen Psychotherapeuten, Ärzte und Sozialarbeiter und andere Berufsgruppen, wie zum Beispiel Logopäden und Heilpädagogen mit der Selbsthilfe (und den Klienten) so zusammenwirken, dass alle Beteiligten als „Experten“ angesehen werden. Dies bedeutet jedoch nicht, dass alle Helfer gleich für alle Tätigkeiten qualifiziert sind, wir benötigen weiterhin Spezialisierungen.

Auch Müller-Kohlenberg (1996, S. 82) nimmt Bezug auf Grawe u. a. (1995) und deren Bestimmung der Wirkfaktoren und folgert, dass Überlegungen auf dem Hintergrund der genannten empirischen Untersuchungen plausible Hypothesen zur Erklärung der Effektivität auch von Laien liefern. Die Autorin führt aus, dass die Faktoren „Problemlösung“, „Beziehung“ und „reales erleben“ besser von engagierten Laien, und der „Klärungs“-faktor besser von Professionellen zu erbringen sei. Müller-Kohlenberg kritisiert, dass Grawe u.a. in ihren Untersuchungen zwar eine „Allgemeine Psychotherapie“ ohne schulspezifische Dogmen und Einengungen fordern, jedoch nicht die Wirkung von Lientherapeuten in ihre Untersuchungen einbezogen. Müller-Kohlenberg fordert die Schaffung einer „allgemeinen Theorie der psychosozialen Versorgung“ zu entwickeln. In diesem Kontext müsse auch mutig und vorurteilsfrei die Frage gestellt werden, ob Ausbildungscurricula zum Helfen besser befähigen als mitmenschliches Engagement (1996, S. 209). Nicht ungeprüft sei davon auszugehen, dass Fähigkeiten in den relevanten Dimensionen, so zum Beispiel die Beziehungsgestaltung, mit Selbstverständlichkeit durch Ausbildung zu erwerben sei. „Für eine gute Beziehung zum Klienten oder Patienten ist es möglicherweise wichtiger, dass diesem die Freiwilligkeit des Helfers bewusst ist, als dass der Helfer über Beziehungswissen verfügt; oder: Die Betreuung im Verhältnis 1:1 ermöglicht sicher eine flexiblere und günstigere Beziehung als die Bemühungen um eine größere Zahl von Klienten in der zeitlich fixierten Sprechstunde in professioneller Praxis.“ (a.a.O. S. 209)

In diesem Kontext stellt sich für die Selbsthilfe die Frage, wie sie an Bedeutung gewinnen kann. Trotz ihrer Wirksamkeit besuchen nur ein geringer Teil, zwischen 1 und 10 % (Peböck u.a. 2011) der Betroffenen Selbsthilfegruppen. Diese Unterstützungsform wird insbesondere von Betroffenen aus den so genannten unteren Gesellschaftsschichten nur wenig genutzt. Die Gründe liegen möglicherweise hierin, dass bereits ein gewisses Maß an Eigenkompetenz bei Betroffenen vorhanden sein muss. Die Gesundheitshilfe steht daher vor der Aufgabe neue Wege zu beschreiten um für die Teilnahme an Selbsthilfegruppen besser zu motivieren.

Nach diesen allgemeinen Hinweisen sollen als nächstes grundlegende Haltungen erörtert werden: Als erstes soll auf Petzold (2012) verwiesen werden, der im Kontext der Integrativen Therapie "Vierzehn Heilfaktoren" vorstellt, die allgemein für psychosoziales Handeln Wege aufzeigen. Im Kontext eines Casemanagement könnte mit jedem Klienten überlegt werden, welche Schwerpunkte von welchem Helfer gesetzt werden sollen:

1. Einführendes Verstehen [protektiv], Empathie [supportiv]
2. Emotionale Annahme [protektiv] und Stütze [supportiv]
3. Hilfen bei der realitätsgerechten [supportiv, konfrontativ], praktischen Lebensbewältigung
4. Förderung emotionalen Ausdrucks und volitiver Entscheidungskraft
5. Förderung von Einsicht [supportiv, konfrontativ], Sinnerleben, Evidenzerfahrung
6. Förderung kommunikativer Kompetenz und Beziehungsfähigkeit
7. Förderung leiblicher Bewusstheit, Selbstregulation und psychophysischer Entspannung
8. Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen und Interessen
9. Förderung kreativer Erlebnismöglichkeiten und Gestaltungskräfte
10. Erarbeitung positiver Zukunftsperspektiven und Erwartungshorizonte
11. Förderung positiver persönlicher Wertebezüge, Konsolidierung der existentiellen Dimension
12. Förderung eines prägnanten Selbst- und Identitätserlebens und positiver selbstreferentieller Gefühle und Kognitionen, d.h. von "persönlicher Souveränität"
13. Förderung tragfähiger, sozialer Netzwerke
14. Ermöglichung von Empowerment- und Solidaritätserfahrungen [supportiv, konfrontativ, protektiv].

Diesen Heilfaktoren ordnet Petzold vier Wege der Heilung und Förderung therapeutischen Handelns zu, die ebenfalls, jeweils mit unterschiedlicher Gewichtung, den Rahmen für eine psychosoziale Intervention bilden:

1. Bewusstseinsarbeit / Sinnfindung / emotionales Verstehen: Erleben und Verstehen der eigenen Problematik, indem deren Ursprünge wieder erlebt und in den Zusammenhang der damaligen und heutigen Erfahrungen gestellt werden. Notwendigkeit aller Grundfähigkeiten, insbesondere der Fähigkeit zu Regression und Exzentrizität.
2. Nachsozialisation / Bildung von Grundvertrauen / Nach-"Beelterung": Förderung der Fähigkeit, Vertrauen zu entwickeln durch eine gute "Als-ob-Eltern Beziehung, in der der Klient wirklich regredieren darf i. S. von Sich-Anvertrauen und Abhängig-Sein. Regression als eher strukturelles Merkmal der therapeutischen Beziehung, vorrangig indiziert in der Behandlung früher Störungen.
3. Erlebnisaktivierung / Persönlichkeitsentfaltung: Aktivierung von kreativen Fähigkeiten, Förderung des Ausdrucksvermögens und der Beziehungsfähigkeit, wobei die Fähigkeit zur Erfassung der eigenen Situation (Exzentrizität) Voraussetzung ist.
4. Solidaritätserfahrung / Engagement: Erfahrung von Solidarität, Mitmenschlichkeit, von miteinander Handeln und Arbeiten im Alltag.

Bei allen Interventionen stehen Helfer in der Ambivalenz, Experte, also Wissender, und Nichtwissender zu sein. Wissen meint beispielsweise Kenntnisse über rechtliche, soziale und politische Rahmenbedingungen, während unter der Expertise des Nichtwissens die Kompetenz des professionellen Helfers verstanden wird, den Hilfeprozess gemeinsam mit dem Klienten zu steuern. Häufig ist es sinnvoll und hilfreich die Position des Nichtwissenden einzunehmen. Der Nichtwissende Helfer erkennt die Ungewissheit des Lebens an und geht davon aus, dass der Klient gute Gründe für das Verhalten hat, das er zeigt. Die Haltung des Nichtwissens soll hierarchischen Gefällen entgegenwirken. Sie unterstützt den Helfer, den Klienten als jemanden anzusehen, der Ressourcen, Selbstheilungskräfte und Veränderungskräfte hat und soll dazu beitragen das Arbeitsbündnis zu verbessern. Insbesondere wenn Zeichen von Widerstand und mangelnder Kooperationsbereitschaft vermutet werden, kann ein Wechsel in die Expertise des Nichtwissens erforderlich sein. Schmidt-Lellek (2006) nennt vier Dimensionen des Nichtwissens, die für Psychotherapie, Selbsthilfe und Beratung von Bedeutung sind:

1. Irrtumsvorbehalt: Es ist anzuerkennen, dass ich mich immer mit meinen Wahrnehmungen und Deutungen täuschen kann oder dass ich Anteile eigener Projektion nicht erfassen kann und damit meinem Gegenüber nicht oder nicht hinreichend gerecht werde. Eine Diagnose ist insoweit immer nur der Versuch, sich dem Problem des Patienten anzunähern.
2. Ganzheitsvorbehalt: Ein Berater kann immer nur einzelne Aspekte des Klienten und nicht die Person in ihrer Ganzheit wahrnehmen. Der Helfer kann nie wissen, welche kurz- und langfristigen Auswirkungen die Interventionen auf das Leben der hilfeschuchenden Person haben werden und was der Klient überhaupt aufnehmen und für sich nutzen wird.
3. Kulturvorbehalt: Unsere Bilder von Beziehungen, Normalität, Gesundheit, Krankheit und Subjektivität wandeln sich. Es ist daher zu fragen, inwieweit, angesichts der rasanten Veränderungen der Lebenswelt, der Familienstrukturen und der globalen Vernetzungen, unsere beraterischen und therapeutischen Konzepte noch angemessen sind.
4. Verzicht oder besondere Vorsicht in Bezug auf die Verwendung diagnostischer Kategorien: Die Verwendung diagnostischer Kategorien kann den (klinischen) Blick verstellen. Erst die Haltung des Nichtwissens ermöglicht es, einen Freiraum für eine dialogische Konversation zu gewinnen, ohne dass therapeutische Fragen vor dem Hintergrund einer bestimmten Methode spezifische Antworten erwarten lassen. Zudem kann eine Diagnose zu einem Stigma werden, welches wiederum Entwertungserlebnisse erzeugt und die Lösung von Lebenskonflikten erschwert.

Gemeinsam ist diesen Dimensionen<sup>19</sup> das Loslassen und Hinterfragen eines anscheinend gesicherten Wissens, damit der Helfer sich möglichst frei in der dialogischen Begegnung öffnet. Andererseits darf natürlich auch keine blinde Ahnungslosigkeit vorherrschen. Für die Psychosoziale Arbeit bedeutet dies, dass Helfer nicht wissen können, was ihre Adressaten „brauchen“, um ihre Probleme zu lösen und welche Lösung die richtige ist. Wird die Haltung

---

<sup>19</sup> Kleve (2011) hält das Nichtwissen für eine äußerst wichtige und wunderbare Haltung, die den Erfolg (professionellen) Handelns wahrscheinlicher werden lässt. Auch er geht davon aus, dass jedes Wissen nur vorläufig ist, weil in einer Risikogesellschaft jede Entscheidung, die wir treffen, mit dem Risiko von nicht gewollten Effekten einhergeht und Nebenwirkungen und damit Unsicherheiten produziert werden, die wir nie ausschließen können.

des Nichtwissens eingenommen, ist die Wahrscheinlichkeit größer, dass die Adressaten anfangen selbst zu denken und eigene Lösungen zu kreieren<sup>20</sup>.

Generell ist Helfern zu empfehlen sich immer wieder in eine exzentrische Position zu begeben. Exzentrizität bezieht sich auf die Fähigkeit, sich selbst und den Klienten (seine Situation, seine Symptomatik, und seinen Lebensraum) von „außen“, „von oben“ „zweifelnd“ zu betrachten. Der Helfer ist in einer solchen Perspektive eher in der Lage sich selbst und seine Umwelt (auch seine Situation) zu reflektieren, zu relativieren und Alternativen zu entwickeln, ohne den Realitäts- und Gegenwartsbezug zu verlieren. Die Einnahme einer exzentrischen Position beinhaltet auch eine Analyse der (herrschenden) Interessen: Zu reflektieren sind die Interessen der jeweiligen Beteiligten, der Klienten, der Helfer, der eigenen Institution und die der kooperierenden Institutionen und weiter gefasst die Interessen der Akteure aus Verwaltung, Politik und Wirtschaft.

Dass angesprochene „Zweifeln“ initiiert ein Suchen. Zweifeln ist jedoch für viele Menschen oftmals unangenehm, da dies zu Unsicherheiten führt. Zweifel werden besonders (siehe Petzold 2014) in geschlossenen Glaubenssystemen und somit auch in vielen Psychotherapieschulen und anderen psychosozialen Wertesystemen nicht ausreichend zugelassen. Deshalb müsse, so Petzold, die „Tugend des Zweifelns“ gelobt und geübt werden. Mit diesem notwendigen Zweifeln ist jedoch kein ständig alarmierender Zweifel mit seinen Affekten der Besorgnis Angst und Verzweiflung gemeint. Stattdessen sollen Affekte wie Neugier, Interesse und Hoffnung gefördert werden um neue Erkenntnisse und Lösungen hervorzubringen.

Im Kapitel über die Nebenwirkungen und Risiken wurde bereits ausgeführt, wie bedeutsam mögliche Fehler seitens der Helfer und ihrer Institutionen sind. Daher soll auf Schigl und Gahleitner (2013) hingewiesen werden, die für den Umgang mit Fehlern drei typische Reaktionen (von Therapeuten), die für eine Fehleranalyse im psychosozialen Handeln hilfreich sind, differenzieren:

---

<sup>20</sup> Die Integrative Therapie spricht hingegen vom Prinzip der „doppelten Expertenschaft“ (siehe Leitner 2010) - die des Klienten für seine Lebenssituation und die des Therapeuten für die klinischen Belange, jeweils im respektvollen Umgang mit der „Andersheit des anderen“ und der jeweiligen Souveränität. Hierbei muss im Setting gewährleistet sein, dass Patienten- bzw. Klientenrechte, Fachlichkeit und die Würde des Patienten gesichert sind und die Therapeutin/Beraterin bereit ist, ihre Arbeit durch Supervision fachlich überprüfen und unterstützen zu lassen.



Den ersten Typ bezeichnen sie als „proaktiver Umgang – Alltagsfehler, schwierige Situationen und Kunstfehler“. Gemeint sind jene Fälle, in denen sich ein Therapeut aktiv mit seinem Fehler und der sich daraus ergebenden Situation auseinandersetzt: Diese Fehler sind dem Therapeuten entweder unmittelbar durch Selbstreflexion oder aufgrund der Rückmeldung des Patienten bewusst. Die Bereitschaft für die eigene Unvollkommenheit öffnet den Weg zur positiven Weiterentwicklung.

Den zweiten Typus von Fehlern kennzeichnen die Autorinnen als „unreflektierter bzw. passiver Umgang – schwierige Situationen, Kunstfehler, ethische Fehler“. In diesen Fällen reagiert der Therapeut aufgrund mangelnder Kompetenz oder eines blinden Flecks nicht oder er nimmt absichtlich die Problematik nicht wahr. Oftmals ist er überfordert und ängstlich und nicht in der Lage Korrekturen einzubringen. Wenn in Supervisionen und Weiterbildungen der Therapeut auf diese Phänomene hingewiesen wird, werden die Korrekturen meist im beraterisch/therapeutischen Prozess aufgegriffen.

Im dritten Typus, den Schigl und Gahleitner als „ignoranter Umgang – Kunstfehler, ethische Fehler“ bezeichnen, erkennt der Therapeut/Helfer eine Fehlentwicklung, sucht die Gründe dafür aber nicht bei sich. Alle Probleme im Prozess werden dem Klienten oder äußeren Umständen zugeschrieben oder die Fehlentwicklung wird generell geleugnet. Beispiele der Fehlerignoranz sind z. B. permanente Gegenfragen auf Beschwerden des Klienten, Antworten in Phrasen, Ausüben von Druck u.a. Bei diesem Typ ist dem Therapeuten die Problematik offenbar nicht einsichtig, eine Korrektur ist deshalb schwierig bis unmöglich.

In diesem Abschlusskapitel soll noch auf einige Konzepte der Gesundheitswissenschaften hingewiesen werden, die bedeutsam für die hier proklamierten Haltungen des Helfers sind. In erster Linie sind dies die Konzepte der Salutogenese, Empowerment und der Resilienz. Antonovsky (1979) entwickelte das salutogenische Konzept des Sence of Coherence Er formulierte die Grundfragen: Was hält den Menschen trotz vielfacher Risiken und gefährlicher Bedingungen gesund? Wie und unter welchen Bedingungen entsteht Gesundheit? Antonovsky sah sein Modell der Salutogenese (von lat. Salvus: gesund; griech. Genese: Entstehung) als Ergänzung zur Pathogenese und verstand Krankheit und Gesundheit als ein Kontinuum, innerhalb einer dynamischen Wechselbeziehung (Antonovsky 1997). Dieses Modell betrachtet Krankheit und Tod als Bestandteile des Lebens. Krankheit wird als Verarbeitungsmöglichkeit im Umgang mit den Herausforderungen des Lebens gesehen. Zentrales Postulat ist der Kohärenzsinn. Dieser beinhaltet drei Komponenten:

- Verstehbarkeit: Ich begreife größere Zusammenhänge, verstehe sie und kann sie mir erklären.
- Handhabbarkeit: Ich besitze die Fähigkeit, meine inneren und äußeren Ressourcen zur Lösung meiner aktuellen Probleme einzusetzen.
- Sinnhaftigkeit: Ich erkenne einen Sinn in dem was ich tue und bin bereit mich dafür anzustrengen.

Das Kohärenzgefühl entscheidet darüber, ob eine Situation als Stress oder als Herausforderung (Widerstandsressourcen/Widerstandsdefizite) angesehen wird. Die vorhandene Ausprägung der Kontrollüberzeugung bildet somit eine wichtige Ressource. Unterschieden wird die interne Kontrollüberzeugung, wenn die Person grundsätzlich glaubt ihr Schicksal selbst in der Hand zu haben und die externe Kontrollüberzeugung, bei der eine Abhängigkeit vom Schicksal oder anderen Personen und Situationen angenommen wird.

Beratung, Therapie und Selbsthilfe sollten sich mehr am Ziel der Kohärenz ausrichten. Die Schwerpunkte der Selbsthilfe liegen bereits insbesondere in der Einbindung in soziale Netzwerke. Betroffene erhalten so soziale Unterstützung und personale Kontrolle (siehe Borgetto 2004). Die soziale Unterstützung gliedert sich hierbei in die emotionale Dimension durch gegenseitige Wertschätzung, Zuneigung, Zuwendung, Vertrauen und Interesse. Informationen Ratschläge und Vorschläge bilden die kognitive Dimension der Unterstützung. Die instrumentelle Dimension beinhaltet praktische Hilfen durch zeitliche Präsenz, Mitarbeiter und finanzielle Mittel.

In einem Zusammenhang mit dem Konzept der Salutogenese stehen das Empowerment und die Resilienz. Empowerment ist ein Sammelbegriff für Arbeitsansätze der psychosozialen Praxis, dessen Ziel es ist, Menschen zu ermutigen eigene Stärken und Ressourcen zu entdecken und zu entwickeln. Menschen werden unterstützt, Wege zu einem selbstbestimmten und autonomen Handeln zu entwickeln. Gemeint ist die „Selbstbefähigung“, die Stärkung von Autonomie und Eigenmacht. Auf der leiblichen Ebene zeigt sich dies im Bild des „aufrechten Ganges“. Auch Empowerment richtet den Blick nicht auf mögliche Defizite, sondern auf die Ressourcen. Wie im Konzept der Salutogenese wird davon ausgegangen, dass Menschen über die Kompetenz verfügen, ihre Leben selber zu gestalten und Lebenssouveränität zu gewinnen.

Das Resilienzkonzept beschäftigt sich mit der Frage, in wieweit widrige Lebensumstände „stärken“ können. Resilienz, als eine erworbene psychische Robustheit, meint die Fähigkeit erlernte Mechanismen zur Bewältigung von und Krisen trotz schwieriger Bedingungen im

Lebenszyklus unter Rückgriff auf persönliche und sozial vermittelte Ressourcen zur Verfügung haben. Das Ressourcenkonzept fokussiert primär die Ressourcen und nicht die Defizite des Klienten.

Bevor auf das Passungskonzept eingegangen wird, soll noch auf drei Aspekte verwiesen werden:

- Helfer brauchen ein Gespür dafür, ob Klienten eine Intervention als einen Eingriff in ihre Autonomie (Reaktanz) erleben. Fälschlicherweise werden Reaktionen auf diese Eingriffe oftmals als „Widerstand des Klienten“ interpretiert.
- Berater haben sich während des gesamten Hilfeprozesses um eine möglichst große Partizipation des Klienten zu bemühen.
- In Unterstützungsprozessen ist immer wieder zu überlegen, welches Ziel mit welchen Methoden, welchem Weg der Heilung, von wem, in Kooperation mit wem (unter Einbezug des Klienten) mit möglichst wenigen Risiken und Nebenwirkungen zu erreichen ist.

Abschließend wird ein Passungsmodell vorgestellt. Es wird davon ausgegangen, dass dieses Konzept hilfreich ist um zu erklären, wieso manchmal Beratung oder Selbsthilfe oder Therapie (oder eine Kombination dessen) wirksam (bzw. nicht wirksam) ist.

Bereits Maturana und Varela (1987, S. 35) sahen Anpassung als eine notwendige Bedingung der Überlebensfähigkeit eines Lebewesens an. Diese kann auf unterschiedliche Weise erfüllt werden, für sie gibt es keinen alleinigen Weg. In ihrem Modell definieren selbstreferenzielle Systeme, wie sie mit Umwelteinflüssen umgehen. Die Anpassung an die Umwelten erfolgt als Selektion fortsetzbarer Autopoesie.

Auch Luhmann (1997) beschäftigte sich mit dem Problem der Passung. Systemtheoretisch betrachtet sind für ihn Krankheiten eine nicht gelungene (non-viable) System-Umwelt-Passung, d.h. es gelingt dem System nicht, sich bei auftretenden Perturbationen den veränderten Bedingungen anzupassen. Kurz- oder langfristig ist eine Bedrohung der Kohärenz des Systems und damit seines Überlebens gegeben. Phänomene, Symptome und Schädigungen, die als Krankheit bezeichnet werden, lassen sich so als Störungen von Entwicklungsprozessen verstehen, in denen die Wirklichkeitskonstruktionen nicht mehr viabel sind. Krankheitsprozesse sind Teile von Entwicklungs- und Lernprozessen lebender

Systeme, sie sind "Krisen", in denen letztlich erfolglos versucht wird, auf Anforderungen der Umwelten zu reagieren. Bei Veränderungen der Umwelten müssen die Operationen des Systems neu ausbalanciert werden (Homöostase), es muss ein neuer Eigenwert ausgehandelt werden.

Psychosoziale Probleme, zum Beispiel Verhaltensstörungen, können so als fehlende Passung verstanden werden, wobei das Problem nicht an dem Phänomen „Verhaltensstörungen“ liegt, sondern an der fehlenden Anpassung der Beteiligten innerhalb der Kommunikationsprozesse. Ein Problem entfaltet sich in der konkreten Beziehungswirklichkeit, in einem Prozess, in dem Menschen in sozialen Kopplungen rekursive Wirklichkeitsbedeutungen schaffen. Probleme können daher nicht losgelöst von ihrem Kontext, den Umweltbedingungen gesehen werden.

Zum Verständnis des Kopplungsprozesses trägt eine Anmerkung von Foersterns (1997) bei, der den Begriff „passen“ von von Glasersfeld aufnimmt, mit dem dieser „passen“ nicht im Sinne von Anpassung versteht, sondern eine Passung meint, mit der wie mit einem Schlüssel ein Schloss geöffnet werden kann. So ist vorstellbar, dass bei der Kopplung von Systemen einige Schlüssel passen, andere hingegen nicht. Interaktion findet statt, wenn Systeme zusammentreffen und dabei wechselseitig strukturelle Veränderungen auslösen. Offen bleibt, was und welcher Impuls diese Interaktion auslöst und welche Folgen dies für ein nichttriviales System hat. Unter einem nichttrivialen System<sup>21</sup> (Lebewesen) wird in diesem Kontext folgendes verstanden: Nicht-triviale Systeme sind analytisch unbestimmbar, vergangenheitsabhängig und unvoraussagbar. Da der innere Zustand mit dem Operator gekoppelt ist, ändert sich nach jedem Arbeitsgang sein Programm, es folgt auf den gleichen Input ein anderer Output. Lebende Systeme zeichnen sich durch Autonomie und Eigengesetzlichkeit aus<sup>22</sup>. Sie sind auf Sinn basierende und Sinn konstituierende Systeme, die zirkulär operieren. Die wesentlichen Prozesse, die die Dynamik und das Verhalten der Systeme bestimmen, laufen im Inneren des Systems und aufgrund der eigenen autonomen Steuerungslogik ab. Dieser Prozess wird als "operative Geschlossenheit" bezeichnet. Aufgrund dessen kann sich das System selektiv gegenüber seiner Umwelt öffnen und durch strukturelle Kopplung einen Bezug herstellen. Das Innere des Systems bildet spezifische

---

<sup>21</sup> Triviale Systeme (z.B. Maschinen) sind hingegen analytisch bestimmbar, vergangenheitsunabhängig und voraussagbar. Sie reagieren immer auf die gleiche Art, d.h. wir wissen, was wir erwarten können und sind für den Beobachter durchschaubar und steuerbar.

<sup>22</sup> Alle Systeme sind "strukturell gekoppelt". Sie beeinflussen sich gegenseitig, so wird über Kommunikation das psychische und körperliche System gestört, ebenso wie die Psyche oder der Körper das soziale System beeinflussen.

kognitive, semantische und soziale Strukturen, die in ihrem Zusammenspiel bestimmen, welche Kommunikationen, Handlungen, Erwartungen und Entscheidungen als relevant betrachtet und gewählt werden. In solchen Systemen gibt es eine nicht zu überschauende potenzielle Komplexität. Durch ihre Nichtberechenbarkeit ist die Annahme einer kausalen Ursache, die zu einer berechenbaren Wirkung führt, unhaltbar.

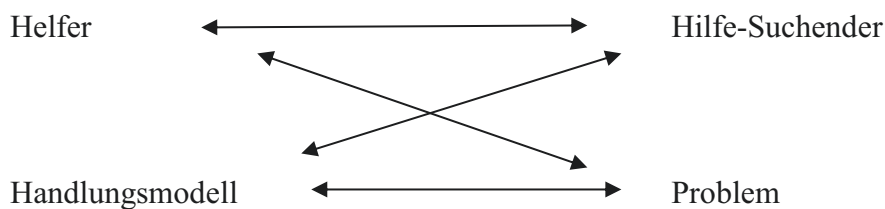
Grundlegend sollten Helfer beachten, dass Menschen als „nichttriviale Systeme nur angestoßen, verstört werden können, aber nie direkt beeinflussbar sind. Dies bedeutet für Helfer: Eine „Person“ kann nur angestoßen werden, wir wissen nie, wie eine Intervention wirkt. Zudem lässt sich hieraus folgern, dass ein System immer die Anstöße aufnimmt, die „passen“, d.h. den Bedürfnissen und Erfahrungen entsprechen. Dies kann ein Medikament, eine ergotherapeutische Maßnahme, das Lauftraining, ein Hinweis eines Selbsthilfegruppenmitgliedes oder eine verbale Intervention in einem Gespräch sein. Der Betroffene, der Klient als nicht triviales System entscheidet somit nach seinen inneren Vorgaben und seiner Geschichte, welche „Schlüssel passen“, welche Methode und welcher Helfer wirkt. Es soll daher davon ausgegangen werden, dass Klienten als nichttriviale Systeme entsprechend ihrer Bedürfnisse und Vorerfahrungen einen für sich passenden Helfer, Setting oder Interventionsmethode wählen, bzw. die entsprechenden Anstöße des Helfers entsprechend verrechnen. Geht ein Klient z.B. davon aus, dass nur Einzelgespräche helfen, wird er eher nicht vom Besuch einer Gruppentherapie oder Selbsthilfegruppe profitieren. Geht er hingegen davon aus, dass ein „Selbstbetroffener“ ihn am besten verstehen kann, sind möglicherweise dessen Interventionen besonders wirksam und hilfreich. Diese Annahme wird durch die Analyse der oben erwähnten Wirkungsfaktoren gestützt, nach denen die Erwartungen des Klienten ein bedeutsamer Faktor sind. Bedeutsam ist somit das Angebot, das für den Betroffenen kompetente Hilfe erwarten lässt.

Für den Helfer bedeutet dies: Es ist notwendig selbstkritisch einzuschätzen, wo man wirksam und hilfreich sein kann, ob das Setting und die Methode „passt“ und wo dies nicht der Fall ist. Er muss z.B. wissen, wo er Experte ist, Sachkenntnis hat, wo ein konfrontierender Gesprächsstil angemessen ist oder wie der Ausbau eines besseren sozialen Netzwerkes zu fördern ist. Der Helfer sollte wissen, über welche Probleme er ausreichend Kenntnisse besitzt, in welches Verhalten und welche Gefühle er sich einfühlen kann. Ein weiterer

bedeutsamer Faktor, dies zeigt die Wirkungsforschung, ist ein angemessenes Engagement<sup>23</sup> in der Beziehung zum Klienten. Helfer sollten zudem wissen, wie bedeutsam die Einflüsse des Klienten, seine Motivation und sein sozialer Kontext zum Erreichen der Ziele sind.

Es kann nochmals zusammengefasst werden: Die Wirksamkeit unterstützender, beraterischer und therapeutischer Interventionen ist davon abhängig, inwieweit verschiedene Faktoren, die für den Hilfeprozess bedeutsam sind, zueinander „passen“. Die wichtigsten beeinflussenden Faktoren sind die Persönlichkeit des Helfers, die Persönlichkeit und die soziale Situation des Klienten, das Handlungsmodell bzw. Beratungskonzept und die jeweiligen Probleme. Hierauf soll noch etwas differenzierter eingegangen werden:

Schmidt-Lellek (2006, 366f, in Anlehnung an J. Kriz) beschreibt mögliche Zusammenhänge in seinem Modell der vier Ebenen der „Passung“.



- Die Passung zwischen Helfer und Hilfe-Suchenden (Bedeutsam ist beispielsweise, ob die zwischenmenschliche Haltung und das philosophische Menschenbild der Beteiligten zusammenpassen).
- Die Passung zwischen dem Handlungsmodell des Helfers und dem Problem des Hilfe-Suchenden,
- die Passung zwischen dem Hilfesuchenden und dem Handlungsmodell des Helfers (Sind beispielsweise die Werte und Interventionen des Helfers und des Klienten kompatibel?).
- Die Passung zwischen dem Helfer und dem Problem des Hilfe-Suchenden: Ist der Berater beispielsweise in der Lage mit Tätern zu arbeiten oder sich auf depressive Personen einlassen, passt die diagnostische Einschätzung zur Erkrankung oder zum Problem des Klienten.

<sup>23</sup> Echtes Engagement ist abzugrenzen von der „Schauspielerei oder dem Nachrichtensprecherwissen“ mancher Helfer. (Schauspieler und Nachrichtensprecher haben einen Text gelernt, sie verkörpern lediglich eine Rolle.)

Ergänzt werden sollen in einer summarischen Auflistung weitere zu berücksichtigende Aspekte genannt werden:

- passt die angewandte Form der Diagnostik,
- sind sich Klient und der Berater in ihren Persönlichkeiten und ihren Menschenbildern zu ähnlich oder zu unähnlich,
- wird die passende Interventionsform (zum Beispiel Entspannungstraining, Psychotherapie, Ergotherapie, Prävention u. a.) und der passende Weg der Heilung und Förderung (vgl. z.B. Petzold) gewählt,
- passt der formale Kontext und die zu betreuende Institution, ist zum Beispiel eine Psychotherapie, ein Coaching oder eine Beratung angemessen,
- wird der soziale Kontext, die Milieufaktoren, Armut, Bildung, Kultur u.a. angemessen berücksichtigt, sind die jeweiligen Klienten durch die Helfer und seinen Kontext erreichbar,
- passen die gewählten Heilfaktoren,
- passt der situative Kontext bzw. das Setting, ist eine Kurzzeitberatung, Psychoanalyse, Krisenintervention, Trennungsberatung etc. notwendig,
- besteht eine Passung zwischen dem Alter, Geschlecht und den Lebenserfahrungen des Klienten und des Beraters,
- passt der Zeitpunkt für eine Hilfe.
- Besondere Passungsprobleme sind beispielsweise bei einer Antipathie zwischen Berater und Klient gegeben.
- Passen der Auftrag und das Angebot des Beraters zusammen?
- Besteht ein erfüllbares oder unerfüllbareres Anliegen,
- Sind ausreichende und passende Ressourcen (Zeitliches Budget, Ausstattung etc.) vorhanden,
- passt der Klient in das Konzept der Institution,
- sind aufdeckende oder unterstützende Methoden angemessen,
- wird die passende Ebene der Tiefung berücksichtigt,
- wird angemessen problem- und lösungszentriert, defizit- und ressourcenorientiert gearbeitet.

Schmid (2011) verdichtet die Passungsprobleme in seiner Definition einer professionellen Kompetenz in einer einfachen Formel<sup>24</sup>. Er definiert:

Professionelle Kompetenz = Rollenkompetenz x Kontextkompetenz x Passung.

Für die psychosoziale Praxis bedeutet dies: Entscheidend ist neben der Person des Beraters die Passung von Methode, Konzept, Setting und Intervention. Im Mittelpunkt steht die passende Wahl der jeweiligen Helfergruppe. Die Auswahl der geeigneten Interventionen berücksichtigt Kriterien von Wirksamkeit, ethische Aspekte und die Interessen des Beraters und seiner Institution. Um Nebenwirkungen und Schäden präventiv zu vermeiden ist selbstreflektierend zu fokussieren, ob eine ausreichende „Passung“ gegeben ist.

In diesem Beitrag wurde bereits zu Beginn auf noch offene Fragen hingewiesen. Abschließend sollen weitere offene Fragen ergänzt werden:

In ihren Ausführungen über die Zusammenhänge von Motivation, Ausbildung und erreichter Helferkompetenz bezieht sich Müller-Kohlenberg (1996) auf Untersuchungen, nach denen intellektuelle Haltung und Wissen wenig oder gar nicht mit den Kompetenzen erfolgreicher bzw. wirksamer Helfer korrelieren. Sie stellt dies in Zusammenhang mit der Sozialisierung von Berufsrollen<sup>25</sup>, die leider häufig zu sehr durch das Selbstverständnis als Anwender systematisiertes, wissenschaftliches Wissen und durch das Ideal einer professionellen Distanz geprägt seien. Hieraus ergibt sich die zu klärende Frage nach Veränderungen der Aus- und Fortbildung von psychosozialen Fachkräften und Laienhelfern.

Nowak (2011, 42) stellt drei weitere zu klärende Grundfragen:

1. Woran orientiert sich die Selbsthilfe? An Krankheit oder Gesundheit, an selbstbestimmten Erfahrungswissen und oder an formalem krankheitsorientierten Expertenwissen.
2. Wer führt die Selbsthilfe - Experten oder Laien?
3. Welche Funktion übernimmt die Selbsthilfe in unserer Gesellschaft, für welche Aktivitäten wird sie anerkannt und unterstützt?

Einige weitere sollen noch ergänzt werden:

---

<sup>24</sup> In Bezug auf Metaphern des Theaters meint Kompetenz, dass man seine Rolle beherrscht, sich mit den Rolleninszenierungen und Bühnen auskennt (Kontextkompetenz). Zudem muss die eigene Art zu den Bedingungen des Klienten und seinen Umwelten, zum Beispiel seinem Milieu, passen.

<sup>25</sup> Nach Müller-Kohlenberg (1996) wird die Berufsrolle durch Identifikationsvorgänge und durch Lernen am Modell erworben.



- Wie kann die Kooperation zwischen den Helfern und ihren Institutionen auf Augenhöhe verbessert werden?
- Welche verschiedenen Möglichkeiten einer finanziellen Unterstützung erhalten die Selbsthilfegruppen?
- Wann ist seitens der Selbsthilfegruppen die Überlegenheit der professionellen Experten anzuerkennen und wann ist die Überlegenheit der Selbsthilfegruppen anzuerkennen?
- Wie kann das Erfahrungswissen der Selbsthilfegruppen zur Erfahrungsexpertise weiter entwickelt werden?
- Wie wird die Qualität des psychosozialen Handelns beobachtet und gesichert?
- Wie werden Nebenwirkungen und Schäden reduziert?

## Literatur

- Antonovsky, A. (1997): Salutogenese. Eine Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche Herausgabe von A. Franke. Forum, Band 36, Tübingen.
- Bembenneck, C. (2006): Welche Merkmale kennzeichnen die Inanspruchnahmepatienten ambulanter Psychotherapie? Dissertation, Hannover.
- Beushausen, J. (2013): Gesundheit und Krankheit in psychosozialen Arbeitsfeldern. Göttingen.
- Beushausen, J.: (2014a) Hard to reach Klientel - (Sozial)Therapie 2. Klasse? In: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit (TuP) 1/2014.
- Beushausen, J. (2014b): Beratung und Therapie – ein paradoxer Unterschied. Reflexionen zur Identität biopsychosozialer Arbeit. Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit, Weitrandsdorf, <http://www.zks-verlag.de/beratung-und-therapie/>
- Beushausen, J. (2014c): Risiken und Nebenwirkungen (k)ein Thema für die Soziale Arbeit? Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit, Weitrandsdorf, [http://www.zks-verlag.de/wp-content/uploads//8859-1Qrkungen\\_der\\_psycho-sozialen\\_Beratung.pdf](http://www.zks-verlag.de/wp-content/uploads//8859-1Qrkungen_der_psycho-sozialen_Beratung.pdf)
- Bleckwedel, J. (2008): Systemische Therapie in Aktion. Kreative Methoden in der Arbeit mit Familien und Paaren. Göttingen.
- Borgetto, B. (2004): Selbsthilfe und Gesundheit. Analysen, Forschungsergebnisse und Perspektiven. Bern.
- Borgetto, B. (2009): Entwicklung, Situation und Perspektiven der Selbsthilfeunterstützung in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutzes, 52. Jg., Heft 1, S. 11-20.
- Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) (2013): Mitteilungen zum 22. Deutschen Psychotherapeutentag – Politik für psychisch kranke Menschen. In: Psychotherapeutenjournal 2/2013, 19.06.2013, S. 168 – 171, [http://www.psychotherapeutenjournal.de/ptk/web.nsf/gfx/D6995479724DE46241257B8F005176E0/\\$file/ptj\\_2013-2.pdf](http://www.psychotherapeutenjournal.de/ptk/web.nsf/gfx/D6995479724DE46241257B8F005176E0/$file/ptj_2013-2.pdf) Zugriff am 24.06.2013.
- Deloie, D. (2011): Soziale Psychotherapie als Klinische Sozialarbeit. Traditionslinien – Theoretische Grundlagen – Methoden. Gießen.
- Engel, F., Nestmann, F. u. Sickendiek, U. (2004): „Beratung“ - ein Selbstverständnis in Bewegung. In: Nestmann, S., Engel, S. Sickendiek, U. (Hrsg.): Das Handbuch der Beratung Bd. 1, Disziplinen und Zugänge, Tübingen.
- Eugster, R (2000): Die Genese des Klienten. Soziale Arbeit als System. Bern.
- Foerster, H. von (1997): Der Anfang von Himmel und Erde hat keinen Namen: Eine Selbsterschaffung in 7 Tagen. In: A. Müller, K. H. Müller (Hrsg.). Wien.
- Flückiger, C. u. Regli, D. (2007): Die Berner Ressourcen-Taskforce. Ein Praxis-Forschungs-Netzwerk zur Erkundung hilfreicher Wirkfaktor-Muster. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 39 (2), S. 307-320.
- Gahleitner, S. u. Reichel, R. (2013): Integrative Orientierung. In: Pauls, H., Stockmann, P., Reicherts, M. (Hrsg.): Beratungskompetenzen für die psychosoziale Fallarbeit. Ein sozialtherapeutisches Profil. Freiburg, S. 156-173.

- Gahleitner, S. (2014): Bindung psychosozial: Professionelle Beziehungsgestaltung in der Klinischen Sozialarbeit. In: Trost, A. (Hrsg.): Bindungsorientierung in der Sozialen Arbeit. Grundlagen, Forschungsergebnisse, Anwendungsbereiche. Basel, S. 55-72.
- Galuske, M. (2011): Methoden der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. 9., ergänzte Auflage, Weinheim und München.
- Gutsche, H. (1999): Abgrenzung und Gemeinsamkeiten von Psychologischer Beratung vs. Psychotherapie. In: Paracelsus Magazin. Erster Beitrag, Heft 01/1999.
- Grawe, K. / Donati, R. / Bernauer, F. (1995): Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Vierte Auflage, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle.
- Groß, L.J. (2013): Ressourcenaktivierung als Wirkfaktor in der stationären und teilstationären psychosomatischen Behandlung. Dissertation, Nürnberg, unter: [DiseertationLisaGross-1](#).
- Haarhoff, H. (2013): Die Scheu vor den schweren Psycho-Fällen. Taz vom 08./09.05.2013, S. 7.
- Kleve, Heiko (2011): Das Wunder des Nichtwissens. Vom Paradigma der professionellen Lösungsabstinenz in der Sozialen Arbeit. In: Kontext 42,4. 2011, S. 338-355, siehe <http://www.dgsf.org/service/wissensportal> .
- Koschier, A. (2012): Beziehung als Risikopuffer? Ausschnitte aus einer Studie zu Risiken und Nebenwirkungen der Psychotherapie in Österreich In: Zeitschrift für Klinische Sozialarbeit 8(4), S. 8 – 9, [http://www.zks-verlag.de/wp-content/uploads/KlinSA\\_2012\\_8-4\\_2408.pdf](http://www.zks-verlag.de/wp-content/uploads/KlinSA_2012_8-4_2408.pdf)
- Lambers, H.(2010): Systemtheoretische Grundlagen Sozialer Arbeit. Opladen & Farmington Hills 2010.
- Lambert, M. (2013): The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In: M. Lambert (Hrsg.) Bergin & Garfields handbook of psychotherapy and behavior change, New York, pp. 169-218.
- Leitner, A.(2010): Handbuch der Integrativen Therapie. Wien / New York.
- Lieb, K. (2005): Psychiatrie und Psychotherapie. In: Brunnhuber, S., Frauenknecht, S., Lieb, K. (Hrsg.): Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie. 5. Auflage. München und Jena.
- Leitner, A. (2010): „Bei der ersten Begegnung...“ Risiken im Diagnostik Prozess führt Psychotherapie und Beratung. Zugriff am 02.12.2013 unter [http://www.ash-berlin.eu/fileadmin/user\\_upload/pdfs/Studienangebot/Master/Klinische\\_Sozialarbeit/Klinsa/Poster\\_Gehrlich.pdf](http://www.ash-berlin.eu/fileadmin/user_upload/pdfs/Studienangebot/Master/Klinische_Sozialarbeit/Klinsa/Poster_Gehrlich.pdf)
- Liechti, J. (2009): Dann komm ich halt, Sag aber nichts. Motivierung Jugendlicher in Therapie und Beratung. Heidelberg.
- Lacroix, A. u. Eikmeier, G. (2014): Behandlung von “gleich zu gleich”: Genesungsbegleiterinnen und -begleiter in der Psychiatrie. In: Impulse, 84, 3.Quartal Sept. 2014, S. 22f.
- Luhmann, N.(1997): Die Gesellschaft der Gesellschaft. Frankfurt am Main.
- Maturana, H. R. und Varela, F. L. (1987): Der Baum der Erkenntnis. Bern.
- Melchinger, H. (2010): Schlechte Karten für schwer Kranke. In: Neuro Transmitter. Heft 6, S. 27-29.
- Müller-Kohlenberg, H. (1996): Laienkompetenz im psychosozialen Bereich. Beratung – Erziehung – Therapie. Opladen.
- Nestmann, F (2008): Die Zukunft der Beratung in der sozialen Arbeit. In: Beratung Aktuell, Fachzeitschrift für Theorie und Praxis der Beratung. Paderborn, 2-2008.

Ningel, R.(2011): Methoden der Klinischen Sozialarbeit. Stuttgart.

Nowak, P. (2011): Wohin geht die Selbsthilfe in der Gesundheitsgesellschaft? In: Meggeneder, O. (Hrsg.): Selbsthilfe im Wandel der Zeit. Neue Herausforderungen für die Selbsthilfe im Gesundheitswesen Frankfurt a. M., S. 41-66.

Ortmann, K-H. (2006): Beratung in der Klinischen Sozialarbeit. In: Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung. 2/2006, S. 23.

Pauls, H. (2011): Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung. Weinheim und München, 2. überarbeitete Auflage.

Petzold, H. G. (2002): Zentrale Modelle und Kernkonzepte der „Integrativen Therapie“. In: POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit. Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“. Ausgabe 02/2002.

Petzold, H. (2011): Psychotherapie der Zukunft – Reflexionen zur Zukunft und Kultur einer korrespondierenden und evidenzbasierten Humantherapie. In: Polyloge, 1999, Neueinstellung 2011, [www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/19-2011-petzold-h-g-upd-2011-psychotherapie-der-zukunft-reflexionen-zur-zukunft-und-kultur.html](http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/19-2011-petzold-h-g-upd-2011-psychotherapie-der-zukunft-reflexionen-zur-zukunft-und-kultur.html).

Petzold H.G. (2012): Integrative Therapie – Transversalität zwischen Innovation und Vertiefung...

In <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/petzold-h-g-2012h-integrative-therapie-transversalitaet-zwischen-innovation-und-vertiefung.html>.

Petzold H.G. (2014): Zweifel I - Marginalien zu Zweifel-Zyklen, Kritik und Parrhesie. In: Polyloge. Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit. Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“. Zugriff 18.02.2014 unter: <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/02-2014-petzold-h-g-2014e-zweifel-i-marginalien-zu-zweifel-zyklen-kritik-und-parrhesie.html>.

Peböck, M, Doblhammer, S. u. Holzner, J. (2011): Einblicke und Ausblicke - auf als Gegenstand wissenschaftlicher Forschung. In: Meggeneder, O. (Hrsg.): Selbsthilfe im Wandel der Zeit. Neue Herausforderungen für die Selbsthilfe im Gesundheitswesen Frankfurt a. M., S. 227-253.

Ritscher, W. (2013): Systemische Modelle für die Soziale Arbeit. Ein integratives Lehrbuch für Theorie und Praxis. Heidelberg, 3. Aufl.

Röh, D. (2009): Soziale Arbeit in der Behindertenhilfe. München.

Roth G. u. Strüber, N. (2014): Wie das Gehirn die Seele macht. Stuttgart.

Schiersmann, S. u. Thiel, H-U. (2012): Beratung als Förderung von Selbstorganisationsprozessen - eine Theorie jenseits von „Schulen“ und „Formaten“. In: Schiersmann, S. u. Thiel, H-U (Hrsg.): Beratung als Förderung von Selbstorganisationsprozessen. Göttingen, S. 14-78.

Schigl, B. u. Gahleitner, S. B. (2013): Fehler machen - aus Fehlern lernen? - Perspektiven zur Klassifizierung von psychotherapeutischen Fehlern und dem Umgang damit. Psychotherapie-Wissenschaft, [S.l.], v. 3, n. 1, p. 23-33, mär. 2013. ISSN 1664-9591. Verfügbar unter: <http://www.psychotherapie-wissenschaft.info/index.php/psy-wis/article/view/1001>. Date accessed: 07 Apr. 2014.

Schmid, Bernd (2011): Milieu - ein wenig beachteter Faktor im Coaching [http://www.systemische-professionalitaet.de/isbweb/component/option.com\\_docman/task.doc\\_view/gid.1366/](http://www.systemische-professionalitaet.de/isbweb/component/option.com_docman/task.doc_view/gid.1366/) Zugriff am 01.08.2013

Schmidt-Lellek, Christoph J. (2006): Ressourcen der helfenden Beziehung. Modelle dialogischer Praxis und ihre Deformationen. Bergisch Gladbach.

Schofield, W. (1964): Psychotherapy. The purchase of friendship. Oxford: Prentice Hall.

Schmidt-Lellek, Christoph J.(2006): Ressourcen der helfenden Beziehung. Modelle dialogischer Praxis und ihre Deformationen. Bergisch Gladbach.

Schwing, R. u. Fryszer, A. (2009): Systemisches Handwerk. Werkzeug für die Praxis. Göttingen.

Utschakowski, J. (2010): Das Licht am Ende des Tunnels - Das Projekt EX-IN qualifiziert Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung zu Genesungsbegleitern. In: pflegen: psychosozial, 02/2010, 29-33.

Wendt, T. (2013): Psychotherapeutische Interventionsmethoden und Konzepte in der Sozialen Arbeit. Semiprofessioneller Pragmatismus oder multimodale Chance? In: Schriften zur psycho-sozialen Gesundheit der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit, Coburg.

Wittchen, H.-U. (2013): Vortrag auf dem 22. Psychotherapeutentag. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS), speziell zum Modul „Psychische Störungen/Gesundheit. Psychotherapeuten-Journal 2/2013, 168-170.

**Verfasser:**

Dr. rer. pol. Jürgen Beushausen, geb. 1955, Studium der Sozialarbeit und der Erziehungswissenschaft, Lehrkraft für besondere Aufgaben an der Hochschule Emden, Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit. Zusatzausbildungen in Familientherapie, Psychodrama, Integrativer Gestalttherapie und Traumatherapie. Langjährige Tätigkeit als Supervisor, als Lehrtherapeut und in der Suchtkrankenhilfe, [juergen.beushausen@hs-emden-leer.de](mailto:juergen.beushausen@hs-emden-leer.de), Homepage: [www.ewetel.net/~juergen.beushausen/](http://www.ewetel.net/~juergen.beushausen/)