

Zeitschrift für Theorie und Praxis in der Beratung
Jahrgang 20, Heft 4/2019

Jubiläumsausgabe: 20 Jahre Beratung Aktuell

Inhalt

Editorial	2
<i>Frank Nestmann: Die Zukunft der Beratung in der sozialen Arbeit</i>	4
<i>Peter Fiedler: Beratung in der Psychotherapie? Ein Beitrag zur Diskussion am Beispiel der Behandlung einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung</i>	28
<i>Nitza Katz-Bernstein: Kinderzentrierte Therapie und Systemische Therapie – Paradox, Ergänzung oder Substitution?</i>	50
<i>Dieter Schmelzer: „Hilfe zur Selbsthilfe“. Der Selbstmanagementansatz als Rahmenkonzept für Beratung und Therapie</i>	66
Buchbesprechungen	92
<i>Impressum</i>	106

Editorial

Angestoßen durch meinen Wunsch und meine Vision, die Beratungsarbeit stärker wissenschaftlich zu fundieren, machte ich 1999 dem Junfermann Verlag in Paderborn den Vorschlag, dafür eine Zeitschrift zu realisieren. Ich bin dankbar, dass die Verantwortlichen in Paderborn dafür offene Ohren hatten und bis heute mit großem Engagement die Herausgabe von *Beratung Aktuell* unterstützen. Im Jahr 1999 wurde ein „Probelauf“ mit vier Ausgaben im Internet umgesetzt. Aufgrund des großen Interesses von Kolleg*innen entstand dann im Jahr 2000 die erste Printausgabe. Seit 2009 wird *Beratung Aktuell* durch die immer größer werdende Bedeutung des Internets ausschließlich als kostenfreie Open-Access Zeitschrift online zur Verfügung gestellt.

In einem guten erfrischenden und mich persönlich bereichernden Miteinander hat Notker Klann seit den ersten Überlegungen meine Idee unterstützt und wurde dann von 2006–2017 offiziell Mit Herausgeber. Dankbar bin ich, dass sich dieses konstruktive Miteinander seit 2018 mit Christine Kröger fortsetzt.

Über die Rückmeldung von Frank Nestmann, der in den letzten Jahrzehnten die Beratungswissenschaft und -praxis maßgeblich geprägt und profiliert hat, habe ich mich besonders gefreut. Er schreibt:

„Dazu, dass Beratung Aktuell nun schon 20 Jahre existiert, möchte ich Ihnen – auch in guter Erinnerung an unsere Anfangsüberlegungen zur Etablierung des ersten und einzigen wirklich auf BERATUNG fokussierten Fachjournals in Deutschland – herzlich gratulieren. Das ist einfach toll und Ihr Riesenverdienst, für das Ihnen die Beratungswissenschaft, -praxis und -politik großen Dank schuldet.“

Als Abschluss für dieses Jubiläumsjahr veröffentlichen wir vier richtungsweisende Aufsätze aus der Anfangszeit, die sich in besonderer Weise mit der Identität und dem Profil von Beratung auseinandersetzen. Die ausgewählten Beiträge sind nicht nur aus historischer Perspektive interessant, sondern in ihren Kernaussagen auch heute höchst relevant.

In seinem Aufsatz *Die Zukunft der Beratung* macht Frank Nestmann darauf aufmerksam, dass Soziale Arbeit/Sozialpädagogik und Beratung eine lange gemeinsame Vergangenheit haben. Für ihre Zukunft sind sie theoretisch und praktisch aufeinander angewiesen. Soziale Impulse, Orientierungen und Modelle stehen im Zentrum einer eigenständigen psychosozialen Beratungsidentität, denn Beratung ist und bleibt grundlegende Methode sozialer und sozialpädagogischer Profession und Praxis.

Diese Sichtweise erweitert Peter Fiedler mit seinem Beitrag *Beratung in der Psychotherapie? Ein Beitrag zur Diskussion am Beispiel der Behandlung einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung*. Er

weist darauf hin, dass bei manchen Herausforderungen in der Psychotherapie gerade Beratung, verstanden als Patientenschulung, Anleitung, Supervision oder Coaching ein erfolgversprechender Weg der Behandlung sein kann.

Ausgehend von der Tatsache, dass in der Erziehungsberatung Kinder vorgestellt werden, dann allerdings eine Arbeit unter systemischer Perspektive nur das System behandelt, ergreift Nitza Katz-Bernstein in ihrem Aufsatz *Kindzentrierte Therapie oder systemische Therapie. Paradox, Ergänzung oder Substitution?* klar und deutlich Partei für das Wohl des Kindes.

Dass wir Berater*innen mit unserer Arbeit Anstöße geben und damit vor allem „einen Stein ins Rollen bringen“, verdeutlicht Dieter Schmelzer mit seinem Beitrag *Hilfe zur Selbsthilfe – der Selbstmanagementansatz als Rahmenkonzept für Beratung und Therapie*. Beratung will aktivieren, empoweren und zur Entwicklung von Kompetenzen und Ressourcen einladen.

Dr. Rudolf Sanders

Die Zukunft der Beratung in der sozialen Arbeit *

Frank Nestmann

1. Einführung

„Soziale Arbeit als Beratung“ hat Ulrich Seibert vor 30 Jahren sein damals viel gelesenes Buch genannt, in dem er den zentralen Stellenwert der Beratung in der Sozialarbeit gekennzeichnet und gleichzeitig ein spezifisches Beratungsverständnis der Sozialpädagogik/Sozialen Arbeit skizziert hat (Seibert 1978). Man mag heute sagen, er hat etwas vollmundig übertrieben, Beratung als *die* zentrale Handlungsorientierung und wichtigste Strategie der Sozialarbeit/Sozialpädagogik zu stilisieren - in einer Zeit des ersten Beratungsbooms der mittleren 70er Jahre. Das von 50.000 Teilnehmern verfolgte Funkkollég 'Beratung in der Erziehung', Beratungssonderhefte der Zeitschriften Päd-Extra, Sozialmagazin, Neue Praxis, zahlreiche Zeitschriftenartikel und Fachbücher zur Beratung, Beratungskongresse verschiedener Disziplinen und erste Versuche, Beratung als Ausbildungs- und Forschungssegment an Universitäten und Hochschulen auch stellenmäßig zu verankern, sind nur einige der auffälligsten damaligen Zeichen für einen entsprechenden Entwicklungsschub. Eine Entwicklung, die in dieser Zeit praktisch auch in vielen Feldern sozialer, pädagogischer, psychosozialer, sozialpsychiatrischer, gesundheitlicher Arbeit stattfand. Neben klassischen Beratungsangeboten und -einrichtungen in schulischen und außerschulischen Bereichen, wie Erziehungsberatung, Ehe- und Familienberatung, Berufsberatung - häufig von Psychologen dominiert - entstanden viele neue insbesondere psychosoziale - und die meisten davon häufig initiiert, konzipiert und getragen von SozialarbeiterInnen und SozialpädagogInnen wie Schüler- und Jugendberatungsstellen, Drogenberatung, sozialpsychiatrische Beratungsdienste, Beratungsangebote für Unterschichtfamilien, Patienten, Ausländer etc. etc. Die international auf Initiative und in Kooperation mit Selbsthilfegruppen und -bewegungen entstandenen Beratungsprojekte für Frauengesundheit, für Obdachlose oder Arbeitslose usw. waren oft auch Sozialarbeitsprojekte. Wie schon in den internationalen und deutschen Anfängen der Beratung in sozialen, sozialmedizinischen Feldern einerseits und Bildungs- und Berufsbereichen andererseits waren es in dieser neuen Welle von Beratung/Counselling nicht klinisch-psychologische und psychotherapeutische Bereiche, die die Entwicklung primär bestimmten, sondern soziale und sozialpädagogische, die ihren Kern ausmachten (Nestmann 1997). Und überall dort waren es nicht Menschen, die Heilung bei Krankheit oder psychischer Störung suchten, sondern Menschen in verschiedensten, meist

* Erstveröffentlichung: Beratung Aktuell 2008 (9), S. 72-97.

belastenden Lebenskonstellationen, die bei unterschiedlichen Anforderungen, Problemen und Krisen professionelle Hilfe bei der Orientierung, bei der Entscheidung und Planung von Veränderung, bei der Wahl ihrer Ziele und Problemlösungen sowie beim Einschlagen, Gehen und Überprüfen der veränderten, neuen Wege suchen. Diese Herkunft prägt noch heute die Identität psychosozialer Beratung.

1.1 Beratung und Professionalisierung sozialer Arbeit

Beratung bot der Sozialarbeit bei der Entwicklung neuer Interventionsformen im Zuge einer zunehmenden Vergesellschaftung von Sozialisationsaufgaben im Gegensatz zu ihren traditionellen Strategien und herkömmlichen Konzepten die Gelegenheit, Durchschnittsbürger und Durchschnittsfamilien über gesellschaftliche Randgruppen und unterprivilegierte Menschen hinaus in die Programme öffentlicher Sozialisations- und Resozialisationshilfen einzubeziehen (Nestmann & Tappe 1979). Sie versprach und verspricht unabhängige Expertise und Freiwilligkeit der Inanspruchnahme und der Entscheidungs- bzw. Beratungskonsequenz, sie verspricht Wahlfreiheit und Selbstbestimmung der Ratsuchenden, statt Kontrolle und Zwang, statt Eingriff und Dirigismus, statt Ärmlichkeit und Randständigkeit. Assoziationen, die viele andere sozialarbeiterische Interventionsformen mit sich schleppten und schleppen (Sickendiek, Engel & Nestmann 2002). Beratung wurde auch verbreitet in allen anderen Lebensfeldern von der Pilz-, über die Strumpf-, Farben- und Typen-, Reise- und Anlagen- bis zur Energieberatung zu einem niedrigrschwelligem und nicht oder weniger stigmatisierungsriskantem Unterstützungsangebot. Nicht wie damals oft formuliert als vierte Säule neben Einzelfallhilfe, Gruppenarbeit und Gemeinwesenarbeit, sondern als prominenter Bestandteil aller drei grundlegenden Orientierungen der sozialen Arbeit wurde Beratung gerade in der Sozialarbeit/Sozialpädagogik auch als eine überindividuelle Handlungsorientierung entwickelt, wobei sich in der psychosozialen Arbeit hier schon sozialpädagogische und psychologische Impulse zum Beispiel aus der Gruppendynamik verbinden.

Beratung wurde also - über die Einzelberatungskonstellation hinaus auch als Gruppenangebot - auch in der spezifischen Domäne der Praxisberatung und Supervision und damals ersten Ansätzen einer sozialen und sozialpädagogischen Institutionsberatung und Organisationsentwicklung, z. B. in der Heimerziehung, im Pflegekinderwesen, im Jugendstrafvollzug oder in der Neuorganisation sozialer Dienste in verschiedenen deutschen Großstätten erprobt. Beratung wurde damals in der Sozialpädagogik und der Sozialarbeit sowie der Pädagogik allgemein zu einem wichtigen Professionalisierungsfeld und Professionalisierungsanschub, ermöglichte sie doch den Einstieg dieser Berufsgruppen in einen begehrten und nachgefragten psychosozialen Markt an professioneller Hilfeleistung, der bis dahin primär durch diagnostizierende und therapierende Psychologen und

Mediziner dominiert war (Nestmann 1982). Heute haben sich Sozialarbeiter und Sozialpädagogen in vielfältigen Beratungsfunktionen unterschiedlicher Felder der Kinder-, Jugend-, Erwachsenen- Familien-, Altenarbeit etabliert (Sickendiek, Engel & Nestmann 2002). In Absolventenbefragungen von Universitäten und Fachhochschulen oder des Berufsverbandes sind die meisten in beratenden Funktionen tätig - ausschließlich als Berater und Beraterinnen in ausgewiesenen Beratungseinrichtungen, insbesondere aber in halbformalisierten Beratungskontexten, in denen Beratung als Querschnittsfunktion neben anderen Tätigkeiten (Pflegen, Unterrichten, Versorgen, Vernetzen etc.) eine tragende Rolle spielt. Die Professionalisierungsstrategie auf Beratung zu setzen, scheint insofern erfolgreich gewesen.

Psychosoziale Beratung bot die Möglichkeit einer sozialen und ökonomischen Aufwertung der Berufstätigkeit der Sozialarbeit und Sozialpädagogik - es war und ist ein beruflicher Aufstieg, als Berater oder Beraterin zu fungieren oder Beratungsfunktionen in der Tätigkeitsbeschreibung aufweisen zu können. Zudem schien Beratung ein weiter geeigneter Schritt einer Systematisierung der theoretischen Wissensbasis und des Methodeninstrumentariums der Disziplin, die sich ja gegenüber z. B. klinisch-psychologischer Diagnostik und therapeutische Technik immer als defizitär begriff (Nestmann & Tappe 1979).

1.2 Sozialpädagogische Beratung statt Therapeutisierung

Die Verve, mit der Beratung damals in der Sozialarbeit und Sozialpädagogik diskutiert wurde, war aber ganz eindeutig und damals auch explizit gemacht, ein Abwehrkampf gegen eine befürchtete Psychologisierung der Disziplin. Die Diskussion stand „im Spannungsfeld von Therapeutisierungsbestrebungen und gesellschaftskritischer Gegenbewegung der Sozialarbeit“ (Neue Praxis Schwerpunktheft 1979).

Über den Therapieboom, transferiert aus den angloamerikanischen Ländern, in dem nun neben der Psychoanalyse auch die Verhaltenstherapie und Verhaltensmodifikation, humanistische Richtungen, wie primär die klientenzentrierte Gesprächstherapie aber auch Gestalttherapie, Psychodrama und später systemische Therapieansätze bedeutsam wurden, diffundierte eine klinisch-therapeutische Rationalität in die Sozialarbeit/Sozialpädagogik. Therapieweiterbildung wurde für viele SozialarbeiterInnen und SozialpädagogInnen attraktiv (übrigens auch für die psychologischen Psychotherapeuten, die als Ausbilder dieser Berufsgruppen hiermit phasenweise mehr verdienten als mit direkter therapeutischer Klientenarbeit). Therapeutische Sozialarbeit wurde vielerorts propagiert und genuin sozialpädagogische Grundlagen und Perspektiven der Disziplin schienen vielen bedroht. Insbesondere die Gruppe um Hans Thiersch in Tübingen hat das damals problematisiert und mit ihrem programmatischen Konzept der sozialpädagogischen Beratung 1976 sozusagen einen Gegenentwurf

vorgelegt, in dem Beratung als „parteiliche Praxis“ „gestützt auf Persönlichkeits- und Gesellschaftstheorie durch reflektierende Beziehungen und Erschließung von Hilfequellen verschiedener Art, das Unterworfenheit von Menschen unter belastende Situation verändern will“ (so Frommann, Schramm & Thiersch 1976, S. 739).

Diese Form von Beratung, die auf den Traditionen von sozialpädagogischem Handeln Alltagsprobleme zugleich unverkürzt und professionell angehen soll, so die Autoren damals, soll in einem

- akzeptierenden Beratungshandeln (auf interaktionalistischer Basis) die Alltagswelt des Betroffenen in die Beratungssituation hineinnehmen, um so die für die Bearbeitung und Lösung von psychosozialen Problemen relevanten Strukturen zu erschließen.
- Sie soll in einer Sachorientierung eine therapeutische Reduktion der Problematik auf psychische Beziehungs-, Kommunikations- und Verhaltensprobleme verhindern und auch manifeste Belastungen sozialer, ökonomischer und ökologischer Art des sozialpädagogischen Klientels prominent aufgreifen und
- sie soll in einer Partizipationshaltung einen Aufklärungsprozess über die Situation und die in ihr handelnden Subjekte und ein darauf aufbauendes solidarisches Handeln, das auf die Veränderung von Lebenswelt gerichtet ist, aktivieren und unterstützen (Frommann, Schramm & Thiersch 1976, S. 731).

Die Methode, verstanden als Nahtstelle zwischen Erkenntnis des Problems, Handlungskonsequenzen und Zieldefinition - d. h. nicht als bloße therapeutische Technik -, ist hierbei eklektisch integrativ, z. B.

- eine an sozialen Situationen und am Handeln von Betroffenen ausgerichtete gemeinsame und beratungsbegleitende Erforschung von Problemen und Problembezügen
- Hilfe durch Umstrukturierung der Situation, durch Erschließung materieller Ressourcen, Neudefinition sozialer Bezüge und schaffen neuer sozialer Räumlichkeiten
- Training neben Aufklärung
- Durchbrechen oberflächlicher Deutungen und Rationalisierungen
- Problembearbeitung im Felde der Problemstellung etc.

Ich kann und will das Konzept - beruhend auf den umfangreichen Arbeiten von Hans Thiersch zur Alltagstheorie und Lebensweltorientierung, das ja die Sozialarbeit und Sozialpädagogik insgesamt der letzten 25 Jahre wissenschaftlich, praktisch und bis hin in die Gesetzgebung mehr als alle anderen beeinflusst hat - nicht weiter ausführen (Thiersch 1992, 1997, 2004a).

Diese Entwürfe, wie jene, die seither daran anknüpfen, sind ein geeignetes Scharnier zur Beschreibung der Bedeutung, die Beratung für soziale Arbeit/Sozialpädagogik hatte und hat und haben wird

– unter bestimmten Voraussetzungen – wie für die Bedeutung, die diese Diskurse der Sozialarbeit und Sozialpädagogik für die Beratungs- und Counselling-Entwicklung generell hatten, haben und weiter haben werden.

Beratung und soziale Arbeit sind aufeinander verwiesen, so die grundlegende These. Beratung braucht die Traditionen, Orientierungen und Diskurse der Sozialarbeit und Sozialpädagogik und Sozialarbeit und Sozialpädagogik brauchen theoretische und praktische Beratungsmodelle. Beratung und soziale Arbeit können ohne einen jeweiligen gegenseitigen Ausschließlichkeitsanspruch gut voneinander profitieren und in einem neuen Schub der Professionalisierung, in dem nun an mehreren Universities of Applied Sciences neue Studiengänge zu Beratung und Counselling entstehen – wie im Darmstädter Masterstudiengang, der sich auch „psychosoziale Beratung“ nennt, gibt es sicher die besten Voraussetzungen dafür, diese enge Verbundenheit von sozialer Arbeit, Sozialpädagogik und Beratung für Forschung, Lehre und spätere Praxis fruchtbar zu machen.

1.4 Beratung multidisziplinär

Beratung ist eine multidisziplinäre und interdisziplinäre Angelegenheit, und zwar in ihrer theoretischen Fundierung wie in ihrer Praxis (Bemak & Hanna 1998, Carter 2003). In einer Welt immer komplexer werdenden Zusammenhänge in allen öffentlichen und privaten Lebenssphären im Großen wie im Kleinen, bei der engen Verschränkung sozialer, psychologischer, bildungs- und berufsbezogener, emotionaler und rationaler, ökonomischer und ökologischer Lebens- und Problemdimensionen im Globalen wie im Lokalen wäre es Hybris, wollte ein und nur ein disziplinärer Zugang die Allzuständigkeit für Beratung für sich reklamieren. Es gibt immer wieder mal solche Versuche bei uns wie international. Sie kommen vor allem aus der Psychologie und haben primär professionalistische Hintergründe (Dryden 1996). Beratungspsychologie ist eine wichtige (allerdings nebenbei gesagt bei uns völlig unterentwickelte) aber nur *eine* Perspektive neben mehreren anderen, die für psychosoziale Beratung und Beratung generell bedeutsam sind. Zudem geht auch sie, die Beratungspsychologie oder Counselling Psychology, weit über nur klinisch-therapeutische Ansätze hinaus, die in deutschen Diskursen noch immer dominieren (Nestmann 1997). Wir haben im Handbuch der Beratung versucht, viele dieser Zugänge philosophische, soziologische, pädagogische, theologische und nicht zuletzt sozialarbeiterische und sozialpädagogische in ihren spezifischen Orientierungen und Leistungen zu Geltung zu bringen – auf dem langen, aber interessanten Weg einer Entwicklung transversaler Beratungstheorie (Nestmann, Engel & Sickendiek 2004a, b).

Sozialarbeit und Sozialpädagogik, auch die Pädagogik insgesamt werden und sind trotz ihrer langen, man könnte sagen längeren Beratungstraditionen, hier eher zurückhaltend - zu zurückhaltend

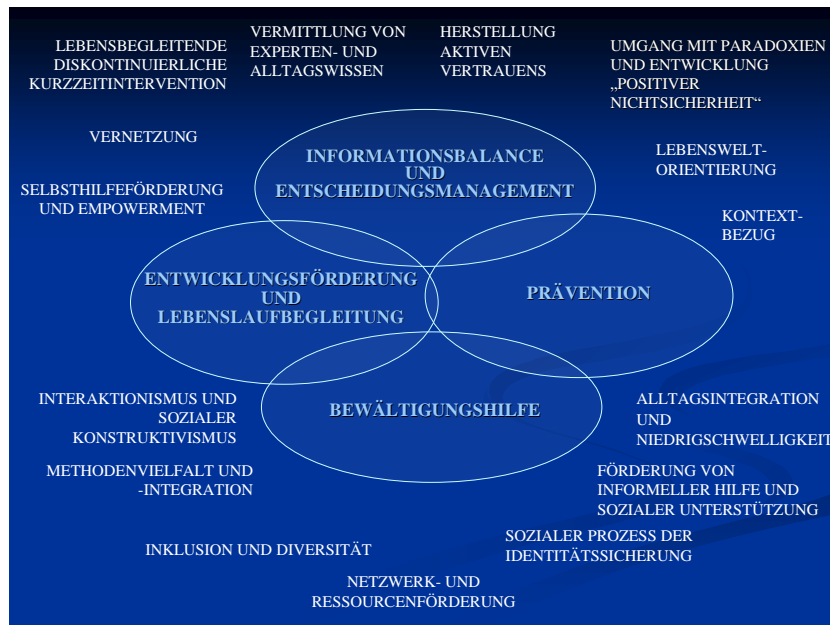
denn sie steuern viel zu einem eigenständigen Beratungsverständnis bei, was sich nicht als „kleine Psychotherapie“ definiert, d.h. mit den gleichen Menschen -, Störungs- und Hilfemodellen, aber in weniger geschlossenen Settings, mit weniger schwierigen Störungen, weniger intensiver und reflektierter Arbeitsbeziehung, kürzerer und oberflächlicher Hilfeinteraktion und praktiziert durch weniger gut ausgebildete HelferInnen bei schlechterer Bezahlung.

Beratung ist auch nicht nur `Methode´, wie man bei der Lektüre so mancher Beratungsbücher vermuten könnte. Sie hat theoretischen Anspruch und empirischen Anspruch.

Nein - Beratung ist mehr als das und ist anderes und sie hat eine eigenständige Identität, auch konzeptionell wie praktisch und beruflich (Engel, Nestmann & Sickendiek 2004). Diese eigenständige Identität soll im Folgenden skizziert werden und damit, wie eine Beratung in der sozialen Arbeit in der Sozialpädagogik aussehen kann, die zukunftsfähig ist, weil sie sowohl genuin sozialarbeiterische und sozialpädagogische Orientierungen aufgreift und weiterentwickelt - diese Einflüsse werden besonders hervorgehoben - als auch sich neuen Anforderungen angemessen stellt. Das sind Anforderungen, die es nicht erlauben, allein mit den Perspektiven und Strategien der zweiten Hälfte des vorigen Jahrhunderts die Probleme der Menschen des schon nicht mehr ganz neuen Jahrhunderts in seiner ersten Dekade zu bearbeiten und zu lösen. Es ist ein Diskussionsentwurf, der aus den Anregungen verschiedener Disziplinen schöpft.

2. Identitätspfeiler psychosozialer Beratung

Diese Konzeption von psychosozialer Beratung setzt sich ab von den beiden oft herrschenden Modellvorstellungen einer Beratung als bloße Information einerseits und einer Beratung als Psychotherapieverschnitt andererseits (Engel, Nestmann & Sickendiek 2004, 2006).



Psychosoziale Beratung übernimmt vier Rollen, hat vier zentrale Funktionen in Unterstützungs- und Hilfeprozessen:

1. Sie hilft informieren und sie hilft beim Entscheiden.
2. Sie fördert insbesondere Prävention und Vorsorge auch durch die Ermöglichung und Sicherung von gelingenderem Leben und höherem Wohlbefinden.
3. Sie unterstützt die Bearbeitung von Anforderungen, die Bewältigung von Problemen aber auch das Wiedererlangen von Gleichgewicht und Handlungsfähigkeit nach Krisen und kritischen Lebensereignissen sowie das Arrangement mit Unveränderbarem und
4. Sie ist immer auch ein Stück Anregung zur Entfaltung von Kräften und zur Entwicklung im Lebenslauf.

In Beratungsleistungen fließen immer mehrere dieser vier Funktionen zusammen, z. B. wenn eine gelungene Bewältigung auch persönliche Entwicklung ermöglicht und für künftige Anforderungen ähnlicher Art präventive Wirkungen hat (Nestmann, Sickendiek & Engel 2007). Diese vier traditionellen Identitätspfeiler lassen sich jeweils durch aktuelle Orientierungen ergänzen.

3. Informationsbalance und Entscheidungsmanagement

Einerseits sieht man sich häufig mit der Vorstellung konfrontiert, Beratung sei Information, Informationsweitergabe und erschöpfe sich darin. Andererseits werden Konzepte entwickelt – (z. B. in der Patientenberatung), die Information und Beratung strikt auseinanderhalten wollen. Beides ist problematisch.

Beratung ist immer oder meist auch *Information*. Eine Beratung, die sich als schlichte Informationsweitergabe begreift, ist allerdings mehr und mehr obsolet in einer Zeit, in der neue technische Medien einen weit umfassenderen und schnelleren Informationszugang ermöglichen als jeder Berater und jede Beraterin aus Fleisch und Blut dies könnten. Mit Informationen muss also in Beratungsprozessen oft mehr passieren als ihre einfache Weitergabe - deshalb der Begriff ‚*Informationsbalance*‘ (Engel 2002).

Da auch Informationen trotz der Zunahme von Informationsquellen ungleich verteilt bleiben, hat Beratung gerade in der sozialen Arbeit ohne Zweifel auch heute noch die Aufgabe, ‚informationsarme‘ Klientele zu informieren, Informationslücken zu schließen oder angemessene Informationszugänge zu öffnen, für diejenigen, die keine oder nicht ausreichende Informationen haben. Vermehrt konfrontiert werden Berater und Beraterinnen in allen Feldern aber auch mit Klienten und Klientinnen (ob Betroffene, Professionelle oder Organisationen), die mit Informationsüberflutung, Informationswirrwarr, Informationswidersprüchlichkeiten oder Informationen zu kämpfen haben, die sie nicht begreifen und nicht verarbeiten können.

Die Menge der Informationen, die wir erhalten, führt also nicht zwingend zur besseren Informiertheit und Beratung hat eher die Funktion, Information in ihrer Vielfalt, Unstrukturiertheit oder gar Widersprüchlichkeit zu organisieren. Sie hat Hilfe bei der Ordnung, Gewichtung und Wertung von Information zu leisten, sie anschlussfähig zu machen an existierende Wissensbestände und vorhandene Einstellungsmuster, d. h. eine nicht nur kognitive, sondern auch emotionale wie handlungsbezogene Einbettung von Information zu ermöglichen. Und das ist ein weit anspruchsvolleres Unternehmen als bloße Informationsweitergabe.

3.1 Experten- und Alltagswissen

Hinzu kommt die schwierige Aufgabe, Fachinformationen und Expert*innenwissen in praktikable Informationen und Handlungswissen umzusetzen, unser ‚Theoriewissen‘ und das ‚Alltagswissen‘ der Nutzer vereinbar zu machen (Thiersch 2004 b). Oft ist genau das Gegenteil der Fall: Fachinformationen perlen an Alltagstheorien und Alltagswissen geradezu ab, werden sie nicht vermittelbar gemacht. Das ist sicher ein zentrales Moment fehlender Umsetzung von Lösungen, die gemeinsam in der Beratung gefunden wurden. Die mangelnde Vermittelbarkeit

in den Alltag spielt besonders dort eine Rolle, wo Expertenkompetenz mehr und mehr angezweifelt wird. Denn es gibt ja neben der professionellen psychosozialen Beratung meist auch informelle Einflussnahme. Erfahrungswissen vermischt sich mit Information aus Hörensagen, Ratgeberliteratur, Medieninformation. So sind viele BeraterInnen heute mit Klient*innen/Klientensystemen konfrontiert, die wirklich oder scheinbar „informierter“ sind und „besser wissen“.

3.2 Aktives Vertrauen

Hier gilt es zunächst einmal aktives Vertrauen herzustellen, um Information überhaupt anhörbar und annehmbar zumachen - eine wichtige Beratungskompetenz, die weit über bloßes Informieren hinausgeht.

Viele Informationen und Wissensbestände heute sind vieldeutig, widersprüchlich und nur kurzzeitig sicher und richtig. Und diese Problematik tangiert nicht nur die Nutzer, sondern die Berater und Beraterinnen selber - übrigens in allen Beratungsbereichen - und der Umgang mit Paradoxien, Ambiguitäten, Unsicherheiten oder Sicherheiten nur auf Zeit ist eine neue Anforderung an alle, vor allem in Entscheidungsprozessen. Beratung hat hier auf einem schmalen Grat zu balancieren – von nachgefragter Unterstützung bei Orientierungs- und Entscheidungsproblemen und gleichzeitig zunehmender Begrenztheit der eigenen Expertensicherheit angemessene Hilfe zu leisten. Berater müssen wie ihre Klienten und Nutzer damit umgehen, dass sich Wissen schnell ändert, dass heute schon als gewagt und riskant gilt, was gestern noch als unbedenklich oder gar empfehlenswert angesehen wurde. Beratung braucht also heute theoretische und methodische Orientierungen, die diese Gratwanderung zwischen gewünschter Klarheit und Orientierung bei oft sehr begrenzter Prognostizierbarkeit und zeitlich nur begrenzter Sicherheit und Planbarkeit gewährleisten (Nestmann, Sickendiek & Engel 2007).

3.3 Positive Nichtsicherheit

Das Konzept der ‚positiven Nichtsicherheit‘ von Gelatt (1962, 1989, 1991, 1992) weist z.B. in eine solche Richtung, Menschen bewältigungsoptimistisch, reflexions- und handlungsfähig zu erhalten, trotz oder gerade mit verllorener langfristiger Eindeutigkeit und zunehmend schneller Veränderung und wachsender Vieldeutigkeit.

Wir müssen davon ausgehen, dass es in Zukunft wichtiger wird:

- seine Meinung ändern zu können,
- ‚offen‘ an Dinge heranzugehen.
- eine positive Unsicherheit oder besser Nichtsicherheit zu entwickeln.

Das gilt für unterschiedlichste Beratungszielgruppen auch in der sozialen Arbeit.

Es wird wichtig, Ambiguität sowie Inkonsistenz akzeptieren zu können und Intuition ernst zu nehmen.

Alte *rational, linear, kognitiv planende Entscheidungsmodelle* von Beratung sind damit keinesfalls überflüssig geworden. Sie reichen allerdings alleine nicht mehr aus und brauchen eine subjektive *intuitive Kreativität und Rahmung*.

Ein positives (d. h. angenehmes und mit Vertrauen versehene) Gefühl angesichts von Nichtsicherheit, also bei Zweifel, Widerspruch, Vielfalt scheint zunächst paradox, ist aber in Zukunft notwendig für erfolgreiche Entscheidungs- und Entwicklungsprozesse. Gelatt (1989) formuliert die *Informationsleitlinie*:

„Behandle deine ‚Fakten‘ mit Phantasie, Einfallsreichtum, aber phantasie sie nicht!“

Wir haben nie alle relevanten Informationen und Fakten zur Verfügung, Informationen werden immer wichtiger, aber auch immer schneller und schnelllebiger. Je mehr man weiß, desto mehr weiß man auch, was man alles nicht weiß. Fakten bleiben bedeutsam, aber zentral wird ihre subjektive Bewertung gemäß eigener Haltungen und Einstellungen. In Beratungsprozessen erfährt man, kreativ und vorsichtig mit Informationen umzugehen, sie neu zu bewerten und sich der Begrenztheit dieser Information klar zu werden.

die *Prozessleitlinie*:

„Wisse, was du weißt, und glaube daran, aber sei nicht sicher!“

Entscheidungsprozesse werden immer mehr zu `Entdeckungsprozessen. Ziele zu entdecken, auch andere und neue, statt nur ein Ziel erreichen zu wollen, wird wichtig: eine Abkehr von einem radikalen `Sei realistisch´ hin zu einem `Nicht-sicher - aber Für-möglich-halten´. Wichtig ist, Anregung für neue Bedürfnisse, Wünsche und Ziele zu bekommen. Immer nur klare Ziele können eingrenzen und halten oft von neuen Möglichkeiten ab. Beraten heißt somit auch helfen, Subjektivität zu entwickeln und Überzeugungen aufgeben zu können oder Entscheidungen auf die Probe zu stellen.

und die *Wahlleitlinie*:

„Sei rational: Es sei denn, es gibt einen guten Grund, es nicht zu sein!“

Absolute Rationalität war früher die Maxime in der Entscheidung (obwohl jeder Berater wusste, es war nicht immer so). Heute ist davon auszugehen, dass die `Entscheider´ untrennbar Teil der Entscheidung sind. Beratung hilft auch dabei, sich zu erinnern, Geschichten zu erzählen und zu imaginieren. Das Ziel ist, entscheidungs- und handlungsfähig zu bleiben, auch bei häufiger Nichtsicherheit über das, was zu tun ist und was man tut. Beratung war immer Hilfe dabei, sich vor einer Entscheidung eine Meinung oder Haltung zu bilden. Sie ist heute in einer Welt der schnellen Veränderung auch dazu da, diese Meinung

oder Haltung reflexiv-intuitiv offen zu halten, um sie auch verändern zu können, wenn z. B. neues Wissen es erfordert.

Wie allein diese Funktion der Informationsbalance und des Entscheidungsmanagements zeigt, ist Beratung oft nicht das von vielen – insbesondere Trägern, Finanziers und Politikern aber auch Nutzern erwartete und geforderte ‚light and cheap product‘ (Engel 1997) – schnell, pragmatisch, effizient und preiswert wie heute alles sein muss – performanzorientiert. Will Beratung wirksam und nachhaltig wirksam sein, ist auch die bloße Informationsrolle meist schon eine anspruchsvolle. Beratung, auch die kurzfristige mit Informations- und Entscheidungsfokus, braucht bei aller Effizienz und Pragmatik Zeit für Reflexion, Selbstreflexion, Vermitteln von Bestand und Neuem, Zeit für die Balance von Sicherheit und Ungewissheit.

Vor allem gilt es, emotionale Dimension viel stärker in den Prozess der Entscheidung einzubeziehen – auch in scheinbar nur rationalen Klärungen. Wichtige Entscheidungen in unserem Leben fallen nicht nur kognitiv, sondern auch intuitiv – und gar nicht mal schlecht wie Gerd Gigerenzer, der Direktor des Max-Planck-Instituts für Bildungsforschung in Berlin, in seinem neuen Buch „Bauchentscheidungen - die Intelligenz des Unbewussten und die Macht der Intuition“ überzeugend belegen kann (Gigerenzer 2007).

3. Prävention

Der zweite Identitätspfeiler psychosozialer Beratung, die Prävention, ist stark von sozialarbeiterischen, sozialpädagogischen und gemeindepsychologischen Einflüssen geprägt.

Präventionsförderung ist die vornehmste Aufgabe von psychosozialer Beratung. Beratung befreit sich hier aus der fatalen Logik des ausschließlichen Reagierens, kurativen Hinterherhinkens und Wiederherstellens von Normalität und Funktionsfähigkeit über die Betonung einer ihrer zentraler Stärken:

nämlich ohne Belastungs- und Problemanlass oder im Vorfeld des Umschlagens von Anforderungen in Belastungen, Schädigungen und Störung hilfreich zu sein (Röhrle 2004, Brown & Lent 1992). Beratung hilft, Chancen und Risiken zu antizipieren, abzuschätzen und Handlungskonsequenzen zu reflektieren und abzuwägen. Beratung unterstützt beim Finden und Erarbeiten von Alternativen, von Um- und Auswegen, wenn Gefahren und Verlustrisiken drohen, die Nutzer nicht eingehen wollen. In all ihren Feldern zielt Beratung vor allem dann auf Prävention, wenn sie über Einfluss auf Personen und/oder Lebensbedingungen gelingendere Lebensführung fördert und Lebensbewältigung erleichtert. Präventive Beratung ohne die Gefahr einer verengten Risikofixierung und ohne das trügerische Ideal einer problem- und krisenfreien Existenz wird am ehesten dann möglich, wenn sie das Stärken von individuellen Kompetenzen und Selbsthilferessourcen zur Erreichung von Handlungsfähigkeit und

Lebenszufriedenheit in den Vordergrund rückt - eingebunden in die Förderung von stützenden und hilfreichen Gemeinschaften und in das Gestalten sozial- und gesundheitsförderlicher Lebensverhältnisse (Nestmann & Projektgruppe 2002). Das sind genuin soziale/psychosoziale Beratungsbeiträge.

3.1 Lebensweltorientierung

Lebenswelt und Alltag der Menschen sind hierbei zentrale Bezugspunkte von Beratung (Thiersch 2004). Alltage sind bestimmt durch Grenzen im Handlungsvermögen und durch Einschränkungen und Belastungen, unter denen jemand lebt, ebenso aber durch Fähigkeiten und Ressourcen der Ratsuchenden und ihrer sozialen Umwelt (Nestmann 2004b). Orientiert an den lebensweltlichen Deutungen und Bewältigungsversuchen der Nutzer will professionelle Beratung die persönlichen und sozialen Stärken und Potenziale ebenso identifizieren wie die alltäglichen Zumutungen und Zwänge andererseits sowie die Pragmatiken, die unser Leben und unser Wohlbefinden ermöglichen, andererseits aber auch einschränken und gefährden. Im Respekt für die gefundenen und gewachsenen Formen des Arrangements in der Lebensführung, wird lebensweltorientierte psychosoziale Beratung z. B. bisher unreflektierte und unverrückbare Positionen und Gewohnheiten hinterfragen, neue Perspektiven und Handlungsformen ermöglichen, alltägliche Einschränkungen und Routinen in ihren Ursachen klären und neue Entwicklungsräume öffnen sowie Gelegenheit zum Üben von neuem Denken, Fühlen und Handeln schaffen. Die Lebenswelt unserer Klienten ist ein wichtiger Beratungskontext - gerade in der sozialen Arbeit, die diesen Lebensweltbezug in Beratungsdiskurse eingebracht hat.

3.2 Kontextbezug

Kontextbezug hat für die Beratung ohnehin zentrale Bedeutung. Beratung ist offen für eine Hereinnahme sozialer, ökonomischer, ökologischer und kultureller Kontexte der Problemstellungen der Ratsuchenden in den Beratungsprozess, aber auch offen für ein eigenes Heraus-treten aus der Beratungsinstitution in diese Kontexte (McLeod & Machin 1998; Großmaß 2004). Das unterscheidet sie z. B. von den meisten Formen der Psychotherapie, die ja oft bewusst psychische Schlüsselprobleme der Person entkontextualisieren, d.h. herauslösen aus Zusammenhängen, um sie in einer reduzierten Sondersituation konzentriert zu bearbeiten. Psychosoziale Beratung hingegen versteht sich in Lebensweltkontexte integriert, arbeitet möglichst vor Ort, also in Jugendhaus, auf der Straße, im Betrieb oder der Gemeinde und in und mit den dortigen alltäglichen Deutungs- und Bewältigungsmustern der Betroffenen und ihrer sozialen Milieus.

3.3 Niederschwelligkeit

Psychosoziale Präventionsförderung kann nur gelingen, wenn die Beratungsangebote und -dienste sozialer Arbeit möglichst *alltagsintegriert und niederschwellig* sind (Thiersch 1992, 2004 a). Das bezieht sich auf Orte, Räume und Zeiten, zu denen Beratung da ist - dort und dann, wenn die Nutzer sie brauchen. Es bedeutet, dass Beratung zu den Menschen geht – gerade zu denen, die sie sonst nicht erreicht -, statt dass die Menschen kommen müssen.

Niedrigschwelligkeit bedeutet schon heute, aber insbesondere in der Zukunft, dass auch in der psychosozialen Beratung virtuelle Settings einen großen Platz einnehmen werden. E-Counselling, Online-Beratung und Beratungschats werden zum Alltag psychosozialer Berater der Zukunft gehören – ohne damit die Face-to-face-Konstellation in ihren spezifischen Qualitäten ersetzen zu können. ‚Blended Counselling‘ im Wechsel von Beratung von Angesicht zu Angesicht und virtuell vermittelt wird die Zukunft der Beratung auch in der sozialen Arbeit prägen (Engel 2004, Barnett 2005).

Professionelle psychosoziale Beratung soll nicht private Lebenswelt kolonialisieren, aber sich dort anbieten, wo ihre Zielgruppen leben, arbeiten und lernen. Dann wird es ihr auch gelingen, nicht nur die individuellen persönlichen Präventionsmöglichkeiten und -potenziale zu aktivieren und zu stärken, sondern auch diejenigen der sozialen Bezugssysteme.

3.4 Soziale Unterstützung

Soziale Beziehungen sind ‚cause‘ und ‚cure‘ (Pearson 1997), also mögliche Ursachen und Bedingungen von Stress und Problemen, aber vor allem auch Schutz und Hilfe bei ihrer Vermeidung. Neben persönlichen Widerstandskräften liegen in *alltäglichen Beziehungen* zu anderen und in *gegenseitiger sozialer Unterstützung* in Familie, Partnerschaft, Freundeskreis, aber auch unter Nachbarn und KollegInnen die wichtigsten präventiven wie belastungs- und stressabpuffernden Potenziale unseres Lebens. Sie sind so etwas wie ‚soziale Immunsysteme‘, deren Möglichkeiten weit über unsere professionellen Möglichkeiten gerade in der Prävention hinausgehen. Beziehungen können Sicherheit, Einbettung, soziale Anerkennung, Würdigung des Einzelnen bieten, sie tragen zur Lebensführung bei und verhindern krankmachende Isolation und Einsamkeit. Sie haben das Potenzial der frühen Wahrnehmung von Risiken, Abweichungen und der regulierenden Rückmeldung an den Einzelnen. Sie beeinflussen auch unsere individuellen Deutungen von Anforderungen und Problemen und sie bahnen und beeinflussen schließlich unseren Zugang zur professionellen Beratung.

Professionelle Helfer gerade in der sozialen Arbeit wissen, dass diese positiven Funktionen sozialer Bindungen und Beziehungen nicht immer gegeben sind, nicht immer gelingen. Oft haben sie ja gerade mit Klienten und Klientinnen zu tun, denen solche Beziehungen fehlen, deren

Beziehungen nicht präventiv hilfreich sind, die möglicherweise sogar eher schaden und schädigen. Das ändert aber nichts an ihrer potenziellen entwicklungsförderlichen Schutzfunktion, und psychosozialer Beratung stellt sich heute vermehrt die Aufgabe, diese protektiven und präventiven Funktionen sozialer Unterstützung zu entdecken, zu aktivieren, sie zu stärken, vor allem dort, wo sie fehlen, defizitär sind oder ungenutzt bleiben. Auch in der Beratung in verschiedenen Tätigkeitsfeldern der sozialen Arbeit scheinen die Unterstützungs- und Präventionspotenziale sozialer Netzwerke und alltäglicher Stützsysteme bei weitem nicht ausreichend erkannt und genutzt zu sein. Naheliegenderweise starren wir viel zu oft auf deren vordergründige Mängel, Defizite und Schädlichkeiten, statt auch auf ihre Potenziale, Ressourcen und Stärken zu achten. Denn soziale Netzwerke bestehen ja oft aus vielen und meist gibt es hilfreiche und weniger hilfreiche, belastende und weniger belastende, mehr oder weniger geeignete potenzielle alltägliche UnterstützerInnen in unseren Beziehungssystemen.

4 Bewältigungshilfe

Meist ist es präventive Beratungsaufgabe, die Notwendigkeit kurativer und wiederherstellender Maßnahmen zu vermeiden. Diese kurative Rolle und Funktion der *Hilfe bei Problembewältigung* hat Beratung in die größte Nähe zur Therapie gebracht und auch dazu geführt, dass psychotherapeutische Rationalitäten die Beratungsdiskurse zumindest im deutschsprachigen Raum lange Zeit weitgehend dominierten. Hier gibt es die größten Schnittstellen, wo Personen und Gruppen in Beratungsprozessen Unterstützung erhalten, um Probleme zu bewältigen, um Störungen welcher Art auch immer zu beseitigen, um Schädigungen und Verletzungen zu beheben (Amundson 1994). Vermehrt erhält Beratung auch die Funktion, beim Sich-Arrangieren mit nicht mehr abänderlichen persönlichen und sozialen Bedingungen und Zuständen zu helfen z. B. in gesundheitlichen Beeinträchtigungen, aber auch im Rahmen zunehmender dauerhafter Benachteiligung und dauerhaftem Ausschluss z. B. bei Langzeitarbeitslosen (Kieselbach, Scharf & Klink 1997, Kidd 1997).

4.1 Ein soziales Beratungsmodell

Es sollen hier einmal nicht die wohl bekannten und wichtigen therapeutisch-kurativen Modelle bemüht werden, die für Beratung von Bedeutung sind, sondern beispielhaft jene, die neben diesen Vorstellungen klinisch-psychologischer Heilermodelle und Heilungsprozesse existieren. Es gibt z. B. *soziale* Prozessmodelle, die uns Beratung interpretieren lassen. Ich beziehe mich hier vor allem auf die sozialkonstruktivistischen Arbeiten von John McLeod (2001, 2000, 2004).

Psychosoziale Beratung lässt sich hier (er nennt es postpsychologisch) als eine von vielen Formen interpretieren, die kulturellen Vorgaben, Werte und Normen einer Gesellschaft oder einer

Organisation oder eines Lebensraums zum Thema zu machen und zu bestätigen. Individuen (meist solchen, die sich nicht mehr zurechtfinden und die die verstörende Erfahrung mit sich und anderen gemacht haben, ausgeschlossen zu sein vom üblichen Alltagsdiskurs über die Problemkonstellation) wird geholfen, ihre eigene Stellung und ihre Beziehung zu diesen kulturellen Normen wieder zu finden, sie neu zu bestimmen und auszuhandeln. Das geschieht über das Beratungsgespräch. Das dialogische Wesen der Beratungskommunikation eröffnet oftmals die erste oder wieder eine Möglichkeit zu reden und einen Zuhörer zu finden. Es ist oft die erste Anerkennung der Tatsache, dass es nötig ist zu reden und wenn der Berater in den Dialog eintritt, öffnet sich die Geschichte. Wenn die Themen Teil des Beratungsdialogs werden, verlieren sie ihren ängstigenden Charakter. Fasst der Klient in den Beratungsdialogen Fuß, kann er auch wieder im Alltagsdialog mit den ihm bekannten und vertrauten oder mit neuen Personen lernen. Oft wird die Berater*in auch „Zeugin“ – dann, wenn Klienten Opfer von Gewalt, Angst oder Scham sind, ruhig gestellt durch Bedrohung oder ungehört von uninteressierten oder ungläubigen Gesprächspartnern. Beratung lässt die Geschichten zu.

Sie hilft hier eigene Identität wiederherzustellen. Sie macht Angebote für Identitätsfindung, -bildung und -sicherung – in der Einsicht und deren Vermittlung, dass soziales Leben konstruiert ist und dass man es selbst mitkonstruieren kann.

Beratung schafft die Motivation und Fähigkeit, Selbstentwürfe zu gestalten, gibt Raum sie auszuprobieren und sie versucht dabei, in der Erfahrung der Erosion vieler traditioneller Bindungen auch neue Zugänge zu neuen sozialen Beziehungen zu finden.

Beratung versteht sich in solch einer Vorstellung sozusagen als „Brücke zurück“ zur gesellschaftlichen Teilhabe und als praktischer Rückweg zu einer oft verlorenen *alltäglichen* Verhandlung und Bewältigung der eigenen Angelegenheiten in persönlichen Netzwerken. Denn sie hilft dabei, Hoffnungslosigkeit, Machtlosigkeit, Pessimismus und Demoralisierung, Gefühle des Andersseins als die anderen, nicht mehr dazugehören, Angst vor Desorientierung und Unsicherheit und vor Kontrollverlust abzubauen. Der psychosoziale Berater oder die Beraterin wird hier zu einer, wie der Anthropologe Turner (1982) es nennt, „Schwellenperson“ (liminal figure), die am Rande eines gesellschaftlichen und kulturellen Systems agiert und die randständigen und irgendwie herausgefallenen Menschen hilft, wieder dazugehören oder zu einer neuen sozialen Welt Zugang zu finden. Sie hilft, auch Räume zu öffnen, in denen er soweit wie möglich sein kann wie er ist. Es wäre eine Beraterin, die zwar die Normen und Werte der Kultur und des Lebenskontextes kennt und sie beherrscht, offen legen kann, sie aber transzendiert und so versucht, die Schwierigkeiten und Probleme des Klienten damit aus dessen Erzählungen zu verstehen. Eine psychosoziale Beraterin, die akzeptiert und in einen

fortlaufenden Dialog die Geschichten des Klienten anhört und ihm die Erfahrung vermitteln kann, dass dies nur eine Geschichte von vielen möglichen Versionen ist. Es gibt immer auch andere Versionen mit anderen Deutungen, Lösungen und alternativen Verknüpfungen von Elementen. Neue klärende und vielleicht besser passende Metaphern und vor allem auch entlastende Deutungen und Selbstdeutungen werden möglich. In einem solchen sozialen Beratungsdialo ist es das primäre Ziel, Schritte des Klienten zu ermöglichen und zu motivieren, über den formalen professionellen Beratungsdialo wieder in die sozialen Alltagsgespräche um seine Angelegenheiten einsteigen zu können. Der Kern des Prozesses ist also nicht mehr, dass diese Beratung intrapsychische, kognitive oder emotionale, Verhaltens- und Beziehungsstrukturen des Klienten therapiert, heilt oder modifiziert, sondern es Menschen zu ermöglichen, die sozialen Diskurse mit anderen wieder aufzunehmen, zu den Themen und Problemen, die sie bewegen. Beratung unterstützt dabei, wieder anschlussfähig zu werden und gewürdigtes und partizipierendes Mitglied einer sozialen Welt seiner Lebenswelt oder eines anderen Milieus zu werden. Der Berater ist hier nicht ‚Heiler‘ oder ‚Modifikator‘, sondern ‚sozialer Akteur‘, der dem Klienten den Wiedereinstieg in eine soziale Realität und Bezogenheit ermöglicht, in denen dieser seine persönliche Identität wiederfindet und sichern kann und seine Biografie zumindest mitgestaltet.

Dieses soziale Reintegrationsmodell zielt auf die Wiedergewinnung von Stärken und Handlungsfähigkeiten der Betroffenen. Diese sind aber nie nur individuelle Angelegenheiten.

Dafür sind und bleiben auch *soziale Netzwerke* in sich verändernder Form, aber in gleicher Funktion, Voraussetzung und Träger gelingender Bewältigungs- und Rehabilitationsprozesse. Emotionaler Support, praktische und finanzielle Hilfen, informative und beratende Unterstützung sowie die Vermittlung von persönlicher Identität und Selbstwert sind Hauptbeiträge sozialer Netzwerke zur Krisenbewältigung im Lebenslauf (Diewald 1991, Röhrle 1994).

4.2 Ressourcen

Ressourcenförderung ist ein Kernstück von psychosozialer Beratungsidentität. Aus ihren Traditionen heraus und fundiert über ihre theoretischen Vorstellungen ist Beratung schon immer stärker ressourcen- als defizit- oder pathologieorientiert (Lopez et al. 2006). Dies ist eine Beratungstradition, die von der aktuellen Psychotherapieentwicklung der letzten Jahre nachvollzogen wird – die Orientierung auf die Ressourcen, die Potenziale und Kräfte der Klienten, statt auf ihre Fehler und Defizite. Lösungsorientierte, systemische oder allgemeine Psychotherapieansätze sehen zunehmend auch die Förderung von Ressourcen im Mittelpunkt ihres Interesses – gestützt durch die Wirkungsforschung, die eine Ressourcenförderung als zentrales Erfolgsagens ermittelt. Auf der Basis einer positiven Psychologie ist

Beratung ‚optimistisch‘ und schaut auf die ‚volle Hälfte des halb gefüllten Glases‘.

Beratung ist zum einen Förderung *persönlicher/intrapersonaler* Ressourcen: wie

- Bewältigungsoptimismus und Bewältigungskompetenz
- Selbstwertgefühl und Selbstwirksamkeit
- Kontrollbewusstsein
- Kohärenzgefühl etc.,

Merkmale, die erwiesenermaßen zu Bewältigungserfolg, Wohlbefinden und Gesundheit beitragen, um nur die Bestuntersuchten zu nennen.

Aber auch die eng damit verknüpften *Kontext- und Umweltressourcen*, wie

- Wohnung und Arbeitsplatz,
- ökonomische und ökologische Sicherung
oder
- kulturelle Einbettung

können Beratungsziele der Ressourcenförderung sein. Dies gilt vor allem für Beratung in der sozialen Arbeit.

Ressourcen- und netzwerkorientierte Beratungsmodelle setzen zwar weiterhin an den Klienten selbst als zentrale Akteure an. Sie helfen, Ressourcen wahrzunehmen und zu nutzen, wie eigene Ressourcen anderen zur Verfügung zu stellen. Aber sehr viel stärker als bisher mobilisieren sie auch schützende und potenziell wie faktisch stützende Partnern und Partnerinnen. Sie fördern das Hilfeleisten in Familien, unter Freunden und im Kollegenkreis oder in anderen sozialen Bezugssystemen. Sie aktivieren Selbsthilfegruppen und Unterstützungsgruppen Gleichbetroffener und versuchen, formelle Hilfequellen mit alltäglichen Helferinnen und Helfern zu verknüpfen (Nestmann 1997, 2002 a, 2004 a, c; Schemmel & Schaller 2003).

4.3 Inklusion und Diversität

In einer Welt, die stärker als früher durch Pluralität von Gesellschaften und Verschiedenartigkeit von Lebensformen und Lebensstilen geprägt ist, muss Beratung sich unterschiedlichen Nutzergruppen öffnen. Nun ist Beratung im Gegensatz zur Psychotherapie seit eh und je stärker auf ‚*Inklusion*‘ orientiert. Sie ist ein weniger exklusives Angebot. Sie öffnet sich heute den unterschiedlichsten Adressaten und Adressatinnen und bemüht sich um einen Abbau lange existenter, oftmals recht subtiler Ausgrenzungen. Insbesondere bisher übersehene oder explizit ausgeschlossene Nutzergruppen sollen Zugang erhalten und adäquat beraten werden. Auf Grund der zunehmenden *Diversität* der Nutzer wird auch ein psychosoziales Beratungsangebot heute und in Zukunft möglichst diversifiziert sein. Es gibt schon heute nicht mehr den einen Königsweg, alle Klientele zu erreichen und am besten zu

versorgen. Beratung muss vielfältig für unterschiedliche Klienten attraktiv sein im Zugang, Ablauf, Art und Form der Hilfe, Verbindlichkeit, Offenheit oder Geschlossenheit des Settings etc. ‚Counselling diversity‘ ist kein einfaches Unterfangen. In der psychosozialen Beratung mit einer wachsenden Vielfalt von Ratsuchenden und Anfragen umzugehen und das als Bereicherung und Qualität zu erleben, nicht als Störung uniformer Programme oder als Verunsicherung der Helfer, ist schwierig. BeraterInnen werden darin auch mit Menschen konfrontiert, die auf die Notwendigkeit einer Erweiterung ihres ‚Normalitäts‘-Verständnisses verweisen. Das heißt, was noch vor 10 oder 20 Jahren als Spektrum des in unserer Kultur Normalen betrachtet wurde, hat sich erweitert. Auf Grund veränderter Lebensformen und Lebensstile, flexibilisierter Beziehungszyklen, diskontinuierlicher Biografien und wechselnder Lebensorte wächst die Verschiedenheit von Personen und vieles wird zur Normalität, was früher als abweichend und außerhalb der Normalität erachtet wurde. Psychosoziale Beratung fordert nicht nur Toleranz von *erweiterter Normalität*, sondern Kompetenz im Umgang damit. Sie ist eine Interventionsform der ‚Normalisierung‘ von Verschiedenheit und Anderssein im Sinne von Akzeptanz und Ermöglichung sowie der Reflexion eigener Normalitätsmaßstäbe (Sickendiek, Engel & Nestmann 2002, Kurz-Adam 1999).

Zusammen fließen diese Anforderungen insbesondere in *interkulturellen Beratungskontexten* (Nestmann 1999). Vermehrt haben es Berater und Beraterinnen auch in der psychosozialen Versorgung mit Menschen mit ganz anderen kulturellen (z.T. auch Migrations-)Hintergründen zu tun und sind gefordert, kulturkompetent oder zumindest kultursensibel zu arbeiten. Das heißt zunächst einmal zu realisieren, dass die Beraterin und der Berater einer Dominanzkultur selbst in und aus kulturellen Kontexten heraus denkt, fühlt und handelt und das auch weiß und reflektiert. Es heißt auch, sensibel dafür zu beraten, dass Menschen mit anderen kulturellen Hintergründen die Anforderungen und Problematiken, die erwarteten beratenden Hilfen und angestrebten Lösungen ganz anders sehen und interpretieren können. Es bedeutet zu sehen, dass z. B. Gesundheit und Krankheit, Individualität und Familie oder Bildung und Beruf in ganz andere Vorstellungen eingebunden sind, ebenso wie die Erwartungen nach adäquaten Hilfeformen, Helfervorstellungen etc.

Mit kulturellen Unterschieden verbundene Stereotype und Vorannahmen über andere Menschen sind in der Beratung besonders aufmerksam zu betrachten, wenn sich mit den Unterschieden Machtdifferenzen verbinden (Walsh et al. 2001, Hays 1996). Sobald zwischen zwei Herkunftskulturen oder Milieus Machtungleichheiten bestehen, können Stereotype auch in der Beratung zur Verstärkung von Marginalisierung und Ausschluss der ohnmächtigeren Gruppe beitragen.

Auch in der psychosozialen Beratung sind im Hinblick auf die Berücksichtigung kultureller Diversität noch gravierende Lücken festzustellen. Das ist primär auch darin begründet, dass viele Beratungseinrichtungen und -angebote wie in allen anderen Beratungsfeldern weiterhin eher selten Migrantinnen und Migranten als Berater beschäftigen. Hier gibt es weiterhin großen Nachholbedarf künftiger institutioneller Beratungsentwicklung in Deutschland.

4.4 Methodenintegration

Auch der Anspruch, ‚Diversität zu beraten‘ zieht zwangsläufig die Forderung nach *methodischer Vielfalt* und *methodischer Integration* nach sich. Es ist ein Kennzeichen von Scharlatanerie, mit ein und derselben Hilfestrategie und Beratungsmethode alle Klienten mit allen Anliegen und allen Bedarfen optimal helfen zu wollen (Bramer & Shostrom 1982).

Beratung in Sozialarbeit und Sozialpädagogik, psychosoziale Beratung, hat diesen Anspruch eines kontrolliert eklektisch-methodischen Vorgehens schon immer offensiv vertreten. Auch zu Zeiten, als die Gralshüter eindimensionaler schulenspezifischer Vorgehensweisen dies noch als unprofessionell geiseln konnten. Die empirische Therapieforschung hat jedoch einiges geändert und zurechtgerückt - zumindest für die, die sie kennen. Ganz abgesehen davon, dass vom ganzen Wirkungskuchen nur 15 % für die Techniken übrig bleiben, hingegen 30 % für die Beratungsbeziehung, 15 % für Placebowirkungen, z. B. Hoffnung schaffender Erregung, und 40 % für so genannte extratherapeutische Wirkungen, die im Klienten selbst oder in seiner Umgebung, z. B. sozialen Netzwerkeinflüssen, liegen (Bergin & Garfield 1994, Lambert 1992). Die Einsicht, dass eine geplante Methodenvielfalt und Methodenintegration - reflexiv, aufklärend, unterstützend, konfrontativ, ressourcenfördernd, übend, kartatisch und katalytisch, in den meisten Fällen hilfreicher ist, vor allem auch dann, wenn psychosoziale Beratung über Individuen hinaus sich auf soziale Aggregate richtet, hat heute mehr Zuspruch denn je auch über die Sozialarbeit hinaus.

Die Hilfen können und müssen aus dem ganzen Spektrum individuen- und gruppenbezogener Interventionsstrategien schöpfen, die eine methodenreiche Beratungstradition bereithält und die neue Beratungsorientierungen kreativ entwickeln (McLeod 2004).

5. Entwicklungsförderung

Entwicklungsförderung ist der vierte Identitätspfeiler von psychosozialer Beratung.

Die *entwickelnde und Wachstum fördernde Rolle* der Beratung versucht immer, Individuen in ihrem Lebenslauf aber auch Organisationen und die in ihnen Tätigen dabei zu unterstützen, die größtmöglichen Vorteile aus den Erfahrungen ihrer eigenen Kräfte zu

ziehen. Sie hilft, Entwicklungspotenziale zu erkennen und freizulegen, sie anzuregen und zu stärken, sie reflektiert zur Geltung zu bringen und in das eigene Selbstbild zu integrieren. Sie ist somit immer auch Förderung von Entwicklungsressourcen von Einzelnen, Gruppen oder Organisationen. Beratung verfolgt aber auch die Schaffung und Öffnung von Lebensräumen, von sozialen Gelegenheiten und Ereignissen, die erlauben oder gar fordern, dass die dort interagierenden Personen ihre Stärken und Fähigkeiten entdecken und entfalten. Diese Orientierung verdankt die Beratungsentwicklung der Gemeinwesenarbeit und der Gemeindepsychologie (Rappaport 1977, 1987, Hershenon, Power & Waldo 1996). Beratung hilft so, Einzelnen oder Gruppen Erfahrungen von Kompetenz in ihrer Lebenswelt zu vermitteln und fördert somit auch `indirekt` Entwicklung und Wachstum.

5.1 Sozialer Konstruktivismus

Es sind *interaktionistische* Modellvorstellungen, die diese Reziprozität von Person und Umwelt – also das wechselseitige Aufeinandereinanderwirken und die Passform dieser Interaktion – betonen. Wie und wann diese Interaktionen gelingen oder nicht gelingen, wie sie verarbeitet werden im Bild von sich und der Welt, wo diese Deutungen und Selbstdeutungen kognitiv, emotional und im Handeln helfen oder behindern, das interessiert Berater und Beraterinnen seit eh und je mehr als nur isolierte Persönlichkeitsfaktoren einerseits oder Umgebungsfaktoren für sich genommen andererseits. Diese interaktionistischen Modellvorstellungen der Beratungstradition passen auch in eine moderne Welt, in der wir uns fragen: Wie deuten, erleben, beeinflussen Menschen ihre Welt und wie lenkt, prägt, beeinflusst diese Welt diese Personen? Wie können Personen in Stand gesetzt werden, eine Situation in ihrem Interesse zu gestalten, für sich Optionen zu wählen, die ihren Bedürfnissen und Möglichkeiten entsprechen und wie können Situationen gestaltet werden, die diese Einflussnahme und Gestaltung erlauben und fördern, die diese Wahlmöglichkeiten bieten?

Konstruktivistische und sozialkonstruktivistische Beratungsansätze, wie sie im `sozialen` Beratungsmodell angerissen wurden, gehen davon aus, dass Individuen ihre Welt und sich in dieser Welt persönlich und gemeinsam mit anderen konstruieren. Es gibt eine äußere Realität, aber sie wird als symbolische Realität von jedem erfasst und aktiv konstruiert. Die Menschen – so auch die Ratsuchenden – sind Interpretierende ihrer Erfahrungen. Sie stellen eine Bedeutung ihrer Störungen und Probleme wie ihrer Stärken und Ressourcen her. Beratung will deshalb diese Deutungen und Deutungshintergründe von Klienten klären und verstehen, behindernde Deutung korrigieren helfen und konstruktive Deutung fördern. Sie will Kapazitäten der Nutzer erhöhen z. B. ihre wertgeschätzten Ziele zu verfolgen und erfolgreich am sozialen Leben teilzunehmen und ein gelingenderes Leben zu führen. Sie will ihnen helfen, ihr Leben aktiv mitzugestalten und

erste Schritte auf eine avisierte Zukunft zu machen, die sie selbst mit entwickelt haben. Sie will so etwas wie einen `inneren Kompass` geben. Die Person soll Instrumente an die Hand bekommen, ein sowohl stabiles wie auch flexibles Selbst zu konstruieren, um ihr Leben in Privatheit und Sozialität mit anderen erfolgreicher zu gestalten (Peavy 1999).

5.2 Empowerment und Vernetzung

Psychosoziale Beratung hat immer *individuelle und alltägliche wie organisierte soziale Selbsthilfe* gefördert. Ihre Angebote werden darauf angelegt sein, die Selbstbestimmungs- und Selbstbeteiligungskräfte des Einzelnen und der sozialen Gruppen zu unterstützen und zur Geltung zu bringen. Die Maxime sozialer Arbeit `Hilfe zur Selbsthilfe` durchdringt auch psychosoziale Beratung

Beratung will, so wird es heute formuliert, ein *Empowerment* der Nutzer erreichen und neben ihren Bedürfnissen insbesondere ihre Rechte zur Geltung bringen, d. h. auch das weitestgehende Wiedererlangen von Kontrolle und Verfügungsgewalt über sich und seine Angelegenheiten sowie persönlichen und kollektiven Einfluss auf die Personen und Institutionen, die das eigene Leben beeinflussen (Herziger 1997; Stark 1996; Lenz & Stark 2002). Deshalb wird professionelle psychosoziale Beratung daran interessiert sein, ihr Wissen und Können an die Menschen zu vermitteln – an Betroffene, an Professionelle, an Organisationen. Das kann am besten dort gelingen, wo psychosoziale Beratungsangebote sich untereinander sowie mit anderen professionellen Hilfeangeboten auch in anderen Beratungsfeldern, also z. B. bildungs- und berufsbezogenen oder gesundheitlichen, gezielt im Einzelfall wie in der generellen Versorgungsplanung synergetisch vernetzen (Bauer & Otto 2005, Otto & Bauer 2005).

Vernetzung ist ein Schlüssel zur Angebotsoptimierung, wenn die Interessen der NutzerInnen und ihrer Angehörigen durch ihre Partizipation im Dialog mit Professionellen und Trägern gewahrt sind.

5.3 Lebensbegleitende Kurzzeitintervention

Psychosoziale Beratung der Zukunft wird in dieser kooperativen institutionellen Vernetzung zu einer Form der *diskontinuierlichen Kurzzeitintervention*. Sie entfernt sich hiermit von der traditionellen Vorstellung des langen und einmaligen Beratungsprozesses mit endgültigem Abschluss, in dem der Experte den Klienten die `endgültige` Lösung ermöglicht. Das neue katalytische Beratungsparadigma entwickelt sich hin zu einem interdisziplinären lebensbegleitenden Unterstützungsangebot, was dann, wenn nötig, Nutzern immer mal wieder Orientierung gibt, Entscheidung fördert, bei Planung hilft und Handeln flankiert. Vieles deutet darauf hin, dass Ratsuchende gerade auch in anforderungsreichen Situationen und in Belastungsphasen entscheidende Selbsterfahrungen des Wachstums und der persönlichen

Entwicklung machen, in diesen Phasen für die Zukunft lernen und dass diese Anlässe daher gerade auch in akuten aber kurzzeitigen Beratungsprozessen als Aufklärungs-, Reflexions-, Edukations- und Veränderungschance genutzt werden können. Beratung wird so ein Anstoß zum Lernen, zur Selbsthilfe und zur Selbststeuerung. Sie schafft kurzzeitige Entwicklungsanreize zur Reflexions-, Selbstreflexions- und Handlungskompetenz. Beratung übt neues Denken, Fühlen und Handeln, aber die eigentlichen Wirkungen entfalten sich nach und zwischen den Beratungstreffen und nicht in ihnen.

Ratsuchende erproben in den Anforderungssituationen ihres Alltags die neu gefundenen Lösungen und Stärken, sich selbst und gemeinsam mit anderen zu helfen. Sie lernen aus gelingenden Beratungsprozessen in späteren Lebensphasen und ähnlichen Anforderungen, alleine oder gemeinsam zu Recht zu kommen und ihre Schwierigkeiten zu bewältigen. Aber in anderen, neuen Lebensanforderungen werden sie vielleicht später wieder professionelle psychosoziale Beratung in Anspruch nehmen (Nestmann 2002 b).

Beratung hat eine Zukunft in der Sozialarbeit und Sozialpädagogik / und Sozialarbeit und sozialpädagogische Fachdiskurse und Praxisentwicklungen haben auch zukünftig eine Bedeutung für die professionelle Beratungsentwicklung - nicht nur im psychosozialen Sektor, auch im Gesundheitsbereich, in Bildung und Beruf, in der Erziehung -. Gerade in diesen Feldern braucht Beratung soziale und psychosoziale Impulse, die diese Disziplinen leisten. Beide Zukünfte werden sich aber nur realisieren, wenn sich eine eigenständige professionelle Beratungsidentität der Sozialarbeit und Sozialpädagogik einerseits wie multidisziplinär andererseits entwickeln lässt, jenseits von reiner Information und kleiner Psychotherapie, und zwar:

- theoretisch-konzeptionell
- praktisch-methodisch
- berufspolitisch-institutionell
- in der Wissenschaft und Forschung.

Was wäre besser, als ein Masterstudium ‚Psychosoziale Beratung‘, um diese Entwicklungen konsequent und gemeinsam mit vielen Mitstreitern voranzutreiben.

Zusammenfassung

Beratung und soziale Arbeit/Sozialpädagogik haben eine lange gemeinsame Vergangenheit und eine Zukunft des theoretischen und praktischen Aufeinanderverwiesenseins. Soziale Impulse, Orientierungen und Modelle stehen im Zentrum einer eigenständigen psychosozialen Beratungsidentität jenseits von Information und Psychotherapie. Beratung ist und bleibt grundlegende Handlungsorientierung sozialer und sozialpädagogischer Profession und Praxis. Identitätspfeiler und aktuelle Maximem psychosozialer Beratungen werden diskutiert.

Stichworte: soziale Arbeit und Beratung, sozialpädagogische Beratung, psychosoziale Beratungsidentität, Informationsbalance, positive Unsicherheit, Prävention, Lebenswelt, soziale Ressourcen, Inklusion und Diversität, Entwicklungsförderung, Kurzzeitintervention

Abstract

Counselling and social work / social education have a long common past as well as future of theoretical and practical connectedness. Social impulse, orientations and models are the focus of an ownstanding psychosocial identity of counselling apart from information giving and psychotherapy, and counselling is and will be a core working model of social and social educational profession and practice. Cornerstones and actual orientations of psychosocial counselling are discussed.

Keywords: Social work and counselling, social education counselling, psychosocial identity of counselling, balance of information, positive uncertainty, prevention, Lebenswelt, social resources, inclusion and diversity, fostering growth, short term intervention

Literatur

- Barnett, J.E. (2005): Online Counseling: new entity, new challenges. In: *The Counseling Psychologist* 33, 6, 872-880.
- Bauer, P., Otto, V. (Hrsg.) (2005): *Mit Netzwerken professionell zusammenarbeiten. Band 2: Instrumentelle Netzwerke in Steuerungs- und Kooperationsperspektive*. Tübingen: dgvt.
- Bemak, F., Hanna, F.J. (1998): The twenty-first century counsellor: An emerging role in changing times. In: *International Journal for the Advancement of Counselling*, 20, 209-218.
- Bergin, A., Garfield, S.L. (eds.) (1994)⁴: *Handbook of psychotherapy and behavior change*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Bramer, L.M., Shostrom, E.L. (1982): *Therapeutic psychology: Fundamentals of counseling and psychotherapy*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Brown, S.D., Lent, R.W. (eds.) (1992): *Handbook of counseling psychology* (2nd ed.). New York: John Wiley & Sons.
- Carter, M.T. (2003): The counselling psychologist in the new milienium: Building a bridge from the past to the future. In: *The Counseling Psychologist*, 31, 1, 5-15.
- Diewald, M. (1991): *Soziale Beziehungen – Verlust oder Liberalisierung? Soziale Unterstützung in informellen Netzwerken*. Berlin: Rainer Bohn Verlag.
- Dryden, W. (1996): *Possible future trends in counselling and counsellor training: A personal view*. In: S. Palmer, S. Dainow, P. Milner (eds.): *Counselling: the BACP Counselling Reader* (S. 596-603). London: Sage.
- Engel, F. (1997): *Dacapo – oder moderne Beratung im Themenpark der Postmoderne*. In: Nestmann, F. (Hrsg.): *Beratung. Bausteine für eine interdisziplinäre Wissenschaft und Praxis* (S. 179-216). Tübingen: dgvt.
- Engel, F. (2002): *Beratung im Zeitalter ihrer technischen Reproduzierbarkeit*. In: F. Nestmann, F. Engel, U. Sickendiek (Hrsg.): *Die Zukunft der Beratung* (S. 135-154). Tübingen: dgvt.
- Engel, F. (2004): *Beratung und neue Medien*. In: F. Nestmann, F. Engel, U. Sickendiek (Hrsg.): *Das Handbuch der Beratung* (Band 1; S. 497-510). Tübingen: dgvt.
- Engel, F., Nestmann, F., Sickendiek, U. (2004): *Beratung – ein Selbstverständnis in Bewegung*. In: F. Nestmann, F. Engel, U. Sickendiek. (Hrsg.): *Das Handbuch der Beratung* (Band 1; S. 33-44). Tübingen: dgvt.
- Engel, F., Nestmann, F., Sickendiek, U. (2006): *Theoretische Konzepte der Beratung*. In: D. Schaeffer, S. Schmidt-Kaehler (Hrsg.): *Lehrbuch Patientenberatung* (S. 93-126). Bern: Huber.
- Frommann, A., Schramm, D., Thiersch, H. (1976): Sozialpädagogische Beratung. In: *Zeitschrift für Pädagogik* 22, 5, 715-741.
- Gelatt, H.B. (1962): Decision-making: A conceptual frame and reference for counseling. In: *Journal of Counseling Psychology*, Vol. 9, 3, 240-245.
- Gelatt, H.B. (1989): Positive uncertainty: A new decision-making framework for counseling. In: *Journal of Counseling Psychology*, Vol. 36, 2, 252-256.

- Gelatt, H.B. (1991): *Creative decision making using positive uncertainty*. Los Altos: CA.
- Gelatt, H.B. (1992): *positive uncertainty: a paradoxical philosophy of counseling whose time has come*. ERIC Digest. <http://www.ericdigests.org/1992-3/positive.htm> [20.2.2006].
- Gigerenzer, G. (2007): *Bauchentscheidungen. Die Intelligenz des Unbewussten und die Macht der Intuition*. München: Bertelsmann.
- Großmaß, R. (2004): *Beratungsräume und Beratungssettings*. In: F. Nestmann, F. Engel, U. Sieckendiek (Hrsg.): *Das Handbuch der Beratung* (Band 1; S. 487-496). Tübingen: dgvt.
- Hays, P.A. (1996): Addressing the complexities of culture and gender in counseling. In: *Journal of Counseling and Development*, Vol. 74, 4, 332-339.
- Herriger, N. (1997): *Empowerment in der sozialen Arbeit*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Hershenson, D.B., Power, P.W., Waldo, M. (1996): *Community Counseling-contemporary theory and practice*. Boston: Allyn & Bacon.
- Kidd, J. (1997): *Counselling in the context of redundancy and unemployment*. In: Palmer, St., McMacon, G. (eds.): *Handbook of Counselling* (2nd ed; S. 350-361). London.
- Kieselbach, T., Scharf, G., Klink, F. (1997): *Interventionsmaßnahmen für Langzeitarbeitslose: Wiederbeschäftigung und psychosoziale Stabilisierung*. In: G. Klein, H. Strasser (Hrsg.): *Schwer vermittelbar. Zur Theorie und Empirie der Langzeitarbeitslosigkeit* (S. 313-331). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Kurz-Adam, M. (1999): *Selbstbewußte Unordnung. Vom Umgang mit der Vielfalt in der Beratungsarbeit*. In: L. Marschner (Hrsg.): *Beratung im Wandel* (S. 77-89). Mainz: Matthias-Grünwald-Verlag.
- Lambert, M.J. (1992): *Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic theories*. In: J.E. Norcross, M.R. Goldfried. (eds.) *Handbook of Psychotherapy Integration* (S. 94-129). New York: Basic Books.
- Lenz, A., Stark, W. (Hrsg.) (2002): *Empowerment. Neue Perspektive für psychosoziale Praxis und Organisation*. Tübingen: dgvt.
- Lopez, Sh.J. et al. (2006): Counseling psychology's focus on positive aspects of human functioning. In: *The Counseling Psychologist* 34, 2, 205-227.
- McLeod, J. (2001): *Counselling as a social process*. In: Milner, P., Palmer, S. (eds.): *Counselling – the BACP counselling reader vol. 2* (S. 589-598). London: Sage.
- McLeod, J. (2004): *Counselling – eine Einführung in Beratung*. Tübingen: dgvt.
- McLeod, J., Machin, L. (1998): The context of counselling: A neglected dimension of training, research, and practice. In: *British Journal of Guidance and Counselling*, Vol. 26, 3, 325-337.
- Nestmann, F. (1982): *Beratung und Beraterqualifikation*. In: Müller, S. et al. (Hrsg.): *Handlungskompetenz in der Sozialarbeit/Sozialpädagogik I* (S. 33-64). Bielefeld: AJZ-Verlag.
- Nestmann, F. (1996): Die gesellschaftliche Funktion psychosozialer Beratung in Zeiten von Verarmung und sozialem Abstieg. In: *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 28, 5-16.
- Nestmann, F. (1997): *Big sister is inviting you – Counselling and Counselling Psychology*. In: F. Nestmann (Hrsg.): *Beratung – Bausteine für eine interdisziplinäre Wissenschaft und Praxis* (S. 161-177). Tübingen: dgvt.
- Nestmann, F. (1999): *Psychische Störungen in der Migration und interkulturelle Beratung*. In: M. Gemende, W. Schröer, St. Sting (Hrsg.): *Zwischen den Kulturen* (S. 171-194). Weinheim: Juventa.
- Nestmann, F. (2002a): *Ressourcenförderung in der Studien- und Studentenberatung – Das Dresdner Netzwerk Studentenbegleitender Hilfe*. In: F. Nestmann, F. Engel (Hrsg.): *Die Zukunft der Beratung* (S. 297-322). Tübingen: dgvt.
- Nestmann, F. (2002b): Zurück zu neuen Ufern. Was und wohin treibt die Klinische Psychologie und können wir sie treiben lassen? In: *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 32, 231-236.
- Nestmann, F. (2004a): *Ressourcenorientierte Beratung*. In: F. Nestmann, F. Engel, U. Sieckendiek (Hrsg.): *Das Handbuch der Beratung* (Band 2; S. 725-735). Tübingen: dgvt.
- Nestmann, F. (2004b): *Beratung zwischen alltäglicher Hilfe und Profession*. In: F. Nestmann, F. Engel, U. Sieckendiek (Hrsg.): *Das Handbuch der Beratung* (Band 1, S. 547-558). Tübingen: dgvt.
- Nestmann, F. (2004c): *Ressourcenarbeit*. In: K. Grunwald, H. Thiersch (Hrsg.): *Praxis lebensweltorientierter sozialer Arbeit* (S. 69-87). Weinheim: Juventa.

- Nestmann, F. (2007): *Beratung im Gesundheitswesen – Maximen und Herausforderungen*. In: S. Matzik (Hrsg.): *Zukunftsaufgabe Gesundheitsberatung* (S. 17-38). Lage: Jacobs Verlag.
- Nestmann, F., Engel, F. (Hrsg.) (2002): *Beratung - Markierungspunkte für eine Weiterentwicklung*. In: F. Nestmann, F. Engel: *Die Zukunft der Beratung* (S. 11-50). Tübingen: dgvt.
- Nestmann, F., Engel, F., Sickendiek, U. (Hrsg.) (2004a): *Das Handbuch der Beratung. Band 1 – Disziplin und Zugänge*. Tübingen: dgvt.
- Nestmann, F., Engel, F., Sickendiek, U. (Hrsg.) (2004b): *Das Handbuch der Beratung. Band 2 – Ansätze, Methoden und Felder*. Tübingen: dgvt.
- Nestmann, F. & Projektgruppe DNS (2002): *Beratung als Ressourcenförderung. Präventive Studentenberatung im Dresdner Netzwerk Studienbegleitender Hilfe*. Weinheim: Juventa.
- Nestmann, F., Sickendiek, U., Engel, F. (2007): *Die Zukunft der Beratung in Bildung, Beruf und Beschäftigung*. In: F. Nestmann, U. Sickendiek, F. Engel (Hrsg.): *Beratung in Bildung, Beruf und Beschäftigung* (S. 13-51). Tübingen: dgvt.
- Nestmann, F., Tappe, U. (1979): *Thesen zu einem besseren Verständnis von Beratung*. In: *Psychologie und Gesellschaftskritik* 9/10, 153-170.
- Neue Praxis (1978), Sonderheft „Sozialarbeit und Therapie“.
- Otto, V., Bauer, P. (Hrsg.) (2005): *Mit Netzwerken professionell zusammenarbeiten. Band 1: Soziale Netzwerke in Lebenslauf- und Lebenslageperspektive*. Tübingen: dgvt.
- Peavey, V. (1999): *Soziodynamic counselling: A constructivist perspective*. Victoria, Canada.
- Pearson, R.E. (1997): *Beratung und soziale Netzwerke*. Weinheim, Basel: Beltz Edition Sozial.
- Rappaport, J. (1977): *Community psychology: Values, research and action* (S. 1-53). New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Rappaport, J. (1987): *Terms of empowerment and exemplars of prevention. Toward a theory of community psychology*. In: *American Journal of Community Psychology* 9, 1, 1-15.
- Röhrle, B. (1994): *Soziale Netzwerke und Soziale Unterstützung*. Weinheim: PVU.
- Röhrle, B. (2004): *Beratung im Kontext von Prävention*. In: F. Nestmann, F. Engel, U. Sickendiek (Hrsg.): *Das Handbuch der Beratung* (Band 1; S. 511-521). Tübingen: dgvt.
- Schemmel, H., Schaller, J. (Hrsg.) (2003): *Ressourcen. Ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit*. Tübingen: dgvt.
- Seibert, U. (1978): *Soziale Arbeit als Beratung*. Weinheim: Beltz.
- Sickendiek, U., Engel, F., Nestmann, F. (2002): *Beratung. Eine Einführung in sozialpädagogische und psychosoziale Beratungsansätze*. Weinheim: Juventa.
- Stark, W. (1996): *Empowerment. Neue Handlungskompetenzen in der psychosozialen Praxis*. Freiburg: Lambertus.
- Thiersch, H. (1992): *Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Aufgaben der Praxis im sozialen Wandel*. Weinheim/München: Juventa.
- Thiersch, H. (2004a): *Lebensweltorientierte Soziale Beratung*. In: F. Nestmann, F. Engel, U. Sickendiek (Hrsg.): *Das Handbuch der Beratung* (Band 2; S. 699-710). Tübingen: dgvt.
- Thiersch, H. (2004b): *Sozialarbeit/Sozialpädagogik und Beratung*. In: F. Nestmann, F. Engel, U. Sickendiek (Hrsg.): *Das Handbuch der Beratung* (Band 1; S. 115-124). Tübingen: dgvt.
- Turner, V. (1982): *From ritual to theatre: The human seriousness play*. New York: Performing Art Society Publications.
- Walsh, B., Bingham, R., Brown, M., Ward, C. (eds.) (2001): *Career counseling for african americans*. Mahwah: New Jersey.

Prof. Dr. Frank Nestmann, Technische Universität Dresden, Fakultät Erziehungswissenschaften, Institut Sozialpädagogik und Sozialarbeit Lehrstuhl Beratung und Rehabilitation, 01062 Dresden, Frank.Nestmann@tu-dresden.de

Beratung in der Psychotherapie? Ein Beitrag zur Diskussion am Beispiel der Behandlung einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung ^{*)}

Peter Fiedler

Die **narzisstische Persönlichkeitsstörung** gilt allgemein als Prototyp für die häufig beobachtbare Ich-Syntonie gegenüber persönlichen Stilen, weil sich viele Betroffene einer Kritik an ihren persönlichen Eigenarten zunächst mit Vehemenz verschließen. Gerade deshalb stellt dieses Störungsbild für manche Therapeuten eine besondere Herausforderung dar, wenn es nicht sogar unmittelbar Unbehagen und Unsicherheiten bei ihnen auslöst. Narzisstische Persönlichkeiten scheinen auf den ersten Blick überhaupt nicht den Erwartungen zu entsprechen, die viele Psychotherapeuten mit Psychotherapie-Patienten verbinden: Psychotherapie-Patienten im erwarteten Sinne sind nämlich Menschen, die persönliche Probleme haben und die zugleich bereit sind, an ihren Problemen zu arbeiten.

Diese Befürchtungen und die damit gleichzeitig eintretenden Unsicherheiten scheinen nun paradoxerweise unmittelbar besonders heftig bei einigen Psychotherapeuten aktiviert zu werden, wenn Patienten zu ihnen kommen, die Probleme offenkundig *nicht* mit sich selbst haben, sondern die „mit therapeutischer Hilfe“ Probleme geändert haben möchten, die *andere* haben bzw. die *andere mit ihnen* haben.

1 Prolog

Fallbeispiel, Teil 1

Eine junge Therapeutin eröffnete die Sitzung einer Supervisionsgruppe mit der Bemerkung: „Oh Gott, jetzt habe ich wahrscheinlich wieder einen dieser narzisstischen Patienten, an dem sich zuvor bereits drei andere Therapeuten ‚die Zähne ausgebissen‘ haben. Ich brauche unbedingt Eure Hilfe!“

^{*)} © Hogrefe Verlag für Psychologie, Göttingen. Gekürzte Fassung des Kapitels „Narzisstische Persönlichkeitsstörung“ aus: *Fiedler, P. (2000). Integrative Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen. Beratung Aktuell 2000 (1), S. 52-68.*

Sie berichtete von einem 28jährigen Patienten, der unbedingt Hilfe von ihr verlange, weil seine Frau seit mehreren Monaten „völlig dicht gemacht“ habe. Dieser Mann komme nicht mehr an seine Gattin heran. Sie verschließe sich in ihrem Zimmer, jedem gemeinsamen Essen gehe sie aus dem Weg, und sexuellen Annäherungsversuchen seinerseits verweigere sie sich seither ebenfalls, ohne dass er die Gründe für diesen Rückzug von ihr mitgeteilt bekommen habe.

Und dann habe ihr der Patient ziemlich direkt klare Forderungen gestellt und diese – in etwa sinngemäß – mit folgenden Worten begründet:

„Hören Sie gut zu. Gleich vorweg: Eigentlich will ich nur wissen, ob Sie mir dabei helfen können, wie ich meine Frau wieder ‚aufmachen‘ kann. Inzwischen habe ich nämlich meine Zweifel, ob ich überhaupt bei Psychotherapeuten an der richtigen Adresse bin. Ich war nämlich schon bei drei Ihrer Kollegen, und die hielten sich alle irgendwie nicht für zuständig.

Als ich zum ersten Psychotherapeuten kam, ging es mir ziemlich schlecht. Ich hatte Depressionen und dachte sogar gelegentlich an Selbstmord, obwohl ich das natürlich nie gemacht hätte. Den ersten hatte ich mir extra ausgesucht, weil er einen ‚Dr.‘ auf dem Firmenschild hatte. Dieser ‚Herr Doktor‘ wollte mir jedoch nur bei meinen Depressionen helfen, und er war ständig bemüht, sich inhaltlich *nicht* auf die möglichen Probleme einzulassen, die *meine Frau* offensichtlich hat. Bei dem bin ich nur dreimal gewesen. Der hat nur ‚an mich hin geredet‘, die ganze Zeit nur mit eigenen Worten wiederholt, was ich ihm erzählt habe. So liefen Therapiesprache eben, wie er mir mehrmals versicherte. Außerdem sei alles erst einmal nur probenhalber: Approbatorische Sitzungen – oder so ähnlich.

Der zweite Therapeut sagte dann, er arbeite ‚systemisch‘ und könne mein Anliegen nur behandeln, wenn meine Frau mit in die Therapie käme. Dem habe ich gesagt, dass sie das nicht mache. Dann hat er nur die Schultern gezuckt, und ich bin wieder gegangen. Inzwischen liegt von dem eine Rechnung bei mir zu Hause, über 150 Mark für persönliche Beratung. Persönliche Beratung! Das ich nicht lache.

Zum dritten Therapeuten bin ich gegangen, als es mir persönlich schon wieder etwas besser ging. Jedenfalls sind die Depressionen nicht mehr so stark, wie noch vor Monaten. Als ich dem

von meinen vergeblichen Versuchen berichtete, Therapeuten zu finden, die mir bei den Problemen helfen, die meine Frau offensichtlich hat und über die sie nicht sprechen will, sagte der nur: Wenn sie selbst keine Probleme haben, zahlt das die Krankenkasse nicht. Habe ich ihm geantwortet: Dann zahl' ich selbst! Daraufhin ist der ganz verlegen geworden, deshalb bin ich auch bei dem nicht geblieben.

Also um es kurz zu machen: Ich selbst habe *nicht die* Probleme, die mir ihre Kollegen einreden wollten. Und deshalb habe ich erstmal vorweg *nur eine Frage*: Können und wollen Sie mir Tipps und Tricks verraten, wie ich wieder an meine Frau 'ran komme?

Ich bin jetzt extra zu Ihnen gekommen, denn bei einer Frau als Therapeutin war ich noch nicht, und ich dachte, vielleicht sind Therapeutinnen anders als Männer und können mein Problem besser verstehen ...“

Und dann schloss die Therapeutin ihren Bericht mit den Worten:

„Ich habe ihn dann eine halbe Stunde exploriert und ihn erst einmal, weil ich in Ruhe nachdenken müsse, auf nächste Woche vertröstet. Ich bin mir nicht sicher, ob er wiederkommt. Könnt Ihr mir sagen, wie ich weiter machen soll? Schon wie der auftrat, überheblich und selbstsicher, als wäre er mein Arbeitgeber. Dass dessen Frau dicht gemacht hat, kann ich gut nachvollziehen.“

2 Störungsbild

Die narzisstische Persönlichkeitsstörung wurde aus unverständlichen Gründen nicht in die ICD-10 aufgenommen. Im DSM-IV beschreibt sie Menschen, die ein brüchiges Selbstwertgefühl mit einem Selbstbild von eigener Großartigkeit, Überlegenheit und Verachtung gegenüber anderen zu kompensieren versuchen. Viele Betroffene sind stark eingenommen von Phantasien grenzenlosen Erfolgs, Macht, Glanz, Schönheit und idealer Liebe. Andere glauben von sich, etwas Besonderes und in vielerlei Hinsicht einzigartig zu sein und nur von anderen „besonderen“ oder angesehenen Personen oder Institutionen verstanden zu werden oder nur mit diesen verkehren zu können.

Obwohl zwar die Bezeichnung „narzisstisch“ das Überwiegen einer übermäßigen Selbstwertschätzung betont, liegen die Hauptmerkmale dieser Störung im interpersonellen Bereich: fehlende Empathie, soziales Unbehagen, Angst vor Kritik, Schüchternheit. Und für zahlreiche Autoren ist die narzisstische Persönlichkeitsstörung im Kern ein

Feedback-Problem. Dies liegt in der Natur der auch öffentlich präsentierten Überhöhung des Selbstkonzeptes begründet. Es besteht eine dauernde Bedrohung durch Infragestellen der Selbstpräsentation durch andere, die diese Überwertigkeit nicht zu teilen vermögen und eine realistischere Sichtweise der Wirklichkeit vom Betroffenen einfordern. Genau diese Bedrohung führt wiederum und fast zwangsläufig in einen erneuten Rechtfertigungszwang und zu einer Aufrechterhaltung überwertiger kognitiver Konstruktionen. Die Folge sind eskalierende Beziehungsstörungen, die durch die Betroffenen selbst – im Bemühen um Aufrechterhaltung der Glaubwürdigkeit ihrer Wirklichkeitsauffassungen – kaum auflösbar scheinen.

In der Entwicklungspsychopathologie von *Millon* (1996) wird die direkte Wirkung aus einem Narzissmus förderlichen Erziehungsstil der Eltern als ausschlaggebend für die Störungsgenese betont. Die Selbstwertschätzung und spätere Selbstwert-Überschätzung wird über ungünstiges Modellverhalten oder durch eine besondere Betonung und Bekräftigung kindlicher Leistungen gefördert: in Schulfächern wie der Mathematik, im Sport, in musischen und künstlerischen Begabungen. Für diese Eltern wären ihre Kinder von Anfang an „besser als andere“. Sie erscheinen durchgängig in der Lage, alles nur Wünschenswerte in ihrem Leben zu erreichen, und zwar – wegen ihrer besonderen Begabungen – mit einem Minimaleinsatz an Leistung und Investition. Werden Kinder später wegen beginnender Selbstüberhöhung von anderen ausgegrenzt, folgen elterliche Beschwichtigungen wie: Die anderen sind nur neidisch auf dich, Du bist halt etwas Besonderes. Daraus resultiert eine eigenwillige Art der Passivität dahingehend, dass die Betroffenen wenig Anstrengungen unternehmen, etwa sinngestaltend auf ihre Umgebung Einfluss zu nehmen.

So findet in der kindlichen Erziehung ein Verhalten Beachtung und Verstärkung, das in gewisser Intoleranz gegenüber anderen die eigenen Fähigkeiten und Wertigkeiten betont. Diese werden von den Betroffenen zunehmend selbst dargestellt, und zwar ohne dass das tatsächlich gezeigte Verhalten dieser Selbstpräsentation auch nur annähernd entsprechen muss. Sie gehen schlicht davon aus, dass ihre Qualitäten für sich selbst sprechen und entsprechende Wertschätzung verdienen. Bleibt diese aus, kann eine tiefe Kränkung resultieren, in deren Folge depressive Verstimmungen auftreten, die das Ausmaß einer Episode der Major Depression erreichen können (beachtenswertes Risiko, einschließlich erhöhter Suizidalität!).

Es bleibt jedoch zwingend zu beachten, dass sich narzisstische Eigenarten bei allen anderen Persönlichkeitsstörungen finden lassen (die höchsten Raten finden sich mit der histrionischen, die geringsten Raten mit der schizoiden und selbstunsicheren

Persönlichkeitsstörung, wengleich letztere ebenfalls vorkommen; detailliert in *Fiedler*, 2000). Diese Befunde sind leicht nachvollziehbar, wenn man kurz bedenkt, wie Personen mit heterogen Persönlichkeitsstilen funktional ähnlich auf erfahrene Kränkung reagieren: histrionische Schauspieler auf Verrisse im Feuilleton; zwanghafte Persönlichkeiten auf Kritik an ihren stundenlange Detailarbeit erfordernde Leistungen; oder negativistische Persönlichkeiten bei Zurückweisung der Plausibilität ihres vermeintlich gut durchdachten Skeptizismus. Depressivität bis hin zu Suizidalität kann die Folge sein. Lässt sich also bei anderen Persönlichkeitsstörungen eine Neigung zu Kränkung einschließlich depressiver Krisen beobachten, kann dies als Hinweis für eine etwaige Komorbidität mit der narzisstischen Persönlichkeitsstörung gewertet werden.

3 Therapeutische Ziele

Unbedingt beachtenswert für die Entwicklung therapeutischer Ziele ist deshalb folgende Regel: Vor Beginn jeder Behandlung ist genau zu prüfen, ob und welche weiteren persönlichen Stile bei den Betroffenen neben den häufig im Vordergrund stehenden psychischen Störungen (zumeist Depression) noch vorhanden sind. Die jeweilige Komorbidität auf der Persönlichkeitsebene kann entscheidend bei Überlegungen helfen, welche therapeutischen Ziele und Strategien sinnvoll ausgewählt werden sollten. Narzisstische Persönlichkeitsstörung ist nicht gleich narzisstische Persönlichkeitsstörung. Je nach vorhandener Komorbidität treten andere Therapieziele in den Vordergrund (ausführlich: *Fiedler* 2000).

Einige Beispiele zur Illustration

Sind beispielsweise *Borderline-Persönlichkeitszüge* (Sprunghaftigkeit, Rollenfluktuation) beobachtbar, könnte die komorbid vorhandene narzisstische Persönlichkeit andeuten, dass bereits wesentliche und möglicherweise effektive *Bewältigungsprozesse* in Gang gekommen sind. In diesen Fällen wäre (gemäß Borderline-Konzept) eine gefühlsfokussierende Therapiestrategie *kontraindiziert*. Vielmehr müssten eine klare Therapiestruktur und psychoedukative Stützung der Patienten als Therapiestrategien gewählt werden, um langfristig den Aufbau bzw. Ausbau einer stabilen Selbststruktur und Selbstsicherheit zu erreichen.

Hingegen könnte – so Patienten dazu bereit sind – an emotionszentrierte und erfahrungsoffene Vorgehensweisen gedacht werden,

wenn sich in der Person des Patienten narzisstische und gleichzeitig *zwanghafte* Persönlichkeitszüge gepaart finden. Das gleiche gilt für narzisstische Patienten, die eher zur *Dependenz* oder zum *Negativismus* neigen.

Sollte hingegen eine narzisstisch-*schizotypische* Struktur vorhanden sein, wäre wiederum eine struktursetzende und stützende Therapiestrategie zu bevorzugen. Letztere Verbindung ist übrigens ebenfalls eine häufig zu beobachtende Komorbidität, und Kränkungen stellen bei dieser Patientengruppe eine nicht unbeträchtliche Risikobedingung für die Entwicklung psychotischer Episoden dar.

Oder – letztes Beispiel – bei der *paranoiden* Persönlichkeitsstörung stehen das psychosoziale Krisenmanagement und eine Konfliktberatung im Vordergrund therapeutischer Überlegungen.

Es wird deutlich, dass eine bestimmte psychotherapeutische Strategie eben nicht für jede Persönlichkeitsstörung geeignet ist, und dass sich selbst für ein und dasselbe Störungsbild – in diesem Fall die narzisstische Persönlichkeitsstörung – völlig unterschiedliche Therapiestrategien empfehlen könnten.

***Selbstbewusst, anspruchsvoll und kränkbar:
narzisstische Persönlichkeitsstörung?***

Was die narzisstische Persönlichkeitsstörung im engeren Sinne angeht, soll jedoch nachfolgend auf einige weitere Probleme eingegangen werden. Diese Probleme hängen eng mit dem eingangs geschilderten Fall zusammen, für den sich noch eine ganz andere Lösung anbietet, als nach bestehenden Komorbiditäten zu forsten. Die Probleme, um die es jetzt geht und für die einige Lösungen angedeutet werden sollen, hängen u.a. mit der Schwierigkeit zusammen, die einige Psychotherapeuten damit haben, wenn Patienten (a) über auffällig autonome Persönlichkeitseigenarten verfügen und wenn sie (b) *nicht* unmittelbar dem Bild eines „Prototyp-Patienten“ entsprechen. Beide Bedingungen scheinen vorzuliegen, wenn Patienten dem Therapeuten selbstbewusst, kritisch und mit wohlformulierten Ansprüchen gegenüberreten.

Einladung zu einem Experiment

Vielleicht kann sich der Leser, so er Psychotherapeut ist, an dieser Stelle auf ein kleines Experiment einlassen – und erst danach weiterlesen.

Lesen Sie doch bitte zunächst noch einmal **Teil 1** (Prolog) der Fallschilderung zu Beginn dieser Arbeit durch!

Wer von Ihnen, so er Psychotherapeut oder psychologischer Berater ist, würde angesichts eines solchen Patienten, spontan die nachfolgende Antwort geben?

„Schön, dass Sie da sind! Wir fangen sofort an!“

Wenn Sie zur Gruppe derjenigen gehören, die dem dort beschriebenen Patienten *nicht* unmittelbar auf diese Weise gegenüber treten können, so hoffe ich sehr, dass die nachfolgenden Ausführungen sie ermutigen könnten, es zukünftig doch zu tun.

Doch der Reihe nach.

4 Analyse

Fallbeispiel, Teil 2

Vorbemerkung: Bei allem, was im Folgenden ausgesagt wird, bleibt natürlich zu beachten, dass es sehr wohl immer wieder einmal so sein kann, dass Patient und Therapeut persönlich oder aus anderen Gründen nicht zueinander passen, was offen angesprochen und mit dem Patienten geklärt werden kann. Sollten wechselseitige Vorbehalte bestehen und ein Vertrauen in die beginnende Therapiearbeit fehlen, besteht die sinnvollste Interventionsstrategie natürlich darin, dass Psychotherapeuten möglichst bald die betreffenden Patienten an einen Kollegen überweisen.

Die im Beispielfall um Supervision bittende Therapeutin war der festen Überzeugung, dass es sich bei dem vor ihr sitzenden Patienten um einen Menschen mit narzisstischer Persönlichkeitsstörung handelt. Sie sprach über ihn in abfälliger Weise. Sie steht damit übrigens nicht allein. Es lässt sich (leider) immer wieder beobachten, dass es sich einige Psychotherapeuten in unverantwortlicher Weise zu eigen machen, im Kollegenkreis und in Supervisionen mit Negativbewertungen über Patienten zu sprechen. Dies scheint insbesondere dann der Fall zu sein, wenn sich die Diagnose „narzisstische Persönlichkeitsstörung“ verdichtet.

Wann liegt überhaupt eine (narzisstische) Persönlichkeitsstörung vor?

An dieser Stelle müssen wir als erstes eindringlich auf eine diagnostische Vorschrift verweisen, die im Zusammenhang mit der Diagnose von Persönlichkeitsstörungen besteht (vgl. *Fiedler*, 1998). Nach den Vorstellungen der Diagnosesysteme und mit Blick auf das *Grundrecht zur freien Entfaltung der eigenen Persönlichkeit* darf die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung (entweder/oder) nur vergeben werden,

- wenn die betreffende Person selbst unter ihrer Persönlichkeit leidet;
- wenn die Persönlichkeit(störung) des Patienten das Risiko der Entwicklung oder Exazerbation einer psychischen Störung, z.B. affektive Störung, Suizidalität, Dissoziationsneigung, beinhaltet oder eindeutig mit dieser in einem Zusammenhang steht (Aufklärungspflicht);
- wenn die Betroffenen wegen ihrer Persönlichkeitseigenarten ihre existentiellen Verpflichtungen nicht mehr erfüllen, was zumeist heißt, dass sie mit Ethik, Recht oder Gesetz in Konflikt geraten sind.

Punkt 1 kann im Beispielfall als *nicht erfüllt* angesehen werden; die Punkte 2 und 3 waren *noch nicht hinreichend abgeklärt*. Der Therapeutin gegenüber jedenfalls war der Patient noch nicht in ethisch unverantwortlicher Weise aufgetreten, einmal abgesehen davon, dass er nicht dem Bild eines Prototyp-Patienten entsprach, der möglichst an *eigenen* Problemen arbeiten sollte und der in der Regel nicht um Hilfe bei Problemen anderer Leute nachsucht. Unter Maßgabe der Diagnosesysteme konnte die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung also (noch) *nicht* vergeben werden.

Auf jeden Fall gilt: Spätestens seit der Reform des DSM-III (APA, 1980) darf die Diagnose „Persönlichkeitsstörung“ *nicht mehr* vergeben werden, wenn z.B. andere Menschen unter einem Patienten leiden, wenn auf den Patient selbst nicht gleichzeitig die genannten Punkte 2 oder 3 zutreffen. Schon gar nicht darf sie vergeben werden, wenn ein Patient der Rollenerwartung eines Psychotherapeuten an einen *Fully Functioning Patient* nicht entspricht. Konkret: Erweist sich ein Patient in seiner Therapie als „nicht compliant“ oder anderweitig widerständig, dann entspricht das *seinem Recht* auf freier Entfaltung der Persönlichkeit – es sei denn, er verletzt Ethik und Recht, was im Kern impliziert, dass man ihn wegen seiner Handlungen ethisch zurechtweisen oder juristisch belangen könnte.

Diese Regel wurde – darauf soll an dieser Stelle ausdrücklich hingewiesen werden – auch deshalb in die Diagnosesysteme

eingeführt, weil es sich die Therapeuten einiger, insbesondere der tiefenpsychologischen Therapieschulen bis dahin leichtfertig zu eigen gemacht hatten, bei *jeder beliebigen* psychischen Störung unmittelbar an Persönlichkeit und Persönlichkeitsentwicklung als ätiologischen Faktor zu denken (vgl. Task Force on DSM-IV, 1991). Dass psychische Störungen immer in der frühen Kindheit relevante Wurzeln haben, trifft nämlich nur bedingt zu – auch wenn sich immer Spuren zurück in die Kindheit finden lassen, wenn man nur ausreichend lange sucht (vgl. Fiedler 1999).

Andererseits könnte es natürlich so sein, dass der Patient, über den wir gerade nachdenken, tatsächlich eine narzisstische Persönlichkeitsstörung besitzt. Das soll hier jetzt keinesfalls angezweifelt werden. Dafür spricht unter anderem, dass er von einer depressiven Reaktion bis hin zu Suizidgedanken berichtete.

Dies genau ist jedoch ein – juristisch und ethisch – beachtenswerter Punkt. Gesetzt den Fall, es läge ein Suizidrisiko vor, kann ein Therapeut nicht so ohne Weiteres von sich aus eine Behandlung verweigern. Er hätte vielmehr genau abzuklären, wie beträchtlich dieses Risiko ist. Übernimmt er selbst nicht die Behandlung, hätte er zumindest für eine angemessene Überweisung an einen anderen Therapeuten Sorge zu tragen. Vielleicht müsste er sogar so weit gehen, den Patienten zu motivieren, eine Behandlung in einer entsprechend Sicherheit bietenden Institution aufzunehmen.

Im vorliegenden Fall ist eine solche weitergehende Abklärung durch die Therapeutin noch nicht erfolgt – paradoxerweise angesichts des Problems, es mit einem vielleicht tatsächlich „schwierigen“ Patienten zu tun zu haben. Aus dem gerade Gesagten ergibt sich jedoch: Je „schwieriger“ die Patienten erscheinen, um so *sorgsamer* muss eine diagnostische Abklärung erfolgen. Psychotherapie bedeutet nun in den meisten Fällen, dass es Therapeuten mit „schwierigen“ Patienten zu tun bekommen! Dies gilt insbesondere für jene Fälle mit Persönlichkeitsstörungen, bei denen – wie in unserem Fall – eine Suizidalität nicht ausgeschlossen werden kann. Deshalb ist die gelegentlich von Therapeuten geäußerte Ansicht, Patienten therapeutische Hilfe verweigern zu können, nur weil sie „schwierige Persönlichkeiten“ sind, ethisch wie rechtlich hochgradig problematisch.

Um nun unserer Therapeutin nicht Unrecht zu tun, letzteres hatte sie auch nicht vor. Dies gilt jedoch bereits teilweise für jene Therapeuten, die den Patienten bereits zuvor „in Behandlung“ hatten. Da wir inzwischen über ethische und rechtliche Rahmensetzungen der Psychotherapie nachdenken, sollten wir uns noch einen Moment in diesem Kontext weiterbewegen.

Patienten erteilen den Dienstauftrag

Auch dies scheint im vorliegenden Fall bisher nicht angemessen berücksichtigt worden zu sein: Der Patient erteilt einen Dienstauftrag und ist Abnehmer eines Dienstleistungsangebotes. Dieses Dienstleistungsangebot kann der Patient auf seine Qualität hin beurteilen und, wenn es ihm gefällt, für sich annehmen, oder es bei Missfallen zurückweisen. In diesem Zusammenhang lohnt es, sich mit dem *juristischen* wie dem daraus folgenden *therapeutischen* Unterschied zwischen Dienstvertrag und Werkvertrag vertraut machen.

Dienstverträge (wie sie außer Psychotherapeuten auch noch andere Dienstleistungsberufe wie Steuerberater, Juristen, Berater usw. mit ihren Klienten/Patienten abschließen) setzen im Unterschied zum Werkvertrag *immer* die Kooperationsbereitschaft und das Kooperationsvermögen beider Vertragspartner voraus. Und genau das impliziert, dass Patienten *nicht profitieren müssen, wenn sie nicht wollen!* Wenn Patienten ihren kooperativen Beitrag zum Dienstvertrag *nicht* erbringen, haben sie – juristisch betrachtet – die sich daraus ergebenden Konsequenzen mit zu verantworten. Dies gilt jedenfalls so lange, wie davon ausgegangen werden kann, dass die „Zurechnungsfähigkeit“ des Patienten gegeben ist. Und dies gilt weiter, wenn zumindest der Therapeut seinen Beitrag zum Dienstvertrag erfüllt.

Andererseits: Bei gegebener Nicht-Zurechnungsfähigkeit steigt die Verpflichtung der Therapeuten zur professionellen Hilfeleistung an. Der Therapeut kann sich seiner Dienstleistung nicht mehr so leicht entziehen, auch wenn die Patienten „schwierig“ sind. Dies ist zumeist der Fall, wenn die oben genannten Punkte 2 oder 3 der Persönlichkeitsstörungsdiagnostik auf die Patienten zutreffen. In solchen Fällen – zum Beispiel bei gegebener Suizidalität oder Gefährlichkeit von Patienten – rückt der Dienstauftrag unmerklich und zeitweilig in die Nähe eines Werkvertrags, weil auf therapeutisches Handeln plötzlich (andere) Gesetze und Rechtsvorschriften einwirken. Da diese Wirkungen nicht unbeträchtlich sind und Psychotherapie sich plötzlich in Richtung Krisenintervention ändert, werden wir im nachfolgenden Kapitel ausführlicher darauf eingehen (Kapitel 8 in Fiedler, 2000).

Einladung zu einem weiteren Experiment

Haben Sie, so Sie Psychotherapeut oder psychologischer Berater sind, schon einmal über die Möglichkeit nachgedacht, dass Sie selbst an einer psychischen Störung (Depression, posttraumatische Belastungsstörung oder Phobie) erkranken könnten und dass – weiter unterstellt: – Ihre Zurechnungsfähigkeit

gewährleistet ist? Haben in diesem Zusammenhang schon einmal darüber nachgedacht, zu welchem Therapeuten *Sie* gehen würden und welche Qualitäten dieser – *Ihr* – Psychotherapeut besitzen sollte?

Wenn nicht, machen Sie sich doch einmal eine Liste mit Erwartungen, die sie an ihre Therapie und an die Therapeut-Patient-Beziehung haben und welche wünschenswerten Qualitäten Ihr zukünftiger Therapeut erfüllen sollte! Sollte er ein Mann sein oder sie eine Frau, Psychologe oder Arzt, älter oder jünger, Vorerfahrungen erwünscht oder nicht unbedingt notwendig usw. usw.

Und in einem weiteren Schritt dieser Übung stellen Sie sich anschließend die Frage, ob Sie gern zu sich selbst in Behandlung gehen würden.

Und dann bedenken Sie Folgendes: Gesetzt den Fall, Sie sitzen wegen einer psychischen Störung tatsächlich einem fremden Therapeuten gegenüber, (nicht Ihrem Supervisor oder Lehranalytiker, sondern, sagen wir einmal:) einer jungen Therapeutin, wie in unserem Fall, die gerade ihre Therapieausbildung hinter sich gebracht hat: Was erwarten Sie dann?

Welche Ratschläge würden Sie sich selbst für einen erfolgreichen Umgang mit dieser Therapeutin geben?

Die nachfolgende Antwort könnte vielleicht passen. Sie stammt aus einem jener Briefe, über die ich in Kapitel 2 (*Fiedler*, 2000) berichtet habe. Und sie stammt von einem unserer Kollegen, der mir aus einer psychosomatischen Klinik schrieb, in der er zu jenem Zeitpunkt als Patient behandelt wurde, wegen einer Depression und, wie er selbst vermutet, mit „Verdacht auf eine narzisstische Persönlichkeitsstörung“. Seine Bezugstherapeutin hatte gerade ihre Psychotherapieausbildung abgeschlossen.

Seine Erfahrungen, denen er eine fundierte Kritik am Konzept der Persönlichkeitsstörungen vorangestellt hatte, fasst er als *Ratschläge für Psychotherapeuten als Patienten im Umgang mit Psychotherapeuten* mit folgenden Worten zusammen:

„Kommen Sie möglichst nicht auf die absurde Idee, dem Therapeuten oder der Therapeutin gegenüber zu verdeutlichen, dass Sie selbst auch etwas von Therapie verstehen und dass Sie deshalb höchst kritisch damit umgehen werden, was diese, die

vielleicht junge und wenig erfahrene Therapeutin mit Ihnen als erfahrenen Psychotherapeuten alles anstellt.

Gehen Sie stattdessen möglichst konstruktiv auf alles ein, was Ihnen Ihre Therapeutin vorschlägt, und stellen Sie möglichst keine Bedingungen! Erfüllen Sie ihren Job als Patient!

Bekunden Sie bereits in den ersten Therapiesitzungen, dass Sie möglichst viel in Ihrem Leben ändern werden, idealerweise so, wie es die Therapeutin heimlich von ihnen erwartet! Andernfalls könnte Ihre Therapeutin Schwierigkeiten beim ‚Aufbau und Behalt einer guten Therapeut-Patient-Beziehung‘ bekommen. Das darf sie nämlich nicht. Wenn Sie nämlich als Patient nicht wunschgemäß funktionieren, käme Ihre Therapeutin nur allzu leicht in Versuchung, mit Ihnen vorrangig über Erfahrungen zu sprechen, die sie mit Ihnen in der Therapeut-Patient-Beziehung macht.

An Letzterem können Sie übrigens gut ablesen, ob Sie ein guter Patient sind: Geht die Anzahl der Interventionen zurück, mit denen Ihre Therapeutin versucht, Sie mit sich selbst zu konfrontieren, sind Sie auf dem Weg der Besserung.

Sollten Sie nicht den Erwartungen Ihrer Therapeutin an einen *Fully Functioning Patient* entsprechen, besteht sogar die Gefahr, dass Sie als ‚nicht-compliant‘ gelten oder die Diagnose einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung erhalten. Ich habe fast den Eindruck, dass mir das wegen meiner dauernden Kritteleien bereits passiert ist – auch wenn meine Therapeutin sich dazu nicht äußert, obwohl ich sie bereits gefragt habe.“

Und gegen Ende seiner Ausführungen schloss unser Kollege seinen längeren Brief mit den Worten:

„Ich bin vor einigen Tagen auf die möglicherweise absurde Idee gekommen, den Klinikchef zu bitten, mir die Möglichkeit einzuräumen, meine ‚psychotherapeutischen Anwendungen‘ bei einem anderen Therapeuten zu bekommen. Sie können sich nicht vorstellen, wie der reagiert hat. Seine Antwort war ungefähr: ‚Sie waren doch auch einmal Anfänger in unserem Geschäft, oder?‘

Sollte man etwa als Patient Mitleid mit seinem Therapeuten haben? Inzwischen versuche ich wieder mein Bestes. Es sind nur noch zwei Wochen. Was ich als Therapeut machen werde, wenn ich selbst wieder ‚im Geschäft‘ bin, weiß ich noch nicht. Vieles wird sich ändern, und man könnte fast den Eindruck

gewinnen, dass meine Therapie erfolgreich verlaufen sei. Was sie jedoch nicht ist. Ich werde mein Leben als Psychotherapeut möglicherweise deshalb ändern, weil ich selbst nicht erfolgreich psychotherapeutisch behandelt wurde.“

Narzisstische (das heißt: sich selbst bewusste) Haltungen und Handlungen von Patienten bringen Therapeuten auch *nach eigenen Aussagen* sehr häufig in eine Situation, die viele Ambivalenzen und Konflikte beinhaltet. Vielleicht sind bis hier einige dieser Bedingungen, die dafür verantwortlich zeichnen könnten, bereits etwas deutlicher geworden. In der Supervisionsgruppe war nach Diskussion der ethischen und rechtlichen Aspekte immer noch nicht klar, wie man im vorliegenden Fall konkret vorgehen sollte. Die gewisse Ratlosigkeit, die sich nach dem Bericht der Therapeutin eingestellt hatte, lag immer noch im Raum. Die ersten Reaktionen zeigten spontanes Mitfühlen: „Du bist zu bedauern“ oder „Solche Fälle sind mir auch immer ein Graus“ usw. Das ganze Gespräch bekam jedoch plötzlich eine eigenwillige Wendung, als ein Kollege unvermittelt an die Therapeutin folgende Frage richtete:

„Sag‘ mal, wie würdest Du mit dem gleichen Problem umgehen, wenn nicht der Mann, sondern seine Frau vor Dir sitzen würde und die Bitte äußerte: Können Sie dabei helfen, wie ich wieder Kontakt zu meinem Mann bekomme, der seit Monaten aus unerklärlichen Gründen dicht macht?“

Vielleicht alles nur ein Geschlechtsbias?

Handelte es sich bei der Ratlosigkeit, welche die Supervisionsgruppe immer noch lähmte, möglicherweise nur um einen Geschlechtsbias? Auf die etwas bissig vorgetragene Zwischenbemerkung einer Teilnehmerin („Es ist nun aber ‘mal ein Mann, oder?“), reagierte der genannte Kollege sofort, indem er seine Fragerichtung nochmals änderte:

„...oder anders gefragt: Wie würdest Du mit dem gleichen Problem umgehen, wenn eine Mutter vor Dir sitzen würde und die Bitte äußerte: Können Sie mir dabei helfen, wie ich wieder Kontakt zu meinem jugendlichen Sohn bekomme, der sich seit

Monaten einer Neonazigruppe angeschlossen hat und sich an Aktionen gegen Ausländer beteiligt – seither gleichzeitig zu Hause dicht macht?“

Das Eis in der Supervisionsgruppe schien langsam zu brechen. Erste Lösungen wurden sichtbar. Einerseits konnte jetzt klarer zur Kenntnis genommen werden, dass der Patient eigentlich ein ethisch beachtenswert *positives Ziel* mit der gewünschten Behandlung anstrebte: Er wollte seine eheliche Beziehung wieder in Ordnung bringen! Ethisch betrachtet und hier durchaus ernst gemeint, weil juristisch bedeutsam: Das Grundgesetz jedenfalls schützt „Ehe und Familie“ in besonderer Weise...

Im Umkehrschluss des jetzt abnehmenden Geschlechts-Vorurteils konnten in der Gruppe endlich auch neue Fragen gestellt werden. Liegen vielleicht nicht doch die Gründe für die partnerschaftlichen Probleme bei seiner Frau? Darauf konnte der Patient selbst offensichtlich *nur deshalb* keine Antwort geben, weil ihm seine Frau die Antwort verweigerte. Nur gesetzt den Fall, die Probleme des Patienten lägen tatsächlich in ungünstigen Interaktionseigenarten seiner Frau begründet: Sollte sich die Therapeutin nicht erst einmal viel mehr Zeit nehmen, sich mit dem Patienten zusammen die alltägliche Interaktionsmuster in der Beziehung genauer anzuschauen und zu untersuchen?

Es dauerte nicht mehr lange, und die Gruppe ging in ihrer jetzt kreativer werdenden Analyse noch einem Schritt weiter, als nämlich eine Kollegin plötzlich anmerkte:

An der Motivation jedenfalls kann es nicht liegen

In der Tat: Wir haben es hier mit einem *hochmotivierten* Patienten zu tun. Er hat klare Zielvorstellungen, und zwar dergestalt klar und eindeutig, wie wir sie bei vielen anderen Patienten erst mühselig erarbeiten oder herstellen müssten. Und er signalisiert eine hohe Mitarbeitsbereitschaft für den Fall – ja, mit einer Einschränkung: wenn nur die Therapeutin bereit wäre, sich in die Rolle *einer Beraterin* zu begeben.

„Warum machst Du es nicht mit ihm, wie wir hier in der Supervision: *Sachliche Beratung* zur Auflösung interaktioneller Krisen?!“ lautete plötzlich eine Empfehlung.

„Ist das dann noch Therapie?“ fragte die Therapeutin.

„Warum ist das keine Therapie?“ ging die Frage an sie zurück.

Ja, warum ist sachliche Supervision eines Patienten eigentlich keine Therapie? Es könnten vielleicht nur irgendwelche ungeprüften Therapievorschriften sein, die behaupten, sachliche Beratung

und Supervision von Patienten sei keine Therapie. Möglicherweise liegt es nur in mythologischen Überlieferungen einiger Therapieschulen begründet, warum Patienten anders zu „behandeln“ seien als etwa Therapeuten, für die *beratende* Supervision durchaus als Therapieäquivalent gilt.

5 Supervision und Beratung von Patienten Psychosoziales Konfliktmanagement

Psychosoziale Beratung und psychosoziales Konfliktmanagement zählen außerhalb der Psychotherapie zu den effektivsten und gelegentlich bestbezahlten Interventionsformen. Psychotherapeuten selbst nehmen neben der Psychotherapiesupervision regelmäßig professionelle Berater bzw. Supervisoren der unterschiedlichsten Art in Anspruch: Anwälte bei juristischen Problemen, Architekten beim Hausbau, Mediatoren bei Scheidungsfragen, Pädagogen in der Laufbahnberatung, Steuerberater bei Finanzierungsproblemen usw.

Warum eigentlich keine Patienten-Beratung und Supervision durch Psychotherapeuten zur sachlichen Problemlösung und Hilfe bei interaktionellen Problemen, die Patienten mit anderen Menschen haben? Warum müssen sich eigentlich alle Psychotherapie-Patienten immer wieder und ausschließlich einer eigenen Seelenmassage unterziehen? Nur weil dies dem herkömmlichen Therapiemodell am besten entspricht? Vielleicht kommt sogar diese Psychotherapie-Modell langsam in die Jahre. Sicher ist nur so viel: Angesichts der nach wie vor begrenzten Therapieerfolge sind Alternativen zwingend notwendig.

Dialogische Psychotherapie jedenfalls, die nur und ausschließlich als beziehungsdeutende Tätigkeit stattfindet, ist in vielen Fällen ungeeignet. Dass der Psychotherapeut auf eine empathische Zuhörerrolle im Lehnstuhl festgelegt ist, ergibt sich nur aus dem tradierten Couch-Modell und einem möglicherweise völlig unsinnigen 45-Minuten-Rhythmus einer Privatpraxis.

Psychotherapeuten könnten aus langjährig erprobten und ebenfalls gut evaluierten Konzepten unterschiedlicher Professionen im Beratungssektor für die Arbeit mit Patienten viel Gewinn ziehen (*Fiedler*, 1996). Beratungsstunden für Patienten zwecks Konfliktmanagement und Konfliktbewältigung könnten z.B. gelegentlich nur jeweils zwanzig oder dreißig Minuten dauern. Und manchmal, wenn es besonders dringlich ist, müssten zwei oder gar drei Beratungsstunden in Folge eingeplant werden. Das heißt: Krisen- und Konfliktberatung erfordert mehr Flexibilität. Dass 45 Minuten als idealer Zeittakt für eine Psychotherapiesitzung zu gelten habe, ist seit Freud selten kritisch hinterfragt worden. Warum eigentlich nicht?

Genau an dieser Stelle kamen jetzt einige in der Supervisionsgruppe fast erwartungsgemäß mit der Frage: „Ja, und wird das dann von der Krankenkasse bezahlt?“

Auch darauf gibt es nur eine einzige Antwort. Wenn Psychotherapie in herkömmlicher Form Grenzen hat und alternative Strategien wirkungsvoller, ökonomischer und damit effektiver sind als diejenigen, die in den Psychotherapierichtlinien der Kassen festgeschrieben wurden, dann gilt es *zwingend*, diese besseren Formen so schnell wie möglich zu etablieren. Mit der verhaltenstherapeutischen Expositionstherapie bei Ängsten und Phobien, die gelegentlich mehrere Zeitstunden erfordern, sind entsprechende Änderungen schon erfolgreich vorbereitet worden.

Übrigens wäre unser Beispielpatient *nur zu gern bereit*, für eine gute professionelle Beratung selbst zu zahlen. Ist es nicht bereits makaber zu nennen, wie sehr wir uns inzwischen an therapie-schulenspezifische und methodenbedingte Therapie- und Professions-Stereotype gewöhnt haben – und diese dann auch noch zu allem Hohn gegenüber alternativen Vorstellungen anderer Therapieschulen verbissen verteidigen, dies selbst dann noch, wenn Empirie und Nachfrage endlich auf eine Etablierung alternativer Psychotherapieformen drängen. Nochmals:

Beratung und Supervision von Klienten gilt außerhalb der Psychotherapie als hochgradig effektives Verfahren (vgl. Hörmann & Nestmann, 1988; Nestmann, 1997; Amann & Wipplinger, 1998). Veränderungen in diese Richtung könnten übrigens zwanglos an Konzepte der Selbstmanagement-Therapie anschließen, wie sie seit Jahren in der Verhaltenstherapie fortentwickelt werden (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1991; vgl. auch das Konzept der verhaltenstherapeutischen Beratung bei Fiedler, 1996).

Psychotherapeuten sollten fachkundige Beratung von Patienten nicht anderen Professionen überlassen! Psychosoziales Konfliktmanagement in der Form einer Patientenberatung, Patientenschulung oder Patientensupervision ist für viele Probleme, die persönlichkeitsgestörte Menschen haben, ein hochgradig interessanter „Therapieansatz“. Viele interaktionelle Probleme, über die Therapeuten angesichts bestehender Persönlichkeitsstörungen berichten, begründen sich schlicht damit, dass die Patienten zunächst nicht bereit sind, über eigene Unzulänglichkeiten zu berichten. Sehr wohl möchten viele von ihnen, dass sich etwas im ihrem Lebensumfeld ändert.

Therapeuten sind gut beraten, ihre Patienten darin zu unterstützen, aktiv Veränderungen in ihrem Alltagsbeziehungen vorzunehmen. Dass Patienten in einer solchen Patientenschulung von ihren Therapeuten ausschließlich Strategien vermittelt bekommen, die ethisch verantwortbar sind, ist selbstverständlich. Dass Patienten

sich bei Anwendung dieser Strategien möglicherweise *selbst* in ihrem Alltagsverhalten ändern (müssen), ist eine wünschenswerte Nebenwirkung von Beratung und Supervision. Für die laufende Beratungs-Behandlung selbst ist dieser Effekt jedoch zunächst von nur sekundärer Bedeutung.

Eine solche Beratungs-Perspektive bedeutet *kein* eklektisches Handeln, sondern es erfordert wie die Psychotherapie ein inhaltlich gut, nämlich phänomenologisch wie ätiologisch begründetes Vorgehen (Fiedler, 1996). Psychotherapeuten sind *per definitionem* Experten für ein *psychosoziales Problem- und Konfliktmanagement*. Sie werden ihren Beruf umso besser ausfüllen können, je mehr Wissen sie über die Möglichkeiten und Grenzen eines solchen psychosozialen Problemmanagements erworben haben.

Fachkundige Patientenberatung und Patientensupervision sollten als weitere neben vielen Psychotherapiemethoden auf der Grundlage einer guten Therapieausbildung zukünftig zwingend dazu gehören!

6 Epilog

Fallbeispiel, Teil 3

„Es ist schön, dass Sie da sind. Wir fangen sofort an!“

Mit diesen Worten eröffnete die Therapeutin die nächste Sitzung mit ihrem Patienten. Und nachdem dieser gefragt hatte, was sie sich denn in der Zwischenzeit überlegt habe, antwortete sie:

„Ich habe mir überlegt, dass wir diese und die nächsten Sitzungen ganz ähnlich gestalten wie die Supervision, der ich mich regelmäßig unterziehe, um mit Kollegen und einem Supervisor zusammen über schwierige Fälle zu sprechen. Auch wir Therapeuten haben es gelegentlich mit Menschen zu tun, die sich uns aus den verschiedensten Gründen verschließen.“

Ein Ziel könnte sein, dass ich Sie mit unterschiedlichen Möglichkeiten vertraut mache, die wir Psychotherapeuten kennen, um mit Krisen ihrer Art umzugehen, also wenn Patienten plötzlich und aus unerfindlichen Gründen ihre Mitarbeit verweigern. Es gibt eine ganze Reihe von Möglichkeiten und Strategien, die wir inzwischen kennen und nutzen. Über diese Möglichkeiten könnte ich Sie in Kenntnis setzen, wenn Sie wollen?“

Und als der Patient diesem zustimmte, fuhr sie fort...

„Dazu benötige ich jetzt noch eine Reihe von Informationen, um Ihnen gezielter mit Ratschlägen zur Seite stehen zu können. Vielleicht beginnen Sie einfach nochmals damit, mir einige

prototypische Situationen zu schildern, die in letzter Zeit zwischen Ihnen und Ihrer Frau aufgetreten sind...“

Und dann machte die Therapeutin den Patienten zum Co-Therapeuten. Und die Psychotherapie selbst verwandelte sich in eine Supervision, in der sachliche Beratung und die Einübung sozialer Kompetenzen eine wesentliche Rolle spielten.

Genau dies ist eine weitere Möglichkeit, wie sie in diesem Buch als Strategie des *psychosozialen Konfliktmanagements* verstanden wird. Die konkreten Handlungsstrategien, die die Therapeutin mit ihrem „Supervisanden“ in den Folgewochen entwickelte, werden teilweise auch noch im nachfolgenden Kapitel 8 (*Fiedler, 2000*) ausführlicher dargestellt, weshalb wir an dieser Stelle nicht weiter darauf eingehen.

Nur eines soll noch angefügt werden:

Es handelt sich dabei um den Teil eines Berichtes, den die Therapeutin in einer weiteren Gruppensupervision zwei Monate später abgab.

In den ersten Sitzungen hatte die Therapeutin versucht, den Patienten „Verstehen“ und „Empathie“ als grundlegende Interaktionsstrategie zu vermitteln – motiviert u.a. mit dem Hinweis, dass sich andere Menschen leichter öffnen, wenn sie sich zuvor gut verstanden fühlten. Das könnte auch bei seiner Ehefrau möglich sein. Die Vermittlung von Empathie-Kompetenzen wird übrigens von verschiedenen Autoren bei narzisstischen Persönlichkeiten empfohlen, da ein Hauptmerkmal dieser Störung in einem Mangel an Empathie besteht (vgl. *Turkat, 1990*).

Als viel bedeutsamer für das weitere Vorgehen erwies sich jedoch eine Geschichte, die der Patient in der vorausgehenden Woche erzählte. Nachdem er versucht habe, einführender auf seine Frau einzugehen, habe diese ihm gestanden, dass sie vor Monaten eine einmalige sexuelle Beziehung zu einem anderen Mann gehabt habe.

Nun hatten sich beide Partner zu Beginn ihrer Partnerschaft geschworen, niemals eine Außenbeziehung einzugehen. Dieser Schwur sei bei der Eheschließung erneuert und dahingehend verschärft worden, dass eine Nebenbeziehung gleichsam das Ende der Ehe bedeute.

Nachdem sie sich durch einen gemeinsamen Bekannten habe sexuell verführen lassen, habe die Ehefrau nicht mehr

gewusst, was sie machen sollte. Sie wollte ihren Mann nicht verlieren, weil sie ihn immer noch liebt. So habe sie einfach dicht gemacht.

Der Patient war nach diesem Bericht seiner Frau „völlig aufgelöst“ und „total depressiv“ in die Behandlungssitzung gekommen. Und die Therapeutin hegte die Befürchtung, dass auch seine Neigung zur Suizidalität reaktiviert werden könne.

Genau an dieser Stelle änderte sich der Dienstauftrag in der Therapie, und es begann so etwas wie die persönliche Therapie eines Mannes, der für sich selbst inzwischen sogar die Diagnose einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung akzeptieren konnte, nachdem die Therapeutin ihn damit vertraut gemacht hatte, welches Störungsverständnis sich mit diesem Konzept verbindet und welche Behandlungsperspektiven sich damit verknüpfen. Nach der bisherigen „Supervision“ des Patienten jedenfalls folgte jetzt – in der persönlichen Krise – ein Zurückschalten in die übliche Psychotherapiestrategie: eine empathische Gesprächsstrategie, die es dem Patienten ermöglichen sollte, sich über die Bedingungen seiner jetzigen Verfassung in Ruhe Klarheit zu verschaffen.

Zusammenfassung

In Psychotherapie und Beratung kommt es immer wieder einmal zu Begegnungen mit Patienten bzw. Klienten, die in ihren zwischenmenschlichen Kontakten Störungen provozieren, ohne selbst einen inneren Zugang zur Mitbeteiligung an den sich daraus ergebenden Interaktionsproblemen zu finden. Am Beispiel der narzisstischen Persönlichkeitsstörung, bei der solche Störungen häufig auch in der Therapeut-Patient-Beziehung beobachtbar sind, wird Beratung – verstanden als Patientenschulung, Anleitung, Supervision oder Coaching – als ein Erfolg versprechender Weg der Behandlung vorgeschlagen.

Stichworte

Beratung, Psychotherapie, Patientenschulung, narzisstische Persönlichkeitsstörung

Abstract

Sometimes patients or clients seeking psychotherapy or counseling provoke conflicts in interpersonal relationships. Often, these patients have no insight regarding their contribution to the resulting interactional problems. In narcissistic personality disorder such interpersonal problems are frequently encountered in therapeutic relationship. Counseling

techniques such as patient education, guidance, supervision or coaching are suggested as promising kind of intervention for these patients.

Keywords

Counseling, Psychotherapy, Patient Education, Narcissistic Personality Disorder

Literatur

- Amann, G. & Wipplinger, R. (Hrsg.) (1998) *Gesundheitsförderung. Ein multidimensionales Tätigkeitsfeld*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- APA – American Psychiatric Association (1987) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders – DSM III-R* (3rd ed.; revised). Washington, DC: American Psychiatric Association. [deutsch (1989) *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-III-R*. Weinheim: Beltz].
- APA – American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders – DSM IV* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association. [deutsch (1996). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe].
- Fiedler, P. (1996) Verhaltenstherapeutische Beratung. In: J. Margraf (Hrsg.) *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (Band 1; S. 423-433). Heidelberg: Springer.
- Fiedler, P. (1998) *Persönlichkeitsstörungen* (4. Aufl.). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Fiedler, P. (1999) *Dissoziative Störungen und Konversion*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Fiedler, P. (2000) *Integrative Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Hörmann, G. & Nestmann, F. (Hrsg.) (1986) *Handbuch der psychosozialen Intervention*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Kanfer, F.H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (1991) *Selbstmanagement-Therapie*. Berlin: Springer.
- Millon, T. (1996) *Disorders of personality. DSM-IV and beyond* (2nd ed.). New York: Wiley.
- Nestmann, F. (Hrsg.) (1997) *Beratung. Bausteine für eine interdisziplinäre Wissenschaft und Praxis*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Task Force on DSM-IV (1991) *DSM-IV option book: Work in progress 9/1/91*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Turkat, I.D. (1990) *The personality disorders. A psychological approach to clinical management*. New York: Pergamon Press. [dt. (1996). *Die Persönlichkeitsstörungen. Ein Leitfaden für die klinische Praxis*. Bern: Huber.]

Prof. Dr. Peter Fiedler, geb. 1945. Studium der Psychologie an der Universität Münster. Seit 1980 Hochschullehrer für Klinische Psychologie und Psychotherapie am Psychologischen Institut der Universität Heidelberg, Arbeitsschwerpunkte: Klinische Emotions- und Persönlichkeitsforschung, Psychotherapie-Prozessforschung. Forschungsarbeiten und Buchpublikationen zur Ätiologie und psychotherapeutischen Behandlung bei Stottern, Schizophrenie, Depression, Dissoziativen und Persönlichkeitsstörungen sowie zur Verhaltenstherapie in und mit Gruppen.

Psychologisches Institut, Klinische Psychologie, Universität Heidelberg, Hauptstr. 47-51, 69117 Heidelberg

Kinderzentrierte Therapie und Systemische Therapie – Paradox, Ergänzung oder Substitution? *

Nitza Katz-Bernstein

1. Einleitung

1.1 Die systemische Betrachtungsweise

Als das systemische Denken in die Psychotherapie Einzug hielt, war die Faszination groß. Die Palo-Alto-Gruppe, die Fachpersonen aus unterschiedlichen Therapierichtungen in sich integrierte, zeigte Zusammenhänge zwischen schizophrenen Zuständen und der Interaktion in der Familie (Watzlawick et al. 1960). Die Familientherapie war geboren und spezifizierte sich in verschiedene Richtungen. Neben strategischen und strukturellen Richtungen (Watzlawick, Minuchin, Selvini-Palazzoli) sowie lösungsorientierten, kurztherapeutischen Ansätzen (de Shazer 1995), wurden Vorgehensweisen gefunden, die, konstruktivistisch geprägt, mehr Kooperation und Autonomie des Systems suchten und förderten (Andersen 1990, Deissler et al. 1995, v. Schlippe & Schweitzer 1996). Allen gemeinsam war, dass der Focus der Therapie vom Individuum zum System gewichen war.

1.2 Kindertherapeuten und systemisches Vorgehen

Die Therapeuten, die mit Kindern arbeiten, sei es kinderpsychotherapeutisch oder sonderpädagogisch, haben das systemische Paradigma, je nach Ausrichtung, unterschiedlich zur Kenntnis genommen. Schon in ihren Anfängen waren sich die Pioniere der Kinderpsychotherapie über den Einfluss der Familie auf das Kind bewusst. A. Freud schreibt: „Die Eltern, welche das Kind erkranken ließen und die, welche bei seinem Gesundwerden helfen sollen, sind immer noch die gleichen Personen mit den gleichen Ansichten“ (A. Freud 1980, 73). In unterschiedlichen Veröffentlichungen über Kinderpsychotherapie erweiterten die Fachpersonen ihre Bemühungen um die Dimension der Familie. Dabei setzten diese sich zu wenig mit der Inkompatibilität des systemischen Denkens mit dem einzeltherapeutischen Setting in der Kinderpsychotherapie auseinander. Das systemische Denken sieht, streng genommen und mindestens theoretisch, diese als eine systemische Zementierung des Symptomträgers. Denn beim systemischen Denken ist jegliches kindliche Symptom in einen systemischen Zusammenhang eingebunden, hat einen systemischen Sinn und sollte daher nicht isoliert behandelt werden, denn dadurch wird verhindert, dass das Gesamtsystem sich verändern kann (Richter 1969, Stierlin 1978). Den neuen

* Erstveröffentlichung: Beratung Aktuell 2000, 1, S. 77-91.

systemischen Anspruch lösen die Kindertherapeuten so, dass sie sich oft zumuteten, sowohl systemische Therapeuten, die die soziale Mitwelt des Kindes miteinbezogen, als auch Einzeltherapeuten für das Kind zu sein.

Dieses systemische Denken wurde, angesichts der aktuellen kindlichen Realität, unhaltbar und wird unter systemisch-arbeitenden Therapeuten auch revidiert (Ludewig 1999).

1.3 Das Problem

In der Praxis ist es fast die Regel, dass Kindertherapeuten sich auch als System-Therapeuten verstehen und sich für beides verantwortlich fühlen. In der Ausbildung und Supervision von Kinderpsychotherapeuten und therapeutisch arbeitenden Sonderpädagogen erlebt man jedoch immer wieder, dass der Wunsch, bei kindlichen Symptomen mit der gesamten Familie zu arbeiten, den Therapeuten oft überfordert. Dieser Anspruch kann die Therapie mit dem Kind ineffizient machen, sie verhindern, zum Stagnieren bringen oder die Interventionen und Aufträge unklar lassen. Selten gelingt es, ein Setting zu etablieren, wo beides nebeneinander in Personalunion möglich ist. Der strategische und emotionale Anspruch verlangt ein Höchstmaß an Flexibilität; die Gefahr der Verstricktheit des Therapeuten mit dem System wird dadurch sehr gefördert.

Genaugenommen wird vom Kindertherapeuten erwartet, dass er sowohl einen guten Kindertherapeuten als auch einen geschickten Familientherapeuten darstellt und die Gewichtung beider Interventionsarten ohne Probleme auszubalancieren weiß. Es wird dabei zu wenig reflektiert, dass vom Kindertherapeuten nicht nur eine doppelte Kompetenz erwartet wird. Durch die doppelte Rolle werden, sowohl durch die Zuschreibungen und Erwartungen seitens der Familie, als auch durch die Anforderung, sich mit sehr unterschiedlichen therapeutischen Perspektiven gleichzeitig zu befassen, die Grenzen der realen Möglichkeiten gesprengt.

1.4. Ziel dieses Beitrags

Dieser Beitrag möchte sich mit dem obengenannten Problem beschäftigen. Er will darüber hinaus für eine kindzentrierte Therapie plädieren, die klare Aufträge für Eltern und Kinder bietet und die der Verstricktheit im System entgegenwirkt. Damit stellt die Kindertherapie eine effiziente systemische Intervention dar, ohne dass sie auf Veränderung des Gesamtsystems abzielt!

2. Kinderzentrierte Therapie als systemisch ausgerichtete Intervention

2.1 Basisaussagen systemischer Therapeuten - und ihre Begrenztheiten

Levold (1998) beschreibt folgende Basiskonzepte für die systemische Therapie, die zugleich eine Entwicklung von therapeutischen Haltungen der systemischen Therapie aufzeigen:

- Die Kontextbezogenheit als Focus anstelle von individuumszentrierten Verhalten = eine systemische Sichtweise,
- die Musterorientierung und Systemregeln als stabilisierende Faktoren von Systemen = eine kybernetische Sichtweise,
- die Nicht-Trivialität und die Autonomie von Systemen = eine konstruktivistische Sichtweise,
- die Wirklichkeit als subjektabhängiges Konstrukt = eine intersubjektive Sichtweise,
- die Bedeutung von Narrativen für die Definition und Entwicklung von Systemen = eine verbal-narrative Sichtweise,
- der Einfluss von sozialen Diskursen auf das System als bedeutender Parameter für therapeutische Prozesse (Levold 1998,19-21) = eine soziokulturelle Sichtweise,
- und nicht zuletzt die Neugewichtung von affektiver Kommunikation in der Therapie (Welter-Enderlin & Hildebrand 1998) = eine affektiv-interaktive Sichtweise.

Da die Problematisierung des Systems in der Therapie das Erleben des Problems außer Acht lässt (Levold 1997), in Therapiesystemen die Affekte jedoch eine zentrale Rolle einnehmen, greifen die kommunikationsorientierten Theorien als alleinige therapeutische Sichtweisen zu kurz. Dies gilt insbesondere dann, wenn biographische und mehrgenerationale Aspekte eine Rolle spielen (Ludewig 1998, Welter-Enderlin & Hildebrand 1998, Buchholz 1993).

Die systemische Therapie, zunächst als distanzschaffende und distanzsuchende Instanz, integriert in neueren Entwicklungen das „joining-in“, die affektiv-interaktive Sicht als Basis für ihre Bemühungen um Weiterentwicklungen im System (Ludewig 1998, Welter-Enderlin & Hildebrand 1998).

2.2 Das Kind im Mittelpunkt

Gesellschaftsstrukturelle Überlegung: Kinder werden oft in eine Kinderpsychotherapie gebracht, sei es weil sie verhaltensauffällig werden oder andere Symptome entwickeln. Die Zuweisenden sind Eltern, Miterzieher oder pädagogische/schulische Institutionen. Diese Therapien sind oft inter- oder intrainstitutionell etabliert und werden von schulischen Institutionen, Gesundheitsämtern, Wohngemeinden oder Wohlfahrtsinstitutionen finanziell getragen. Diese kollektive

Investition in die gesunde Entwicklung der Kinder ist die moderne Art der gesellschaftlichen Involviertheit in die Erziehung der nächsten Generation, die früher in allen Kulturen und Traditionen eher die Regel war und die über die Privatheit des Kleinsystems Familie hinausgeht.

Der dynamische Stand der Kinder zwischen Systemen: Kinder stehen im Wachstum; sie sind auf Progression und Ablösung ausgerichtet. Die Systemische Therapie ist in ihren Anfängen der Progression und den Ablösungstendenzen der Kinder zu wenig gerecht geworden. Oft trifft man in der Kinderpsychotherapie Kinder an, deren progressive Kräfte über das Vermögen der elterlichen Veränderbarkeit hinausgehen. Es sind Kinder, die „trotz“ schwieriger und schwierigster, ja desolater Familienverhältnisse durch Therapien, Stützmaßnahmen, andere protektive Faktoren und Lebensereignisse einem anderen Schicksal entgegensehen können als ihre Eltern. Neuere Untersuchungen bestätigen den positiven späteren Einfluss von schulischen und alternativen Einflüssen (Tizard 1977).

Die pragmatische Überlegung: Immer mehr findet man Familien, deren Motivation oder Vermögen für eine systemische Therapie nicht ausreichend vorhanden ist, die jedoch für eine Kindertherapie hinreichend motiviert sind. Während der Arbeit mit dem Kind finden therapiebegleitende Gespräche statt, die - geschickt geführt - einen Abbau von Schuldgefühlen und Angst fördern können. Das kann sogar zur Folge haben, dass eine emotionale Öffnung des Systems möglich wird, bis hin zur Motivation, die Partnerbeziehung und die eigene Dynamik in der Familie zu hinterfragen, bis hin zu einer Motiviertheit, für sich selber professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Dies bedingt, dass der Kinderpsychotherapeut die entsprechende systemische Ausrichtung als Hintergrund hat, nicht jedoch, dass er eine gesamte familientherapeutische Weiterbildung absolviert hätte!

Strategische Überlegung: Während der Therapie mit dem Kind zeigt sich unweigerlich die Dynamik des Systems. Es sind die Eltern, die Abmachungen mit dem Therapeuten treffen, die die Regelmäßigkeit oder Unregelmäßigkeit mitbedingen und die bei Veränderungen des Verhaltens und/oder der Symptomatik des Kindes reagieren müssen. Gezwungenermaßen erfolgen daraufhin auch prompt Reaktionen, die das systemische Vorgehen in der Familie offenlegen und deutlich machen. Das kinderpsychotherapeutische Konzept des „Safe Place“ (Katz-Bernstein 1996) zielt darauf, die Therapie mit dem Kind als Metapher für den freien Raum des Kindes für Wachstum und Entwicklung innerhalb der Familie anzusehen, für sein Recht auf Autonomie und Ablösung. Die Aufgabe des Therapeuten/der Therapeutin „reduziert“ sich systemisch auf Achtung und Schutz der Regeln des „Safe Place“, des geschützten Raumes der Therapie mit dem Kind. Dies beinhaltet Regelmäßigkeit, Respekt vor Abmachungen und Grenzen, Verschwiegenheit, u.a. Es bedeutet auch, dass die Eltern die Abmachungen mit dem Therapeuten respektieren, welche

besagen, dass dieser primär für die Therapie des Kindes und sein Wohl zuständig ist. Es können bzw. sollen durchaus koordinierende oder kindertherapiebegleitende und unter Umständen auch beratende Gespräche stattfinden, der Therapeut steht jedoch für die Eltern in erster Linie therapeutisch nicht zur Verfügung. Von meinen Erfahrungen ausgehend möchte ich hier behaupten, dass dies eine genuine, sehr effiziente, systemisch-strategische Intervention der Achsentrennung darstellt!

3. Kompatibilität von systemischen Regeln mit der Kinderpsychotherapie

Wenden wir uns den systemischen Regeln zu und untersuchen sie anhand einer systemisch orientierten, jedoch individuell gestalteten Kinderpsychotherapie.

3.1 Kontextbezogenheit

Das erste Systemkonzept von *Levold* (siehe 2.1) war die Kontextbezogenheit (1998, 19-21). Kinder entwickeln eigene Symptome, die ihre Fähigkeit, in die Gesellschaft hineinzuwachsen, sich den eigenen Entwicklungsaufgaben zu widmen und/oder sich vom Elternhaus abzulösen, stören oder behindern. Diese Symptome oder Verhaltensauffälligkeiten stellen oft zugleich den Ausdruck dieser Wachstumsstörung dar. In allen Kulturen vollziehen Kinder einen kontinuierlichen Entfernungsprozess gegenüber ihrer Ursprungsfamilie in Richtung Platzfindung in neuen sozialen Bezügen. Es ist eher die Errungenschaft der letzten Jahrzehnte, dass die Kleinfamilie als dicht abgeschlossenes Erziehungssystem für den Nachwuchs angesehen wird. Damit werden die vielen prägenden Einwirkungen geschmälert, die Miterzieher, Verwandtschaft, Kinder- und Jugendgruppen, wichtige alternative Erwachsene sowie Medien, Modeströmungen, Jugendbanden usw. haben (*Rathmayr 1999, Zaepfel & Metzmacher 1999*). Der schulische Rahmen stellt effektiv nichts anderes dar als die gesellschaftliche Involviertheit in der Kindererziehung, und sein Einfluss auf die Kinder ist bedeutend. Systemisch betrachtet ist für das Wohl eines Kindes notwendig, dass beide Systeme in einer hinreichenden Akzeptanz zueinanderstehen. Daher kann der Focus der Intervention im Familiengefüge als eine Möglichkeit unter anderen Möglichkeiten angesehen werden.

3.2 Musterorientierung und Systemregeln als stabilisierende Faktoren von Systemen

Auch die zweite Regel von *Levold* fällt unter eine ähnliche Argumentation: Die stabilisierenden sozialen Regeln stehen bei Kindern oft in großer Konkurrenz zu den Familienregeln. Es wird von ihnen immer mehr

Flexibilität verlangt, bei immer loseren, komplexeren und individuellen Familienregeln. Nicht Eindeutigkeit, sondern das Aushalten von Mehrdeutigkeit verschiedener Systeme ist angesagt (Rathmayr 1999, Zaepfel & Metzmacher 1999). Dafür bietet das Setting der Kindertherapie eine Stütze, die die Regeln des Systems relativiert, die Verstricktheit und Abhängigkeit des Kindes mildert und ihm die Komplexität auszuhalten hilft.

3.3. Nicht-Trivialität und die Autonomie von Systemen

Die dritte Komponente spricht für das Recht des Kindes und der Familie, die angebotene Therapieart und den Weg aus einer leidvollen Situation selbst zu bestimmen. Die Wirklichkeit als subjektabhängiges Konstrukt besagt, dass nicht die systemischen Prinzipien des Therapeuten oder der Methode Veränderungen herbeiführen. Dies geschieht vielmehr durch die intersubjektive Begegnung zwischen Familie und Kindertherapeut, die objektivierenden Faktoren eines jeglichen therapeutischen Settings, das bei einem Mitglied aus dem System vorgenommen wird, sowie durch die Natur der Verwobenheit der Therapie im Gesamtsystem.

3.4 Bedeutung von Narrativen für die Definition und Entwicklung von Systemen

Der nächste Grundsatz bedarf in der Kinderpsychotherapie einer besonderen Beachtung. Viele Kinder weisen Defizite auf, bezüglich ihrer Fähigkeit, narrative Strukturen aufzubauen (Katz-Bernstein 1996, 1998). Diese Aufgabe kann unmöglich innerhalb eines familientherapeutischen Settings wahrgenommen werden, da sie auf entwicklungspsychologisches Wissen und kindergerechte Zugänge angewiesen ist (Tarr Krüger & Katz-Bernstein 1996). Weiterhin muss beachtet werden, dass die Sicht des Kindes gegenüber der Familie oft ganz andere Realitätsregeln verfolgt als die der Erwachsenen. Oft ist die Sicht des Kindes erst durch die vorsichtige Interpretation von sich wiederholenden, über längere Zeit sich entwickelnden Symbolhandlungen zu verstehen, und sie kann auch verborgene, geheimgehaltene oder von der Familie abgewehrte Perspektiven und Informationen enthalten und beleuchten. Diese kindliche Fähigkeit zur Symbolisierung von Lebensereignissen und affektiven Regungen wurde als Informationsquelle und als Lösungsorientierung für systemische Bezüge bisher von Systemtherapeuten kaum beachtet. Kindertherapeuten stellen oft staunend fest, wie ehrlich, unverblümt und konstruktiv Kinder für ihre Gesamtfamilie denken können. Diese Beobachtungen bleiben durch die Scham der Therapeuten, nicht ernst genommen zu werden, meistens verdeckt. Erst bei sexuellem Missbrauch, wo die Aussagen des Kindes das Leben der Erwachsenen zu verändern vermögen, wird diese Quelle aufgegriffen.

3.5 Einfluss von sozialen Diskursen auf das System als bedeutsamer Parameter für therapeutische Prozesse

Dessen Bewusstmachen und sein der Einbezug sind unabdingbar für die Kinderpsychotherapie. Dies liegt in der Abhängigkeit von, der Ausrichtung auf und in der Involviertheit der Kinder im sozialen Umfeld begründet. Kinder kommen in der Regel dann zur Therapie, wenn sie sich im Prozess eines systemisch-ökologischen Übergangs befinden (Bronfenbrenner 1986), d.h. wenn eine Diskrepanz oder ein Konflikt zwischen Mikrosystem Familie und dem Meso- oder Exosystem besteht. Der Kindertherapeut steht zwischen dem Elternhaus und den sozialen Bezügen. Faktoren, wie die äußeren Erwartungen, die Definition der Anstellung und des Arbeitsauftrages schreiben dem Kindertherapeuten die Rolle des Vermittlers, des Schlichters zu. Er soll oft verbindend, entscheidend, trennend und intervenierend wirken. Das Kind ist unabdingbar von beiden Kontexten abhängig. Dadurch entsteht oft ein Widerspruch zu einer idealtypischen systemischen Therapie, in welcher die Auftraggeber, das Arbeitsbündnis und der therapeutische Auftrag in viel größerem Masse auf die Autonomie und die Mitbestimmung der erwachsenen Teilnehmer angelegt sind. Von der Entscheidungsbefugnis her haben ein Paar oder eine Familie die Freiheit, ihren Lebenskontext total zu verändern, sich zu trennen, sich beruflich umzuschulen, zu emigrieren oder seine Kinder fremd zu platzieren. Diese Freiheiten haben weder Kinder noch ihre Therapeuten in der Wahl der Lösungen für kindliche Probleme.

3.6 Neugewichtung von affektiver Kommunikation in der Therapie

Dieses letzte systemische Konzept (Welter-Enderlin & Hildebrand 1998) ist und war für Kinderpsychotherapeuten schon immer eine pragmatische Selbstverständlichkeit, auch wenn in ihrer theoretischen Ausrichtung der Einbezug der intersubjektiven und affektiven Beziehungsebene als zu vermeidender Störfaktor angesehen wurde. Kinder involvieren ihre Therapeuten in das Spielgeschehen, prüfen ihre Grenzen und benutzen sie als Modellerwachsene, sowohl auf einer Übertragungsebene als auch ganz pragmatisch als erwachsenes Gegenüber. Oft bleibt keine Zeit, um therapeutisch-distanziert und reflektiert zu reagieren. Die Befunde der Säuglingsforschung entlasten Kindertherapeuten regelrecht von einem Anspruch, Kindertherapie allein auf distanzierte, objektivierende Faktoren zu basieren (Dornes 1998). Sie geben konzeptuellen kindertherapeutischen Richtungen Recht, die die aktive Interaktion in ihre theoretischen Konzepte integrieren (Metzmacher et al. 1996, 1998, Petzold & Ramin 1987) und entsprechende methodische Zugänge entwickelt haben (Rahm 1998, Katz-Bernstein 1996).

3.7 Resümee

An diese Stelle könnten praktische Überlegungen folgen, wie systemtherapeutische und kinderpsychotherapeutische Settings zu vereinbaren sind. Dies würde jedoch den Rahmen dieses Beitrages sprengen. Die theoretischen Vorüberlegungen haben, so hoffe ich, gezeigt, dass die Kinderpsychotherapie auf ähnliche, kompatible oder identische Basisregeln wie die der systemischen Therapie aufbaut, ja zum Teil in ihrem Wesen schon immer aufbauen musste. In einigen Aspekten werden sie ihnen sogar gerechter, in anderen bilden sie spezifische Ausprägungen und Besonderheiten.

4. Plädoyer für eine kindzentrierte Therapie

Es werden jetzt drei Therapiebeispiele folgen, die veranschaulichen, wie sehr Kindertherapien systemisch verwoben sind und wie die Therapien mit den Kindern gesamt-systemische Lösungen berühren und bieten können. Alle persönlichen Daten wurden dabei anonymisiert.

4.1 Kinder führen oft die Arbeit weiter, die die Familie nicht leisten kann

Ein begabter Kinderpsychotherapeut berichtet in der Supervisionsgruppe über Patrick (7 J.). Patrick ist ein gescheiter, vernünftiger Junge, der von der Lehrerin wegen seiner heftigen, zerstörerischen Wutausbrüche in der Schule zur Psychotherapie angemeldet wurde. Der Therapeut erzählt, dass bei Patrick eine Hexenpuppe eine scheinbar wichtige Rolle spiele, die er, der Therapeut, nicht ganz nachvollziehen könne. Patrick nähme die Hexe, stelle sie auf eine Sprossenwand und schieße mit der Armbrust Pfeile auf sie, so dass sie nach vorne kippe und zu Boden falle. Dies wiederhole er unzählige Male mit Ernst und Vergnügen und fordere den Therapeuten auf, das Gleiche zu tun. Wenn die Mutter ihn abhole, rufe Patrick sie herein, damit sie zuschaue, wie die Hexe von ihm und dem Therapeuten abgeschossen wird, was dem Therapeuten z. T. peinlich ist.

Ich frage den Therapeuten, was ihm denn Unbehagen verursacht. Er hat das Gefühl, der Junge müsste irgendwie ihn als „böse Übertragungsfigur“ ansehen und anfangen, ihn als Ziel der Aggression zu benutzen, damit er sie verarbeiten kann. Schließlich wird ja von ihm erwartet, dass die Wutausbrüche verschwinden. „Das ist ihr therapeutischer Plan, er scheint aber nicht dem therapeutischen Plan des Jungen zu entsprechen!“ erwidere ich. Der Therapeut und die Gruppe lachen.

Ich frage nach der Familie. Der Therapeut schildert das System wie folgt: Die Mutter sei robust, groß, lebhaft und dominant. Der Vater sei nett, einen Kopf kleiner als die Mutter, nehme alles „nicht so ernst“, scheine in die Erziehung der Kinder wenig involviert zu sein und sei viel abwesend. Die Mutter überbehüte Patrick, halte ihn klein

und traue ihm wenig zu. Auf meine Frage ob er meine, dass der Vater der Mutter Grenzen setzen könne, verneint er nachdenklich.

Neulich, beim „Helfer-Spiel“ (Tausch & Tausch, 1991), in welchem problematische Situationen abgebildet sind, berichtet der Therapeut darauf, habe er Patrick aufgefordert, ein Bild auszusuchen. Patrick sucht ein Bild eines kleinen Jungen, der dem Ball nachrennt und an den Rand eines tiefen abgründigen Loches gerät. Daneben steht ein großer Junge, der dies beobachtet. Wir überlegen, ob dies der therapeutische Auftrag des Jungen sein kann. Der Therapeut soll den Jungen vor Gefahren schützen, die er nicht überblicken kann. „Kann das sein, dass er Sie als Modell erfährt und gebraucht, wie man einer Frau Grenzen setzt, wenn sie böse und bedrohlich ist?“ frage ich.

Wir sprechen in der Gruppe darüber, dass Willi (1991) erwähnt, dass kleine Jungen für ihre Identitätsentwicklung die Erfahrung machen müssen, dass ein Vater der Mutter Grenzen zu setzen vermag, um ein Muster für die Relativierung der Macht der ihnen überlegenen und gefürchteten Mutter zu haben. Genauso bräuchten Mädchen ein Muster für die Relativierung der Autorität des Vaters durch die Mutter.

Der Therapeut erinnert sich erstaunt an die Weiterentwicklung des Spiels in der vorherigen Stunde, über die er vorher nicht berichtet habe. Etwas scheint ihm erst jetzt klar zu werden:

Zunächst versuche der Junge, einen Henkerknoten mit einem aufgehängten Seil zu fertigen, um die Hexe aufzuhängen. Als ihm nach einigen Anstrengungen der Knoten gelinge, wandle er das Seil zu einer Seilbahn um, der Therapeut müsse dann die Hexe, am Seil befestigt, hin- und herfahren, während Patrick den Rhythmus dazu mit kräftigen Trommelschlägen angibt...

Wir alle lachen, eine heitere, warme Atmosphäre breitet sich in der Gruppe aus.

Wir sprechen darüber, wie klug doch die Kinder sich aus Beziehungen oft das holen, was sie für ihre Progression brauchen und wie viel Vertrauen Patrick seinem Therapeuten bereits entgegenbringt.

Wird Kindern die nötige Stütze durch eine vertrauensvolle Beziehung gegeben, so können sie die Abhängigkeit zu den Eltern relativieren. Dadurch können sie es sich leisten, Missstände wahrzunehmen, sie auszudrücken und dadurch zu bearbeiten, dass sie Kompromiss-, Ersatz- und Kompensationslösungen suchen und finden, damit sie ihre eigene Entwicklung fortführen können. Dadurch führen sie oft die Arbeit weiter, die die Familie aus Angst, Widerstand, widrigen Gegebenheiten oder Unvermögen nicht leisten kann.

Durch die geleistete Weiterentwicklung und Stärkung der Kinder wird das Familiensystem in Bewegung gebracht. Die Mutter von Patrick kann zwar Patricks Problematik zunächst als Problem der

Lehrerin abtun, ihr Leidensdruck wird jedoch wachsen, wenn Patrick sich ihrer Macht entzieht, nicht mehr immer vernünftig und brav bleibt, anfängt, sich mit seinem Bruder zu streiten, oder wenn der Bruder zum Problemkind wird. Sein Symbolspiel gibt eine gute Prognose her: Im Spiel bleibt seine Aggression nicht unkontrolliert - vernichtend, wie in seinen bisherigen Wutausbrüchen (- es wurde von der Mutter zu Beginn der Therapie berichtet, dass Patrick während seiner Wutausbrüche das Mobiliar beschädige und von der Lehrerin, dass bei einem Versuch in der Klasse, durch Festhalten das Mobiliar vor seinem Zorn zu schützen, Patrick ihr einen Zahn ausgeschlagen hätte). Das therapeutische Spiel zeigt eine Entwicklung in Richtung Kompromisslösung: Die Hexe wird im weiteren Verlauf des Spiels nicht vernichtet, sondern es vollzieht sich ein Rollenwechsel zwischen Patrick und der mächtigen Frau - sie muss nach Patricks Trommel tanzen, während ein erwachsener, ihm wohlgesinnter Mann, der ihr Grenzen zu setzen vermag, über ihre Schritte wacht... Damit kann er seine innerpsychische Organisation oder die „Narrativen“ über die Mann-Frau-Verhältnisse neu gestalten und benutzt den Therapeuten dazu.

Hätte Patrick keine Therapie durch einen alternativen Mann erfahren, auf den er die Fähigkeit, einer Frau Grenzen zu setzen, überträgt, hätte er warten müssen, bis sein Vater dies mühsam durch eine Familientherapie gelernt hätte, wenn es überhaupt je dazu gekommen wäre.

Die Kinderpsychotherapie vermag in manchen Fällen die Grenzen des Familiensystem zu verändern und zu erweitern und damit in eine funktionalere Richtung zu lenken.

4.2 Der „Safe-Place“ der Kindertherapie als Achsentrennung im System

In Jasmins (9 J.) Familie herrschen chaotische Zustände. Der Vater ist ein gewaltsamer Alkoholiker, die Mutter erreichte, dank einer eigenen Therapie und nach langen Jahren des Zögerns, die Trennung vom Vater. Die gerichtliche Trennung ist zwar vollzogen, der Vater offiziell ausgezogen, er verbringt jedoch tagelang seine Zeit in der Wohnung von der Mutter und den beiden Töchtern. Die Mutter klagt, dass Jasmin immer unzufrieden sei und klage. Sie meint, Jasmin müsse doch verstehen, dass sie sich vom Vater trennen will „und nicht so blöd tun“ (gemeint sind Trotzanfälle, wo Jasmin die Mutter beschimpft, dass sie den Vater weggeschickt habe). „Man“ müsse andererseits auch verstehen, dass sie den Mann nicht einfach hinauswerfen könne, wenn er doch seine Zeit mit der Familie verbringen möchte.

Jasmin wurde wegen Bockigkeit und Angstträumen zuhause, sowie Schweigsamkeit und Antriebslosigkeit in der Schule zur Therapie gemeldet. Die Therapeutin, Frau M., die den Fall in die Gruppensupervision bringt, fragt, ob sie in das Mädchen eindringen soll. Das

Mädchen taue immer mehr auf, spiele zaghaft, jedoch immer vermehrt Symbolspiele mit Tierchen, wo sie erpicht darauf ist, dass man mit ihrem Hasen behutsam und rücksichtsvoll umgehe. Die Therapeutin versuche mit Jasmin über die Situation zuhause zu sprechen, Jasmin weiche aus und verschließe sich darauf wieder. Im Anschluss an eine solche Therapiestunde, nach einem misslungenen Gesprächsversuch berichtet die Mutter, Jasmin hätte sich geweigert, weiter zur Therapie zu kommen. Von der Therapeutin befragt, was ihr das letzte Mal nicht gefallen habe, sagte Jasmin, die Therapeutin sei mit ihrem Spielhasen (den sie zur Therapie von zuhause mitbringt) unschön umgegangen.

Beunruhigend findet die Therapeutin, dass Jasmin, über einen sich wiederholenden Angsttraum befragt, berichtet, im Traum erscheine der Vater mit einer Schlange, die sie bedroht. Sobald die Therapeutin jedoch versucht, über den Vater und die Situation zuhause zu sprechen, schweigt und verschließt sich Jasmin. Die Therapeutin hat jedoch das Gefühl, es werde von ihr, therapeutisch gesehen, erwartet, dass sie mit Jasmin die Situation doch richtig bespreche und verarbeite.

Ich frage die erfahrene Therapeutin, welche Interventionsrichtung sie dabei verfolgt und was ihr Ziel sei, bzw. welche Stimme sie veranlasst zu meinen, über die Situation mit Jasmin sprechen zu müssen. Der Verdacht vom sexuellen Missbrauch durch den Vater, wozu der Traum als einziges Indiz fungiert, belastet die Therapeutin. Wir besprechen, dass die Verantwortung der Therapeutin nur auf den Informationen beruht, die das Kind ihr zuspielt. Ansonsten teilt sie die Verantwortung mit weiteren zuständigen Personen, mit denen sie, mit Zustimmung der Mutter, in Kontakt steht, dem zuweisenden Arzt, der Lehrerin und der Therapeutin der Mutter. Der gesamte Druck zur Aufklärung des Verdachts soll nicht allein auf ihr und dem Kind liegen.

Die Therapeutin fühlt sich ein wenig erleichtert. Ich fordere sie auf zu prüfen, wie es jetzt um den Druck steht. Nachdenklich beantwortet die Therapeutin: „Da ist ein zusätzlicher Druck, von der Mutter ausgehend“. Ich lasse sie die Mutter spielen, und sie gegenüber der Therapeutin ihre Erwartungen aussprechen. Die Mutter (von der Therapeutin gespielt) klagt über das Benehmen von Jasmin, fragt, warum sie so „blöd tue“, gibt zu verstehen, dass sie verärgert ist, weil die Therapie bisher noch nicht in ihrem Sinne genützt habe. Jasmin müsse verstehen, dass jetzt der Papi da sei und am Abend halt weggehen müsse, Jasmin mache alles so schwer. „Ja, da ist ein Druck von der Mutter, ich soll die Jasmin endlich vernünftig machen - „sagt die Therapeutin. Die Gruppe möchte während meiner Arbeit mit Frau M. einige Male systemische Interventionsideen bringen. Alle Bemerkungen zielen auf noch mehr systemische Involviertheit und Intervention seitens der Kindertherapeutin. Ich halte immer wieder die Gruppe zurück und sage, soweit ich Frau M. jetzt wahrnehmen kann, brauche sie jetzt noch mehr Zeit, um sich in der Situation zu orientieren, sich,

die Mutter und Jasmin, ihre Übertragungen, Erwartungen und Ängste zu spüren, und vor allem zu spüren, was sie, Frau M., für richtig hält. Mein Vorschlag wäre, dass Frau M. entscheiden soll, ob sie die Arbeit mit mir zugunsten der aufgeworfenen Fragen unterbrechen möchte. Sie möchte nicht.

Darauf fordere ich Frau M. auf, Jasmin nachzustellen und zu spüren, wie Jasmin sich fühlt. Die Gruppe nimmt eine sehr verschüchtertes, ängstlich-verlorenes Mädchen wahr. Es stellt sich folgendes heraus: Die Mutter geht zu einer Therapeutin, die mit Frau M. bekannt ist. Frau M. ist jedoch nicht sicher, ob Jasmins Mutter von ihr auch gut beraten ist und ob sie dabei ermutigt wird, dem Mann auch Grenzen zu setzen. Ich frage sie, für wen sie sich zuständig fühlen möchte, an welchem Teil des Systems sie intervenieren möchte, und wo sie in diesem entgrenzten, ambivalenten System Grenzen setzen möchte. „Ganz klar, nur mit dem und für das Mädchen. Ich merke jetzt, dass ich nicht mehr wusste, wessen Verbündete ich bin und wo mein Arbeitsfokus sein soll!“ ist die Antwort von Frau M.

Den Rest der Zeit sind wir damit beschäftigt, einen abgegrenzten „Safe-Place“ (mit Seilen abgegrenzter therapeutischer Raum – Katz-Bernstein 1996) für die Therapie des Mädchens zu bilden, die Grenzen gegenüber Mutter, Therapeutin der Mutter, Schule usw. zu definieren und klare Arbeitsverträge auszuhandeln und zu deklarieren. Die Gruppe fühlt, dass Frau M. nun an der kindlichen Seite im Gesamtsystem Ordnung geschaffen hat. Ein Gefühl der Ordnung und Klärung breitet sich aus.

Wir machen Prozessanalyse der Gruppendynamik in Umgang mit mir und Frau M. während ihrer Arbeit. Wir stellen erstaunt fest, dass sich in der Gruppe der Druck, den Frau M. mit dem Kind erfährt, in der supervisorischen Arbeit gespiegelt hat. Die Teilnehmer der Gruppe berichten, sie hätten den Druck der Mutter gespürt und wären in die gleiche Falle getappt: Sie hatten versucht den Druck an Frau M. weiter zu delegieren und sie bei der Arbeit mit dem Kind zu stören. Nach meiner Anfrage, was denn die Wende brachte, sagte Frau M., dass sie dort, wo ich sie vor der Gruppe geschützt habe, ihr die Legitimation gab, das Vorgehen selbst zu entscheiden. Damit wurde der „Safe-Place“ für ihre Arbeit geschaffen und sie konnte ihre therapeutische Kompetenz wiedergewinnen. Frau M. wurde es dadurch möglich, sich und das Mädchen zu spüren, das Bedürfnis des Mädchens wahrzunehmen und zugleich ihre eigenen Grenzen zu finden und zu definieren. Die Gruppe stimmt ihr zu.

Der Gruppenprozess war dadurch ein Spiegel für die Intervention mit dem Mädchen geworden, einen geschützten, klaren, abgegrenzten Raum in einem übergreifenden, entgrenzten System zu haben, wo die Therapeutin sich vom System abgrenzt und ausschließlich für Jasmin zur Verfügung steht, wo Jasmin sich von sich aus, ohne

Manipulation und Verwirrung öffnen kann und ihre Situation, Nöte und Bedürfnisse organisieren und ausdrücken lernt.

4.3 Im Spannungsfeld sonderpädagogischer Bemühungen: Wessen Sprache soll das Kind erlernen?

Ein fünfjähriges stark sprachverzögertes Mädchen wird im sprachtherapeutischen Ambulatorium der Universität Dortmund durch seine polnischen Eltern vorgestellt, beide Akademiker, wohlhabend und gebildet.

Die älteren Eltern haben eine lange Auswanderungsgeschichte hinter sich. Sie waren bereits in drei unterschiedlichen Ländern ansässig, sprechen selbst fließend vier Sprachen und möchten ihr einziges Kind kosmopolitisch erziehen. Sie erachten die Sprachkundigkeit als Überlebensnotwendigkeit und sind über die Sprachverzögerung ihrer Tochter, die sich schon mit 2 1/2 Jahren bemerkbar gemacht hatte, sehr besorgt. Das Mädchen hatte bisher verschiedene Therapien, die meisten auf Deutsch, die aber wenig fruchteten. Die Untersuchung auf Deutsch und Polnisch ergab einen Sprachentwicklungsstand von 2 ½ Jahren, in beiden Sprachen. Die Notwendigkeit zeigt sich, vorläufig die vorherrschende Familiensprache als einzige Fördersprache aufzunehmen, damit das Kind muttersprachlich die verzögerte Entwicklung aufholen kann.

Zu diesem Zeitpunkt kann eine Lernbehinderung oder gar eine leichte geistige Behinderung diagnostisch noch nicht ganz ausgeschlossen werden. An der Universität weilt glücklicherweise zur gleichen Zeit eine sich weiterbildende Sprachtherapeutin deutsch-polnischer Herkunft, die bereit ist die Förderung auf Polnisch zu übernehmen. Die Eltern versuchen zunächst darauf zu bestehen, dass die Förderung auf Deutsch gemacht wird. Sie argumentieren mit der Tatsache, dass das Mädchen hier in Deutschland lebt und vor allem in der Schule gut sein muss. Da es aber feststeht, dass die intime Familiensprache Polnisch ist, zumal ein polnisches Au-pair-Mädchen das Kind im Alltag betreut, wird auf den Wunsch der Eltern nicht eingegangen, da es als ungünstig für das Kind erachtet wird.

Unwillig und mit großen Widerständen willigen die Eltern ein. Es stellt sich jedoch heraus, dass sie jegliche Elterngespräche verweigern. „Das ist nicht nötig, man hat uns genug versucht umzuerziehen“, sagen sie direkt. Auch auf das Angebot, gar keine „Umerziehung, auch keine versteckte“ vorzunehmen, sondern nur notwendige Informationen für die Therapie des Kindes auszutauschen, willigt der Vater zunächst ein, die Frau sagt jedoch den Termin kurzfristig ab. Bedingt durch einen Beinbruch der Mutter verzögern und verschieben sich die Elterngespräche und kommen nicht zustande.

Das Kind wird aber vom Au-pair-Mädchen regelmäßig gebracht, hat Freude in der Therapie und macht erfreuliche und überraschende Fortschritte. Das Au-pair-Mädchen und die Therapeutin

arbeiten gut und effizient zusammen. Beide sind sich einig, dass die Zusammenarbeit mit den Eltern äußerst schwierig ist, und dass das Kind unter den übermäßigen Erwartungen der Eltern leidet. Fast 1½ Jahre lang kann das Kind gefördert werden, wobei es die Therapiestunden fröhlich und entspannt genießt und den Umständen entsprechend gute Fortschritte macht. Von Zweiwortsätzen geht es über zu kleinen Erzählungen, lernt Rollenspiele mit Puppen und kann sich sprachlich über Vergangenheit und Zukunft verständlich machen. Im Kindergarten wird berichtet, das Mädchen hätte parallel auf Deutsch ähnliche Fortschritte erzielt.

Dieser Fall zeigt, dass kindzentrierte Therapie in manchen Fällen sinnvoll sein kann, auch ohne jegliche Möglichkeit zur Mitarbeit der Eltern. Stillschweigend konnten die Eltern in den Minimalvertrag einwilligen, dass das Kind durch das Ambulatorium muttersprachlich gefördert wird. Dies war zwar ein ambivalentes „grünes Licht“ für die Bejahung der Therapie, jedoch genügend für das Mädchen, um nicht in einen Loyalitätskonflikt zu verfallen und die Mitarbeit zu blockieren, wie in den vergangenen Therapieangeboten.

5. Schlussbetrachtung

*Der Tag ist kurz, die Arbeit ist groß.
Nicht du musst die Arbeit vollenden –
Aber nicht frei bist du, dich ihr zu entziehen. (Sprüche der Väter)*

Kindertherapeutische Arbeit war und ist immer ein systemisches Spannungsfeld. Die Abhängigkeit des Kindes, sein Eingebettet-Sein und sein Hineinwachsen in verschiedene soziale Bezüge bedingen eine Arbeit zwischen Systemen. Der systemische Anspruch, den „Symptomträger“ nur gemeinsam mit seiner Familie zu behandeln, kann angesichts der Realität nicht als Prinzip aufrechterhalten werden. Die Gesellschaft, pädagogische Institutionen und Finanzträger sowie die Eltern finden es natürlich, für Kinder und ihre Notsignale Hilfe bereitzustellen. Der Symptomträger Kind hat danach bessere Chancen, von therapeutischen Hilfen profitieren zu können.

Zusammenfassung

Ausgehend von der Tatsache, dass Kinder in Beratung oder Therapie vorgestellt werden, dann allerdings unter systematischer Perspektive nur das System behandelt werden soll, wird hier für eine klare kindzentrierte Therapie plädiert. Diese kann ihrerseits wieder Einflüsse auf das System haben, muss es aber nicht.

Schlüsselwörter: Kinderpsychotherapie, Systemtherapie, systematisches Denken, systematische Therapie

Abstract

Proceeding from the fact that children are represented in the field of counselling and therapy, but then again it is only dealt with the systems such from a merely methodological

perspective, it is here pleaded for a clearly child-focused therapy. This again can have influences on the system or methodology as such, but does not necessarily have to.

Key words: psychotherapy for children, methodological thinking, systematic therapy, methodological therapy

Literatur

- Andersen, T. (Hrsg.) (1990): *Das reflektierende Team*. Dortmund, Verlag modernes Lernen.
- Bronfenbrenner, U. (1981): *Die Ökologie der menschlichen Entwicklung*. Stuttgart, Klett-Cotta.
- Buchholz, M.B. (1993): *Dreiecksgeschichten – Eine klinische Theorie psychoanalytischer Familientherapie*. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht.
- De Shazer, S. (1995): *Der Dreh – Überraschende Wendungen und Lösungen in der Kurzzeittherapie*. 3. Aufl. Heidelberg, Carl-Auer-Systeme-Verlag.
- Deissler, K., Keller, T., Schug, R. (1995): „Kooperative Gesprächsmoderation“. In Zeitschrift für systemische Therapie. 13, 12 – 30.
- Dornes, M. (1998): *Die frühe Kindheit. Entwicklungspsychologie der ersten Lebensjahre*. Fischer, Frankfurt a. Main, Fischer-Taschenbuch-Verlag.
- Freud, A. (1980 <1948>): *Einführung in die Technik der Kinderanalyse*. 3. Aufl. München, Kindler.
- Katz-Bernstein, N. (1995): *Das Konzept des „Safe Place“ – ein Beitrag zur Praxeologie integrativer Kinderpsychotherapie*. In: Metzmacher, B., Petzold, M., Zaepfel, H. (Hrsg.): *Praxis der Integrativen Kindertherapie. Integrative Kindertherapie zwischen Theorie und Praxis*. Bd.II, Paderborn, Junfermann.
- Katz-Bernstein, N. (1998): *Die Bedeutung von Kommunikation und Sprache für die Sozialisationsprozesse im Vorschulalter*. In: Zollinger, B.: *Kinder im Vorschulalter. Erkenntnisse, Beobachtungen und Ideen zur Welt der Drei- bis Siebenjährigen*. Bern, Stuttgart, Wien 1980 (1948), Haupt.
- Levold, T. (1998): *Affektive Kommunikation und systemische Therapie*. In: Welter-Enderlin, R., Hildenbrand, B. (Hrsg.): *Gefühle und Systeme. Die emotionale Rahmung beraterischer und therapeutischer Prozesse*. Heidelberg, Carl-Auer-Systeme, 18 – 51.
- Ludewig, K. (1998): *Emotionen in der systemischen Therapie – eine Herausforderung an die klinische Theorie?* In: Welter-Enderlin, R., Hildenbrand, B. (Hrsg.): *Gefühle und Systeme. Die emotionale Rahmung beraterischer und therapeutischer Prozesse*. Heidelberg, Carl-Auer-Systeme, 51 – 76.
- Metzmacher, B., Petzold, M., Zaepfel, H. (Hrsg.) (1996): *Praxis der Integrativen Kindertherapie. Integrative Kindertherapie zwischen Theorie und Praxis*. Bd.II, Paderborn, Junfermann.
- Petzold, M., Ramin, G. (Hrsg.) (1987): *Schulen der Kinderpsychotherapie*. Paderborn, Junfermann.
- Rahm, D. (1997): *Integrative Gruppentherapie mit Kindern*. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht.
- Rathmayr, B. (1999): *Allein im Schlaraffenland? Zur Lebensrealität von Kindern in der Konsumgesellschaft*. In: Romeike, G., Imelmann, M (Hrsg.): *Hilfen für Kinder. Konzepte und Praxiserfahrungen für Prävention, Beratung und Therapie*. Weinheim, München, Juventa-Verlag, 19 – 46.
- Richter, H.E. (1969): *Eltern Kind und Neurose*. Reinbek bei Hamburg, Rowohlt.
- Romeike, G., Imelmann, M (Hrsg.) (1999): *Hilfen für Kinder. Konzepte und Praxiserfahrungen für Prävention, Beratung und Therapie*. Weinheim, Juventa-Verlag.
- Speck, O., Warnke, A. (Hrsg.) (1989): *Frühberatung mit den Eltern*. München, Basel, Ernst Reinhardt.
- Stierlin, M. (1978): *Delegation und Familie. Beiträge zum Heidelberger familiendynamischen Konzept*. Frankfurt a. Main, Suhrkamp.

- Tarr Krüger, I., Katz-Bernstein, N. (1995): *Wann braucht mein Kind Therapie? Die acht wichtigsten Methoden*. Stuttgart, Kreuz.
- Tizard, B. (1977): *Adoption: A Second Chance*. London, Open Books.
- Von Schlippe, A., Schweitzer, J. (1996): *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung*. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht.
- Watzlawick, P., Beavin, J.M., Jackson, D.D. (1967): *Pragmatics of Human Communication. A Study of Interactional Patterns, Pathologies, and Paradoxes*. New York.
- Dt. (1969): *Menschliche Kommunikation*. Bern, Huber.
- Welter-Enderlin, R., Hildenbrand, B. (Hrsg.) (1998): *Gefühle und Systeme. Die emotionale Rahmung beraterischer und therapeutischer Prozesse*. Heidelberg, Carl-Auer-Systeme.
- Willi, J. (1991): *Therapie der Zweierbeziehung*. Reinbek bei Hamburg, Rowohlt.
- Zaepfel, M., Metzmacher, B. (1999): *Soziales Sinnverstehen in der Beratung und Therapie von Kindern und Jugendlichen* In: Romeike, G., Imelmann, M (Hrsg.): *Hilfen für Kinder. Konzepte und Praxiserfahrungen für Prävention, Beratung und Therapie*. Weinheim, München, Juventa-Verlag, 61–82.

Nitza Katz-Bernstein, Klinische Psychologin, Kinderpsychotherapeutin, Logopädin. Arbeitet seit 22 Jahren institutionell und in eigener Praxis. Zur Zeit Professorin für Sonderpädagogik und Rehabilitation an der Universität Dortmund, dort Leitung eines sprachtherapeutischen Ambulatoriums für Kinder und ihre Angehörigen. Mitglied im Fachbeirat von Beratung Aktuell. Mutter von vier Kindern. **Universität Dortmund, Emil Figge Str. 50, 44227 Dortmund.**

„Hilfe zur Selbsthilfe“

Der Selbstmanagementansatz als Rahmenkonzept für Beratung und Therapie

*Dieter Schmelzer **

*Wer anderen einen Fisch schenkt, gibt ihnen zu essen für einen Tag.
Wer sie das Fischen lehrt, gibt ihnen zu essen ein Leben lang.*

CHINESISCHES SPRICHWORT

Der Selbstmanagementansatz (Kanfer 1998; Kanfer, Reinecker & Schmelzer 1991, 1996²; Kanfer & Schefft 1988) stellt im angloamerikanischen wie im deutschen Sprachraum ein anerkanntes Grundkonzept für Beratung und Therapie dar. Ursprünglich aus dem kognitiv-verhaltenstherapeutischen Bereich stammend geht es längst über enge schulenspezifische Grenzen hinaus. In seinem Zentrum steht ein zielorientiertes Problemlösemodell, mit dessen Hilfe das – leider meist nur als Floskel verwendete – Prinzip der „Hilfe zur Selbsthilfe“ systematisch umgesetzt wird. Dabei lassen sich alle empirisch-wissenschaftlichen Konzepte/Methoden nutzen und integrieren, die sich für die Umsetzung des Selbsthilfe-Gedankens als effektiv erwiesen haben. Während eine spezielle Beschreibung dieses Ansatzes für das Arbeitsfeld „Erziehungsberatung“ bereits vorliegt (Schmelzer & Trips 1996), wird hier eine *kompakte Zusammenfassung übergeordneter Gesichtspunkte* versucht, die für den *Bereich Beratung und Therapie* gleichermaßen gültig sind. Eine *ausführliche* deutschsprachige Darstellung findet sich in Kanfer et al. (1996), ein umfassendes Konzept für die entsprechende Ausbildung und Supervision in Schmelzer (1997).

Fünf „tragende Säulen“ des Selbstmanagement-Ansatzes

Wie die nachfolgende Abbildung 1 verdeutlicht, ruht der gesamte Selbstmanagement-Ansatz auf fünf „tragenden Säulen“:

* Erstveröffentlichung: Beratung Aktuell 2000, 1, S. 201–222.

Fünf „tragende Säulen“ des Selbstmanagement-Ansatzes								
1		2		3		4		5
Menschenbild und philosophische Hintergrund-Annahmen		Generelle Haltung des Beraters/Therapeuten		Enge Verbindung zur empirischen Grundlagenforschung		7-Phasen-Modell für die Praxis		Allgemeine Selbstmanagement-Fertigkeiten

Abbildung 1: Fünf „tragende Säulen“ des Selbstmanagement-Ansatzes

Im weiteren Text folge ich der obigen Einteilung.

1. Grundannahmen des Modells und deren Implikationen für die Praxis

Jedes Konzept fußt auf impliziten und expliziten Grundüberzeugungen, die zwar nicht direkt wissenschaftlich zu beweisen oder zu widerlegen sind, aber allen darauf aufbauenden Schritten ihren „Sinn“ verleihen. Im Denken *Wittgensteins* (1970, § 343) entsprechen sie den Angeln einer Tür, die fest verankert sein müssen, wenn sich das Türblatt drehen soll. Für das Selbstmanagement-Konzept sind u.a. folgende Basisannahmen von Bedeutung (vgl. *Kanfer et al.* 1996, S.15 ff.):

Grundannahmen

Das Streben nach *Autonomie* und *Selbstverantwortung* wird als wichtiges und legitimes Oberziel des menschlichen Lebens betrachtet. Dabei steht jeder Mensch lebenslang vor der Aufgabe, seine individuelle Selbstverwirklichung *in sozialer Verantwortung* zu gestalten (vgl. auch *Paulus* 1994, S.271 ff.). Zwar betonen wir einen prinzipiellen *Pluralismus* der Weltanschauungen, Werte und Lebensziele und respektieren den jeweiligen soziokulturellen und lebensgeschichtlichen Kontext; einer *völligen* Freiheit sind durch geltende Gesetze, Menschenrechte, ethisch-berufsständische Richtlinien etc. allerdings Grenzen gesetzt.

Menschen sind im Allgemeinen in der Lage, ihr Leben *ohne* professionelle Hilfe von Beratern/Therapeuten zu führen (oder sollten zumindest im Alltag durch traditionelle Instanzen wie Familie, Kindertagesstätten, Schulen und soziale Netzwerke mittels Erziehung/Pädagogik dazu in die Lage versetzt werden ...). *Falls* externe Unterstützung durch professionelle Helfer erforderlich wird, so sollte diese Hilfe

nach optimalen fachlichen Gesichtspunkten durchgeführt werden, was für die Berater eine enge Orientierung an den aktuellen Regeln ihrer „Zunft“ und an Befunden der *empirischen Grundlagenforschung* bedeutet. Übergeordnetes Ziel ist im Selbstmanagement-Modell (wieder) ein Leben *ohne* Beratung/Therapie, wobei die Unterstützung der Devise folgt: „So kurz wie möglich – so lang wie nötig“.

Implikationen für die Praxis

Ohne hier eine genauere Differenzierung von Beratung und Therapie vornehmen zu wollen (welche ja zumindest in Deutschland auch juristische, d.h. kostenrechtliche Konsequenzen hat: vgl. dazu *Hundsatz* 1997), versteht das Selbstmanagement-Modell Beratung/Therapie als *systematischen Lern- und Veränderungsprozess*, im Verlaufe dessen die Klienten zu eigenständigem Problemlösen und Selbststeuerung *befähigt* werden. Hier gibt es manche Parallelen zum sog. „Empowerment-Konzept“ (vgl. z.B. *Stark* 1996). Neben der *Vermittlung notwendiger Kompetenzen* (z.B. Fähigkeiten zur Erziehung, Partnerschaft, zwischenmenschlicher Kommunikation, Problem- und Konfliktlösung, Selbstbehauptung usw.) geht es häufig auch um den *Abbau von „Performanz“-Hindernissen*, die es Personen unmöglich machen, ihre eigentlich vorhandenen Fertigkeiten in die Tat umzusetzen und ihre Ziele zu erreichen: Ängste, soziale Unsicherheit, Depressionen, Zwänge, perfektionistische oder irrationale Überzeugungen (z.B. „Ich muss es immer allen recht machen!“) sind nur einige Beispiele dafür. Vieles läuft dabei in Analogie zur Selbständigkeitserziehung von Kindern ab: Während zu Beginn der Entwicklung noch sehr intensive Hilfestellungen notwendig sind, nimmt sich der Selbstmanagement-Berater/Therapeut im Zuge der Fortschritte seiner Klienten immer mehr zurück, bis diese völlig eigenständig (wieder) ohne seine weitere Unterstützung leben können.

Ein wichtiger Schwerpunkt liegt für uns auf dem „*erfahrungsorientierten Um- bzw. Neu-Lernen*“ (bzw. „learning by doing“) durch reales Handeln. Dabei bevorzugen wir in jedem Einzelfall – trotz grundlegender Orientierung an generellen Strategien – ein individuelles, „*maßgeschneidertes*“ *Vorgehen* und bemühen uns um person- bzw. systemspezifische Problem- und Zieldefinitionen. Bei allen Unterstützungsformen achten wir darauf, Klienten zu eigenen Aktivitäten zu motivieren, vorhandene Ressourcen zu nutzen, Eigeninitiativen unserer Klienten nicht zu untergraben, nur dort Hilfe (zur Selbsthilfe) anzubieten, wo sie wirklich erforderlich ist und alle Hilfsangebote des Alltags einzubeziehen (z.B. Selbsthilfegruppen, Offerten von Volkshochschul- und Bildungszentren, Freizeit- und Sportvereinen, Kirchengemeinden etc.).

Die Maxime, psychologische Erkenntnisse nicht als esoterisches Geheimwissen zu horten, sondern an die Gesellschaft weiterzugeben („give psychology away“: *Miller* 1969; z.B. mittels

Information, Medien oder über Pädagogik), verdeutlicht, dass es mit einer beraterisch-therapeutischen Aufarbeitung sozialer Missstände nicht getan sein kann, sondern dass Erziehung und Prävention idealerweise die notwendigen Grundlagen für ein gelingendes Sozialsystem schaffen müssen. Falls wir aber therapeutisch tätig werden, dann im Sinne unseres Selbstmanagement-Gedankens, oder (um es bildlich auszudrücken) in der Rolle des „Fahrlehrers“, der anderen die „Kunst des Fahrens = Lebens“ beizubringen versucht – nicht jedoch in der Rolle eines Taxifahrers oder Sänfenträgers. Für die zusätzliche Betonung von Ressourcenorientierung und Entwicklungsförderung passt vielleicht am ehesten das Bild eines „verantwortungsvollen Vermögensberaters“, der anderen hilft, mit ihren „Pfunden zu wuchern“, ihre „Talente“ fördert und so zu deren Weiterentwicklung beiträgt, ihnen aber die letzte Entscheidung über tatsächliche Schritte selbst überlässt.

Die Umsetzung dieser Aspekte in die Praxis erfolgt anhand eines *7-phasigen Prozessmodells* für Beratung/Therapie (vgl. unten, Abschnitt 4), in dem sich – auf der Basis von Beziehungs- und Motivationsaufbau – sowohl *systemisches Denken* (Kanfer et al. 1996, S.22 ff.; von Schlippe & Schweitzer 1996 etc.), *grundlegende Problemlöseschritte* (vgl. z.B. Bartling, Echelmeyer, Engberding & Krause 1992; D’Zurilla & Goldfried 1971; Engberding 1996) und Hinweise zum *Problemlösen in dynamischen und komplexen sozialen Systemen* (vgl. Dörner 1989) finden.

Dabei steht Beratung/Therapie in einer Reihe mit gleichermaßen wichtigen *sonstigen psychosozialen oder auch medizinischen Maßnahmen* (wie z.B. Krisenintervention, Langzeitbegleitung, stationäre Unterbringung, Rehabilitation, Medikation, Prävention, Selbsterfahrung, soziale/juristische Kontrollmaßnahmen etc.), die im Einzelfall sogar besser indiziert sein mögen, für die aber dann andere „Spielregeln“ gelten. Die Abklärung einer Indikation von/für Beratung/Therapie, das Umschalten auf andere Herangehensweisen und das mögliche Weiterverweisen an zuständige Spezialdienste stellen daher wichtige Aspekte zu Beginn jedes Beratungsprozesses dar und machen auf die Bedeutung von Vernetzung aufmerksam.

Die spezielle Rolle des Selbstmanagement-Beraters/Therapeuten (als Anstoßgeber, Problemlöse-Assistent und Impulsgeber für Veränderungen) wird im nachfolgenden Abschnitt 2 präzisiert.

2. Die generelle Haltung des Beraters/Therapeuten

Entsprechend der Differenzierung von *Beziehungs- und Inhaltsaspekten* jeder menschlichen Kommunikation (Watzlawick, Beavin & Jackson 1969) realisiert der Selbstmanagement-Berater/Therapeut ein *professionelles* Interaktionsverhalten, das durch folgende Merkmale gekennzeichnet ist:

Auf der **(1) Beziehungsebene** befindet er sich auf einer Gratwanderung zwischen „*empathischem Verstehen*“ der Klienten einerseits und der *Arbeit an Veränderung* andererseits. Auf Basis einer interessiert-zugewandten Grundhaltung versucht er zunächst einmal, die subjektive Welt seiner Klienten mit deren „Spielregeln“ zu erschließen. Dazu begibt er sich anfangs in eine *komplementäre* Position zu den Bedürfnissen der Klienten, d.h. geht auf deren Beziehungsangebote und Interaktionsziele ein (vgl. *Grawe 1992; Zimmer & Zimmer 1996*). Mit Empathie und Respekt für deren Person, Lebensgeschichte, Einstellungen, Ziele/Werte und ihren sozialen Kontext bittet er die Klienten um Informationen, die ihm ein hinreichendes Verständnis davon vermitteln, um welche Themen es denn genau geht, was die beklagten Beschwerden eigentlich zu „Problemen“ macht, welche soziokulturellen Standards eine Rolle spielen und vieles mehr (siehe unten). Maximale *Objektivität, Neutralität bzw. Allparteilichkeit* sind die Richtschnur für seine *professionelle* Haltung. Diese weicht zum Teil gravierend von alltäglichen Freundschaften oder Beziehungen zwischen Familienmitgliedern/Verwandten sowie von typischen Dienstleistungsbeziehungen (chemische Reinigung, Reparaturwerkstatt, Steuerberater etc.) ab. Der Berater achtet somit von Beginn an darauf, nicht in die Rolle von Vater/Mutter, Freund(in), Lehrkraft oder Richter zu schlüpfen. Er ist vielmehr als professioneller Helfer – mit einer „distanzierten Anteilnahme“ („detached concern“: *Maslach 1982*) – als Problemlöse- und Änderungsassistent tätig.

Um diese Beraterrolle möglichst unbeeinflusst von negativen persönlichen Motiven/Interessen umsetzen zu können, sind – sowohl während als auch *nach* einer qualitativ hochstehenden Ausbildung – *Selbsterfahrung/Selbstreflexion* sowie der *kontinuierliche Austausch mit externen Perspektiven* notwendig (z.B. in Teams, in Supervision, mit Hilfe von Kollegen: vgl. zusammenfassend *Schmelzer 1994a, 1996, 1997*).

Selbstmanagement-Therapeuten respektieren die vorhandenen Ressourcen, Anliegen, Interessen, Ziele und Motive ihrer Klienten und scheuen vor einer falsch verstandenen Expertenhaltung zurück, nach der sie allein wüssten, was für die Ratsuchenden gut sei und was diese demzufolge zu tun hätten. In diesem Zusammenhang wird Klienten jeweils das Maximum an Selbstbestimmung und Mitentscheidung zugestanden, zu dem sie gerade fähig sind. Transparenz des Vorgehens, Informationen über alle ablaufenden und geplanten Maßnahmen und gemeinsam getroffene Entscheidungen über Probleme, Ziele und Lösungswege sind dabei nicht nur Voraussetzung für positive Weiterentwicklungen, sondern haben auch hohe motivationale Bedeutung (Mitarbeit!), indem sie bei unseren Klienten

die Auftretenswahrscheinlichkeit von „Widerstands“-Manövern reduzieren.

Auf der **(2) Inhaltsebene** zeichnet sich das Selbstmanagement-Vorgehen dadurch aus, dass den Empfehlungen des 7-phasigen Problemlösemodells gefolgt wird, welches den gesamten Therapieprozess strukturiert (vgl. unten, Abschnitt 4). Die Ziele der einzelnen Phasen liegen in konkreter, schrittweise aufeinander aufbauender Form vor (z.B. Beziehungsaufbau, Motivationsförderung, Problemanalyse etc.) und dienen Therapeuten als allgemeine Leitlinie ihres Handelns. Ähnlich wie ein Fahrlehrer oder Entwicklungshelfer vermitteln sie Klienten die notwendigen Selbsthilfe-Kompetenzen und nutzen dazu auch pädagogisch-didaktische Wege. Nach erfolgreicher Vermittlung machen sie sich selbst allmählich wieder überflüssig. Sie unterstützen Klienten zwar, nehmen ihnen aber keine Verantwortung ab, wo sie in der Lage sind, *selbst* die Initiative zu ergreifen. Dieser Grundsatz gilt auch für Kinder und Jugendliche oder Behinderte, wenn auch dort etwas eingeschränkt in Abhängigkeit vom jeweiligen Entwicklungsstand (vgl. Harter 1982) oder vom Grad der jeweiligen Beeinträchtigung. Das Anstoßen von Entwicklungsmöglichkeiten bzw. das Mobilisieren von Eigenaktivität zieht sich wie ein roter Faden durch die praktische Arbeit.

Sechs „Denk- und Handlungsregeln“

In der *unmittelbaren* Interaktion wird das Selbstmanagement-Vorgehen durch ein kontinuierliches Beachten folgender Grundregeln deutlich (vgl. Kanfer et al. 1996, S.365 ff.):

(1) Verhaltensnahes Vorgehen: Klienten werden gebeten, vage Äußerungen wie z.B. „Mir geht es nicht gut“ in konkrete Verhaltensbeschreibungen zu übersetzen. Beobachtbare Abläufe des tatsächlichen Geschehens sind dabei wichtiger als das bloße „Reden über“ („Prinzip der Erfahrungsorientierung“: Grawe 1994); in diesem Sinne haben Beratungsgespräche zweckdienliche Funktion, indem sie Änderungen im Alltag der Klienten vorbereiten, erleichtern, in Gang setzen und danach die Effekte evaluieren helfen.

(2) Lösungsorientierung: Die konstruktive, zielgerichtete Suche nach *Alternativen* hat Vorrang vor einer unproduktiven Beschäftigung mit Problemen, Fehlern und Versagen in der Vergangenheit. In dieser Hinsicht gibt es manche Parallelen zu Grundgedanken der Kurzzeittherapie von Steve de Shazer (vgl. z.B. de Shazer 1989; Walter & Peller 1995 etc.).

(3) Aufmerksamkeitslenkung auf positive Elemente und Ressourcen: Ohne das Leid von Klienten zu bagatellisieren, lässt sich dadurch ein „realistischer Optimismus“ in Gang setzen, der günstigerweise die Form einer „gesunden Trotzhaltung“ annimmt („Trotz meiner

schwierigen Lebensgeschichte und *trotz* vieler aktueller Probleme kann ich bestimmte persönliche Stärken nutzen und lernen, mit bestimmten Bereichen meines Lebens besser klarzukommen!“).

(4) Prinzip der kleinen Schritte: Die zielorientierte, *aktive* Problembewältigung erfolgt in wohldosierten Portionen; dabei werden größere, weiter entfernte Ziele immer in kleine, handhabbare und deshalb erfolgreich zu bewältigende Teilschritte zerlegt.

(5) Flexibles Planen und Handeln: Wegen der ständigen Dynamik des Alltagslebens müssen veränderte Gegebenheiten in der Beratung/Therapie möglichst rasch registriert werden, damit Themenschwerpunkte bzw. Interventionen an die neue Sachlage angepasst werden können.

(6) Zukunftsorientierung: Statt einem langwierigen Zurückverfolgen von Problemen bis zu den ursprünglichen „Wurzeln“ der Entstehung in der Vergangenheit ist es für eine Bewältigung aktueller Probleme günstiger, mit Blickrichtung Zukunft an der Entwicklung neuer Lösungen zu arbeiten. Dies lässt sich auch dadurch begründen, dass die aktuell aufrechterhaltenden Bedingungen von Problemen meist nicht mehr mit den ursprünglichen Entstehungsbedingungen identisch sind, so dass „Einsichten“ in die Geschichte der Problementwicklung kaum veränderungsrelevante Konsequenzen haben.

Die *Gesprächsführung* von Selbstmanagement-Therapeuten repräsentiert eine Mischung aus empathischer, zugewandt-interessierter Grundhaltung, sokratischem Dialog, systematischer Anleitung zum Problemlösen (mittels entsprechender Fragen und Anregungen), zielorientierter Aufmerksamkeitslenkung und ständigen Anstoßen zu Veränderungen, wobei der „Ball der Verantwortung“ immer wieder den Klienten zugespielt wird. Statt vorgefertigte Antworten oder „Lebensentwürfe von der Stange“ zu liefern, stellt der Berater Fragen zur Klärungshilfe und lenkt die Aufmerksamkeit auf neue oder bislang unterrepräsentierte Aspekte, so dass Klienten selbst zielorientierte Lösungen entdecken können. Eventuell sind auch konfrontative, provokative und humorvolle Bemerkungen hilfreich, um bisherige (ineffektive) Lösungsversuche von Klienten zu bremsen bzw. konstruktive Alternativen entwickeln zu lassen. Ansonsten kommen Interventionen zum Einsatz, die aus der verhaltenstherapeutischen Arbeit bekannt sind, wie z.B. therapeutische Aufgaben und „Hausaufgaben“, Selbst- und Fremdbeobachtung, verhaltensdiagnostische Maßnahmen, Rollenspiele, Phantasieübungen etc.

Zur *Qualifikation* von Selbstmanagement-Beratern/Therapeuten sind – nach Abschluss eines psychosozialen oder medizinischen Studiums – eine längerfristige verhaltenstherapeutische Zusatzausbildung, Supervision, hinreichende berufsbezogene Selbsterfahrung, lebenslange Fort- und Weiterbildung, Arbeit in Einklang mit dem

aktuellen Stand der Forschung, ständiger kollegialer Austausch, Maßnahmen zur eigenen Psychohygiene und Prävention von „Burnout“, Kenntnis persönlicher, fachlicher und ethisch-berufsständischer Grenzen etc. erforderlich (vgl. *Schmelzer* 1997). Ihre Fachkompetenz zeigt sich auch daran, dass sie in der Lage sind, vor sich und anderen – z.B. bei Fallbesprechungen und in Supervision – die eingeschlagenen Therapieschritte „relativ rational“ und nachvollziehbar zu begründen (vgl. *Westmeyer* 1979).

3. Enge Verbindung zur empirisch-wissenschaftlichen Grundlagenforschung

Statt nur die Kluft zwischen Forschung und Praxis zu beklagen, bemüht sich der Selbstmanagement-Ansatz um eine enge Verbindung zur wissenschaftlichen Grundlagenforschung (*Kanfer et al.* 1996, S. 94 ff.). Einerseits werden Theoretiker zu einer möglichst alltagsnahen Erforschung der Beratungspraxis ermuntert; andererseits sollten Praktiker ihr professionelles Handeln in enger Anlehnung an aktuelle Ergebnisse der Beratungs- und Therapieforschung gestalten (vgl. *Orlinsky* 1994). Auf diese Weise wird auch ein wesentlicher Beitrag zur *Qualitätssicherung* geleistet (vgl. z.B. *Laireiter & Vogel* 1998). Empirisch-wissenschaftliche Erkenntnisse tragen außerdem dazu bei, allzu subjektive Standpunkte von Praktikern zu relativieren und nicht nur auf „persönliche Erfahrung“ oder „Intuition“ angewiesen zu sein (was immer man darunter verstehen mag). In diesem Sinne können Strategien und Ergebnisse der klinischen Forschung – neben der berufsbezogenen Selbsterfahrung/Selbstreflexion (vgl. zusammenfassend *Schmelzer* 1994a, 1996) – egozentrische Beurteilungsfehler reduzieren und die klinische Urteilsbildung von Beratern/Therapeuten optimieren helfen.

Dass Forschung nicht nur im Elfenbeinturm stattfindet, sondern bereits jetzt zu bedeutsamen Schlussfolgerungen/Strategien für die Praxis führen kann, zeigen wohl am besten die folgenden Beispiele (Tabelle 1):

Theorie	Grundbotschaft (verkürzt)	Praktische Schlussfolgerung
Selbsteffizienz („self-efficacy“: <i>Bandura</i> 1977)	Wenn Du überzeugt bist, etwas zu können, dann wirst Du es auch versuchen.	Gestalte die Beratung/Therapie so, dass sich Klienten (z.B. durch kleine, erfolgreich zu bewältigende Aufgaben) von

		ihrer eigenen Effektivität überzeugen können.
Motivation (z.B. Heckhausen, Gollwitzer & Weinert 1987; Heckhausen & Kuhl 1985)	Bereits die imaginative Beschäftigung mit potentiellen Zielvorstellungen erleichtert die Umsetzung von Vorsätzen in tatsächliches Handeln.	Lenke die Aufmerksamkeit von Klienten (z.B. mit Hilfe von Imaginationsübungen) auf mögliche erstrebenswerte Zielzustände.
Emotion (z.B. Frijda 1996; Greenberg & Safran 1987; Izard 1994 etc.)	Positive wie negative Emotionen haben (u.a.) hohe Bedeutung für das psychische Überleben sowie Hinweisfunktion für zentrale persönliche Bedürfnisse.	Vermeide blindes „Wegtherapieren“ von Emotionen (z.B. Ängsten), sondern kläre deren funktionale Bedeutung; helfe Klienten dabei, ihre zentralen Bedürfnisse (z.B. nach Schutz, Ruhe, Zuwendung etc.) im Alltag besser zu realisieren.
Problemlösen (z.B. D’Zurilla & Goldfried 1971)	Effektives Problemlösen verläuft nach folgenden Schritten: (1) Allgemeine Orientierung, (2) Definition des Problems, (3) Suche nach Alternativen, (4) Entscheidungsfindung, (5) Handlungsumsetzung, (6) Verifikation der Lösungen.	Befolge die Grundschrirte in der entsprechenden Reihenfolge.
Stressbewältigung durch aktives und passives „Coping“ (Lazarus & Folkman 1984)	Aktive, änderungsorientierte Bewältigungsschritte helfen bei prinzipiell veränderbaren „Problemen“; bei unabänderlichen „Tatsachen“ ist lediglich eine <i>emotionale Anpassung an die Situation</i> möglich.	Trenne „Probleme“ von „Tatsachen“ und wähle dementsprechend <i>aktives</i> oder <i>passives</i> „Coping“.
Vier zentrale Wirkfaktoren von Beratung/ Therapie	Übergreifende Elemente sind: (1) Aktive Hilfe zur Problembewältigung, (2) Klärungsarbeit, (3)	Auf Basis einer tragfähigen Beziehung sind sowohl aktive Bewältigungsschritte, klärende „Einsichten“, das Vermitteln

(Grawe 1994; Grawe, Donati & Bernauer 1994)	Problemaktualisierung/Prinzip der realen Erfahrung und (4) Ressourcenaktivierung.	neuer/korrektiver Lernerfahrungen als auch maximales Nutzen persönlicher Stärken entscheidend für den Erfolg.
---------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tabelle 1: Einige Beispiele für heuristische Anwendungsmöglichkeiten von Grundlagentheorien

Neben solchen Hinweisen zur optimalen Gestaltung des Beratungs-/Therapieprozesses, die größtenteils schon in das 7-Phasen-Modell „eingewoben“ sind (vgl. unten, Abschnitt 4), beinhaltet ein Arbeiten nach den Regeln der Zunft auch, sich mit den aktuellen Ergebnissen der Grundlagenforschung bezüglich folgender Aspekte vertraut zu machen:

- **Zentrale Grundlagen und institutionelle Rahmenbedingungen der jeweiligen Beratung/Therapie** (z.B. insbesondere im Hinblick auf die entsprechenden Spezialgebiete/Zuständigkeitsbereiche wie z.B. Erziehungsberatung, Ehe- und Partnerschaftsberatung, Schwangerschaftskonfliktberatung, AIDS-Beratung, Rehabilitation, schulpsychologische oder medizinische Beratung etc.)
- **„Störungsbilder“** (z.B. Entwicklungsauffälligkeiten, Sprachstörungen, Aggressionen, Depression, Ängste, Zwänge, Süchte/Abhängigkeiten, psychosomatische bzw. chronische Krankheiten, Schizophrenie etc.: vgl. dazu im Überblick z.B. *Petermann 1998; Reinecker 1998*)
- **Besonderheiten der jeweiligen Klientenpopulationen** (z.B. Kinder, Jugendliche, Paare, Familien, Frauen, Alleinerziehende, alte Menschen, Behinderte, Todkranke/Sterbende, Strafgefangene etc.)
- **Effektive (und ineffektive) Methoden** für bestimmte Ziele/Fragestellungen (z.B.: Für welche Zwecke haben sich welche Strategien in Forschung und Praxis als hilfreich erwiesen? Welche Grenzen gibt es? etc.).

Im Übrigen kann das Problemlöseraster des Selbstmanagement-Ansatzes auch bei der Auswahl relevanter Forschungsergebnisse helfen, indem sich der Berater selbst Fragen stellt wie z.B.:

Was ist genau mein Anliegen? Um welche Fragestellung/welches „Störungsbild“ geht es? Was möchte ich erreichen? Welche Gesichtspunkte sollte ich unter diagnostischen Aspekten besonders beachten? Welche Herangehensweisen haben sich laut Forschung und Praxiserfahrung als günstig herausgestellt bzw. welche sind ineffektiv? Wie/wo könnte ich mir auf ökonomische Weise einen aktuellen Überblick über relevante Befunde verschaffen? Welche Personen aus meinen

professionellen sozialen Netzwerken könnte ich „anzapfen“? Von welchen Themen lasse ich lieber „die Finger“ (weil sie z.B. meine derzeitigen Kompetenzen überschreiten)? Für welche Themen brauche ich Fortbildung, Supervision, Selbsterfahrung o.Ä.? usw.

4. Ein siebenphasiges Prozessmodell zur Strukturierung des Beratungs-/Therapiegeschehens

Das theoretische Gerüst für unser praktisches Vorgehen besteht aus sieben Phasen (vgl. *Kanfer et al.* 1996; S.133 ff.) mit Hilfe derer es möglich ist, die jeweils unterschiedliche, einzigartige Lebenssituation der Klienten so zu berücksichtigen, dass in jedem Einzelfall eine „maßgeschneiderte“ Beratung/Therapie entworfen werden kann. Es bietet außerdem die Chance, effektive Methoden aus *anderen* therapeutischen Schulrichtungen zielorientiert zu integrieren und sowohl *mehrdimensional* als auch *interdisziplinär* zu arbeiten. Es ist idealtypisch beschrieben und enthält heuristische Hinweise, wie sich ein Berater/Therapeut als „Navigator im System“ bewegen kann. Dabei besagt die innere Logik des Modells, dass immer dann zur nächsten Phase fortzuschreiten ist, wenn die Ziele der momentanen Stufe erreicht sind, bzw. dass zu früheren Phasen zurückgekehrt werden muss, falls bestimmte Schwerpunktziele nicht (mehr) erfüllt sind.

Die folgende Tabelle 2 gibt zunächst einen groben Überblick über alle Phasen:

Das 7-phasige Prozessmodell im Überblick

- 1.) Eingangsphase – Schaffung günstiger Ausgangsbedingungen
 - 2.) Aufbau von Änderungsmotivation und (vorläufige) Auswahl von Änderungsbereichen
 - 3.) Verhaltensanalyse: Problembeschreibung und Suche nach aufrechterhaltenden Bedingungen
 - 4.) Klären und Vereinbaren therapeutischer Ziele
 - 5.) Planung, Auswahl und Durchführung spezieller Methoden (als Mittel zum Ziel)
 - 6.) Evaluation der Fortschritte
 - 7.) Endphase – Erfolgsoptimierung und Abschluss der Beratung/Therapie
-

Tabelle 2

Mikro- und Makro-Ebene

Die nachfolgend beschriebenen 7 Phasen des Modells beziehen sich auf die sog. „*Mikro-Ebene*“ der Beratung/Therapie, d.h. auf die unmittelbaren Kontakte mit Klienten. Aber auch die sog. „*Makro-Ebene*“ (d.h. alle Ereignisse *vor- und nachher* sowie der gesamte

Kontext) ist von enormer Bedeutung: Neben der Tatsache, dass der „ganz normale Alltag“ und die Lebenswelt unserer Klienten den allgemeinen Rahmen vorgibt (eigentlich ist es ja ein Wunder, dass sich 1 Stunde Beratung/Therapie günstig auf die 167 restlichen Wochenstunden auswirken soll...), interessieren uns vor allem wichtige Ereignisse aus der Zeit vor einer Beratung. Positive/negative Vorerfahrungen, Resultate bisheriger Selbsthilferversuche, Berichte in Medien, Empfehlungen (oder „Warnungen“) von Bekannten etc. beeinflussen stark das Inanspruchnahmeverhalten und die Erwartungen unserer Klienten. Diese gilt es möglichst frühzeitig zu klären. Umgekehrt läuft unsere Arbeit immer mit dem Ziel einer möglichst günstigen Gestaltung der Lebenssituation von Klienten *nach Ende* der Beratung/Therapie und wird durch die Frage geleitet: „Wie gelingt es mir, mich für die Klienten möglichst bald wieder überflüssig zu machen?“

Auf der „Mikro-Ebene“ des Prozessmodells geht es in der **Phase 1** („Eingangsphase“) zunächst darum, günstige Bedingungen für den gesamten diagnostisch-therapeutischen Prozess herzustellen: Am bedeutsamsten ist hierbei der behutsame *Aufbau einer kooperativen Beratungsbeziehung* (Kontaktaufbau, Herstellen einer offenen, vertrauensvollen Atmosphäre, Empathie, Strukturieren der Rollen von Therapeut bzw. Klient; vgl. den Wirkfaktor „unterstützende therapeutische Beziehung“ bei Grawe 1994). Auf Grundlage der in Abschnitt 2 skizzierten allgemeinen Haltung des Beraters erfolgt *inhaltlich* ein erstes Sondieren von möglichen Anliegen/Themen/Problembereichen und insbesondere von Therapieerwartungen.

Das Klären der Klientenperspektiven, der Eingangsbeschwerden und -erwartungen ist als prozesshafter Ablauf zu verstehen, dessen Ergebnisse sich fortwährend verändern können. Neben explizit formulierten Beschwerden und Erwartungen sind auch implizite Botschaften zu beachten und Fragen zu beantworten wie z.B.: Wer definiert welche Probleme und Anliegen aus welcher Perspektive? Welche Rollen messen sich Klienten anfangs bei? Welche Personen sind für bestimmte Anliegen von Bedeutung? Wie sehen die Beziehungsmuster (Systemstrukturen und -grenzen) untereinander aus? Auf welche Weise wird der Berater/Therapeut in das System einbezogen? Welche positiven Anteile, Stärken und Ressourcen gibt es? Etc.

Umgekehrt werden Klienten über die wichtigsten organisatorischen Abläufe (z.B. Kostenregelung, Schweigepflicht) und über die Spielregeln, Möglichkeiten und Grenzen einer Beratung/Therapie informiert. Falls sich erst im persönlichen Kontakt herausstellen sollte, dass die Ratsuchenden bei anderen spezialisierten Kollegen oder Institutionen besser aufgehoben wären, kommt eine Weiterverweisung bzw. eine koordinierte Zusammenarbeit in Frage. Außerdem fallen Entscheidungen über optimale Hilfsangebote, über praxisnahe

Möglichkeiten der Dokumentation und Protokollierung sowie darüber, ob für bestimmte Fragestellungen noch verhaltensdiagnostische oder medizinische Abklärungen erforderlich sind.

In **Phase 2** stehen der „*Aufbau von Änderungsmotivation*“ und eine (vorläufige) „*Auswahl von Änderungsbereichen*“ im Mittelpunkt. Da es genaugenommen keine unmotivierten Klienten gibt (sie sind nur oft nicht für das motiviert, was wir als Berater von ihnen wünschen...), lautet die Frage besser: *Wofür* sind unsere Klienten derzeit motiviert bzw. könnten sie von uns motiviert werden?

Durch eine gezielte Aufmerksamkeitslenkung auf positive Ressourcen (Lutz 1996), alternative Betrachtungs- und Handlungsweisen und eine Beschäftigung mit konstruktiven Entwicklungsmöglichkeiten wird die zu Therapiebeginn häufig vorherrschende Mut- und Hoffnungslosigkeit durch eine realistisch-optimistische Haltung ersetzt (Wirkfaktor „Ressourcenaktivierung“ bei Grawe 1994). Diese ermöglicht es allen Beteiligten, sich in ersten Ansätzen mit Fragen zu beschäftigen, die sich auf Visionen, Zukunftsperspektiven und positive Anreize für Veränderungen beziehen wie z.B.: „Wie könnte die Situation denn anders – besser – sein?“, „Was stattdessen?“, „Wie müsste es werden, damit die Probleme *keine* 'Probleme' mehr darstellen?“ bzw. „Welche Talente und Interessen sind vorhanden, die eventuell in Zukunft noch besser genutzt werden könnten?“ (vgl. auch Michalak & Vielhaber 1996).

Neben der systematischen Exploration von *Änderungsmöglichkeiten* und dem „Träumen neuer Träume“ (z.B. in Form von „Was-wäre-wenn-Phantasien“) geht es auch um das Abklären von *Änderungsnotwendigkeiten*. Das können z.B. erforderliche Lebensumstellungen durch äußere Umstände, natürliche Schwellen- und Übergangssituationen oder Entwicklungsschritte im Lebenszyklus sein (vgl. z.B. Faltermaier, Mayring, Saup & Strehmel 1992; Kegan 1994; Petzold 1992 etc.). Außerdem fallen erste gemeinsame Entscheidungen über vorrangige Themenbereiche der Arbeit (z.B. zunächst Abklärung der Schulprobleme des Sohnes, dann Bearbeiten der Konflikte zwischen Eltern und Großeltern etc.), über realistische Ansatzpunkte (Arbeit an änderbaren Problemen, nicht an unabänderlichen Tatsachen!) und über die Konstellation der beteiligten Personen. Denn gerade bei komplexen Problemstellungen müssen notgedrungen bestimmte Themen zur „Figur“ und andere zum „Hintergrund“ werden.

Sobald eine gemeinsame Festlegung von Ansatzpunkten vollzogen ist, beginnt die **Phase 3** („*Verhaltensanalyse*“). Hier werden die sondierten Probleme nach Dringlichkeit geordnet, anhand typischer Beispielsituationen konkretisiert und dann nach verhaltensdiagnostischen Regeln auf ihre Bedingungen, Entstehungsgeschichte und

Zusammenhänge hin untersucht. Die „funktional-systemische“ Bedingungsanalyse stellt dabei ein Hilfsmittel dar, um problemrelevante Einflussfaktoren zu klären. Ihr Prinzip liegt darin, dass jedes Verhalten als *Resultat* zunächst noch unbekannter *Bedingungen* aufgefasst wird, die erst analysiert werden müssen, bevor an den „richtigen“ Stellen angesetzt werden kann.

Durch die konkrete Beschreibung *repräsentativer* Problemsituationen, den Vergleich mit Episoden, in denen die Probleme nicht oder stark reduziert auftreten, die Analyse von Entstehungsgeschichte, subjektiven Erklärungsmustern der Beteiligten und bisherigen (vergeblichen wie erfolgreichen) Lösungsversuchen werden insbesondere solche Bedingungsfaktoren herausgearbeitet, die bei der derzeitigen *Aufrechterhaltung* des Problems eine Rolle spielen. Günstig sind hierbei auch gezielte Maßnahmen zur Problemaktualisierung („Prinzip der realen Erfahrung“: Grawe 1994), die über Imagination, Rollenspiel, Symbolisierung einen sehr erlebnisnahen Zugang ermöglichen. Da zudem die jeweilige Perspektive immer den betreffenden Problemrahmen vorgibt, wird auch analysiert, welche subjektiven „Wirklichkeitskonstruktionen“ und „Lebensregeln“ eine Rolle spielen. Außerdem wird auch hier nochmals differenziert, ob uns Klienten (prinzipiell lösbare) „Probleme“ oder aber unabänderliche „Tatsachen“ präsentieren.

Auf *Systemebene* kommen Fragen hinzu wie z.B., ob bestimmte Probleme als Funktion von „Systemregeln“ zu verstehen sein könnten, ob ein System erst durch bestimmte Probleme „funktioniert“ bzw. ob *konfliktvolle* Systemregeln (durch Zugehörigkeit zu *verschiedenen* Systemen) von Bedeutung sind (vgl. auch Bartling et al. 1992).

Die Bedingungen von Problemen sind in der Regel multikausal verbunden und umfassen (1) individuelle, (2) systembezogene und (3) soziokulturell-ökonomische Einflussgrößen (Kontextfaktoren wie z.B. Schichtzugehörigkeit, materielle Basis, Ausbildung, Kultur etc.). Meist zeigt sich, dass eine Beratung/Therapie nicht an den „Anmeldungsgründen“, sondern in ganz anderen Bereichen (eben den *Bedingungen* der eingangs genannten Schwierigkeiten) ansetzen muss. Von den jeweiligen Zusammenhängen und interpersonellen „Verflechtungen“ hängt auch ab, *mit wem* letztlich gearbeitet wird.

Selbst bei guter Kenntnis der Problemzusammenhänge ist oft noch unklar, welche Ziele erreicht werden sollen. Dies wird in der **Phase 4** („*Klären und Vereinbaren therapeutischer Ziele*“) genauer herausgearbeitet. Natürlich können hier alle bisher bekannten Informationen hinsichtlich Erwartungen, Motivationsanreizen, Zukunftsträumen oder Zielideen wieder aufgegriffen und genutzt werden – jetzt allerdings unter Handlungsaspekten (Frage: Was ab jetzt mit Blick nach vorn wirklich?). Vielfach ist – z.B. bei familiären

Entwicklungskrisen (*Petzold* 1992) oder existentiellen Wendepunkten – eine grundlegende Neuorientierung und die eingehende Klärung von Zielen/Werten bis hin zur Frage nach dem „Sinn des Lebens“ erforderlich, so daß in manchen Fällen die gesamte Beratung/Therapie hier ihren Schwerpunkt nimmt (Wirkfaktor „Klärungsarbeit“ bei *Grawe* 1994). Dazu hat der Selbstmanagement-Ansatz eine Fülle von Anregungen zu bieten, die als „Ziel- und Wertklärung“ bezeichnet werden (*Kanfer et al.* 1996, S. 431 ff.; *Schmelzer* 1994b). Bei allen anderen Fällen, in denen man sich relativ schnell auf Ziele einigen kann, ist – unter Berücksichtigung der Grundregeln positiver, konkreter, schrittweiser und realistischer Zielsetzung (Stichwort: Ziele statt Utopien!) – ein rascher Übergang zur nächsten Phase möglich.

In **Phase 5** („Planung, Auswahl und Durchführung spezieller Methoden“) wird gemeinsam an die Planung und Umsetzung konkreter Maßnahmen herangegangen (Wirkfaktor „Problembewältigungsschritte“ bei *Grawe* 1994). Diese werden als „Mittel zum Ziel“ aufgefasst und nach Möglichkeit im natürlichen Umfeld (Familie, Kindergarten, Schule) platziert, d.h. alle Problemstellungen werden primär dort angegangen, wo sie auftreten. Im Wesentlichen variieren Interventionen auf folgenden 3 Ebenen: (1) Kooperative vs. auferlegte Maßnahmen, (2) Interventionen bei/mit/von wem? und (3) Realisieren der optimalen Hilfeform. *Inhaltlich* kommen vor allem solche Methoden zur Anwendung, deren Effektivität für bestimmte Zwecke bereits empirisch geprüft und nachgewiesen wurde (vgl. sog. „Standardmethoden“: *Fliegel, Groeger, Künzel, Schulte & Sorgatz* 1994; *Linden & Hautzinger* 1996; *Reinecker et al.* 1998 etc.). Daneben ist es auch möglich, andere Methoden einzubeziehen (selbst wenn diese ursprünglich in anderen Bezugssystemen entwickelt wurden) oder kreative neue Lösungen zu konstruieren. Sie müssen nur für die betreffende Person, Situation und Aufgabenstellung „passen“ und zudem bei der praktischen Umsetzung daraufhin geprüft werden, ob sie *tatsächlich* zu einer Zielerreichung/-annäherung führen (siehe nächste Phase).

Falls die Maßnahmen nur in der künstlichen Beratungs-/Therapiesituation (in Form von Rollenspielen, direkten Fördermaßnahmen etc.) zum Einsatz kommen, wird immer darauf geachtet, dass die nötige *Generalisierung* auf die Realsituation „draußen“ erfolgt (vgl. auch Phase 7). Dazu gehören auch die gemeinsam entwickelten kleinen Aufgaben und „Hausaufgaben“ für den Alltag der Beteiligten, die für unser Vorgehen typisch sind. Schrittweises Vorgehen („Salami-Taktik“) erleichtert nicht nur die wohlportionierte Annäherung an größere Ziele, sondern auch – durch Erfolg bei der Handlungsumsetzung – den Aufbau von Selbsteffizienz im Sinne *Banduras* (1977).

Da therapeutische Schritte nicht „automatisch“ positive Wirkungen erbringen, wird in jedem Einzelfall geprüft, ob die in Phase 4 vereinbarten Ziele mit Hilfe der Maßnahmen tatsächlich erreicht werden („Kontrollierte Praxis“: *Petermann 1992*). Dies ist Schwerpunkt der **Phase 6** („*Evaluation von Fortschritten*“). Neben der *Gesamtevaluation* (durch Vergleiche vorher/nachher), die auch der Dokumentation und Qualitätssicherung dient, wird eine *kontinuierliche Begleitevaluation* aller Schritte vorgenommen. Im Idealfall kommt es dadurch im Beratungsverlauf zu einem „ergebnisorientierten Optimieren“, d.h. die jeweils weiteren Schritte werden in Abhängigkeit von der tatsächlichen Entwicklung geplant und umgesetzt. Im Erfolgsfall wird der eingeschlagene Weg weitergegangen, während bei Misserfolg/Teilerfolg meist die ein oder andere bereits durchlaufene Phase nochmals bearbeitet werden muss. Auch in die Beurteilung von Fortschritten sind unsere Klienten stets aktiv mit einbezogen, oft mit Hilfe aktueller Fragebögen oder Selbstbeobachtungsraster für das Registrieren der Entwicklung in bestimmten Bereichen.

In der **Phase 7** („*Endphase – Erfolgsoptimierung und Abschluss der Therapie*“) werden Vorkehrungen getroffen, damit die bislang erzielten Veränderungen (a) weiter stabil bleiben und zu neuen Gewohnheiten werden und (b) sich erfolgreich auf das natürliche Lebensumfeld übertragen lassen. Wir lassen dazu manches nochmals rekapitulieren und aus der erfolgreichen Bewältigung Regeln für zukünftiges Handeln bzw. präventive Strategien für mögliche künftige Risikosituationen ableiten. Spätestens in dieser Phase lernen Klienten/Familien somit auch, wie man *prinzipiell* besser mit Problemen umgehen bzw. eigene Ressourcen noch effektiver nutzen kann. Falls bei sehr komplexen Fällen noch andere Bereiche auf eine Bearbeitung warten, wird erneut in das Phasenmodell eingetreten (meist in Phase 3).

Schließlich steht hier noch die Ablösung der Klienten von der Beratung/Therapie an (meist über ein allmähliches „Ausblenden“ der Kontakte und eine Steigerung der Klientenaktivitäten bei gleichzeitiger „Rücknahme“ des Beraters). In der allerletzten Sitzung bitten wir die Klienten zudem um eine retrospektive Einschätzung der Abläufe bzw. um „Feedback“ über unsere Art der Beratung/Therapie und geben umgekehrt unsere eigene diesbezügliche Einschätzung kund. Etwa 1/2 bis 1 Jahr nach Ende der Kontakte führen wir eine Nachbefragung („*Katamnese*“) durch.

Mit diesem 7-Phasen-Modell wurde in groben Zügen das prinzipielle Vorgehen bei intensiveren *beraterisch-therapeutischen* Aufgabenstellungen skizziert, das in der Regel als *systematischer Klärungs-, Bewältigungs- und Veränderungsprozess* abläuft mit dem Ziel, bestimmte Kompetenzen auf- und Hindernisse abzubauen. Für einen

solchen Vorgang des (Um- oder Neu-)Lernens ist natürlich gewisse Zeit nötig, vor allem, weil viele Interventionen auf ein „entdeckendes Lernen“ oder „learning by doing“ ausgerichtet sind. Aber auch für sog. „Kurzberatungen“ kann das obige Phasenmodell Orientierungshilfen bieten; es wird dann sozusagen im „Schnelldurchgang“ durchlaufen, wobei viele Elemente des selbstentdeckenden Lernens wegfallen müssen.

Variationen und Modifikationen des Modells. Das obige Modell stellt lediglich ein Grundgerüst für Beratung/Therapie dar und muss, je nach Arbeitsfeld, Aufgabenstellung, Setting oder betreutem Personenkreis variiert/modifiziert bzw. durch zusätzliche Elemente ergänzt werden. Beispielhaft folgen einige schlagwortartige Hinweise:

Im Bereich *Erziehungsberatung* sollten z.B. spezielle Kenntnisse der Entwicklungspsychologie und Entwicklungspsychopathologie, systemisches Denken und Fähigkeiten zum generellen Umgang mit Kindern, Jugendlichen und Familien einbezogen werden (vgl. auch *Schmelzer & Trips 1996*). Für *Ehe- und Partnerschaftsberatung* sind u.a. die Themen Paardynamik, Sexualität, Nähe/Distanz-Regulierung, Umgang mit persönlichen Freiheiten, Trennung/Scheidung oder Mediation von Bedeutung.

In der *Erwachsenenberatung* kann u.a. die Entwicklungspsychologie über die Lebensspanne hilfreich sein, um abzuschätzen, in welcher Entwicklungsphase (mit welchen „natürlichen Entwicklungsaufgaben“: *Kegan 1994*) sich eine Person befindet.

Im *stationären* Rahmen (vgl. *Zielke & Sturm 1994*) können viele Ziele des Modells in die „Setting“-Gestaltung integriert werden. Allerdings ist bei begrenzter Aufenthaltsdauer oft nur ein *Teil* der Phasen umsetzbar; evtl. muss man sich damit bescheiden, in den 3 bis 6 zur Verfügung stehenden Wochen „nur“ Motivation für eine ambulante Anschlussbehandlung aufgebaut zu haben, was die Notwendigkeit einer guten „Verzahnung“ von ambulanten und stationären Betreuungseinrichtungen (vorher/nachher) verdeutlicht. Bei einer begründeten stationären *Langzeitunterbringung* sind möglicherweise ganz andere Ziele im Vordergrund als eine Anleitung zur persönlichen Veränderung (z.B. Lebensbegleitung von körperlich oder geistig behinderten Menschen, Dauerbetreuung von psychotischen Personen, Heimeinweisung von schwer erziehbaren Kindern/Jugendlichen etc.,).

Auch bei „klassischer“ *Sozialarbeit* geht es oft um andere Themen (z.B. alltägliche Hilfestellung, finanzielle Unterstützung, Krisenintervention oder Ausübung sozialer Kontrolle = Sanktionen zum Schutz anderer Personen).

Bei *Gruppen* kommen natürlich system- und gruppensystemische Prozesse dazu, bei *Praxisberatung* anderer psychosozialer Berufe spezielle arbeitsfeldtypische Kenntnisse sowie pädagogisch-

didaktische Fertigkeiten des optimalen Lehrens und Lernens. Dass es für uns selbstverständlich ist, neueste Erkenntnisse, Erfahrungen und Forschungsergebnisse bezüglich der jeweiligen Arbeitsfelder in die Praxis einzubeziehen, wurde bereits in Abschnitt 3 thematisiert.

Grenzen des Modells

Kein Ansatz kann *alle* psychosozialen Aufgaben erfüllen. Auch unser Selbstmanagement-Modell hat Grenzen, die sich grob in drei Bereiche gruppieren lassen:

a) Fehlende Grundvoraussetzungen wie z.B. Freiwilligkeit der Inanspruchnahme, gewisse Minimalfertigkeiten zur verbalen Kommunikation und zu sozialen Interaktionen oder Akzeptanz der Oberziele „Autonomie“ und „Selbstverantwortung“.

b) Notwendige andere Formen der Betreuung: Krisenintervention, soziale oder juristische Kontrollmaßnahmen bei Fremd- oder Selbstgefährdung (Heimeinweisung, Sicherheitsverwahrung, Zwangseinweisung etc.), Sterbebegleitung o.ä. machen ein Vorgehen mit anderen Zielen nach anderen „Spielregeln“ erforderlich. Statt einer behutsamen Anleitung zu Selbstregulation, Problemlösen oder Veränderung muss dann z.B. auf schnelles, aktives Eingreifen, Fremdkontrolle oder emotionale Begleitung „umgeschaltet“ werden. Falls andere Personen/Berufsgruppen für bestimmte Zwecke bessere Dienste anbieten, ist eine Weiterverweisung sinnvoll (z.B. an Rechtsanwälte, Pfarrer, Sozialarbeiter oder Behörden).

c) Grenzen jedweder Beratung/Therapie: In vielen Fällen müssen wir genauso wie unsere Klienten akzeptieren, dass mit unserer Hilfe weder „Tatsachen“ geändert noch Utopien erreicht werden können. Selbstkritisch anerkennen wir auch, dass nicht alle Situationen, die im Alltag subjektiven Stress, Ambivalenzen oder Belastungen mit sich bringen, notwendigerweise zur Inanspruchnahme einer Beratung/Therapie führen müssen. Und schließlich sollten *kollektive* Missstände in einer Gesellschaft (z.B. Wohnungsnot, Arbeitslosigkeit, Gewalt etc.) zu *sozialpolitischen* Lösungen, nicht aber zur individuellen Therapeutisierung Anlass geben.

Insgesamt müssen sich alle Hilfeversuche im Rahmen ethisch-berufständischer Richtlinien sowie der jeweils geltenden Rechtslage bewegen und können auch physikalisch-biologische Gesetzmäßigkeiten nicht außer Kraft setzen. Und auch mit psychologischen Mitteln ist nicht beliebig zu „zaubern“, wie manche gerne glauben machen: So können wir z.B. mit noch so ausgefeilten Motivationsversuchen andere Menschen nicht zu ihrem Glück zwingen. Wir sind allenfalls in der Lage, auf der Basis von Motivationstheorien *Anstöße* zu geben, oder wie Frederick *Kanfer* es gerne ausdrückt: „Wir können das Pferd zum Wasser führen, aber *trinken* muss es *selbst*...“. Somit ist bei allen

Bemühungen um eine optimale Hilfe für unsere Klienten ein gewisses Maß an Demut und Bescheidenheit zu berücksichtigen und zudem darauf hinzuweisen, dass es bei uns Beratern/Therapeuten, neben fachlichen, auch *persönliche* Grenzen und „Achillesfersen“ gibt.

5. Allgemeine Selbstmanagement-Fertigkeiten

Für ein Leben in Autonomie und Selbstverantwortung sind bestimmte „Prozessfertigkeiten“ notwendig, wie sie *Kanfer* (1970, 1987 etc.) in seinem Selbstregulationsmodell beschrieben hat. Beratung/Therapie zielt aus dieser Sicht nicht nur auf das Beseitigen spezifischer „Störungen“, sondern auch auf das *Vermitteln allgemeiner Kompetenzen zur Selbstregulation*. Einige davon sind – bezogen auf die übergeordneten Kategorien (1) Selbstbeobachtung, (2) Selbstbewertung und (3) Selbstkonsequenz – in der folgenden Tabelle 3 enthalten:

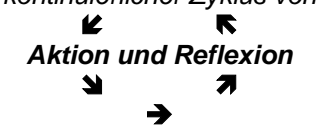
Selbstregulationsmodell (<i>Kanfer</i> 1970, 1987)	Wichtige Aspekte (Bsp.)	Voraussetzungen (Bsp.)
1. Selbstbeobachtung	<ul style="list-style-type: none"> • Beobachten was IST • Selbstfokussierung • Selbstreflexion 	Sensibilität; exakte Wahrnehmung; Offenheit für externes Feedback; Orientierung an beobachtbaren Kriterien etc.
2. Selbstbewertung	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluation; • Vergleich mit Referenz-Standards (SOLL) 	Ziel- und Wertklärung; Zielsetzung; persönliche vs. soziale Normen etc.
3. Selbstkonsequenz <i>insgesamt:</i> <i>kontinuierlicher Zyklus von</i>  Aktion und Reflexion	<ul style="list-style-type: none"> • positive und negative Verstärkung/Selbstverstärkung; • emotionale (Un-)Zufriedenheit; • ergebnisabhängige Ableitung weiterer Schritte („STOP: Problemlösen“ vs. „Weiter so!“) 	Fähigkeit zur Nutzung von „Feedback“; „Feedforward“-Steuerung (Erwartungsbildung und Antizipation); aktive und emotionale Bewältigungsschritte („Coping“) etc.

Tabelle 3

Andere Fähigkeiten zum „Selbstmanagement“ – manche würden sie als „*Grundfertigkeiten des Lebens*“ bezeichnen ... – lernen Klienten oft ganz „nebenbei“ im Verlauf ihrer Beratungstermine oder entdecken sie (wieder) als längst vorhandene, aber bislang zu wenig genutzte persönliche Stärken. Dazu gehören z.B. (vgl. auch *Kanfer et al.* 1996, S.411 ff.; *Kanfer & Gaelick-Buys* 1991):

- Soziale, interpersonale und kommunikative Fähigkeiten (sog. „social skills“)
- Effektives problemlösendes Handeln (z.B. aktive Stressbewältigung, Erkennen von Risikosituationen, Aufmerksamkeitslenkung auf Wesentliches, Unterbrechen dysfunktionaler Gewohnheiten, Suche nach Alternativen, zielorientiertes Planen und Handeln, ergebnisorientierte Steuerung etc.)
- Ziel- und Wertklärung (inkl. Beschäftigung mit „Sinn“-Fragen) und entsprechende Zielsetzungen für das eigene Leben
- Selbstmotivation (z.B. durch „sinnvolle“ Lebensziele, Anreize, schrittweise/erfolgsabhängige Selbstverstärkung etc.)
- Sich um das eigene Wohlergehen kümmern („self-care“: z.B. mittels Entspannung, Genuss und Genießen, körperliche Fitness, gesundheitsbewusstes Alltagshandeln)
- Entdecken und Würdigen eigener positiver Seiten (persönliche Stärken und alltägliche Ressourcen)
- Umgang mit neuen Herausforderungen (z.B. Ängste überwinden, neugierig werden, begrenzte Risiken eingehen, unerwartete Situationen handhaben können etc.)
- Selbststeuerung durch konstruktive Selbstinstruktionen (im Sinne der 6 Denkgelten: Verhaltensnah, lösungsorientiert, positiv, in kleinen Schritten, flexibel und zukunftsbezogen denken und handeln)
- Realitätstestung eigener Hypothesen über die „Welt“ (Prüfung persönlicher Überzeugungen durch reales Handeln inkl. Nutzung eigener Freiheiten und Einflussmöglichkeiten = „internal locus of control“: *Rotter 1966*)
etc.

Insgesamt ist „Selbstmanagement“ durch einen *kontinuierlichen Zyklus von Aktion und Reflexion* gekennzeichnet, dessen jeweilige Ergebnisse/Erfahrungen im Erfolgsfall zu wachsender Selbsteffizienz („self-efficacy“: *Bandura 1977*) beitragen. Ich möchte es dahingestellt sein lassen, ob zum Erlernen solcher „Fähigkeiten des Lebens“ immer Beratung oder Therapie notwendig ist. Mein Standpunkt lautet eher, das Gesellschaftsleben insgesamt mehr von psychologisch fundiertem Wissen durchdringen zu lassen. Statt einer ausschließlichen Konzentration auf Hilfe durch Beratung/Therapie wäre es daher wünschenswert, viele der oben skizzierten Kompetenzen auch in Lernfeldern des Alltags (z.B. in Familie, Kindergarten, Schule etc.) erwerben zu können. Wo dies versäumt wird, muss zwangsläufig eine Art „Nachschulung“ vollzogen werden.

Berater und Therapeuten sollten bezüglich der obigen Aspekte natürlich mit gutem Beispiel vorangehen und mit ihrer eigenen Philosophie in Einklang stehen („practice what you preach!“). Einige

weitere Leitlinien der praktischen Arbeit hat *Kanfer* in seinen „11 Gesetzen der Beratung/Therapie“ prägnant zusammengefasst (Tabelle 4):

Kanfers 11 Gesetze der Beratung/Therapie

1. Verlange niemals von Klienten, gegen ihre eigenen Interessen zu handeln.
2. Arbeite zukunftsorientiert, suche nach konkreten Lösungen und richte die Aufmerksamkeit auf die Stärken von Klienten.
3. Spiele nicht den „Lieben Gott“, indem Du Verantwortung für das Leben von Klienten übernimmst.
4. Säge nicht den Ast ab, auf dem die Klienten sitzen, bevor Du ihnen geholfen hast, eine Leiter zu bauen, auf der sie herabsteigen können.
5. Klienten haben immer recht.
6. Bevor Du ein problematisches Verhalten nicht konkret vor Augen hast, weißt Du nicht, worum es eigentlich geht.
7. Du kannst nur mit Klienten arbeiten, die anwesend sind.
8. Peile kleine, machbare Fortschritte von Woche zu Woche an und hüte Dich vor utopischen Fernzielen.
9. Bedenke, daß die Informationsverarbeitungskapazität von Menschen begrenzt ist.
10. Wenn Du in der Beratungs-/Therapiestunde härter arbeitest als Deine Klienten, machst Du etwas falsch.
11. Spare nicht mit Anerkennung für die Fortschritte von Klienten.

Tabelle 4: Kanfers 11 Gesetze der Beratung (ausführlicher in *Kanfer et al.* 1996, S. 553–555)

Schluss

Der Selbstmanagement-Ansatz bietet mit seinen Grundannahmen und praktischen Vorgehensweisen ein hilfreiches Rahmenkonzept für Beratung/Therapie (vgl. auch *Borg-Laufs* 1995; *Lieb* 1996 etc.). Einige seiner Hauptvorteile sind (1) systematische Unterstützung der Autonomie von Personen durch das Vermitteln notwendiger Kompetenzen und eine Förderung von Veränderungsprozessen, (2) ständige Mitbeteiligung der Klienten unter Berücksichtigung ihrer momentanen Fähigkeiten, Ziele und Interessen, dadurch (3) hohe Motivation zu Eigeninitiative und Mitarbeit, (4) Erleichterung von Generalisierung und Transfer durch ein alltagsnahes, „lebensweltorientiertes“ Arbeiten, sowie (5) enge Verbindung von empirischer Grundlagenforschung und beraterisch-therapeutischer Praxis. Dabei kann von

einem *schulenübergreifenden, methodenoffenen und integrativem Modell* gesprochen werden. *Einzelne* seiner Elemente sind sicherlich auch in anderen Ansätzen zu finden; für den Selbstmanagement-Ansatz ist jedoch das Gesamtgefüge von theoretischen Annahmen und praktischen Strategien charakteristisch, wie es hier dargelegt wurde.

Abschließend sei trotz allem Optimismus noch ein skeptischer Nachgedanke erlaubt: Angesichts postmoderner Zeitgeistströmungen (z.B. Autoritätsverlust traditioneller Instanzen, Zerfall sozialer Bindungen, wachsende Orientierungslosigkeit bei gleichzeitig inflationären Sinnfindungs-Angeboten, Notwendigkeit des Bastelns einer sog. „Patchwork-Identität“ etc.) erhalten Beratungs- und Therapieformen mit dem Ziel „Hilfe zur Selbsthilfe“ natürlich zunehmend Konkurrenz von Anbietern, die eher der „Lebensstilindustrie“ zuzurechnen sind, Psychotherapie mit der „Macht der Verheißung“ (vgl. *Zaepfel & Metzmacher* 1996) oder mit der kommerziellen Ausbeutung menschlicher Sehnsüchte verbinden und simple Lösungen für komplizierte menschliche Fragen verkaufen. Auch von der Nachfrageseite her könnte es als vermeintlich leichterer Weg erscheinen, sich bei irrationalen, esoterischen Heilsbringern genormte „Selbstverwirklichung“ zu holen (vgl. *Kaminer* 1993), auf bunte, schrille, glitzernde Versprechungen von mühelosem Glück zu reagieren oder mystischen, guruhaft vorgebrachten Psycho-Heilslehren zu folgen (vgl. z.B. *Goldner* 1997). Dann geht es primär um apostolische Verkündigung neuer Wahrheiten, Religionsersatz, spirituelle Erfahrungen, „inszenierte Solidarität“ (*Rauschenbach* 1994), Animation und psychologisch angehauchte Freizeitgestaltung nach erlebnisrationalen Maßstäben („effektiv ist, was mir gute Gefühle verschafft“). Dass auf diese Weise meist ein perfektes „Utopie-Syndrom“ (*Watzlawick, Weakland & Fisch* 1979, S.69 ff.) entsteht, welches Personen in eine nie befriedigbare Bedürfnisspirale führt, dürfte ganz im Sinne solcher Veranstalter sein. Der gesamtgesellschaftliche Trend hin zu einer „Dienstleistungsgesellschaft“ verstärkt diese Tendenzen, weil sich Anbieter zwangsläufig einen Markt (mit Patienten) schaffen und erhalten müssen. Indem sie Alltagsmenschen aber als inkompetent, hilflos und chronisch therapiebedürftig erscheinen lassen, untergraben sie deren Eigeninitiative und tun genau das Gegenteil dessen, was wir mit dem Ziel „Sich-überflüssig-machen“ skizziert haben. Ob sich auf diesem Markt künftig Beratungs- und Therapieformen nach Art des „Selbstmanagement-Modells“ behaupten können, die auch die Grenzen von persönlicher sowie beraterisch-therapeutischer Einflussnahme betonen, Änderungen als möglich (aber mit Mühen verbunden!) thematisieren, und Menschen bei der Bewältigung mancher Lebensanforderungen *assistieren, ohne* ihnen die Probleme *abzunehmen*, wird die Zukunft zeigen.

(Der Autor dankt Dipl.-Psych. *Michael Trips* für die kritische Lektüre einer früheren Manuskriptversion und wichtige Anregungen, die in die vorliegende Endfassung eingeflossen sind.)

Zusammenfassung

In diesem Artikel werden wichtige Aspekte des sog. „Selbstmanagement“-Konzepts (*Kanfer, Reinecker & Schmelzer 1996*) präsentiert, das sich als übergeordnetes Rahmenmodell für Beratung und Therapie verstehen läßt. Nach einigen (1) Grundannahmen des Modells und deren Implikationen für die Praxis wird die (2) generelle Haltung des Beraters/Therapeuten beschrieben und anschließend für eine (3) enge Verbindung zur empirisch-wissenschaftlichen Grundlagenforschung plädiert. Als zentrales Kapitel folgt ein (4) siebenphasiges Prozessmodell zur Strukturierung des Beratungs-/Therapiegeschehens, bevor eine (5) Übersicht allgemeiner Selbstmanagement-Fertigkeiten den Beitrag beschließt.

Abstract

This article presents some important features of the „self-management“ approach (*Kanfer, Reinecker & Schmelzer 1996*), which may be used as a meta model for counseling and therapy. It comprises the sections (1) basic assumptions of the model and implications for practice, (2) typical attitude/style of the counselor/therapist, (3) close links with empirical research, (4) a seven phases model for guiding the process of counseling/therapy, and (5) some general self-management skills.

Literatur

- Bandura, A. (1977), Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change, in: *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bartling, G., Echelmeyer, L., Engberding, M. & Krause, R. (1992), Problemanalyse im therapeutischen Prozeß. Leitfaden für die Praxis (3.Aufl.), Kohlhammer, Stuttgart.
- Borg-Laufs, M. (1995), Von der Verhaltenstherapie zur allgemeinen Psychotherapie, in: *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 27(3), 405-418.
- Dörner, D. (1989), *Die Logik des Mißlingens*, Rowohlt, Reinbek.
- D'Zurilla T. J. & Goldfried, M. R. (1971), Problem solving and behavior modification, in: *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
- Engberding, M. (1996), Problemlösen – Ein Orientierungsmodell für Analyse und Therapie psychischer Störungen, in: F. Caspar (Hrsg.), *Psychotherapeutische Problemanalyse* (S.87-131), DGVT, Tübingen.
- Faltermaier, T., Mayring, P., Saup, W. & Strehmel, P. (1992), *Entwicklungspsychologie des Erwachsenenalters*, Kohlhammer-Urban, Stuttgart.
- Fliegel, S., Groeger, W. M., Künzel, R., Schulte, D. & Sorgatz, H. (1994), *Verhaltenstherapeutische Standardmethoden. Ein Übungsbuch* (3.Aufl.), Psychologie Verlags Union, München.
- Frijda, N. H. (1996), Die Gesetze der Emotionen, in: *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 42, 205-221.
- Goldner, C. (1997), *Psycho. Therapien zwischen Seriosität und Scharlatanerie*, Patach, Augsburg.
- Grawe, K. (1992), Komplementäre Beziehungsgestaltung als Mittel zur Herstellung einer guten Therapiebeziehung, in: J. Margraf & J. C. Brengelmann (Hrsg.), *Die*

- Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie (S.215-244), Röttger, München.
- Grawe, K. (1994), Psychotherapie ohne Grenzen. Von den Therapieschulen zur Allgemeinen Psychotherapie, in: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 26(3), 357-370.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994), Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession, Hogrefe, Göttingen.
- Greenberg, L. S. & Safran, J. D. (1987), Emotion in psychotherapy. Affect, cognition, and the process of change, Guilford, New York.
- Harter, S. (1982), A developmental perspective on some parameters of self-regulation in children, in: P. Karoly & F. H. Kanfer (Eds.), Self-management and behavior change (pp.165-204), Pergamon, New York.
- Heckhausen, H., Gollwitzer, P. M. & Weinert, F. E. (Hrsg.).(1987), Jenseits des Rubikon: Der Wille in den Humanwissenschaften, Springer, Berlin.
- Heckhausen, H. & Kuhl, J. (1985), From wishes to action. The dead ends and short cuts on the long way to action, in: M. Frese & J. Sabini (Eds.), Goal-directed behavior: The concept of action in psychology (pp.134-159), Lawrence Erlbaum, Hillsdale (NJ).
- Hundsatz, A. (1997), Erziehungsberatung als Einrichtung der Grundversorgung: Zum Selbstverständnis der Erziehungsberatung in der Jugendhilfe, in: Landesarbeitsgemeinschaft für Erziehungs-, Jugend- und Familienberatung Bayern e.V. (Hrsg.), Mitteilungen Dezember 1997, S.22-34.
- Izard, C. E. (1994), Die Emotionen des Menschen (3.Aufl.), Psychologie Verlags Union, Weinheim.
- Kaminer, W. (1993), Ich bin k.o., du bist k.o. Das Geschäft mit der Selbstverwirklichung, Knaur, München.
- Kanfer, F. H. (1998), Selbstmanagement-Therapie, in: S. K. D. Sulz (Hrsg.), Die Kurztherapien: Wege in die Zukunft der Psychotherapie, CIP-Medien, München.
- Kanfer, F. H. & Gaelick-Buys, L. (1991), Self-management methods, in: F. H. Kanfer & A. P. Goldstein (Eds.), Helping people change (4th ed.; pp.305-360), Pergamon, New York.
- Kanfer, F. H. & Grimm, L. G. (1980), Managing clinical change: A process model of therapy, in: Behavior Modification, 4, 419-444.
- Kanfer, F. H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (1996), Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis (2.Aufl.), Springer, Berlin (Erstauflage 1991).
- Kanfer, F. H. & Schefft, B. K. (1988), Guiding the process of therapeutic change, Research Press, Champaign (IL).
- Kegan, R. (1994), Die Entwicklungsstufen des Selbst. Fortschritte und Krisen im menschlichen Leben (3.Aufl.), Kindt, München.
- Laireiter, A.-R. & Vogel, H. (Hrsg.).(1998), Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung, DGVT, Tübingen.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984), Stress, appraisal, and coping, Springer, New York.

- Lieb, H. (1996), Selbstorganisation und Selbstmanagement aus verhaltenstherapeutischer und systemtherapeutischer Sicht, in: H. Reinecker & D. Schmelzer (Hrsg.), Verhaltenstherapie, Selbstregulation, Selbstmanagement (S.83-105), Hogrefe, Göttingen.
- Linden, M. & Hautzinger, M. (Hrsg.).(1996), Verhaltenstherapie (2.Aufl.), Springer, Berlin.
- Lutz, R. (1996), Exploration positiver Eigenschaften – ein Beitrag zum verhaltensdiagnostischen Interview, in: H. Reinecker & D. Schmelzer (Hrsg.), Verhaltenstherapie, Selbstregulation, Selbstmanagement (S.185-198), Hogrefe, Göttingen.
- Maslach, C. (1982), Burnout – the cost of caring, Prentice-Hall, Englewood Cliffs (NJ).
- Michalak, U. & Vielhaber, N. (1996), Ansatzpunkte und Strategien zur Förderung von Veränderungsmotivation, in: H. Reinecker & D. Schmelzer (Hrsg.), Verhaltenstherapie, Selbstregulation, Selbstmanagement (S.145-164), Hogrefe, Göttingen.
- Miller, G. A. (1969), Psychology as a means of promoting human welfare, in: American Psychologist, 24, 1063-1075.
- Orlinsky, D. E. (1994), Research-based knowledge as the emergent foundation for clinical practice in psychotherapy, in: P. F. Talley, H. H. Strupp & S. F. Butler (Eds.), Psychotherapy research and practice. Bridging the gap (pp.99-123), Basic Books, New York.
- Paulus, P. (1994), Selbstverwirklichung und psychische Gesundheit, Hogrefe, Göttingen.
- Petermann, F. (1992), Einzelfalldiagnose und klinische Praxis (2.Aufl.), Quintessenz, Berlin.
- Petermann, F. (Hrsg.).(1998), Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie. Modelle psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter (3.Aufl.), Hogrefe, Göttingen.
- Petzold, M. (1992), Familienentwicklungspsychologie. Einführung und Überblick, Quintessenz, München.
- Rauschenbach, T. (1994), Inszenierte Solidarität: Soziale Arbeit in der Risikogesellschaft, in U. Beck & E. Beck-Gernsheim (Hrsg.), Riskante Freiheiten, Suhrkamp, Frankfurt/Main.
- Reinecker, H. (Hrsg.).(1998), Lehrbuch der Klinischen Psychologie. Modelle psychischer Störungen (3.Aufl.), Hogrefe, Göttingen.
- Reinecker, H. (unter Mitarbeit von U. Ehlert, D. Schulte, H. Sorgatz & H. Vogel).(1998), Lehrbuch der Verhaltenstherapie, DGVT, Tübingen.
- Rotter, J. B. (1966), Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement, in: Psychological Monographs, 80, whole No. 609.
- Schlippe, A. von & Schweitzer, J. (1996), Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
- Schmelzer, D. (1994a), Zur Bedeutung von „Selbsterfahrung“, „Selbstreflexion“ und „Selbstmodifikation“ in der Ausbildung von Verhaltenstherapeuten, in: R. Frühmann & H. Petzold (Hrsg.), Lehrjahre der Seele – Lehranalyse, Selbsterfahrung, Eigentherapie in den psychotherapeutischen Schulen (S.257-301), Junfermann, Paderborn.

- Schmelzer, D. (1994b), Ziel- und Wertklärung – ein zentraler Prozeß der Selbstmanagement-Therapie, in: Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.), Therapieziele im Wandel? (S.79-93), Neuland, Geesthacht.
- Schmelzer, D. (1996), Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie: Grunderfordernis, Luxus oder notwendiges Übel? In: M. Bruch & N. Hoffmann (Hrsg.), Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie? (S.125-194), Springer, Berlin.
- Schmelzer, D. (1997), Verhaltenstherapeutische Supervision: Theorie und Praxis, Hogrefe, Göttingen.
- Schmelzer, D. & Trips, M. (1996), Der Selbstmanagement-Ansatz als grundlegendes Arbeitsmodell einer Erziehungsberatungsstelle, in: H. Reinecker & D. Schmelzer (Hrsg.), Verhaltenstherapie, Selbstregulation, Selbstmanagement (S.379-404), Hogrefe, Göttingen.
- Shazer, S. de (1989), Wege der erfolgreichen Kurztherapie, Klett-Cotta, Stuttgart.
- Stark, W. (1996), Empowerment. Neue Handlungskompetenzen in der psychosozialen Praxis, Lambertus, Freiburg/Br.
- Walter, J. L. & Peller, J. E. (1995), Lösungsorientierte Kurztherapie (2.Aufl.), Verlag modernes lernen, Dortmund.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H. & Jackson, D. D. (1969), Menschliche Kommunikation, Huber, Bern.
- Watzlawick, P., Weakland, J. H. & Fisch, R. (1979), Lösungen. Zur Therapie und Praxis menschlichen Wandels (2.Aufl.), Huber, Bern.
- Westmeyer, H. (1979), Die rationale Rekonstruktion einiger Aspekte psychologischer Praxis, in: H. Albert & K. H. Stapf (Hrsg.), Theorie und Erfahrung. Beiträge zur Grundlagenproblematik in den Sozialwissenschaften (S.139-162), Klett, Stuttgart.
- Wittgenstein, L. (1970), Über Gewißheit, Suhrkamp, Frankfurt/Main.
- Zaepfel, H. & Metzmacher, B. (1996), Postmoderne Identitätsbildung, ein Leben mit risikanten Freiheiten oder: Psychotherapie und die Macht der Verheißung, in: Integrierte Therapie, 22(4), 451-488.
- Zielke, M. & J. Sturm, J. (Hrsg.)(1994), Handbuch Stationäre Verhaltenstherapie, Psychologie Verlags Union, Weinheim.
- Zimmer, D. & Zimmer, F. T. (1996). Das Konzept der funktionalen Beziehungsgestaltung in der Verhaltenstherapie, in: H. Reinecker & D. Schmelzer (Hrsg.), Verhaltenstherapie, Selbstregulation, Selbstmanagement (S.131-143), Hogrefe, Göttingen.

Dr. phil. Dipl.-Psych. Dieter Schmelzer, Psychologischer Psychotherapeut (VT), Dozent, Lehrtherapeut, Supervisor und SE-Leiter VT. Kühnertsgasse 24, 90402 Nürnberg,
Fon 0911-2425222, Fax 0911-2425223,
info@dr-schmelzer.de, <http://www.dr-schmelzer.de>

Buchbesprechungen

Herbert Renz-Polster

Erziehung prägt Gesinnung

Wie der weltweite Rechtsruck entstehen konnte und wie wir ihn aufhalten können

Kösel, München 2019, 20,00 €

Als ich vor einigen Jahren den Film *Das weiße Band* von Michael Haneke (2009) sah, wusste ich, warum Millionen Menschen jubelnd einem Kaiser Wilhelm folgend in den Krieg gegen den „Erzfeind“ Frankreich gezogen waren und wenige Jahre später Adolf H. in den „Totalen Krieg“. Die Ergebnisse, verwüstete Städte und Landschaften sowie Millionen Tote, sind bekannt. Auch heute schaffen es Rechtspopulisten wieder, als Rattenfänger aufzutreten.

Die gängigen politischen Ideen zur Bekämpfung des Rechtspopulismus sind nach Meinung des Autors wohlfeile Vorschläge mit wenig Wirksamkeit; in wissenschaftlichen Studien kann er das nachweisen. So sind es nicht prekäre Verhältnisse die Menschen etwa die AFD wählen lassen. Etwa vier von fünf Anhängern der AFD bezeichnen ihre wirtschaftliche Lage als gut bis sehr gut. Bei der Bundestagswahl 2017 kam weit die überwiegende Mehrzahl ihrer Wählerschaft aus ganz normalen bürgerlichen Verhältnissen. Auch den meisten Amerikanern, die Trump gewählt haben, hat es weder an Bildung noch an bezahlbarem Wohnraum gefehlt. Trump hatte bei allen Wahlen im Jahr 2016 in allen Einkommenschichten eine Mehrheit, nur nicht bei den ärmsten.

Der Autor, der die deutsche Erziehungsdebatte in den letzten Jahren mitgeprägt hat, weist auf eine entscheidende, allerdings häufig ausgeblendete Ursache hin. Der Kern des Rechtspopulismus – dieser lässt sich quer durch die verschiedenen Länder nachweisen – ist der Autoritarismus. Darunter wird die Neigung von Menschen beschrieben, sich in ein System von Befehl und Gehorsam einzugliedern und gleichzeitig diejenigen abzuwerten, die nicht zu dieser Ordnung gehören, wie etwa andere Ethnien.

Die Bindungsforschung, wie sie in Deutschland von Klaus und Karin Grossmann (2012, S. 61) repräsentiert wird, konnte aufzeigen, dass die ersten drei Lebensjahre wesentlich für die Prägung eines Menschen sind. In diesen entwickelte er ein inneres „Arbeitsmodell“ bezogen auf: sein Vertrauen in andere Mitmenschen; die Selbstkontrolle, die ein Zusammenleben mit anderen überhaupt erst möglich macht; die Motivation, Herausforderungen bewältigen zu wollen; die emotionalen Grundlagen für intellektuelles Lernen.

Kein junger Mensch schließt sich einfach dem IS oder einer Neonazi-Gruppe an, weil ihm die Posts auf Facebook so gut gefallen, sondern weil er den Eindruck hat, im Leben „beschissen worden zu sein“. Wie

könnten die Feigheit und Hinterhältigkeit, die das Dritte Reich charakterisiert, anders verstanden werden, als dass die damals lebenden Menschen als Kinder feige und hinterhältig behandelt worden sind. Wer redet von der Ohnmacht, Entwertung und Traumatisierung, die diese jungen Menschen als Säuglinge und kleine Kinder erfahren haben?

So bin ich wieder bei meiner Einschätzung des oben genannten Films. Als Paartherapeut erlebe ich es immer wieder, wie gerade diese frühen Bindungstraumatisierungen (Klees 2018) den Schlüssel bieten, um partnerschaftliche Konflikte zu verstehen. Gerade Menschen, die in ihrer Kindheit in ihren Grundbedürfnissen nach Bindung, danach, die Welt als berechenbaren Ort zu erleben oder Wertschätzung zu erfahren, verletzt wurden, sind selbst sehr eng und rigoros. Nicht selten folgen sie Führern, die ihnen Seifenblasen versprechen.

Ich wünsche dem Buch eine weite Verbreitung, nicht nur bei Eltern, insbesondere auch in der politischen Diskussion, wenn es etwa um die Gestaltung sowie die personelle Besetzung von Kindertagesstätten und Kindergärten geht. Wenn wir Kinder in ihrer Persönlichkeit und Würde stärken, fallen sie nicht auf Rattenfänger herein.

Grossmann, K. & Grossmann, K. (2012): Bindungen – das Gefüge psychischer Sicherheit. Stuttgart: Klett-Cotta.

Klees, K. (2018): Traumasensible Paartherapie. Paderborn: Junfermann.

Dr. Rudolf Sanders

Nicola Schmidt

Erziehen ohne Schimpfen

Alltagsstrategien für eine artgerechte Erziehung

Gräfe und Unzer, München 2019, 16,99 €

Die Bindungsforschung hat uns wichtige Erkenntnisse darüber gebracht, wie Menschen sich in Abhängigkeit von den frühen Erfahrungen, die sie mit ihren wichtigen Bindungspersonen machen, im Lauf ihres Lebens entwickeln. Darauf generieren sie ein inneres „Arbeitsmodell“, bezogen auf ihr Vertrauen in andere Mitmenschen und Selbstkontrolle, die ein Zusammenleben mit anderen überhaupt erst möglich machen. Aber auch bezogen auf die Motivation, Herausforderungen bewältigen zu wollen und die emotionalen Grundlagen für intellektuelles Lernen (Grossman & Grossman 2012, S. 61). Da alle Eltern für ihre Kinder und deren Entwicklung nur das Beste wollen, ermöglicht ihnen die vorliegende Veröffentlichung, diesen Wunsch in das alltägliche Miteinander auch tatsächlich umzusetzen. Dass Schimpfen, Schreien oder Schlagen nicht funktionieren, um Kinder von verbotenen Dingen abzuhalten, erfahren Eltern täglich. Geschimpft wird in der Regel dann, wenn bei den Erwachsenen die Gelassenheit, die innere Ruhe fehlt.

Da man ohne ein Ziel dort landet, wo man eigentlich nicht hinwill, fragt die Autorin zunächst, wie man eigentlich als Eltern sein will.

Neurobiologisch begründet erklärt sie, wie die eigenen frühen Prägungen Stress auslösen können, der dann zu unangemessenen Reaktionen führt, für die man sich nicht selten hinterher schämt. Wer will schon mit seinem Kind schreien? Statt sich jedoch Selbstzweifeln hinzugeben, wird Mut gemacht, den Ursachen des Impulses – also zu schimpfen – zunächst einmal nachzuspüren und dann den Quellen dieses Handelns nachzugehen. Erst aus dem Verständnis für sich selbst wird es möglich, angemessene förderliche Umgangsformen in der Erziehung zu entwickeln. *Du bist wertvoll, mein Kind, und ich bin es auch!* So zeigt die Autorin, wie Eltern sich angesichts der vermeintlichen Eile, Hetze und des Zeitdrucks den Alltag leichter machen können. Dabei kommt der Gelassenheit der ihr gebührende Platz zu. Auch eine Blume wächst nicht schneller, wenn wir daran ziehen. Es gilt, mit dem Alltag ganz anders umzugehen und cool zu bleiben.

Verständlich geschrieben, wissenschaftlich, neurobiologisch und bindungsorientiert begründet bietet das Buch allen Eltern und Großeltern den Weg raus aus dem Optimierungswahn. Unterstützt wird dieser artgerechte Weg, Kinder zu erziehen mit einfachen und schnell umzusetzenden Übungen für die Erziehenden. Kindern wird erlaubt (!) und ein Weg geebnet – etwa durch kreative Ideen zur Lösung von Konflikten –, ihren Anlagen entsprechend zu wachsen und zu gedeihen. Denn glänzende Kinderaugen sind allemal besser als glänzende Fußböden.

Grossmann K. & Grossmann K.E. (2012): Bindungen – das Gefüge psychischer Sicherheit. Stuttgart: Klett-Cotta.

Dr. Rudolf Sanders

Nicola Schmidt

Geschwister als Team

Ideen für eine starke Familie

Kösel, München 2018, 18,00 €

Fange ich mit dem für mich Wichtigsten an: Die Autorin, Wissenschaftsjournalistin, verbindet Ergebnisse der Forschung und Wissenschaft mit ihrer Fähigkeit, diese in einer einfachen Sprache, mit Beispielen aus dem Alltag, aus ihren Beobachtungen in ihren Familiencamps, aus der Elternberatung und natürlich der eigenen Erfahrung als Mutter, den Leserinnen und Lesern nahezubringen.

In den letzten zweieinhalb Millionen Jahren der Menschheitsgeschichte waren wir nie mit zwei bis drei Kindern alleine und auf uns selbst gestellt. Immer gab es eine helfende Hand oder einen tröstenden Schoß. Heute versuchen nicht wenige, die ganze Erziehungsarbeit in ihrer kleinen Familie oder gar als Alleinerziehende zu schaffen und kommen mit dieser übermenschlichen Aufgabe an ihre nervlichen und körperlichen Grenzen. Wie also unter den aktuellen Gegebenheiten – fehlende Großeltern oder Druck durch Freizeitstress –, wie trotz allem Geschwistern ermöglichen, als Team zusammenzuwachsen?

In diesem Buch werden einfache und umsetzbare Vorschläge dazu gemacht, wie die Beziehungsgestaltung mit Kindern aussehen kann. Das Wichtigste ist hier, den Kindern zu vermitteln, dass wir als Eltern sie aus ganzem Herzen lieben. Das heißt: „Was auch immer ist, ich bin für dich da.“ Wissenschaftliche ausgedrückt handelt es sich um eine bindungsorientierte Elternschaft. Der Starke hilft dem Schwachen, damit dieser sich seinen Anlagen und Fähigkeiten entsprechend zu einer selbstbewussten und verantwortlichen Person entwickeln kann. Dazu bieten Geschwister ein gutes Lernfeld für das ganze Leben.

Um dieses zu erreichen werden sechs Bausteine vorgeschlagen. Das zentrale des ersten Bausteins ist, in ein Spüren zu kommen, was ein Kind braucht. Das bedeutet, über ein bewusstes Atmen beispielsweise Kontakt zu sich selbst zu bekommen, um dann wahrnehmen zu können, was ist gerade mit meinem Kind los: Was braucht es gerade jetzt in diesem Moment? Im nächsten Schritt (Baustein 2) geht es darum, die verschiedenen Phasen der Entwicklung eines Menschen für die Entwicklung der Geschwisterbeziehung zu nutzen. Hier bezieht sich die Autorin sich auf Forschungen des Max-Planck-Instituts für Bildungsforschung, wo man untersucht hatte, in welchen Phasen sich Geschwisterbeziehung entwickelt.

Bei Baustein 3 handelt es sich um die Rollenverteilung der Eltern, bei Baustein 4 geht es darum, wie Geschwister lernen, Konflikt zu lösen. Baustein 5 zeigt auf, wie sie lernen, im Kontakt mit den anderen zu sich selbst zu finden. Baustein 6 schließlich behandelt, wie Geschwister ein Team werden. Auch besondere Herausforderungen, z.B. die Situation in einer Patchworkfamilie oder der Zeitpunkt für ein weiteres Kind, werden anschaulich behandelt. Jeder Baustein wird durch Informationen zum aktuellen Stand der Wissenschaft zu dem Thema abgerundet.

Aus meinen Erfahrungen als Paar- und Familientherapeut weiß ich, dass viele Paarkonflikte ihre Ursachen in unterschiedlichen Vorstellungen zur Kindererziehung haben. So ist dieses Buch eine großartige Hilfe und eine Empfehlung für Paare, es *gemeinsam* zu lesen, um dadurch aufkommenden Themen dann in der Paarberatung aufzugreifen und zu vertiefen.

Dr. Rudolf Sanders

Nicole Strüber

Risiko Kindheit. Die Entwicklung des Gehirns verstehen und Resilienz fördern

Klett-Cotta, Stuttgart 2019, 22,00€

Immer mehr setzt sich die Erkenntnis durch: Kinder brauchen für ihre Entwicklung weder teures Spielzeug, noch einen Urlaub in der Wohlfühl-Oase mit den Eltern, sondern eine stressarme Kindheit. Sie brauchen Liebe, das heißt zugewandte und verfügbare Bindungspersonen, die zuverlässig ihre Bedürfnisse erkennen. Menschen, die feinfühlig

ihre Gefühle aufgreifen, diese spiegeln und die Kinder auch trösten, wenn das notwendig ist.

Aber warum ist das so? Was hat das mit der Entwicklung eines kindlichen Gehirns zu tun und warum sind diese frühen Jahre so wichtig für die psychische und physische Gesundheit des ganzen Lebens? Genau das ist das Kernanliegen dieses Buches: Aufzuzeigen, wie die Erfahrungen, die Kinder machen, sich auf die Entwicklung ihres Gehirns auswirken, und was nötig ist, ihre resilienten Kräfte zu unterstützen.

Der Blick richtet sich nicht nur auf die heute aufwachsenden Kinder, sondern auch auf diejenigen, die vor 30, 50 oder 70 Jahren ihre Kindheit verbrachten. Denn erst mit dem Blick auf sich selbst als Kind lassen sich viele Verhaltensweisen verstehen. Da Klärung die Voraussetzung für Bewältigung und Veränderung ist, ist dieses Buch auch für all diejenigen hochspannend, die wissen wollen, wie vielleicht frühe Erfahrungen, z.B. als Enkel von Kriegskindern, sie geprägt haben. Es richtet sich somit auch an Menschen, die vielleicht wissen wollen, warum sie selbst Schwierigkeiten im Bereich Impulskontrolle, Belohnungsaufschub oder Stressverarbeitung haben und warum es ihnen manchmal schwerfällt, mit den eigenen Kindern in einer Weise umzugehen, wie es ihnen ihre Vernunft nahelegt.

Besonders gefällt mir, dass immer wieder Forschungsbelege zitiert werden, ohne allerdings einen Wahrheitsanspruch zu reklamieren! Denn auch Experten haben noch Fragen. Kleine Geschichten aus dem Alltag illustrieren das Gesagte und zum Ende jeden Kapitels gibt es Zusammenfassungen mit der zentralen Botschaft.

Besonders für Ehe- und Familienberater mag es interessant sein zu wissen, welchen Risiken Kinder durch Trennung und Scheidung ausgesetzt sind, und was Eltern tun können, Kinder in dieser Situation trotz allem zu unterstützen, damit sie Resilienz entwickeln können. Aber für Letzteres ist eine sichere Bindungsbeziehung eine wichtige Voraussetzung – und das, bevor ein Kind erheblichen Belastungen ausgesetzt ist.

Dr. Rudolf Sanders

John Medina

Brain Rules fürs Älterwerden

Lebensfroh, vital und geistig fit bleiben

Hogrefe, Göttingen und Bern 2019, 29,95 €

Der Wunsch, im Alter geistig fit zu bleiben, motiviert viele Menschen, sich mit dem Thema auseinanderzusetzen. Nur, was ist wirklich hilfreich, was ist wissenschaftlich fundiert? Aufbauend auf der Funktionsweise unseres Gehirns und anhand neurowissenschaftlicher Erkenntnisse legt der Autor dar, wie das Älterwerden zu einer erfüllenden Erfahrung werden kann und wie man dann für den Rest seines Lebens davon profitiert. Mit seinen zehn Brain Rules fürs Älterwerden gibt er

forschungsbasierte Empfehlungen. Diese beziehen sich etwa auf unser soziales Gehirn, also die Tatsache, dass die Pflege von Geselligkeit und Freundschaften zentral ist. Oder auf unser denkendes Gehirn, wie man z.B. mithilfe eines Videospiele die Fähigkeiten des Arbeitsgedächtnisses und der Aufmerksamkeit erwiesenermaßen so stark verbessern kann, dass man – im Vergleich mit 20-Jährigen, die das Spiel nicht gespielt haben – besser abschneidet. Ein zentraler Hinweis dient der Ernährung, wobei zusammengefasst „weniger mehr ist“. Und natürlich ist körperliche Bewegung wichtig, und diese am besten beim Tanzen. Ein erfrischendes Buch, das mir (Jahrgang 1951) wichtige Bestätigungen für die Sinnhaftigkeit meines Unruhestandes gegeben hat. Und darüber hinaus bin ich dankbar dafür (auch Dankbarkeit ist wesentlich für die Pflege der Lebensfreude!), dass es Forscherinnen und Forscher gibt, die sich mit dem Thema auseinandergesetzt haben. Und ich empfinde Dankbarkeit gegenüber dem Autor, der das Ganze amüsant und leicht verdaulich aufgeschrieben hat.

Dr. Rudolf Sanders

Julia Weißflog, Laura-Marie Köcher, Sahar Ladkani, Sandrine Ngono & Annika Stöhr

Zwei Zimmer für Cleo

Wenn Eltern sich trennen und wie es danach weitergeht

Hogrefe, Göttingen und Bern 2019, 24,95 €

Wenn Eltern sich zur Trennung entschlossen haben, ist eine der wichtigsten Herausforderungen, das ihren Kindern mitzuteilen. Berater und Beraterinnen in der Ehe- und Familienberatung werden dann mit der Frage konfrontiert: „Wie sagen wir es unseren Kindern?“ Alle Eltern wollen es ihren Kindern möglichst „schonend“ beibringen und sie haben auch den tiefen Wunsch, dass die Kinder möglichst wenig Schaden an der Beendigung der bisherigen familiären Situation nehmen.

Dieses Bilderbuch erzählt die Geschichte von Cleo, einem Mädchen, das sich mit seinem Freund Finn trifft und fest davon überzeugt ist, dass ihre Eltern sich lieben und immer zusammenbleiben werden. Doch eines Tages erkennt sie an den Gesichtern der Eltern, am vom Vater gepackten Koffer und an seinem klaren Wort, jetzt die Familie zu verlassen, dass etwas Schlimmes für sie passiert ist: Die vertraute familiäre Sicherheit, geprägt durch Vater und Mutter, gibt es nicht mehr. Nach der Schockstarre kommen die Fragen: „Wenn Vater und Mutter sich trennen – was habe ich falsch gemacht? Was kann ich tun, damit sie wieder zusammenkommen und doch zusammenbleiben?“ In diesen Fragen wird sie begleitet von ihrem Freund Finn, der ihr Leid teilt und gemeinsam mit ihr Ideen zur Rettung der Familie spinnt.

Für wen ist dieses Buch eigentlich gedacht? Es ist zuerst einmal ein Kinderbuch und hilft Kindern, diese traumatische Situation zu verarbeiten. Am Ende der Geschichte werden sie angeleitet, mithilfe von

Arbeitsmaterialien aufzuschreiben: „Was ist genau passiert? Wie habe ich reagiert? Haben sich meine Eltern vorher eigentlich vertragen?“ Ferner werden sie angeleitet, ihre Gefühle und Gedanken zu malen und auch der Frage nachzugehen, was Bindung für sie persönlich bedeutet. Mindestens genauso wichtig – wenn nicht wichtiger! – ist jedoch die Lektüre dieses Buch für die Eltern. Sie sollten es lesen, *bevor* sie ihre Kinder über die Trennung informieren, denn dann bekommen sie eine Ahnung davon, was in ihren Kindern in einer solchen Zeit vor sich geht. Wissenschaftlich fundierte Hinweise leiten Eltern an, wie sie ihre Kinder hinreichend angemessen begleiten können.

Insofern gehört dieses Buch zwingend in die Handbibliothek jeder Beratungsstelle. Wenn eine Beraterin oder ein Berater mit der Elternfrage konfrontiert wird: „Wie sagen wir es den Kindern?“ kann sie oder er gleich das Buch aus dem Regal ziehen und es den Eltern direkt in die Hand geben.

Dr. Rudolf Sanders

Ann M. Kring, Sheri L. Johnson & Martin Hautzinger

Klinische Psychologie

9., vollständig überarbeitete Auflage, mit Online-Materialien

Beltz, Weinheim 2019, 54,00 €

Das Wissen um Grundlagen klinischer Psychologie gehört zu den Standards jeder Berater- und Beraterinnenausbildung. Mit der aktuellen Veröffentlichung liegt uns ein völlig neu gestaltetes Lehrbuch vor, das durch seinen Aufbau, die Beispiele, Übungsfragen, Zusammenfassungen und die Online-Materialien Kollegen und Kolleginnen auf den aktuellsten Stand wissenschaftlicher psychologischer Forschung bringt. So wurden in jedes Kapitel des Lehrbuchs aktuelle Forschungsergebnisse integriert und ältere Erkenntnisse (Erstveröffentlichung 1979) ersetzt, ergänzt oder erweitert. Der Facettenreichtum des Wissens und der Erklärungen sowie der Behandlung psychischer Störungen wird gut nachvollziehbar und verständlich dargestellt. Auch Hinweise auf Widersprüche, Wissenslücken und unbegründete Behauptungen, auf bislang nicht bewiesene Konzepte sowie fehlende Evidenzen werden nicht ausgespart. Das Wichtige aus meiner Sicht ist jedoch: Wirklich evidenzbasierte, aus den psychologischen Grundlagen erwachsene Interventionen für psychische Störungen sind bestimmend für die Kapitel.

Manche Kolleginnen und Kollegen kennen noch aus ihrem Studium die Urfassung des amerikanischen Vorgängers. Faszinierend ist für mich, welche gewaltige Entwicklung, Ausweitung und Ausdifferenzierung des Fachs Klinische Psychologie und Psychotherapie sich über den Zeitraum von mehr als 50 Jahren zeigt. So gab es zu Beginn meiner Berater Tätigkeit kaum Begrifflichkeiten für Persönlichkeitsstörungen. Die Borderline-Störung z.B. galt als völlig unheilbar. So ist es einfach

faszinierend zu lesen, was durch Forschung mittlerweile zum Wohl von Ratsuchenden sich verändert hat.

Das Niveau des Buches ist auf dem Stand des zweiten bis dritten Studiengangs des Bachelor-Studienprogramms. Um sich auf den neuesten wissenschaftlichen Stand zu bringen, ist es hilfreich, in der täglichen Arbeit oder bei Interventionen im Kollegenkreis einfach mal nachzuschlagen. Möglicherweise gibt es inzwischen völlig neue Erkenntnisse, sodass man auf den aktuellen Fall ganz anders blicken kann.

Dr. Rudolf Sanders

Wolf Rainer Leenen (Hrsg.)

Handbuch Methoden interkultureller Weiterbildung

Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 2019, 65,00 €

Die Psychosoziale Beratung ist oft die erste Anlaufstelle für Menschen in den vielfältigen Herausforderungen ihres Lebens, die sie (noch) nicht bewältigen können. Alle Ratsuchenden bringen ihren eigenen kulturellen Hintergrund mit. Vielleicht ist jemand mit einem traditionellen sexuellen Wertekatalog der katholischen Kirche groß geworden. Oder eine andere Ratsuchende hat sich von ihrer kurdischen Familie gelöst und einen „Ungläubigen“ geheiratet. Wieder ein anderer kommt aus einem sehr autoritären Elternhaus und sehnt sich zutiefst nach jemandem, der ihm sagt was richtig und falsch ist ...

Objektives Wissen über Bräuche einer anderen Kultur hilft allerdings nur sehr begrenzt, eine Sensibilität für die Kultur eines anderen Menschen, für sein Gewordensein zu entwickeln. Ein Deutscher aus Ostfriesland hat in der Regel eine ganz bestimmte Vorstellung davon, wie Heiligabend gestaltet werden soll, welchen Speisen es gibt, wie der Weihnachtsbaum geschmückt wird, ob man einen Gottesdienst besucht oder nicht und ob Lieder gesungen werden oder nicht, und wenn ja, vor allen Dingen welche. Seine Partnerin aus dem Erzgebirge hat hier ganz andere Vorstellungen. Für dieses junges Paar stehen also zunächst einige Entscheidungen an: „Wo feiern wir den Heiligen Abend? Zu zweit oder bei den Eltern? Und wenn ja: bei wessen Eltern?“ Und dann: „Wie genau gestalten wir den Heiligen Abend?“ Möglicherweise treffen schon hier Welten aufeinander. Nach einer möglichen Trennung und Scheidung und in einer dann entstehenden Patchworkfamilie mit Kindern potenzieren sich solche Probleme.

An diesem Beispiel wird deutlich: Ohne einen Blick auf die ganz persönliche kulturelle Entwicklung eines Menschen werden wir kaum ein einfühlsames und zielorientiertes Beratungsgespräch führen.

Im vorliegenden Handbuch findet ein über 20-jähriger Entwicklungsprozess der Autoren seinen Niederschlag. Und sie alle verfügen über Erfahrungen aus Projekten und unterschiedlichsten Berufsfeldern: soziale Arbeit, internationale Jugendarbeit, Arbeit mit Beschäftigten in Strafvollzugsanstalten sowie mit Polizistinnen und Polizisten in

unterschiedlichsten Funktionen, Arbeitsmarktintegration für Beschäftigte in der Produktion und für Führungskräfte bei einem großen Automobilhersteller, Arbeit mit Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen in Kommunalverwaltung und den kleineren und mittleren Unternehmen sowie mit den dort tätigen Personalverantwortlichen und auch mit Lehrenden und Verwaltungsmitarbeitern und Mitarbeiterinnen an Hochschulen.

Anfangs ging es hauptsächlich um interkulturelle Kompetenz im direkten Kontakt mit multikultureller Klientel, später dann zunehmend auch um den strategischen und praktischen Umgang mit kultureller Diversität sowie um Fragen interkultureller Organisationsentwicklung und insbesondere um Kultursensibilität in der Personalauswahl. Grundsatzfragen interkultureller Kompetenzentwicklung entwickelten sich zwangsläufig auch mit den Fragen der Vermittlung dieser Kompetenzen, also mit methodisch-didaktischen Herausforderungen. Entscheidend war es, die bisherigen kognitiv ausgerichteten Vermittlungsansätze mit erfahrungsorientiertem und entdeckendem Lernen eng zu verknüpfen. Es ging immer weniger um ein klassisch akademisches Vermitteln, sondern vielmehr darum, die Welt der Vorstellungen und der stillschweigenden kulturellen Annahmen aller am Lerngeschehen Beteiligten ins Spiel kommen zu lassen.

Extrahiert wurden zwei Begriffe der Entwicklung interkultureller Weiterbildung, die die Aufmerksamkeit auf die Besonderheit der je eigenen kulturellen Konstruktion unseres Alltagslebens lenken. Da ist zunächst einmal die *Tiefenstruktur von Kultur*. Zu dieser gehören basale Wahrnehmungsmuster oder selbstverständliche Annahmen über die Welt und das menschliche Miteinander. Ein Beispiel dafür ist die bei uns im Westen vorherrschende Fortschrittsprämisse, der grundsätzliche Optimismus hinsichtlich der möglichen Verbesserung menschlicher Lebenslagen. Das sehen z.B. in Teilen Afrikas und Asiens viele Menschen aus unterschiedlichen Gründen ganz anders. Auch sind in unseren individualistischen Kulturen Konzepte wie „Selbst“, „Persönlichkeitsentwicklung“ oder „Selbstverwirklichung“ selbstverständlich und werden kaum hinterfragt, ohne dass der kulturelle Charakter dieser Konzepte zur Sprache kommt.

Des Weiteren sprechen die Autoren von *Kulturellen Mikrostrukturen*. Das sind selbstverständliche Muster minimalistischer Art, mit denen Menschen beispielsweise ihre alltägliche Personenwahrnehmung realisieren. Daraus entstehen fast automatisch ablaufende Zuschreibungen, wenn beispielsweise jemand mit einer als „unpassend“ erscheinenden Kleidung auftritt. Das Problem ist, dass solche „Seltsamkeiten“ häufig Ausgangspunkt von Projektionen sind, aber die Mikrostrukturen des „Anders-angezogen-Seins“ und ihr Bedeutungshintergrund von einem ungeübten Beobachter leicht übersehen werden.

Ein wichtiges Anliegen der Autoren ist es, Teilnehmerinnen und Teilnehmern von Trainings interkultureller Weiterbildung naive subjektive Gewissheiten infragestellen zu lassen und diese schrittweise durch

klare Konzepte, produktive Denkmodelle, besser bestätigte Theorien und überprüfbare Daten und Fakten zu ersetzen. Es geht eben nicht nur um ein Fortschreiben und Anreicherung von Wissen, das Teilnehmer einer Weiterbildung mitbringen, sondern insbesondere um Anregungen und Hilfen zur schrittweisen Umstrukturierung von Deutungsprozessen. Solche Reframing-Prozesse werden über besondere Aktivierung der Lernenden über entsprechende Methoden initiiert.

Die Vielfalt der kulturellen Bezüge und Kontexte, die in der Sozialisation bedeutsam werden, nimmt in der Moderne deutlich zu. So wird das Individuum immer vielschichtiger sozialisiert und es ist selbst im Ergebnis kulturell divers. Die Autoren fassen die kulturelle Besonderheit eines Menschen als Universalie des menschlichen In-der-Welt-Seins auf. *Der Mensch vollendet sich in der Kultur, jedes Individuum ist insofern kulturell divers und in der Spezifik seiner Diversität zugleich einzigartig.*

Die Autoren wollen mit diesem Handbuch in methodisch-didaktischer Hinsicht von den Problemlagen und Interessen der Zielgruppe ausgehend eine Lernumgebung aufbauen, die sowohl abwechslungsreich als auch herausfordernd ist und einen Lerngewinn für den Umgang mit interkulturellen Problemstellungen in der jeweiligen beruflichen Praxis in Aussicht stellt. Dieses wird ausgeführt in drei großen Bereichen: (1) die Grundlagen interkultureller Kompetenz, Vermittlung und Weiterbildung in Lehre und Lernen. (2) Methodische Bausteine und Zugänge, etwa durch fallbasiertes Lernen durch den Einsatz von „Critical Incidents“. (3) wird der Einsatz von Bildern und Filmen als Lehr- und Lernmaterialien vorgestellt.

Für mich als Mitglied im Vorstand der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugend- und Eheberatung (DAJEB) ist dieses Buch ein Schlüssel dafür, wie wir dieses wichtige Thema in der Fortbildung von Kollegen und Kolleginnen fachgerecht und zielorientiert angehen können.

Dr. Rudolf Sanders

Karl-Heinz Brisch (Hrsg.)

Bindung und Migration

Klett-Cotta, Stuttgart 2015, 40,00 €

Umsiedlung, Migration, Flucht und Vertreibung, aber auch Folter, Menschenhandel, der Verlust der Beziehungen zu den wichtigsten Bindungspersonen sind immer mit schweren Traumatisierungen verbunden. Die Ankunft in einer neuen Gesellschaft und Kultur führt dann zu weiterem extremen Stress, Anpassungsdruck, massiven Verunsicherungen und Isolation. Diese werden nicht selten noch durch aggressive Anfeindungen, Verfolgung und Bedrohung verstärkt. Das Gefühl von Urvertrauen im Schutz liebevoller Menschen kann dabei verloren gehen, mindestens wird jedoch das Bindungssystem extrem erschüttert. In diesem Sammelband, werden Antworten auf die Fragen in diesem Kontext gesucht. Welche Faktoren schützen? Was müssen

aufnehmende Familien, Partner, Arbeitgeber und Gesellschaft wissen, damit aus dem traumatisierten Schicksal der Migration eine neue Ressource für Entwicklung und Bindungssicherheit wachsen kann? Welche Therapieformen sind hier hilfreich?

In einem ersten Beitrag geht es z.B. um das Thema der Dolmetscher. Diese sind von großer Bedeutung, weil jede Form von Sozialer Arbeit nur dann gelingen kann, wenn zwischen Helfern und betroffenen Menschen überhaupt eine Verständigung möglich ist. Weitere Themen sind die Kombination von Psychotherapie und Sozialer Arbeit bei minderjährig unbegleiteten Flüchtlingen; dann die Herausforderung, dass je nach Kulturkreis mit dem Thema „Kinderschutz“ unterschiedlich umgegangen wird. Ein anderer Beitrag stellt vor, wie auf Grundlage eines psychoanalytischen Konzepts mithilfe der Sandspieltherapie Kindern eine Möglichkeit geboten wird, auf rein symbolischer Ebene ihre Innenwelt darzustellen und über diese Form des begleiteten expressiven Sandspiels in einen innerpsychischen Entwicklungsprozess zu kommen. Ein wichtiger Beitrag ist auch die Unterstützung von deutschen Adoptiveltern, die oftmals mit der Traumatisierung ihrer Kinder überfordert sind. Diese nahm ihren Anfang bereits weit vor der Adoption, hat in großem Umfang eine normale psychische und körperliche Entwicklung dieser Kinder geschädigt und sorgt für erhebliche Symptome, die dann eine Integration im Kindergarten und Schule oft unmöglich machen. Am Beispiel der Arbeit im Rahmen des stationären intensiven Konzepts MOSES® wird es diesen Adoptivkindern dann möglich, neue psychische Entwicklungswege zu beschreiten. Dann gelingt Integration sowohl in der Adoptivfamilie als auch in der deutschen Kultur.

Das Buch ist ein gesellschaftspolitischer Weckruf, um deutlich zu machen, wie wichtige präventive therapeutische Maßnahmen für die betroffenen Menschen frühzeitig einsetzen müssen. Andernfalls manifestieren sich psychische Krankheiten bis hin zu dissozialem Verhalten und Aggression.

Dr. Rudolf Sanders

Evelin Fräntzel & Dieter Johannsen

*80 Bildkarten für Coaching, Supervision, Training und Psychotherapie
Lern- und Veränderungsprozesse initiieren*

Hogrefe, Göttingen und Bern 2019, 49,95 €

Ein Bild sagt mehr als tausend Worte! In dem Sinne bieten die 80 Bilder im handlichen DIN-A5-Format eine gute Grundlage für einen erlebnisorientierten Einstieg, der den Speicher des impliziten Selbst nutzt. Sehr gut strukturiert werden wichtige Themen für die Entwicklungsarbeit mit Menschen aufgezeigt. Interessant ist, dass alle Anwendungsbeispiele als *Übungen* bezeichnet werden. Daran wird deutlich: Beratung, Therapie und Coaching können lediglich zum Anstoß werden, selbst ins Rollen, ins Tun, ins Üben zu kommen. Unter anderem folgende

Bereiche finden sich in dem Kartenset: ein Gefühl der Zugehörigkeit entwickeln, Wertschätzung empfangen und geben, Kraftquellen aufspüren und diese ankern. Für die Arbeit mit Teams werden Übungen zu den Themen „die eigenen Werte definieren oder Feedback geben können“ vorgestellt.

Ein gutes Werkzeug, das ausschließliche Reden zu überwinden und so tiefere Schichten von Ratsuchenden zu erreichen.

Dr. Rudolf Sanders

Anne und Nikolaus Schneider

Vom Leben und Sterben

Ein Ehepaar diskutiert über Sterbehilfe, Tod und Ewigkeit

Im Gespräch mit Wolfgang Thielmann

Neukirchener Verlag, Neukirchen-Vluyn 2019, 14,99 €

Ein Buch, das berührt, weil jeder von uns immer wieder mit den Fragen nach dem guten Leben und nach einem guten Sterben konfrontiert wird. Sie, Theologin und Realschullehrerin für Mathematik und evangelische Religion, und er, von 2010 bis 2014 Ratsvorsitzender der EKD. Über 50 Jahren verheiratet haben sie ihre Tochter Meike in ihrer Krebserkrankung bis zu ihrem Tod begleitet. Und als Anne Schneider 2014 an einer aggressiven Form von Brustkrebs erkrankt, steht sie vor der Frage, ob sie gegebenenfalls in der Schweiz passive Sterbehilfe in Anspruch nehmen soll. Wie würde ihr Mann dazu stehen?

Zwei Menschen, tief im christlichen Glauben verankert, diskutieren unter der Leitung von Wolfgang Thielmann, einem Autor der Wochenzeitung ZEIT. In ihrem Gespräch benennen sie Fragen und Themen, die jeden Christen betreffen, der sich mit seiner Religion auseinandersetzt. Wenn ich Gottes Ebenbild bin, darf ich dann mein Leben selbst beenden? Was macht die Fülle des Lebens aus? Gehört nicht vielleicht *auch* der Prozess des Sterbens gerade dazu? Kann dieser bewusst mit Angehörigen gestaltete und erlebte Prozess vielleicht nicht für alle Beteiligten zu einer Bereicherung werden? Aber was tun, wenn man des Lebens satt ist, vielleicht keine Angehörigen hat, die einen liebevoll begleiten? Kann es dann nicht auch zur Würde gehören, dieses Leben selbstbestimmt zu beenden? Entsteht aber nicht auch eine Gefahr, dass ein Druck für Menschen entsteht, die mit ihrer ökonomischen Bilanz die Gesellschaft belasten, den Tod wählen zu müssen? Die Gefahr, dass ein lebensbejahendes Klima in der Gesellschaft der Profitmaximierung weicht?

Die beiden konfrontieren und machen Mut, über richtiges Leben und richtiges Sterben nachzudenken und damit eigene Positionen zu suchen und immer mehr zu finden. Ein Prozess, der vielleicht nie abgeschlossen ist.

Dr. Rudolf Sanders

Catarina Knüvener

Mein Monster-Ich

Über die kleinen Alltags-Schrecken

Mabuse Verlag, Frankfurt am Main 2019, 14,95 €

Die Entwicklung des kindlichen Gehirns ist nicht nur für die Kinder selbst, sondern auch für die Eltern herausfordernd. Kinder und Eltern fühlen sich nicht selten Gefühlsschwankungen hilflos ausgeliefert und wissen nicht, wie sie damit umgehen können. Diese Schwankungen kommen meist recht unerwartet und schnell. Genauso schnell sind sie auch wieder verschwunden.

Dieses Bilderbuch bezeichnet unterschiedliche Gefühlzustände als Monster. Und etwas man benennen kann, mit dem kann man besser umgehen. Es gibt nicht nur lustige Monster wie den Pups oder die Schadenfreude, sondern auch laute Monster wie den Wüterich oder das Weinen; hungrige Monster, wie das Gepöpel oder das leise Monster mit dem Namen Schüchtern. Für alle Kinder, die noch weitere Monster kennen, besteht die Möglichkeit, diese zum Schluss des Buches zu malen.

Ein guter Einstieg für Eltern und Großeltern, über die Normalitäten des Alltags mit ihren Kindern ins Gespräch zu kommen und ihnen zu helfen, sich selbst immer besser zu verstehen.

Dr. Rudolf Sanders

Deb Dana

Die Polyvagal-Theorie in der Therapie

Den Rhythmus der Regulation nutzen

G. P. Probst Verlag, Lichtenau 2019, 27,00 €

Über ein Phänomen bin ich immer wieder erstaunt. Paare haben in der Regel große Schwierigkeiten, für die Lösung ihrer Verwicklungen und Verstrickungen, die kleinen und großen Katastrophen des Alltags therapeutische Hilfe zu suchen. Noch schwieriger fällt es ihnen dann, sich auf eine Gruppe, wie etwa die der *Partnerschule* (Sanders 2019) einzulassen. Da bedarf es schon großer Motivationskünste im Rahmen der Paargespräche, dass sie sich auf dieses „Abenteuer“ einlassen. Sind sie aber erst einmal in der Gruppe angekommen, so scheinen sie nach nur ein bis zwei Tagen wie verwandelt. Sie sind deutlich entspannter und neugierig, die Ursachen ihrer Probleme zu dechiffrieren. Sie gehen zunehmend wertschätzend und unterstützend mit sich selbst und den anderen Teilnehmern um. Arm oder reich, unterschiedliche kulturelle Prägungen oder nationale Herkunft spielen nur, wenn überhaupt, eine marginale Rolle. Nicht selten schließen Menschen Freundschaften, von denen man vorher nicht gedacht hätte, dass sie irgendetwas gemeinsam haben, etwas, das sie verbinden könnte.

Die Polyvagal-Theorie bietet mir einen Schlüssel, dieses Phänomen zu verstehen. Ausgangspunkt dieser Theorie ist das Verständnis des Autonomen Nervensystems (ANS). Dieses reagiert auf Empfindungen im Körper und auf Signale aus der Umgebung und nutzt dabei drei Reaktionspfade. Diese werden in einer bestimmten Reihenfolge aktiviert und reagieren vorhersehbar auf Herausforderungen. Die drei Pfade und ihre Reaktionsmuster sind der *dorsale Vagus*, der Immobilisierung einleitet, das *sympathische Nervensystem* (SNS), das mobilisierend wirkt und der *ventrale Vagus*, der soziale Aktivitäten fördert und verbindet. Reaktionen des ANS auf Signale, die aus dem Körper (etwa plötzlicher Druck in der Brust) oder aus der Umgebung (der Klang einer Stimme) stammen und durch Kontakte mit anderen Menschen hervorgerufen werden, werden als Neurozeption bezeichnet. Sie signalisieren entweder Sicherheit und Verbundenheit oder Gefahr. All dies geschieht als subkortikales Erleben tief unterhalb des bewussten Denkens.

So kann man das ANS als die Grundlage unseres Erlebens verstehen. Diese biologische Ressource ist die neuronale Plattform, die allem, was wir erleben, zugrunde liegt. Strukturen des Umgangs mit Gefahr und Sicherheit sind im 500 Millionen Jahre alten dorsalen Vagus-System verankert, das uns durch Immobilisierung und Abschaltung der Körpersysteme zwecks Energieeinsparung bei großer Gefahr schützt. Das SNS, das sich etwa vor 400 Millionen Jahren entwickelt hat, ermöglicht Kampf oder Flucht. Und das jüngste, das ventrale Vagus-System – etwa 200 Millionen Jahre alt – befähigt uns zu sozialem Austausch und Gefühlen der Verbundenheit. In Konsequenz dieser Erkenntnis gilt es in Beratung und Therapie Bedingungen zu schaffen, in denen wir eine Atmosphäre der Sicherheit und Verbundenheit ermöglichen.

So lässt sich in der Arbeit mit Paaren schnell erleben, dass es zu Stagnation in der Beratung kommt, wenn Meinungsverschiedenheiten der Partner eskalieren und wenn Gefahrensignale zwischen den Nervensystemen der Partner übermittelt werden, die bei beiden ein Schutzbedürfnis hervorrufen. Werden dann seitens der Beraterin Signale der Sicherheit signalisiert, ist dies an das ANS der Partner eine Einladung zu sozialem Miteinander und zu Erfahrungen der Verbundenheit. Zusammengefasst lässt die Polyvagal-Theorie die Hoffnung vermitteln, dass Menschen schützenden Muster, die sie in ihrer Isolation gefangen halten, hinter sich lassen können. Sie erlangen die Fähigkeit, diese so zu modifizieren, dass sie immer mehr Sicherheit und Verbundenheit empfinden. Uns Therapeuten und Therapeutinnen eröffnet sich damit eine Möglichkeit, unseren Klienten ihre Reaktion auf traumatische Ereignisse in einem neuen Zusammenhang verständlich zu machen. Traumatisierungen müssen nicht mehr als „Opfergeschichten“ erzählt werden, sondern vielleicht als „Heldenepos“, in denen man Dank der klugen Reaktion des ANS überlebt hat. Für mich ist diese Theorie eine Entschlüsselung der neurobiologischen Mechanismen psychischer Störungen und damit eine weitere Fundierung der Konsistenztheorie

von Klaus Grawe (2000, 2004) und seinen daraus abgeleiteten Empfehlungen für die Gestaltung von Beratungs-, Coaching- und Therapieprozessen.

In der therapeutischen Umsetzung wird aufgezeigt, wie man Klienten mit der Funktionsweise des ANS vertraut machen kann und wie ein Mapping des persönlichen Profils erstellt wird, um herauszufinden, was Trigger bzw. was Glimmer sind. Danach wird die Navigation mit dem ANS geübt, mit dem Ziel, es umzugestalten. Einsam machende Strategien werden entschlüsselt, um Verhaltensweisen des Miteinanders und der Verbundenheit zu entwickeln.

Grawe, K. (2000): Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe.

Grawe, K. (2004). Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe.

Sanders, R. (2019): Partnerschule – Fokale Kurzzeittherapie für Paare im Integrativen Verfahren. In: POLYLOGE. Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“, 21.

Dr. Rudolf Sanders

Impressum

Die Gegenwart zeichnet sich durch vielfältige gesamtgesellschaftliche Veränderungsprozesse aus, die bei Einzelnen, Paaren und Familien zu tiefgreifenden Verunsicherungen und Belastungen führen können. Die daraus entstehenden Verletzungen und Verletzlichkeiten werden in die Beratung hineingetragen, die sich damit in besonderer Weise an der Schnittstelle zwischen gesellschaftlichen Entwicklungen und individuellem Wohlbefinden bewegt

Beratung Aktuell will ein Forum dafür bieten unser Verständnis für gelingende Beratungsprozesse zu erweitern. Es werden erfahrungs- und evidenzbasierte Arbeiten veröffentlicht, die der wissenschaftlichen Weiterentwicklung von Beratungspraxis und -theorie verpflichtet sind. Die Zeitschrift wird von der Idee getragen, dass wissenschaftliche Erkenntnisse die konkrete Praxis bereichern, aber ebenso praktische Erfahrungen die Weiterentwicklung von Wissenschaft und Forschung anzustoßen vermag.

Zielgruppe:

Die Zeitschrift richtet sich in erster Linie an Beraterinnen und Berater, also an psychosoziale Fachkräfte, die in ganz unterschiedlichen Arbeitsfeldern und Settings beraterisch-therapeutische Aufgaben wahrnehmen, z.B. in den Bereichen:

- Ehe-, Familien- und Lebensberatung
- Erziehungsberatung
- Schwangerschaftsberatung
- Suchtberatung
- Schuldnerberatung
- Psychotherapie
- Ärztliche Praxis
- Erwachsenenbildung
- Schule
- Seelsorge
- Prophylaxe und Gesundheitsförderung

Herausgeber:

Rudolf Sanders, Dr. Phil., Dipl.-Päd., Ehe- Familien und Lebensberater, Lehr- und Forschungstätigkeit im Bereich der Ehe- und Paarberatung, Begründer des Verfahrens Partnerschule als Paar- und Sexualberatung Integrativen Verfahren, bis zu seiner Pensionierung 2016 25 Jahre Leiter der katholischen Ehe- und Familienberatungsstelle Hagen & Iserlohn, Mitglied im Vorstand der DAJEB

Sauerland Straße 4, 58706 Menden, Tel.: 02352-973327

E-Mail: Dr.Sanders@partnerschule.de

Web: www.partnerschule.eu

Christine Kröger, Prof. Dr. rer. nat., Dipl.-Psych., Psychologische Psychotherapeutin, seit 2011 Professorin an der Hochschule Coburg (Professur für psychologische Grundlagen der Sozialen Arbeit und Klinische Sozialarbeit).

Lehr- und Forschungsschwerpunkte: Beraterisch-therapeutische Unterstützung von Menschen mit psychischen Störungen, Prävention und Diagnostik

von Beziehungs- und Interaktionsstörungen bei Paaren und in Familien, Evaluation psychosozialer/sozialtherapeutischer Interventionen, Qualitätssicherung in der Beratung.

Hochschule Coburg
Fakultät Soziale Arbeit und Gesundheit
Friedrich-Streib-Str. 2, D-96450 Coburg
E-Mail: christine.kroeger@hs-coburg.de

Redaktion:

Dr. Rudolf Sanders, Sauerlandstr. 4, 58706 Menden, Tel.: 02331-788582
E-Mail: Dr.Sanders@partnerschule.de, Web: www.partnerschule.de
Dr. Christine Kröger, Fakultät Soziale Arbeit und Gesundheit
Friedrich-Streib-Str. 2, D-96450 Coburg
E-Mail: christine.kroeger@hs-coburg.de

Projektleitung:

Heike Carstensen, Junfermann Verlag GmbH, Driburger Str. 24 D, D-33100
Paderborn, Tel.: 05251-13 44 18, Fax: 13 44 44,
E-Mail: carstensen@junfermann.de

Erscheinungsweise/Service:

Beratung Aktuell erscheint viermal jährlich als Online-Ausgabe auf:
www.active-books.de, einem E-Book-Angebot des Junfermann Verlages. Einzelne Artikel werden zudem als separate E-Books angeboten.

Verantwortlich für www.active-books.de:

Monika Köster, Tel.: 05251-13 44 14, Fax: 13 44 44,
E-Mail: koester@junfermann.de

Erscheinungsweise/Service:

Beratung Aktuell erscheint viermal jährlich als Online-Ausgabe auf: www.active-books.de, einem E-Book-Angebot des Junfermann Verlages. Einzelne Artikel werden zudem als separate E-Books angeboten.

Verantwortlich für www.active-books.de:

Monika Köster, Tel.: 05251-13 44 14, Fax: 13 44 44,
E-Mail: koester@junfermann.de

Zitierhinweis:

Nach den Vorgaben der „Deutsche Gesellschaft für Psychologie – Richtlinien zur Manuskriptgestaltung“ kann wie folgt aus der Zeitschrift zitiert werden bzw. sind entsprechende Angaben in der Literaturliste zu machen:

1.) beim Zitat: Es kann die übliche Form angewendet werden, weil alle nötigen Angaben der jeweiligen Ausgabe entnommen werden können.

2.) Literaturliste: Autor, A.A., Autor, B.B. & Autor, C.C. (2009). Titel des Artikels. *Beratung Aktuell*, XX (Ausgabe des aktuellen Jahres), XXX-XXX (Seitenzahl: von-bis). Zugriff am Tag. Monat. Jahr, Verfügbar unter <http://www.active-books.de/beratung-aktuell.html>
(Alle verwendeten Satzzeichen und die Schreibweise (kursiv) entsprechen den Vorgaben).