

# Risiken und Nebenwirkungen

(k)ein Thema der psycho-sozialen Beratung?

Jürgen Beushausen

Schriften zur psycho-sozialen Gesundheit

Jürgen Beushausen

Risiken und Nebenwirkungen  
(k)ein Thema der psycho-sozialen Beratung?



## **Impressum**

CIP-Titelaufnahme der Deutschen Bibliothek

Jürgen Beushausen

Risiken und Nebenwirkungen (k)ein Thema der psycho-sozialen Beratung?

Diese Arbeit erscheint im Rahmen der Reihe

"Schriften zur psycho-sozialen Gesundheit"

Herausgeber:

Prof. Dr. Frank Como-Zipfel

Dr. Gernot Hahn

Prof. Dr. Helmut Pauls

Coburg: ZKS-Verlag

Alle Rechte vorbehalten

© 2014 ZKS-Verlag

Cover-Design: Leon Reicherts

Technische Redaktion: Tony Hofmann

ISBN 978-3-934247-16-1

Der ZKS-Verlag ist eine Einrichtung der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (ZKS)

UG (haftungsbeschränkt), HRB Nummer 5154

Geschäftsführer: Prof. Dr. Helmut Pauls und Dr. Gernot Hahn.

### **Anschrift:**

Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit

Mönchswiesenweg 12 A

96479 Weitramsdorf-Weidach

### **Kontakt:**

info@zks-verlag.de

www.zks-verlag.de

Tel./Fax (09561) 33197

### **Gesellschafter der ZKS:**

- IPSG-Institut für Psycho-Soziale Gesundheit (gGmbH) – Wissenschaftliche Einrichtung nach dem Bayerischen Hochschulgesetz an der Hochschule Coburg, Staatlich anerkannter freier Träger der Jugendhilfe, Mitglied im PARITÄTISCHEN Wohlfahrtsverband. Amtsgericht Coburg. HRB 2927.

Geschäftsführer: Dipl.-Soz.päd.(FH) Stephanus Gabbert

- Dr. Gernot Hahn

- Prof. Dr. Helmut Pauls

### **Zusammenfassung**

In der psycho-sozialen Beratung, wie allgemein in der Sozialen Arbeit und der Psychotherapie, fehlt weitgehend eine nebenwirkungsorientierte Forschungstradition und Praxis. In diesem Beitrag wird einleitend auf die Bedeutung dieses Themas hingewiesen und die Bildung möglicher Kategorien diskutiert. Aufgeführt werden an Hand von Beispielen mögliche allgemeine und spezifische Risiken und Nebenwirkungen. In zwei Exkursen wird näher auf Chronifizierungsprozesse und die Analyse von Übertragungen und Gegenübertragungen eingegangen. Der Beitrag schließt mit einem Ausblick auf mögliche präventive Haltungen und zieht erste Konsequenzen für die psycho-soziale Beratung.

## Inhalt

1. Einleitung .....	6
2. Kategorienbildung .....	9
3. Typische Nebenwirkungen und Risiken .....	11
4. Exkurs: Chronifizierung .....	16
5. Exkurs: Übertragungen und Gegenübertragungen .....	22
6. Präventive Haltungen .....	26
7. Ausblick .....	32
7. Literatur .....	35

## 1. Einleitung

Vor jedem medizinischen Eingriff werden die Patienten über Risiken der Operation aufgeklärt, jedem Medikament liegt ein Beipackzettel bei, auf dem die Nebenwirkungen aufgeführt sind. In der psychosozialen Beratung vergessen wir oftmals: alles was wirkt, hat auch Nebenwirkungen und beinhaltet somit Risiken. Anders als im medizinischen Funktionssystem werden in der Beratung, Betreuung, Therapie, wie insgesamt in der Sozialen Arbeit mögliche Schäden, Risiken und Nebenwirkungen nur sehr begrenzt und eher allgemein thematisiert, obwohl der Deutsche Berufsverband für Soziale Arbeit e.V. (DBSH) allgemeine berufsethische Prinzipien entwickelte<sup>1</sup>. Auch ein Blick in die Literatur zeigt: In verschiedenen Standardwerken der Sozialen Arbeit und der Beratung werden im Sachregister Risiken, Schäden und Nebenwirkungen nicht aufgeführt<sup>2</sup>.

Wie der Psychotherapie fehlt der Sozialen Arbeit und hier bezogen auf mein Thema der psycho-sozialen Beratung<sup>3</sup> eine nebenwirkungsorientierte Forschungstradition und Beratungs- und Behandlungskultur (für die Psychotherapie siehe Märtens und Petzold 2002, Strauß u. a. 2012). Dabei ist dies ein bedeutsames Thema. So zeigen (siehe Koschier 2012, Lambert 2013) Metaanalysen, dass psychotherapeutische Interventionen einerseits eine hohe, positive Wirkung aufweisen, andererseits sich jedoch der Zustand von 10 % bis zu einem Drittel der PatientInnen nach einer Psychotherapie im Vergleich zu vorher verschlechtern. Diese Möglichkeit der Symptomverschlechterung sei, so Koschier, als Folge der Therapie in der Forschung lange Zeit ignoriert worden. Es ist anzunehmen, dass auch Interventionen der Sozialen Arbeit solche Nebenwirkung und Schäden aufweisen. Somit stellt sich auch für diese Profession die Aufgabe, dieses Thema mehr zu fokussieren und Standards einer Beurteilung von Fehlentwicklungen und Schäden, die durch die Helfer und ihre Institutionen bedingt sind, zu entwickeln und für die alltägliche Praxis einen offenen, selbstkritischen und fehlerfreundlichen Umgang zu verankern. Solch eine veränderte Praxis muss sich auch in der Fachliteratur und in der Ausbildung und Supervision widerspiegeln.

Professionelle Fehler und Defizite resultieren oftmals aus einer Kombination von persönlichem Versagen, mangelnder Reflexion, institutionellen Bedingungen und einem allgemeinen Leistungs- und Kostendruck. In diesem Beitrag können nicht umfassend alle bedeutsamen Aspekte dieses Themas dargestellt werden, es können lediglich aus meiner Perspektive heraus wesentliche Elemente fokussiert werden<sup>4</sup>. Vorgeschlagen wird eine erste

---

<sup>1</sup> Diese beziehen sich insbesondere auf die soziale und psychische Gesundheit und das allgemeine Wohlergehen des Klienten. Bezug genommen wird auf allgemeine Grundwerte Sozialer Arbeit (Würde und Selbstbestimmung, Professionelle Berufsausübung, Verbundenheit mit den Grundwerten einer demokratischen Gesellschaft) Schlitmaier (2014) bezieht diese berufsethischen Prinzipien auf die Klinische Sozialarbeit Hierbei beachtet Klinische Sozialarbeit ethische Konflikte und prüft inwieweit Interventionen keinen Schaden zufügen, strafbare Handlungen vermieden werden und die Autonomie des Klienten respektiert wird.

<sup>2</sup> Beispielhaft für diese Nichterwähnung sollen einige Standardwerke genannt werden: Handbuch der Beratung (Nestmann u. a. 2004), Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung (von Schlippe und Schweitzer 2012), Lexikon des systemischen Arbeitens (Wirth und Kleve 2012), Fachlexikon der sozialen Arbeit (2011), Soziale Arbeit in Theorie und Wissenschaft (Birgmeier und Mührel 2013), Grundriss Soziale Arbeit (Thole 2011), Soziale Arbeit – ein Lehr- und Arbeitsbuch (Erler 2012), Gesprächsführung in der Sozialen Arbeit. Grundlagen und Gestaltungshilfen (Widulle 2012), Sozialberatung (Krüger 2011) und Gesundheit und Soziale Arbeit (Jost 2012).

<sup>3</sup> Präziser wäre hier von der somato-psycho-sozialen Beratung zu sprechen, da im Kontext bio-psycho-sozialer Konzepte Interventionen immer auch auf der Leiblichen Ebene erfolgen.

<sup>4</sup> Zu diskutieren wären beispielsweise Auswirkungen des doppelten Mandats der Sozialen Arbeit und die der „staatlicher Ordnungsaufgaben“, also die Bedeutung von Kontroll- und Disziplinierungsaufgaben im Kontext der Ökonomisierung Sozialer Arbeit im Zuge gesellschaftlicher Wandlungsprozesse und wirtschaftlicher Krisen. Zu thematisieren wären zudem die unterschiedlichen Nebenwirkungen und Risiken für besondere Adressatengruppen und genderspezifische Aspekte. Die Auswirkungen von Klienteneigenschaften (z.B. Komorbiditäten), die zur Verschlechterung beitragen, werden hier ebenfalls nicht diskutiert.



Systematik zur Differenzierung von möglichen Schäden, Fehlentwicklungen, Nebenwirkungen und Risiken. Eingegangen werden soll etwas ausführlicher auf zwei weitere typische Problembereiche, die zuwenig fokussiert werden: Chronifizierungsprozesse und den Umgang mit Übertragungen/Gegenübertragungen. Dieser Beitrag schließt mit einem Ausblick, indem mögliche präventive Haltungen thematisiert und erste Konsequenzen für die psycho-soziale Beratung gezogen werden.

Einführend schilderte ich einen „Problembereich“ aus meiner früheren beruflichen Praxis in der ambulanten Suchtkrankenhilfe. Das Beispiel soll verdeutlichen, dass die Ebenen Klient, Helfer, Team, Institution und Rahmenbedingungen zirkulär ineinandergreifen.

Um die Argumentationsebenen verstehen zu können, sollen zunächst einige Informationen gegeben werden: Das Setting in der Suchtkrankenhilfe umfasst traditionell Gruppengespräche und Einzelgespräche. Allgemein wird davon ausgegangen, dass Gruppengespräche für diese Klientel besonders hilfreich sind. Strukturell wird diese Haltung dadurch gestützt, dass die Kostenträger den Suchtberatungs- und Behandlungsstellen für die Durchführung einer ambulanten Rehabilitation denselben Betrag für ein Einzel- wie für ein Gruppengespräch zahlen. Im Laufe der letzten 10 Jahre gerieten die Fachstellen Sucht unter vermehrten finanziellen Druck. Die Mitarbeiter<sup>5</sup> erhielten die Anweisung, von Jahr zu Jahr mehr Behandlungseinheiten pro Woche durchzuführen um die Personalstellen zu erhalten. Dieser Druck führte dazu, dass nur noch wenige Einzelgespräche und vermehrt Gruppengespräche geführt wurden. Einzelgespräche standen nur noch für Erst- und Krisengespräche zur Verfügung. Auch die Vorbereitung auf eine ambulante oder stationäre Behandlung fand zunehmend in Form eines Gruppensetting statt. Im Kontext dieses Drucks wurde oftmals nicht genügend reflektiert, ob der Klient bereits „gruppenfähig“ ist. Auch von neuen Klienten wurde erwartet bereits in der Vermittlung auf eine therapeutische Behandlung an entsprechenden Gruppentreffen teilzunehmen. Wünsche von Klienten nach Einzelgesprächen wurden nur manchmal realisiert. Im Einzelfall wurden diese Wünsche oft nicht angemessen erörtert und vorschnell im Kontext der Biografien der Klienten und ihrer aktuellen Lebensumstände betrachtet („Bedürfnisse von Suchtkranken sind unersättlich...“) und nicht als Problem seitens der vorgegebenen Rahmenbedingungen.

Um an einem Beispiel zu verdeutlichen, welche Konsequenzen diese Bedingungen für die Mitarbeiter, ihre Motivation und die Teamatmosphäre und für einen Klienten haben könnten, wird von einem Wunsch eines alkoholabhängigen Klienten mit einer zusätzlichen Persönlichkeitsstörung nach Beratung und Therapie ausgegangen. Diesem wird nach dem Erstgespräch aus folgenden Intentionen keine weitere Hilfe angeboten:

- Die zusätzliche Persönlichkeitsstörung des Klienten lässt keinen für die Einrichtung ökonomischen Therapieerfolg erwarten.
- Der bereits belastete Helfer befürchtet, die Gespräche mit einem „solchen“ Klienten könnten sehr anstrengend werden, zudem wäre möglicherweise eine Kostenzusage nur mit größerem Aufwand zu erreichen.
- Das Team erlebt sich bereits als belastet, dies wird dokumentiert durch das Ablehnen aller zusätzlichen Aufgaben und möglicherweise schwierigen Klienten. Es wird vermutet, dass Klienten mit dieser Problematik arbeitsaufwändig sind. Einzelgespräche wären notwendig, nur Gruppentherapie wäre nicht ausreichend.
- Mit diesem Klienten könnte nicht kostendeckend gearbeitet werden. Insgesamt ist die Personaldecke zu gering, es bestehen keine Anreize dieses besondere Klientel zu betreuen.

---

<sup>5</sup> Um einen besseren Lesefluss zu ermöglichen, habe ich darauf verzichtet jeweils die männliche und weibliche Form zu verwenden.

An diesem Beispiel lässt sich verdeutlichen, wie finanzieller Druck und ungünstige Rahmenbedingungen zu einem nicht angemessenen professionellen Verhalten des Teams und des einzelnen Helfers beitragen.



## 2. Kategorienbildung

Für die Soziale Arbeit und die psychosoziale Beratung liegen noch keine systematischen Kategorien für die Unterscheidung von Nebenwirkungen, Schäden und Risiken vor. Unterscheidungsmöglichkeiten aus der Psychotherapieforschung (siehe ergänzend Kaczmarek u.a. 2012, Strauß u. a. 2012, Leitner 2011) können hilfreiche Grundlagen für Kategorien der Sozialen Arbeit bieten.

Otte (2002, S. 185f) differenziert für die Psychotherapieforschung die folgenden Nebenwirkungen:

- langfristige Nebenwirkungen, die auch nach dem Abschluss der Hilfeleistung andauern und von denen wir meist wenig erfahren;
- passagere Nebenwirkungen, Krisen und Verwirrungen, die im Verlauf der Interventionen vermeidbar oder unvermeidbar waren;
- mittel- oder langfristige unerwünschte Wirkungen, die sich im Nachhinein als Resultat von Kunstfehlern darstellen (z.B. eine verstärkte Abhängigkeitshaltung);
- kurz-, mittel-, oder langfristige Schädigungen, die durch Kunstfehler und/oder nicht abschätzbare Effekte schwere reaktive oder nachwirkende typische Beschwerden auslösen (zum Beispiel depressive oder psychotische Reaktionen, Retraumatisierungen);
- Nebenwirkung bei Dritten, zum Beispiel bei Angehörigen (z.B. die Bedeutung der Unterbringung eines Kindes für die Geschwister oder die Eltern).

Hingegen unterscheiden Hoffmann, Rudolf und Strauß (2008):

- Misserfolge als die unzureichende oder ganz fehlende Erreichung der in der Therapie explizit und implizit angestrebten Ziele,
- unerwünschte Wirkungen (Nebenwirkungen) als das Auftreten anderer nachteiliger Effekte als der angestrebten Therapieziele,
- Therapieschäden als das Auftreten unerwarteter, anhaltender und für den Patienten erheblich nachteiliger Auswirkungen der Therapie.

Ergänzend schlagen die Autoren die folgende Systematik vor:

1. Erfolglosigkeit oder unerwünschte Wirkungen einer angemessenen Therapie:

Die Indikation für die Therapietechnik ist richtig gestellt und der Therapeut wendet sie richtig an; die „eigentlich richtige“ Therapie führt jedoch zu keinem Erfolg bzw. zu Nebenwirkungen, Verschlechterungen oder neuer Symptomatik.

2. Erfolglosigkeit oder Nebenwirkungen durch unprofessionelle Ausübung der Behandlung:

Die Indikation ist richtig gestellt, die Therapietechnik ist prinzipiell geeignet. Der Therapeut verstößt jedoch gegen die Regeln der Kunst und beeinträchtigt dadurch den Patienten.

3. Mangelnde Passung einer Psychotherapeutenpersönlichkeit und einer Patientenpersönlichkeit: Das Zusammenspiel vor allem der „inkompatiblen“ Persönlichkeiten führt nicht zum gewünschten Erfolg, es kommt nicht zur Entwicklung einer vertrauensvollen, effektiven Therapeut-Patient-Beziehung.

Schigl und Gahleitner (2013) stellen im Kontext von unerwünschten Effekten den Begriff des Fehlers in den Mittelpunkt ihrer Systematik, den Sie unterscheiden in die Kategorien Alltagsfehler, Fehler in schwierigen Situationen (inkl. AnfängerInnen-Fehler), Kunstfehler und ethische Fehlhandlungen. Kunstfehler sind Fehler, die sich aus der unzureichenden Kompetenz des Therapeuten bzw. unprofessionell durch inkorrekt durchgeführte Therapie ergeben. Sie treten systematisch auf, es sind „Fallen“, in die TherapeutInnen immer wieder

„tappen“ und die durch Aktionen abweichend von der durch die therapeutische Methode vorgegebenen Leitlinie guten therapeutischen Handelns entstehen.

Nebenwirkungen und Risiken können somit unterschiedlich kategorisiert werden. Sie treten zudem in verschiedenen Schweregraden und unterschiedlichen zeitlichen Perspektiven von kurz- bis langfristig auf. Ein Beispiel einer sehr schweren Nebenwirkung in einer Beratung oder Therapie wäre eine akute Suizidalität, eine leichte Nebenwirkung wäre beispielsweise Verzweiflung oder Unsicherheit und vorübergehende Beunruhigung während eines Gesprächs (siehe Leitner 2011). Solche letztgenannten Nebenwirkungen lassen sich auch nicht vermeiden, bzw. sollten möglicherweise gar nicht vermieden werden.

Wie bereits das obige Beispiel zeigt, beruhen Nebenwirkungen und Schäden in psychosozialen Situationen meist auf komplexen Wechselwirkungen. Daher lassen sich komplexe Handlungen nur sehr begrenzt tabellarisch einordnen. Gleichwohl soll dies im Sinne einer pragmatischen Vorgehensweise für die Praxis und die Ausbildung versucht werden. Vorgeschlagen werden die folgenden Kategorien

- Nebenwirkungen und Risiken aufgrund der Missachtung ethischer Grundlagen (z.B. Verantwortung, Würde, Selbstbestimmung des Klienten)
- Nebenwirkungen und Risiken aufgrund von allgemeiner unprofessioneller Berufsausübung seitens des Helfers (Erfolglosigkeit und Misserfolge in Bezug auf die Ziele und die verwandten Methoden, die Kompetenz, das Kommunikationsverhalten, die Beziehungsgestaltung, die Vertraulichkeit)
- Nebenwirkungen und Risiken bedingt durch institutionelle Vorgaben und die Rahmenbedingungen und
- Auswirkungen der Bedingungen auf die Person des Helfers

Tabellarisch werden im Weiteren die Ebenen des Helfers, seiner Institution und der Rahmenbedingungen, die zu Schäden beim Klienten und seinem Umfeld führen, aufgelistet. Auf die Phänomene Umgang mit Übertragungen und Gegenübertragungen und Chronifizierungsprozesse wird in Exkursen gesondert eingegangen. Im Anschluss werden schädigende Auswirkungen für die Helfer erwähnt.

### 3. Typische Nebenwirkungen und Risiken

Entsprechend der vorgeschlagenen Kategorien werden in der folgenden Tabelle zunächst Nebenwirkungen und Risiken aufgrund der Missachtung ethischer Grundlagen aufgeführt und an Hand von Beispielen kurz erläutert.

Kategorie	Inhalt	Beispiel
Sexuelle Grenzüberschreitungen	Alle Handlungen mit sexuellem Hintergrund Sexueller „Missbrauch“ Tatbestand nach Paragraph 174C StGB	Berater verhält sich sexuell anzüglich, sexuelle Beziehungen zwischen Berater und Klient
Verletzung grundlegender Basisvariablen	Mangelnde Empathie, Akzeptanz u. Wertschätzung, ausschließliche Zentrierung auf Defizite	Nicht zuhören können, vorschnelle Deutungen oder stereotype Vorurteile gegenüber bestimmten Klientengruppen. Ein Klient fühlt sich z.B. fortwährend aufgrund seines kulturellen Hintergrundes oder des hohen Körpergewichts abgewertet
Soziale Grenzverletzungen	falsche professionelle Nähe und Distanz, der Beratungs- und Betreuungsrahmen wird gesprengt, es kommt zu Grenzverletzungen gegenüber den Klienten	Der Berater bespricht mit dem Patienten eigene private Probleme oder geht eine nicht professionelle Beziehung ein
Interessenkollision Ökonomischer/ finanzieller Missbrauch	Der Berater verfolgt gleichzeitig andere Interessen, z. B. finanzielle Interessen des Arbeitgebers oder es gibt eine Verknüpfung freundschaftlicher /verwandtschaftlicher Beziehungen	Der Berater ist gleichzeitig Nachbarin des Klienten Unkorrekte Abrechnungen, Privatarbeiten des Klienten für den Berater Verlängerung der Beratungsdauer um die eigene Stelle zu sichern, bzw. „Schwarzarbeiten“ des Klienten für den Berater
Trägerinteressen	Der Träger sichert das Überleben eigener Einrichtungen auf Kosten einer qualitativ schlechteren Versorgung der Klienten	Klienten werden in eigene Kliniken und Einrichtungen vermittelt, zum Beispiel in der Suchtkrankenhilfe

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

In der zweiten Tabelle werden Nebenwirkungen und Risiken aufgrund von allgemeiner unprofessioneller Berufsausübung zusammengefasst:

Kategorie	Inhalt	Beispiel
Helfereigenschaften	Fehler, die in der Person oder der mangelnden Ausbildung und Fachlichkeit der Helfer begründet sind	Umgang mit Nähe und Distanz, Selbstüberschätzung der Berater
Unangemessene Konzepte und Haltungen des Helfers	Methoden und Konzepte passen nicht zum Klienten, z.B. eine ausschließlich analytische oder defizitorientierte Grundhaltung des Beraters	Im Kontext einer geschäftstherapeutischen Grundausrichtung wird der Klient mit seinem Verhalten nicht konfrontiert. Die Bedeutung von kausalen Behauptungen wird nicht realisiert (zum Beispiel wenn aus einer schlechten Kindheit zwangsläufig geschlossen wird, dass die Prognose ungünstig ist <sup>6</sup> ), der Helfer vertritt die Position, dass Traumata grundsätzlich aufzuarbeiten sind
Mangelndes oder falsches Krisenscreening	Fehleinschätzungen von Risiken, eine Krise wird übersehen	Suizidalität wird übersehen Eine Einweisung ist notwendig.
Mangelnde Diagnostik und Zielbestimmung	Fehlende oder unzureichende Diagnostik, falsche Indikationsstellung,  nicht passende Zielbestimmung es erfolgt keine ausreichende Lebensweltorientierung	die Diagnostik erfolgt unzureichend, indem nur wenige Aspekte fokussiert wird werden, der Berater folgt „eigenen“ Zielen und nicht denen der Klienten die Bedeutung von äußeren Einflüssen auf Probleme wird nicht gesehen
Mangelhafte oder falsche Interventionen	Richtiges anwenden einer nicht passenden Intervention oder die richtigen Interventionen lassen sich in den Lebenswelten der Klienten nicht umsetzen	Es erfolgt eine Einengung auf psychologische, soziale oder medizinische Interventionen, z.B. eine unsichere Wohnsituation kann das Einlassen auf eine Beratung erschweren
Kommunikation  Passungsprobleme zwischen Klient und Berater	Der Klient missversteht eine Intervention, der Kommunikationsstil ist nicht angemessen	Versteht ein Migrant, der kurz in Deutschland lebt und Analphabet ist, die Bedeutung des Schulbesuches seiner Kinder? Einen Unterschied macht, ob ein Mann oder eine Frau das Gespräch führt und ob der kulturelle Hintergrund verstanden wird.
Unzureichende Informationen	fehlende Informationen über Rechte des Klienten und alternative Wege	Der Klient wird nicht über besser passende Angebote eines anderen Trägers informiert oder vorrangig in die eigene Klinik des Trägers vermittelt
Umgang mit sogenannten Widerständen	Klienten werden häufig als nichtmotiviert und widerständig statt ambivalent motiviert beschrieben. Im Umgang mit Widerständen ist daher zu beachten, diesen zunächst allgemein als Antwort des Klienten zu betrachten. Er ist Schutz und „beste Lösung“ im subjektiven Kontext des Klienten und gehört somit zum beraterisch-therapeutischen Prozess.	Ein „technischer Widerstand“ (bedingt durch falsche Interventionen und unangemessene Anforderungen an den Klienten wird als „funktionaler“ im Klienten liegender Widerstand gedeutet.

<sup>6</sup> Ben Furmann zeigt in seinem Buch „Es ist nie zu spät, eine glückliche Kindheit zu haben“ (2008), welche Bedeutungen negative Aussagen über die Vergangenheit für die Gegenwart und Zukunft haben, wenn viel über die Vergangenheit gesprochen wird oder beispielsweise zu wenig die positive Aspekte und der Einfluss von stützenden Bezugspersonen in der Kindheit fokussiert werden. Verhaltensprobleme von Kindern werden oft mit einer schwierigen Kindheit erklärt. Dies ist besonders dann schädlich, wenn das Kind diese Einstellung übernimmt.

Umgang mit Übertragung und Gegenübertragungen	Unzureichende Reflektion der Übertragungen- Siehe Exkurs	Eine konkordante, komplementäre oder reziproke Gegenübertragung wird nicht analysiert.
Verstoß gegen Informations-, Dokumentations- und Schweigepflicht	Verweigerte Einsicht in die Unterlagen, Fälschung und inkorrekte Darstellung der Unterlagen, mangelnde Dokumentation oder Aufbewahrung, Verletzung der Schweigepflicht durch Informationsweitergabe an Dritte	der Berater berichtet dem Partner oder den Eltern eine eines Klienten vom Verlauf der Beratung ohne Schweigepflichtsentbindung
Abbruch	Seitens des Berater wird die Beratung nicht auf dem üblichen Wege beendet	Die Beendigung wird durch SMS mitgeteilt
Auswirkungen auf das Umfeld des Klienten	Seitens der Helfer (und der Institution) wird nicht berücksichtigt, welche Auswirkungen die Interventionen auf das Umfeld haben	bei der Unterbringung von Kindern in Pflegefamilien wird nicht bedacht, was dies für die neuen Geschwister bedeutet, die Kinder von psychisch Kranken werden nicht betreut, Angehörige von Suchtkranken werden nicht offensiv in die Beratung einbezogen

Tab 2: Nebenwirkungen und Risiken aufgrund von unprofessioneller Berufsausübung

In der dritten Tabelle werden Schäden und Fehler dargestellt, deren Probleme vornehmlich auf den Institutionsebenen beruhen:

Kategorie	Inhalt	Beispiel
Konzeptionelle Mängel	Keine Ausrichtung der Methoden auf z.B. die Wirksamkeit	Verwandte Methoden genügen nicht dem aktuellen Forschungsstand, starke Orientierung auf die Defizite
Mangelnde Reflektion, Intervention, Supervision und Fortbildung	Kein Deputat für Supervision, Fallbesprechungen und Supervision erfolgen wenig zielgerichtet und effektiv  Für Fortbildung stehen keine Ressourcen zur Verfügung	Aufgrund von Zeitmangel und Supervision führt mangelnde Selbstreflexion zu Fehlern, langjährige Supervision mit dem gleichem Supervisor führt nicht zu neuen, kritischen Anstößen lediglich der Leiter nimmt an Tagungen etc. teil
Regeln	Durchsetzung von Regeln, die im Einzelfall nicht sinnvoll sind	Teilnahme aller suchtkranken Klienten an einer Gruppenberatung
Setting	Das Setting ist nicht angemessen, zum Beispiel zu kurze oder zu lange Dauer der Beratung, die Komplexität, die durch mehrere Auftraggeber entsteht wird nicht gesehen.	Die Angehörigen werden nicht einbezogen, bei einer Borderlinestörung wird eine Familientherapie angeboten
Chronifizierung (Ausführlicher wird hierauf im Exkurs eingegangen)	Es wird nicht reflektiert inwieweit der Helfer oder seine Institution zu einer Chronifizierung beitragen, Krankheitskonzepte, die auf eine unendliche Krankheit verweisen, verfestigen diesen Prozess und wirken als selbsterfüllende Prophezeiung. Festschreibende Diagnosen und chronifizierende Beschreibungen können die Opfer- und Krankenrollen betonieren.	Bei einer Verlängerung einer Maßnahme wird nicht überlegt, inwieweit diese zu einer Lösung des Problems beiträgt, es wird keine Inklusion des Klienten in Außenwelten angestrebt, Chronifizierung wird unterstützt, indem frühere Bekanntenkreise durch Bekannte aus den besuchten Einrichtungen ersetzt werden Betreuer werden ausgetauscht, die das alte Muster oder Formen einer „Mehr – des - selben“ Strategie fortsetzen. „Hilflosigkeit“ kann erlernt bzw. unbeabsichtigt gefördert werden.

Erfolgsmessung	Die Messung der Wirkungen oder der Erfolge erfolgt über unzureichende und nicht sinnvolle Kriterien <sup>7</sup>	Finanzielle Zuwendung erfolgt nur bei einer erhöhten Klientenzahl – dies kann zu Qualitätsverlusten führen, „Erfolg“ einer Maßnahme soll durch den Bericht dokumentiert werden – dies führt z.B. lediglich zu einem ausführlicherem Bericht und einer unsinnigen Mehrarbeit
Institutionelle vor Klienteninteressen (siehe auch Tab. Missachtung ethischer Grundlagen)	Die finanziellen Interessen des Trägers stehen im Zentrum	Gruppensetting vor Einzelsetting in der Suchtkrankenhilfe, Eine Pflegestelle vermittelt nicht in eine geeignete Einrichtung, die Bezuschussung einer Tagesstätte hängt davon ab, wie viele Mittagessen verkauft werden und wie viele Klienten sich in der Einrichtung aufhalten
Mangelnde Rahmenbedingungen	z. B. wird nicht gesehen, dass eine ambulante Betreuung nicht ausreichend oder die Ausbildung des Beraters mangelhaft ist, Überlastungen der Mitarbeiter,  Unreflektierte Anpassung an institutionelle Vorgaben	Das Beratungsgespräch wird immer wieder durch ein Telefongespräch unterbrochen, Zuständigkeit der Mitarbeiter für zu viele Fälle, es werden ambulante Betreuungen durchgeführt statt zu vermitteln, um Fallzahlen zu erfüllen
Umgang mit Ambivalenzen: Parteilichkeit versus Allparteilichkeit Ambivalenz der Hilfs- und Kontrollfunktion	Der angemessene Umgang mit der Parteilichkeit wird nicht reflektiert,  mangelnde Reflexion der Bedeutung des doppelten Mandates Hilfe kann den Menschen abhängiger und hilfloser machen oder Integration in soziale Gemeinschaften durch Desintegration verfestigen	die Situation eines Angehörigen wird nicht gesehen alleinige Ausübung der Kontrollfunktion  Klienten sind nur im Kontakt mit Betroffenen und Helfern
Umgang mit Fehlern	Keine institutionelle Kultur einer Fehlerfreundlichkeit	Fehler müssen verschwiegen werden um die eigene Position nicht zu gefährden
Kooperation	Fehlende Absprachen mit anderen Institutionen	Keine Empfehlung zum Besuch einer Selbsthilfegruppe

Tab. Nr. 3:Institutionsbedingte Fehler und Risiken

Angesprochen werden können in dieser Aufstellung nur klassische typische Problembereiche. Die jeweilige Praxis in den verschiedenen Arbeitsfeldern und Settings ist spezieller und differenzierter zu betrachten. Die schlimmsten Schädigungen sind durch ein unethisches Verhalten des Beraters zu erwarten, insbesondere durch strafrechtlich relevante sexuelle Grenzverletzungen. Zu schweren Schäden kann es jedoch auch bei Interventionen unterhalb der Schwelle einer Strafbarkeit kommen, wenn beispielsweise ein Abhängigkeitsverhältnis hergestellt wird. Ein häufiger Fehler ist die Nichtberücksichtigung der Bedeutung der Lebenswelten eines Klienten. Insgesamt sind somit Defizite und Interventionsfolgen der individuellen Helfer und die negativen Auswirkungen der institutionellen Strukturen und Rahmenbedingungen zu reflektieren.

Mögliche Fehler finden sich meist nicht nur in einer Verhaltensweise, sondern oftmals auch in der gegenüberliegenden Polarität. So können beispielsweise eine zu große Identifikation mit

<sup>7</sup> Conen (2006) weist auf einen weiteren Aspekt hin: Es sei zu beobachten, dass professionellen Helfern seitens ihrer Arbeitgeber und anderer Institutionen in einem hohen Maße die Verantwortung für das "Arbeitsergebnis", nämlich die Veränderung des Klienten, gegeben wird. Hieraus resultiert ein enormer Druck für die Mitarbeiter, eine Lösung der Klientenprobleme zu erreichen.

dem Klienten und eine Gefühlsansteckung genauso problematisch sein, wie eine Gefühlskälte und eine zu große Distanz.

In vielfältigen Wechselwirkungen tragen die genannten Fehler und Nebenwirkungen nicht nur zu vielfältigen Schädigungen der Klienten sondern auch der Helfer bei. Auch wenn dies nicht das Thema dieses Beitrages ist, soll zumindest kurz darauf eingegangen werden. Hierzu gehört besonders der in den Medien diskutierte Burnout. Andere Stichworte sind Psychische Erkrankung der Helfer, Erschöpfung, Entfremdungen, Realitäts- und Wahrheitsverluste, Überidentifikation als Reaktion auf z.B. Dauerbelastungen. Dies kann zu einer Wahrnehmungsselektion, in der von der Fülle des Lebens nur die berufsbezogenen Aspekte zur Kenntnis genommen werden, bzw. zu einer Interessenverarmung führen, in der der Mensch sich nur noch solchen Themen widmet, die beruflich verwendbar sind. Eine andere Form von Helferdeformationen sind abrufbare Gefühle, indem Helferinnen und Helfer Wärme und Zuversicht ausstrahlen, sobald sie bereits ein Büro betreten. Auch dies kann zu Automatismen im privaten Kontakt führen. Folgen dieser Deformationen sind im Kontakt des Klienten, z. B. der Verlust der Einfühlung, eine mechanische Akzeptanz oder eine überzogene Technisierung der Konfrontation.

Zudem führen, wie oben kurz erwähnt, individuelle Fehler der Helfer, konzeptionelle strukturelle Fehler und unpassende Rahmenbedingungen zu Schädigungen bei den Angehörigen der Klienten, die oft nicht mitbedacht werden.



## 4. Exkurs: Chronifizierung

Ausführlicher wird in einem Exkurs<sup>8</sup> auf Chronifizierungsprozesse eingegangen, die durch Helfer und ihre Institutionen mitbedingt werden. Psychosoziale Helfer, Berater, Betreuer und Therapeuten tragen oftmals mit ihrem Verhalten und den Konzepten ihrer Institutionen unbeabsichtigt zu einer Chronifizierung ihrer Klienten bei. Zunächst wird die Bezeichnung Chronifizierung problematisiert und Formen der Chronifizierung differenziert, um dann Elemente, die zu einer Konstituierung beitragen, zu benennen. Chronifizierungsprozesse werden an einem Beispiel erläutert und abschließend Hinweise für mögliche Lösungen dieser Probleme skizziert.

Der Begriff chronisch (aus dem Griechischen von *chrónos*, „die Zeit“) beschreibt im Allgemeinen sich langsam entwickelnde oder lang andauernde Erkrankungen, bei denen sich der Krankheitsverlauf über mehr als vier Wochen erstreckt. Eine chronische Erkrankung kann trotzdem eine akute Komponente haben oder sich, wie z.B. die Epilepsie, durch akute Schübe (Anfälle) auszeichnen. Allgemeine Einflussfaktoren für die Ausbildung chronischer Verläufe sind neben biologischen Parametern (Gewicht, genetische Veranlagung usw.), psychische Faktoren (z.B. depressive Verstimmung, Katastrophenneigung, Bewältigungsstrategien, wie das Vermeidungs- und Konfliktverhalten, aber auch extremer Durchhaltewillen) und soziale Einflüsse.

Aus systemischer Perspektive wird ein Problem, das in der Kommunikation von anderen als unerwünscht (schwierig, falsch, unpassend usw.) beschrieben und bewertet wird zu einem chronischen Problem, wenn es nicht wieder vorübergeht, also zeitlich nicht begrenzt ist. Es wird angenommen, dass dieses Syndrom/Verhalten auch in der Zukunft vorliegt. Hier wird bereits fälschlicherweise davon ausgegangen, dass sich die Zukunft voraussagen lässt. Zukunft kann immer nur vorhergesagt, d.h. konstruiert werden. (Je komplexer Verhaltensweisen sind, desto weniger lassen sich diese konkret vorhersagen.) Während die Verwendung des Begriffs der „Chronizität“ für viele somatische Erkrankungen, z.B. für eine Demenz, ein nützliches Konzept ist, ist die Verwendung dieses Begriffs bei vielen biopsychosozialen Phänomenen problematisch. So könnte beispielsweise gefragt werden: Ist ein Suchtkranker, der seit langem abstinent lebt, chronisch krank? Bleibt ein Stotterer immer ein Stotterer, oder ist er dies nur, wenn er stottert? Kann ein „Burnout“ chronisch sein? Lässt sich eine depressive Episode genau von einer rezidivierenden und chronischen Form unterscheiden? Gibt es einen chronischen Arbeitseifer?

Zum Verständnis der Chronifizierung ist eine Differenzierung von Simon (2007) hilfreich. Er unterscheidet drei Muster der Chronifizierung. In seinem Beispiel des ersten Typus besucht er nach einigen Jahren erneut das Konzert eines Sängers. Beim ersten Besuch des Konzertes war er begeistert. Er stellt diesmal aber fest, dass der Sänger fast dasselbe Konzert wie beim ersten Besuch darbietet. Die Zuschauer sind im Gegensatz zu ihm begeistert. Simon reflektiert diese Empfindungen und erinnert sich an die eigenen Wiederholungen der von ihm erzählten Witze und Geschichten in seinen Seminaren. Er bilanziert, dass Chronifizierungen einen Kontext benötigen, der eine Wiederholung dieser Verhaltensweisen ermöglicht. Beim o. g. Beispiel des Konzertbesuches ermöglicht das Vorhandensein eines immer neuen Publikums, dass dasselbe Konzert aufgeführt werden kann.

Formen einer Chronifizierung lassen sich für viele Lebensbereiche beschreiben. Oftmals ist

---

<sup>8</sup> In diesem Exkurs wird ein Artikel zusammengefasst, der 2013 in der Zeitschrift TUP erschien (siehe Beushausen 2013b).

dies nicht problematisch: Dozenten können in jedem Schuljahr oder Studienjahr wieder ihre Aufzeichnungen verwenden oder Therapieunterlagen in Kliniken können auch für die nächsten neuen Klienten genutzt werden. Problematisch ist dies jedoch, wenn beispielsweise in langjährigen Betreuungen nicht reflektiert wird, wie Verhaltensweisen der Betreuer dazu beitragen, dass Betreute ihr Verhalten fortsetzen können. Gemeinsam ist diesen Phänomenen, dass sie jeweils eines Kontextes bedürfen, der diese Verhaltensweisen ermöglicht und oftmals unbeabsichtigt unterstützt und festigt.

Simon (2007) differenziert in Ergänzung des bereits beschriebenen Musters weitere Typen. Für einen zweiten Typus nennt er das folgende Beispiel: Ein Ehepaar lebt seit vielen Jahren in ständigen Konflikten, die schließlich zu einer Trennung führen. Kurze Zeit später stellen die Ehepartner fest, wie sehr sie sich vermissen. Sie ziehen wieder zusammen und streiten weiter. Der ständige Streit ist bei diesem Typ wichtiger Teil eines chronifizierten Spiels.

In einem dritten Muster beschreibt Simon (2007) einen „funktionellen Autismus“, den er rigiden Institutionen bei Kirchen, Sekten, Therapiegesellschaften u.a. Institutionen zuschreibt. Hier würde, unabhängig vom Wandel der Gesellschaft, die bestehende Ordnung etabliert, aufrechterhalten und an ewigen Wahrheiten festgehalten werden. Manifestiert würde dieser Vorgang durch geschriebene Texte. Wo immer Texte den Rahmen bilden, an denen sich das Verhalten der Interaktionspartner zu orientieren hat, z.B. in Krankenakten oder heiligen Schriften, würden sie Abweichung verhindern.

Chronifizierung ist bei all diesen Formen Teil einer Überlebensstrategie. Sie ist somit subjektiv sinnvoll und passt zu den Bedingungen der Person und seiner Umwelten. Dies bedeutet in der Konsequenz: Was sinnvoll und somit erfolgreich ist, wird wiederholt und wiederholt. Aus diesem Sachverhalt leitet Simon eine weitere Regel ab: „Jedes System, das nicht in Krisen gerät, chronifiziert. Es kann seine Strukturen ungestört bewahren, es kann so bleiben, wie es ist. Und das kann es nur, weil die Umwelt nicht stört.“ (2007, 73) Die System-Umwelt-Beziehung bleibt in all den genannten Fällen konstant. Im ersten Fall des Sängers bleibt die Situation beständig, weil sich die Umwelt ständig ändert und es immer neue Interessenten gibt. Im zweiten Fall, dem des Ehepaars, lässt sich das alte Muster nicht mit neuen Interaktionspartnern befriedigend fortsetzen und es gibt eine Rückkehr zu den alten Mustern. Im dritten Fall bezl. der rigiden Institutionen wird eine Veränderung der Umwelt nicht wahrgenommen oder aufgenommen.

Die dauerhafte oder langfristige Produktion eines Symptoms kann somit auch als Aktivität und Fähigkeit interpretiert werden. Wenn auch dieser Prozess den Akteuren überwiegend nicht bewusst ist, ist es jedoch ein aktiver Austausch und aktives Handeln. Dies geschieht mit einer gewissen Eigenlogik, aber nicht von selbst (Schweitzer-Rothers 2002). Meistens greifen im Prozess einer Chronifizierung die kommunikativen Handlungen vieler Beteiligter ineinander.

Um diese Prozesse zu verstehen, gehen Schweitzer und von Schlippe (2009) davon aus, dass Menschen generell ständigen Fluktuationen unterworfen sind. Im Laufe dieser Prozesse erweisen sich bestimmte Phänomene als Attraktoren, d.h. als organisierende Prinzipien, um die sich bedeutende Kommunikationen gruppieren. Demnach ist zu eruieren, wie es einem System gelingt, ein Problem durch kontinuierliche, aufeinander bezogene Interaktionen und Aktivitäten zu erzeugen. Chronifizierung wird in diesem Kontext als das Ergebnis einer aktiven, wenngleich meist nicht bewussten Gemeinschaftsleistung angesehen und nicht als Ergebnis eines in der Person liegenden Defizits. Eine chronische psychische Störung kann somit als spezifische Form selbstorganisierender Ordnung angesehen werden, die eine Person

gemeinsam mit ihrem Bezugssystem durch Interaktion kontinuierlich aufrechterhält (vgl. Kriz 1999). Schweitzer-Rothers (2002) kennzeichnet diesen Sachverhalt ebenfalls als Gemeinschaftsleistung, in der neben den Angehörigen auch Fachkräfte und bei längeren Verläufen auch die sozialrechtlichen Bestimmungen und die psychiatrische Patientensubkultur mitwirken.

Ein kleines Beispiel soll dies illustrieren: Einem massiv übergewichtigen Klienten gelang es, ein kleines nachbarschaftliches Kontaktnetz aufzubauen, welches ihm alle Einkäufe abnahm, da er „schlecht zu Fuß“ war. In der Folge führte dies zirkulär zu einem noch größeren Übergewicht, welches ein Verlassen der Wohnung immer schwerer machte.

Um einen Chronifizierungsprozess zu vermeiden, sind unerwünschte Nebenwirkungen zu fokussieren, die die Krankenrolle verfestigen oder erhalten. Beispielsweise können therapeutische Ketten psychiatrischer Versorgungssysteme und die Bildung von Patientensubkulturen von Menschen mit einem ähnlichen Krankenschicksal solche Prozesse unterstützen. Dies könnte z.B. geschehen, wenn eine Suchtentgiftung an die Behandlung in einer Suchtklinik und an einen Platz in einem Wohnheim anschließt. Viele psychisch Kranke oder behinderte Menschen haben neben ihren Helferkontakten in Ihrem Bekanntenkreis ausschließlich Kontakt zu Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder einer Behinderung. Auch die Aussicht auf eine finanzielle Unterstützung kann chronifizieren. Geld erhält nur der, der wenig Geld hat. Dies macht den Ausstieg, so Schweitzer und von Schlippe (2012), aus einer langweiligen, aber stressfreien Patientenkarriere in eine perspektivarme Konkurrenzgesellschaft riskant. Im Kontakt mit dem Klienten ist daher zu fragen, wie und mit welchen Strategien eine Person es gemeinsam mit anderen schafft, eine Störung immer wieder neu hervorzubringen. Wichtiger, als nach der Ursache des Problems zu fragen, ist es demnach zu verstehen, welche Randbedingungen dafür sorgen, dass ein Problem nicht verschwindet, sondern sich stabilisiert.

Im Weiteren sollen einige typische Elemente, die zu einer Chronifizierung beitragen, benannt werden (siehe auch von Schlippe und Schweitzer 2012, Schweitzer-Rothers 2002, Simon 2007):

- Ein Betroffener hört auf, an eine positive Zukunft zu glauben.
- Er sieht sich im Wesentlichen als Opfer und nicht als Täter des eigenen Schicksals.
- Das gegenwärtige Verhalten wird als Ausdruck von Defiziten verstanden, die in der Person liegen.
- Die Vergangenheit wird als Schicksal verstanden, welches die Zukunft negativ bestimmt.
- Der Betroffene vermeidet zu überlegen, was er heute im Hier und Jetzt tun kann, damit es ihm besser geht.
- Das eigene Verhalten wird stets negativ und als Ausdruck der persönlichen Pathologie bewertet. Es wird nicht als ein nachvollziehbares Verhalten und als eine kreative Reaktion auf die gegebenen Umstände im aktuellen Kontext verstanden. Ein Beispiel wäre hier die Angst eines langjährigen Arbeitslosen vor einem Berufseinstieg, der eben nicht unbedingt Ausdruck der Pathologie sein muss, sondern auch dadurch bedingt sein kann, dass ungewohnte Situationen ängstigen.
- Schweitzer-Rothers weist darauf hin, dass eine Chronifizierung eher erreicht wird, wenn das Verhalten für die Umgebung als nicht verstehbar erscheint. Wird hingegen das Verhalten vom Beobachter als asozial, ausbeuterisch, arbeitsscheu oder als Straftat interpretiert, wird eher keine chronische psychische Erkrankung attestiert. In diesen Fällen wird die Behebung dieses Verhaltens einem anderen

Funktionssystem zugewiesen. Es reagiert dann z.B. das Justizsystem mit einer Anzeige oder die Arge (Jobcenter) kürzt das Arbeitslosengeld.

- Ärztliche und psychiatrische Einrichtungen werden von psychisch Kranken oftmals aufgesucht, um die Fachkräfte zu einer Bestätigung der eigenen Sicht, hier der einer massiven psychischen Störung, zu bringen. Bestätigen diese Institutionen die Selbstdiagnose, wirkt dies oftmals pathologisierend.
- Klinikaufenthalte und lange Arbeitsunfähigkeit verstärken zirkuläre Chronifizierungsprozesse. Zudem wirken diese langen Zeiträume gewohnheitsbildend, Patienten sind es nicht mehr gewohnt selbstständig zu leben oder als Arbeitnehmer tätig zu sein.
- Hilflosigkeit kann in einem umfassenden Sinne erlernt werden und unbewusst von den Helfern gefördert werden, indem Klienten Tätigkeiten abgenommen werden. Vorhandene Kompetenzen werden so nicht mehr genutzt. (Beispiel: In der ambulanten Betreuung überlegte ein Helfer, wie er die genehmigten Stunden füllen könne. Er fuhr den Klienten grundsätzlich zum Einkaufen und zum Arzt.)
- Oftmals werden soziale Probleme zu psychischen Problemen (siehe Beushausen 2013). Beispielsweise wurde in einem Fall für einen längeren Zeitraum der Psychiatrieaufenthalt verlängert, da ein Klient in einer Großstadt mit geringem Wohnungsangebot keine eigene Wohnung fand. Typisch ist zudem der Fall, dass bei Kindern ein erheblicher Bewegungsdrang zu der Konstituierung einer psychischen Diagnose, hier einer ADHS-Diagnose mit einer Medikalisierung der Vergabe von Ritalin führt. Diese Konstituierung kann zu einer langjährigen psychosozialen Patientenkarriere beitragen.
- Krankheitskonzepte, die auf eine unendliche Krankheit verweisen, verfestigen diesen Prozess und wirken als selbsterfüllende Prophezeiung. Zu diesen Konzepten gehören die Bezeichnungen „frühe Störung“, „endogene Psychose“ und das Abstinenzparadigma einer Suchterkrankung. Festschreibende Diagnosen und chronifizierende Beschreibungen können die Opfer- und Krankenrollen „betonieren“ (Von Schlippe und Schweitzer 2012).
- Chronifizierung wird unterstützt, indem frühere Bekanntenkreise vermindert werden und durch Bekannte aus den besuchten Einrichtungen ersetzt werden.
- Wird primär eine Frührente, ein Behindertenausweis, der Zugang zu Rehabilitationsmaßnahmen oder ein betreuter Wohnplatz gewünscht, ist dies eher mit einer chronischen Erkrankung zu erreichen (siehe Beispiel unten).
- Auf Seiten der Betreuer und der Behandelnden beeinflusst die Weitergabe pessimistischer Behandlungserwartungen in Fallbesprechungen und Arztbriefen bei den neuen Behandelnden eine entsprechende Haltung.
- Als problematisch erweist es sich, wenn langjährige Betreuungsangebote unreflektiert weitergeführt werden. Möglicherweise werden Betreuer ausgetauscht, die das alte Muster oder Formen einer „Mehr – des - selben“ Strategie fortsetzen.

Am Fall eines Angstpatienten soll beispielhaft dargestellt werden, dass nur jemand in Frührente gehen kann, der eine chronifizierte Krankheit vorweisen kann:

Herr K. ist 51 Jahre alt und beruflich hoch qualifiziert. Massive Ängste treten auf, wenn er sich in engen Räumen oder in einem Auto befindet. Zudem befürchtet er bei einem anstehenden Redebeitrag auf der Arbeit plötzlich ohnmächtig zu werden. Der Patient unterzieht sich einer Psychotherapie und einem Klinikaufenthalt. Die Arbeitssituation erlebt der Patient als belastend. Aktuell befürchtet Herr K., dass die Niederlassung seines Betriebes schließt und er möglicherweise 90 Minuten mit dem Auto fahren muss, um eine andere Niederlassung zu erreichen. Diese Arbeitssituation erlebt der Patient als unzumutbar. In der laufenden zweiten Psychotherapie kann er die Ängste reduzieren. Um jedoch die Perspektive

einer Frühberentung offenzuhalten, hat er entschieden, eine „Kur“, eine psychosomatische Rehabilitationsmaßnahme, in Anspruch zu nehmen, denn ihm ist bewusst, dass er mehrere erfolglose Therapien vorweisen muss, um eine Frühberentung zu erreichen. Unterstützt wird dieses subjektiv logische Verhalten durch den Betrieb, der durch die Frühberentung des Beamten langfristig Geld sparen würde. Für die Therapie bedeutet dies, dass die Ängste aktuell zwar vermindert werden dürfen, aber die Symptomatik bei Bedarf abrufbar sein muss. Der Klient äußert in der Psychotherapie, dass er nie wisse, wann die Ängste wiederkämen oder noch schlimmer würden und er möglicherweise wieder eine Therapie oder eben die Frühberentung benötigen würde. Auch wenn in der Therapie dieser Chronifizierungsprozess thematisiert wird, ist er letztlich nicht lösbar. Sobald dem Klienten die Arbeitsverhältnisse unzumutbar erscheinen oder die Niederlassung geschlossen wird, werden voraussichtlich die Ängste wieder stärker werden und die Pläne, eine Frühverrentung zu erreichen, umgesetzt werden. In der Konsequenz bedeutet dies, dass, um die Wahlmöglichkeit einer möglichen Frühverrentung aufrechtzuerhalten, die Psychotherapie nicht mit Erfolg abgeschlossen werden darf.

Mit einem weiteren Beispielfall soll darauf aufmerksam gemacht werden, dass manchmal Entscheidungen von Institutionen nicht sofort helfen, zu einem veränderten Verhalten des Klienten, bzw. einer geringeren Wahrscheinlichkeit einer Chronifizierung, beizutragen: Ein suchtkranker alleinlebender Klient begab sich vierteljährlich zur „Kräftigung und Erholung“, wie er es nannte, zur Entgiftung in ein Krankenhaus. Als er sich erneut für eine Entgiftung anmeldete, wurde er nicht aufgenommen (er konnte keinen Veränderungswunsch nennen). In diesem Fall aktivierte der Klient frühere Kontakte zu Familienangehörigen, aus denen sich neue Unterstützungsmöglichkeiten ergaben (er zog in das Haus eines Cousins ein).

Welche Schlussfolgerungen lassen sich hieraus allgemeiner für die Beratung und Therapie ziehen? Bei jeder Intervention ist zu reflektieren, ob diese zu einer Förderung der Gesundheit oder zu einer möglichen Chronifizierung beiträgt. Der befürchtete Chronifizierungsprozess ist zwischen den Helfern, dem Klienten und den Angehörigen zu erörtern. Es ist zu eruieren, wer alles zu einer Chronifizierung beiträgt. Wenn möglich, sind sinnvolle Verhaltensweisen, die einer Chronifizierung entgegenwirken, positiv zu konnotieren (z.B. Arbeit zu entlohnen). Deutlich werden können solche Prozesse einem Helfer oftmals erst dann, wenn diese in eine Fallbesprechung oder Supervision eingebracht werden, in der der Verlauf der Betreuung, Beratung oder Behandlung fokussiert wird und die jeweiligen Positionen der handelnden Akteure im Kontext einer systemischen Perspektive betrachtet werden.

Ausstiegsszenarien aus einer vorhandenen Chronifizierung sollten offen benannt und mit allen Beteiligten durchdacht und möglicherweise „durchgespielt“ werden. Pro und Contra dieses Prozesses sind zusammenzufassen und zuzuspitzen, um neue Entscheidungen möglich zu machen. Methodisch bietet sich an, Stühle im Raum zu nutzen, auf die symbolisch mögliche Zukunftswege projiziert werden. Der Klient wird gebeten, sich die Auswirkungen dieser jeweiligen Möglichkeit vorzustellen und anschließend zu entscheiden, welchen Lebensweg er wählt. In Bezug auf Edward Husserl (1913) und seinem Konzept der „Vorerinnerungen“ werden hier Vorgriffe auf zukünftige Zustände fokussiert.

Möglicherweise trifft er mit seiner Autonomie die Entscheidung, chronisch krank zu bleiben und weiter betreut werden zu wollen, aber keine Heilung anzustreben. Für die Betreuer ergibt sich eine neue, möglicherweise klarere, Auftragsituation, in der zu entscheiden ist, ob eine Begleitung des Klienten ohne grundsätzliche Veränderungsimpulse erfolgt oder z.B. eine Beratungspause sinnvoll sein könnte.



Trifft der Klient die Entscheidung, der Chronifizierung entgegenwirken zu wollen, ist zu überlegen, wer für den Problemlösungsprozess mit eingebunden werden kann. Angehörige sind bei einer langfristigen Erkrankung oftmals nicht mehr für eine Unterstützung vorhanden. Erstrebenswert ist es, wenn auch schwer zu erreichen, eine Vernetzung mit Personen zu unterstützen, die nicht der Subkultur des Erkrankten oder der Helfer angehören. Dies können beispielsweise Vereine, Religionsgemeinschaften, Nachbarn oder Kontakte im Kontext der Gemeinwesenarbeit sein. Zudem ist zu überprüfen, ob das Netz eines Trägers mit seinen Angeboten der Teestube, einem strukturiertem Tagesangebot, Klinik, Selbsthilfegruppe etc. einem Gesundungsprozess eher langfristig schadet oder nützlich ist. Die Träger dieser Einrichtungen haben daher auch ihre eigenen Interessen zu reflektieren und zu überprüfen, wie die Klienten für die eigenen Zwecke genutzt werden. Es ist z.B. zu überlegen, ob ein Klient deswegen an einem Frühstücksangebot weiter teilnehmen soll, weil er die Gruppe stützt oder weil er im Werkstattbereich eine wertvolle Arbeitskraft ist.

Einer Chronifizierung im stationären Bereich wirken oftmals eine Kombination aus Zutrauen in die Entwicklung des Klienten und unbehagliche Anforderungen an ihn entgegen. Solche Zumutungen sind allerdings oftmals auch für die Mitarbeiter unbequem, da ständig das Einhalten von Bedingungen für den Aufenthalt zu überprüfen und durchzusetzen sind. Dies erfordert immer wieder neue Absprachen. Sinnvoll ist es in der Regel, zeitlich begrenzte Hilfen zu vereinbaren.

Beim erneuten Auftreten von störenden Verhaltensweisen, den sogenannten Rückfällen, ist zu prüfen, ob es sich wirklich um Frühsymptome einer erneuten Krankheit oder eines „Rückfalls“, handelt oder ob z.B. nächtliches Aufwachen, Stimmungsschwankungen, etc. eine verständliche Reaktion im Kontext der derzeitigen Lebenssituation sein könnten. Schweitzer-Rothers (2002) empfiehlt in solchen Fällen „Prozent-Fragen“ zu stellen, mit denen der einflussnehmende Anteil der Krankheit auf das Leben bestimmt wird. Ein Beispiel wäre: „Zu wie viel Prozent führen Sie jeweils ihre Schlafprobleme auf den späten Fernsehkonsum, die wenige Bewegung und auf ihre Krankheit zurück?“ Zudem schlägt er den Einsatz hypothetischer Fragen vor, mit denen mögliche Lösungen durchgespielt werden. Beispiel: „Was wäre, wenn Sie sich entscheiden, sich in den nächsten Tagen chaotisch zu verhalten und sich dann 3 Tage seriös verhalten?“ Ein Klient könnte auch gefragt werden, wie groß sein Interesse an einer „Umschulung“, weg vom Status des Chronischkranken zu einem neu zu definierenden Status, sei.

Diese genannten Aspekte, die einer Chronifizierung entgegenwirken können, sind sinnvollerweise in eher „ruhigen Zeiten“ einzubringen, da Helfer in akuten Krisen regelhaft gefordert sind und diesen Krise entgegenwirken müssen, auch wenn dies im Einzelfall letztlich zu einer Chronifizierung beitragen kann. Der Berufsalltag zeigt, dass sich in der psychosozialen Praxis immer wieder Situationen ergeben, in denen Helfer unbeabsichtigt und in guter Absicht in Situationen kommen, in denen sie eher zu einer Chronifizierung als zu einer Veränderung der Lebenssituation ihrer Klienten beitragen. Besonders problematisch ist dies, wenn Helfer unreflektiert nicht mehr nützliche Interventionen wiederholen, oder Helfer lediglich nacheinander ausgetauscht werden, ohne dass sich deren Vorgehensweise ändert. Besonders problematisch ist dieses Verhalten dann, wenn Helfer ihre Klienten auf dem Hintergrund eigener Interessen oder ihrer Institution ausnutzen, wenn zum Beispiel Klienten aus finanziellen Interessen an die eigene Person oder die Institution gebunden werden.

## 5. Exkurs: Übertragungen und Gegenübertragungen

In der Praxis führen eine mangelnde Betrachtung der Übertragungen und Gegenübertragungen zu häufigen Fehlern. Eine Analyse dieser Phänomene ist auch für nicht-analytisch ausgerichtete Helfer unerlässlich. Daher werden hier kurz grundlegende Überlegungen vorgestellt.

Übertragungen sind unbewusste Vergegenwärtigungen alter Atmosphären und Szenen in einer Art und Weise, dass die Gegenwart verstellt wird und die Realitäten der anderen nicht gesehen werden können. In der Übertragungssituation verhalte ich mich so, als wenn mein Gegenüber beispielsweise mein Vater, meine Mutter o.ä. wäre. Ich reproduziere alte Beziehungsmuster<sup>9</sup>.

Bereits Freud beobachtete, dass Patienten ihm gegenüber unangemessene intensive Gefühle von Liebe und Hass entwickelten. Diese Gefühlsregungen interpretierte er als Nachbildung, bzw. Neuauflage von Emotionen und Fantasien gegenüber früheren Beziehungspartnern. Er interpretierte sie meist als Wiederbelebung ödipaler Bestrebungen gegenüber älteren Figuren auf dem Hintergrund seines Libido-theoretischen Entwicklungsmodells. Später sah Freud in diesem Phänomen ein universelles Interaktionsphänomen, welches in jeder zwischenmenschlichen Beziehung mehr oder weniger deutlich auftreten kann. Übertragungen, die aus einer frühkindlichen Interaktion resultieren und auf einen Interaktionspartner übertragen werden, sah Freud als Kernstück der psychoanalytischen Arbeit. Er zielte darauf, mit der Bearbeitung der Übertragungsprozesse die Ursprungsneurose des Patienten zu heilen. Der Therapeut definiert sich im klassischen Übertragungskonzept als ein allwissender Übertragungsschirm, den der durch seine Lebensgeschichte determinierte Klient abarbeiten darf. Hier zeigt sich eine implizierte Objektivierung des Klienten. Bei späteren psychoanalytischen Autoren steht nicht mehr die Übertragung bzw. die Herstellung einer Übertragungsneurose im Mittelpunkt, sondern die aktuelle Begegnung in der "Hier-und-Jetzt-Beziehung". Übertragungen werden weniger einseitig als innerpsychische Phänomene des Klienten beschrieben, sondern als beiderseitige zirkuläre Probleme interpretiert. Methodisch bedingt dies, dass der Berater, bzw. Therapeut, aktiver und damit authentischer in die Beziehung zum Klienten tritt.

Richter beschrieb bereits 1969 das Übertragungsphänomen rollentheoretisch. Übertragung wird hier im Sinne einer soziologischen Rollentheorie als gegenseitiges Zuschreibungsphänomen begriffen. Dieses Konzept geht davon aus, dass ein Mensch entsprechend seiner bisherigen Lebenserfahrungen Erwartungshaltungen an einen anderen heranträgt und in diesem Verständnis interagiert. Richter gelang es, das Übertragungskonzept zu erweitern. Er beschrieb, wie Eltern ihre Kinder als Substitute für die eigenen Eltern, Geschwister oder Partner verwenden. Bei diesem Ansatz wird der Übertragungsbegriff vom Entwicklungsmodell der Psychoanalyse abgekoppelt. Durch diese rollentheoretischen Interpretationen kann Übertragung deutlicher als ein zirkuläres zwischenmenschliches Phänomen interpretiert werden. Mithilfe dieses Ansatzes werden beispielhaft Projektionen erklärbar, die ein Angestellter aus seinen Erfahrungszusammenhängen mit einem früheren Vorgesetzten auf einen neuen transponiert. Anders als z.B. Kohout (1993) bezieht Richter sich nicht ausschließlich auf frühkindliche Stadien, sondern letztlich auf das gesamte Leben.

---

<sup>9</sup> Manchmal wird der Begriff der Nebenübertragung verwendet. Hiermit ist gemeint, dass zum Beispiel in einer Gruppe eine Übertragung nicht geklärt werden kann, sondern dass diese in einer anderen Gruppe oder bei anderen Personen ausgelebt wird. Übertragungen und Gegenübertragungen finden sich nicht nur in den Beziehungen zwischen einzelnen Personen, sondern auch in Gruppen und Organisationen.



Narzisstische Projektinjektionen beschreibt er als generelle Verlagerung von Selbstanteilen auf andere Menschen. Hierbei unterscheidet er die Formen Verlagerung eines idealisierten Selbstanteils, Verlagerung eines negativen Identitätsanteils und Verwendung des anderen als eigenes Abbild.

Übertragung und Beziehung stehen im therapeutischen Prozess in einem dauernden Spannungsverhältnis. Der Berater/Therapeut sollte die Übertragung des Klienten zunächst akzeptieren, sie sind das Kontakt- und Beziehungsangebot. Der Klient hat zunächst keine anderen Verhaltensweisen zur Verfügung. Der Therapeut muss aber immer darauf hinarbeiten, dass diese Übertragungsbeziehung zugunsten einer unverstellten zwischenmenschlichen Beziehung aufgelöst wird.

In der Regel wird die Gegenübertragung als Merkmal der Berater, bzw. Therapeuten, definiert. Nach Freud verstehen wir Gegenübertragung als eine unbewusste Reaktion des Therapeuten auf die Übertragung des Klienten. Vor dem Hintergrund eigener und unverarbeiteter Konflikte aus frühkindlichen Stadien, die der Analytiker abwehren müsse, sei er bereit, die ihm per Übertragung zugewiesene Definition als beispielsweise des strafenden Vaters, der überfürsorglichen Mutter oder anderer anzunehmen oder sie zu bekämpfen. Diese Entwicklungsdefizite verstellen ihm den Blick, um auf die vom Klienten angemessene Beziehung, d.h. im Sinne einer reflektierten Handlung, zu reagieren. Sinngemäß postulierte Freud, dass der Analytiker seine Gegenübertragungsbereitschaft überwinden sollte. Im Sinne dieses hochgestellten Analytikerideals, niemals Gegenübertragungen zu entwickeln, suchten die Pioniere der Psychoanalyse dieses Phänomen eher zu vermeiden. Nur negative Übertragungen wurden ausführlicher als Störfaktoren analytischer Arbeit betrachtet. Neuere Analytiker betrachten diesen Ansatz differenzierter. Nur über die eigene Gegenübertragung können innere Prozesse des Klienten und damit auch dessen Übertragungen erfasst werden.

Die Gegenübertragung ist eine normale Reaktion auf Übertragung und damit Bestandteil des Verstehens und Erklärens. Gegenübertragungen lassen sich differenzieren, sie bestehen zunächst im einführenden Verstehen, aus einfachen emotionalen Reaktionen auf den Patienten. Den problematischen Teil bildet die „Restneurose des Analytikers“. Hierzu gehören gewohnheitsgemäße persönlichkeitspezifische Gefühlsreaktionen auf bestimmte Klientengruppen oder einzelne Klienten. Diese werden nicht wahrgenommen und sind im Prinzip als normale menschliche Reaktionen zu begreifen, wobei sie sich bei professionellen Handlungsprozessen oft störend auswirken. Die Gegenübertragung ist so ein wichtiges diagnostisches Instrument. Insgesamt gibt es viele verschiedene Formen von Gegenübertragungen. Hierzu gehören z.B. moralisieren (Angst vor eigenen Gefühlen und Impulsen), sentimentales Verhalten (Abwehr von Ärger und Wut), Ärger (die Anerkennungswünsche des Klienten nicht befriedigen).

In der Gegenübertragung können verschiedene typische Rollen Aspekte unterschieden werden:

- konkordante Gegenübertragung: Ich fühle als Berater empathisch mit dem Klienten, als ob ich er wäre: z.B. wie er damals als kleiner zorniger Junge war - ich stecke in seiner Rolle, in seiner Haut.
- komplementäre Gegenübertragung: Ich fühle mich wie der damalige Partner, z.B. wie der strenge, ewig enttäuschte Vater oder die überprotektive Mutter des kleinen Jungen: Ich bin in der Komplementärrolle.
- reziproke Gegenübertragung: Ich fühle mich vom Klienten so behandelt, als ob ich in seiner früheren Rolle und er selbst in der Komplementärrolle wäre: z.B. ich als

der kleine Junge und er als der strenge Vater oder die überprotektive Mutter (Rollentausch).

Bei der beratend/therapeutischen Arbeit mit Übertragungen erweisen sich vier Vorgehensweisen als nützlich:

1. Arbeit an der Beziehung: Die Beziehung zwischen Klient und Therapeut wird entwickelt, durch Formulierungen wie: „Wie geht es Ihnen gerade mit mir?“ oder „gibt es etwas, was Ihnen schwerfällt, mir zu sagen?“
2. Arbeit an der Übertragung: Die Übertragung wird nach Möglichkeit aufgelöst, mithilfe von Formulierungen wie: „kommt Ihnen das irgendwoher bekannt vor?“ oder „gab es andere Menschen, von denen Sie sich auf ähnliche Weise behandelt fühlen?“
3. Arbeit in der Übertragung: Der Therapeut verkörpert bewusst positive Aspekte einer Rolle, die der Klient ihm anträgt, z.B. verhält er sich vielleicht so, als ob er eine Elternfunktion dem Klienten gegenüber hätte (nachhaken, annehmen, bejahen, etc.).
4. Arbeit in der Beziehung: Eine positive, konfliktfähige, weitgehend übertragungsfreie und verlässliche Beziehung ist entstanden und bildet die Basis für weitere therapeutische Arbeit.

In einem integrativen Beratungs- und Therapiekonzept spielen die Phänomene Übertragung und Widerstand als Dimensionen der beratenden Beziehung eine herausragende Rolle. Petzold lehnte bereits 1980 den Aufbau einer Übertragungsneurose ab. Er bezeichnete dies als einen Versuch, den Teufel mit dem Belzebul auszutreiben. Er sah hingegen in der Übertragung einen Wiederholungszwang im Sinne der Adekolation abgeschlossener Situationen. Die notwendige Regression erfolgt hier durch verschiedene Ebenen der Tiefung. Das relevante Material wird in eine Szene gesetzt, d.h. bewusst gemacht und emotional erlebt. Das Grundprinzip ist, dem Klienten deutlich werden zu lassen, wo, wann und wie er überträgt, d.h. die Realität nicht adäquat wahrnimmt. Dies geschieht verbal in der Interpretation oder durch die Herstellung von Situationen, in denen der Klient seine Erfahrungen selbst machen kann. Für Petzold geht es bei der Entschlüsselung der Übertragung um Evidenzerlebnisse, es wirken emotionale Erfahrungen, körperliches bzw. leibliches Erleben und rationale Einsicht zusammen. Nach Petzold sind für die Erfahrung einer authentischen Begegnung innerhalb der Klient-Berater-Beziehung das Erleben der Emotionen und ihre kognitive Interpretation entscheidend. Nur durch solche Evidenzerlebnisse geht die therapeutische Arbeit über rein reparative oder stabilisierende Unterstützung hinaus und bietet einen Weg zur persönlichen Entwicklung und Entfaltung. Im Ansatz der integrativen Beratung und Therapie (siehe z.B. Petzold und Leitner) werden viele Übertragungen angenommen und eventuell zeitweise vertieft. Bei einzelnen Klienten sollten diese eventuell sogar geweckt werden, sodass der Klient über eine angemessene Zeit die Regression und die damit verbundenen emotionalen Qualitäten erleben kann, die er in seiner frühen Kindheit vermisste. Hier geschieht eine gezielte Nachsozialisation. Je früher und schwerwiegender die Defizite waren, desto stärker muss der Berater/Therapeut die positiven und nährenden Elternfiguren verkörpern. Es sind darüber hinaus Selbstanteile zu stabilisieren, zu erhalten und ungenutzte Möglichkeiten zu erschließen. So ist das Vorgehen sowohl reparativ, d.h. darauf gerichtet, Störungen und Defizite zu mindern und zu beheben, als auch konservierend, d.h. Vorhandenes zu stabilisieren und zu erhalten und evolutiv (darauf gerichtet, neue Möglichkeiten zu erschließen und zu entwickeln). Der Klient soll mit seinen „gesunden Anteilen wissen“, dass er in der Regression ist. Gegen diese Einsicht, wie auch gegen den Abbau von Übertragungen, stellen sich häufig Widerstände ein, um den Status quo zu erhalten. Gegenübertragungsreaktionen können als Seismographen des therapeutischen Geschehens betrachtet werden. Unverarbeitete eigene Problematiken des Beraters, die spontan

auftreten oder vom Klienten aktualisiert werden, bezeichnet Petzold hingegen als notorische Übertragung des Therapeuten und nicht als Gegenübertragung.

## 6. Präventive Haltungen

Um mögliche Risiken und Nebenwirkungen in der Beratung zu vermindern<sup>10</sup> steht die psychosoziale Beratung vor der Aufgabe präventiv tätig zu werden. Hierzu gehört, dass Klienten zu Beginn der Beratung entsprechende Informationen („Beipackzettel“) erhalten<sup>11</sup>, die für die Soziale Arbeit noch expliziter zu formulieren sind.

Generell sollte psychosoziale Beratung ihre Interventionen mehr auf die gewünschten Wirkungen und somit auf die Wirkfaktoren ausrichten. Da für die psychosoziale Beratung bisher wenig abgesicherte Forschungsergebnisse über die Wirkfaktoren vorliegen, ist hier auf Ergebnisse der Psychotherapieforschung Bezug zu nehmen. Insbesondere Klaus Grawe (1994) untersuchte allgemeine Wirkfaktoren, die m. E. auch allgemein für psychosoziale Interventionen bedeutsam sind. Er benennt vier therapeutische Wirkprinzipien:

1. Empirisch abgesicherte Befunde weisen auf die Bedeutung der Ressourcenaktivierung hin. Fokussiert werden die Ressourcen, Möglichkeiten, Eigenarten, Fähigkeiten und Motivationen. Wichtige Ressourcen sind die zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten, dies schließt die neuen, während der Beratung entstehenden Beziehungen ein. Eine wichtige Rolle spielt, in welchem Ausmaß der Therapeut als einer der bedeutsamen Bezugspersonen als unterstützend, aufbauend und selbstwertstärkend erlebt wird. In der Praxis würde, so Grawe, die Ressourcenperspektive in den wenigsten Therapieprozessen eingenommen, da Therapeuten nur selten die Gelegenheit wahrnehmen würden den „Patienten oder Familien oder Paare sich in seinen oder ihren positiven Seiten erleben zu lassen.“ (1994, 2)
2. Problemaktualisierung meint das Prinzip der realen Erfahrung. „Was verändert werden soll, muss real erlebt werden. Oder: „Reden ist Silber, real erfahren ist Gold“. (1994, 2) Dies geschieht im beraterisch/therapeutischen Prozess z.B. durch den Einbezug der Familienmitglieder oder durch Rollenspiele, in denen die Probleme im Hier und Jetzt erlebt und bearbeitet werden.
3. Aktive Hilfe zur Problembewältigung meint, dass der Behandler den Patienten aktiv unterstützt, mit einem Problem besser fertig zu werden. Grawe fordert, die Hilfe darauf auszurichten, dem Patienten aktiv zu helfen die Zustände, Schwierigkeiten, Probleme, die den unmittelbaren Gegenstand des Leidens ausmachen, besser zu bewältigen. Beispiele sind ein Selbstsicherheitstraining, Entspannungsverfahren, Hypnose bei Schmerzzuständen, Kommunikations- und Problemlösungstraining bei Paaren, familientherapeutische Interventionen u. a.. Hilfreich sei es, die Problematik des Patienten unter der Perspektive des Könnens versus Nichtkönnen zu betrachten.
4. In der Klärungsperspektive geht es darum, dem Patienten zu helfen, sich über die Bedeutungen seines Erlebens und Verhaltens im Hinblick auf seine bewussten und unbewussten Ziele und Werte klarer zu werden. Im Mittelpunkt steht der motivationale Aspekt. (Warum empfindet und warum verhält sich der Patient so?)

Diese von Grawe empirisch ermittelten Wirkfaktoren überschneiden sich wesentlich mit den Grundkonzepten der Sozialarbeit, die im Bereich der interpersonalen und sozialen Problembewältigung und der Ressourcenaktivierung liegen (vgl. Pauls 2011), Deloie 2011).

---

<sup>10</sup> An einem Beispiel meiner eigenen beruflichen Sozialisation, einer Gestalttherapieausbildung, soll aufgezeigt werden, wie manchmal bereits mögliche Gefährdungen, hier bei den Helfern, mitbedacht werden, um diese zu minimieren. Thematisiert wurde im ersten Seminar seitens der Ausbilder (Heel-Institut), dass das Absolvieren einer Therapieausbildung die Partnerschaft „gefährden“ kann. Um diese Gefahr zu reduzieren wurden bei zwei Seminaren und einem Teil der Einzelanalyse die PartnerInnen einbezogen.

<sup>11</sup> Für den Bereich der Psychotherapie entwickeln Leitner und seine Arbeitsgruppe eine Übersicht, in der Patienten Informationen erhalten, worauf sie bei Beginn einer Psychotherapie achten sollen, welche Rechten und Pflichten sie haben, welche Wechselwirkungen auftreten können und welche erwünschten und unerwünschten Nebenwirkungen auftreten können. Für Fragen steht hier der Österreichische Berufsverbandes für Psychotherapie zur Verfügung.

Ressourcenorientierung bezeichnet Staub-Bernasconi (2007) als älteste Arbeitsweise der Sozialarbeit.

Liechti (2008), Deloie (2011) und Pauls (2004) nennen folgende Wirkfaktoren:

- Professionelles Handeln, das Prozesshaftigkeit, Komplexität, Vernetztheit, begrenzte Vorhersagbarkeit und Steuerbarkeit und widersprüchliche Zielzustände berücksichtigt,
- ein multilateral anschlussfähiger Kommunikationsstil,
- die Fähigkeit subjektive Krankheitstheorien- und Störungstheorien des Klienten mit wissenschaftlichen Faktoren sowie Erklärungsmodelle mit einem Veränderungsfokus zu verbinden,
- die Bereitschaft Verantwortung für die initiierten Prozesse zu übernehmen,
- die Fähigkeit unter Spannungen kooperative Beziehungen zu stiften und aufrechtzuerhalten und
- ein gelungener Umgang mit gemischter Motivation, einer Fremd- und Eigenmotivation, die Reaktanz berücksichtigt.
- das Angebot eines professionellen Settings, das kompetente Hilfe erwarten lässt,
- ein plausibles Erklärungsmodell des vorgebrachten Problems mit einer dazu konsistenten Behandlungsmethode,
- eine sichere Beziehung als zentraler Aspekt mit einer empathischen Resonanz, Authentizität, Echtheit und gegenseitiger Bestätigung,
- ein kooperierendes soziales Netzwerk und eine konsolidierte Lebenslage,
- eine angemessene Balance von alten und gegenwärtigen Themen, eine ausgewogene Verteilung von aktiver und passiver therapeutischer Haltung, also Kompetenzen einer aktiv-direktiven und aufnehmend rezeptiven therapeutischen Haltung, ein flexibler Wechsel zwischen einem begegnungs- einichts- und zielorientierten Fokus.

Um Nebenwirkungen und Schäden präventiv zu vermeiden ist selbstreflektorisches zu fokussieren, ob im Beratungsprozess eine ausreichende „Passung“ gegeben ist. Zu überlegen ist jeweils, ob passende Methoden vom passenden Berater, der passenden Institution und zum passenden Zeitpunkt gewählt werden. Besondere Passungsprobleme sind beispielsweise bei einer Antipathie zwischen Berater und Klient gegeben.

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

Zudem müssen Berater mehr ein Gespür dafür entwickeln, ob Klienten eine Intervention als einen Eingriff in ihre Autonomie (Reaktanz) erleben. Fälschlicherweise werden Reaktionen auf diese Eingriffe oftmals als „Widerstand des Klienten“ interpretiert.

Psychosoziale Helfer stehen in der Ambivalenz, Experte, also Wissender, sein zu müssen, während häufig die Position des Nichtwissenden hilfreich ist. Schmidt-Lellek (2006) nennt vier Dimensionen des Nichtwissens, die für die Psychotherapie und Beratung von Bedeutung sind:

1. Irrtumsvorbehalt: Es ist anzuerkennen, dass ich mich immer mit meinen Wahrnehmungen und Deutungen täuschen kann oder dass ich Anteile eigener

Projektion nicht erfassen kann und damit meinem Gegenüber nicht oder nicht hinreichend gerecht werde. Eine Diagnose ist insoweit immer nur der Versuch, sich dem Problem des Patienten anzunähern.

2. Ganzheitsvorbehalt: Ein Berater kann immer nur einzelne Aspekte des Klienten und nicht die Person in ihrer Ganzheit wahrnehmen. Der Therapeut kann nie wissen, welche kurz- und langfristigen Auswirkungen die Interventionen auf das Leben der hilfesuchenden Person haben werden und was der Klient überhaupt aufnehmen und für sich nutzen wird.
3. Kulturvorbehalt: Unsere Bilder von Beziehungen, Normalität, Gesundheit, Krankheit und Subjektivität wandeln sich. Neuartige Konfliktkonstellationen verlangen neue Konzepte. Es ist daher zu fragen, inwieweit, angesichts der rasanten Veränderungen der Lebenswelt, der Familienstrukturen und der globalen Vernetzungen, unsere beraterischen und therapeutischen Konzepte noch angemessen sind. Dies ist insbesondere in der Arbeit im Kontext verschiedener Kulturen bedeutsam.
4. Verzicht auf diagnostische Kategorien: Die Verwendung diagnostischer Kategorien verstellt den klinischen Blick. Erst die therapeutische Haltung des Nichtwissens ermöglicht es, einen Freiraum für eine dialogische Konversation zu gewinnen, ohne dass therapeutische Fragen vor dem Hintergrund einer bestimmten Methode spezifische Antworten erwarten lassen. Zudem kann eine Diagnose zu einem Stigma werden, welches wiederum Entwertungserlebnisse erzeugt und die Lösung von Lebenskonflikten erschwert.

Gemeinsam sei diesen Dimensionen, so Schmidt-Lellek (2006), dass das Loslassen von diesen „Krücken“ eines anscheinend gesicherten Fachwissens notwendig ist, um sich möglichst frei in der dialogischen Begegnung öffnen zu können. Die beraterische Situation mit ihrer Ungewissheit und die Offenheit für den Hilfesuchenden verlangt vom Helfer, sein erlerntes Wissen immer wieder hinter sich zu lassen, also nicht zu meinen, er hätte dessen Problem und die Lösung vollkommen erfasst. Andererseits darf natürlich auch keine blinde Ahnungslosigkeit vorherrschen. Der Helfer hat seine methodische Kompetenz und die Fähigkeit zu hinterfragen, Zusammenhänge zu erfassen und herzustellen und sollte Geduld, Ausdauer und Vertrauen einbringen.

Auch die systemische Therapie benennt die Haltung des bewussten Nichtwissens. Wissen beinhaltet beispielsweise Kenntnisse über rechtliche, soziale und politische Rahmenbedingungen, während unter der Expertise des Nichtwissens die Kompetenz des professionellen Helfers verstanden wird, den Hilfeprozess gemeinsam mit dem Klienten zu steuern. Der Berater erkennt die Ungewissheit des Lebens an und geht davon aus, dass der Klient gute Gründe für das Verhalten hat, das er zeigt. Genutzt werden Eigensinn und Eigenarten des Klienten und der ihn umgebenden Systeme. Die Haltung des Nichtwissens soll helfen, hierarchischen Gefällen entgegenzuwirken. Diese Haltung hilft dem Helfer, den Klienten als jemanden anzusehen, der Ressourcen, Selbstheilungskräfte und Veränderungskräfte hat und soll dazu beitragen, dass das Arbeitsbündnis verbessert wird. Insbesondere wenn Zeichen von Widerstand und mangelnder Kooperationsbereitschaft vermutet werden, kann ein Wechsel in die Expertise des Nichtwissens erforderlich sein<sup>12</sup>.

---

<sup>12</sup> Theoretisch gründet sich die Haltung des Nichtwissens insbesondere auf die Unterscheidung der trivialen Systeme und der nichttrivialen Systeme (nach Heinz von Foerster 1997). Triviale Systeme, wie zum Beispiel Maschinen, sind berechenbar und voraussagbar. Operationen lassen sich wiederholen und es gibt einen Input, der zu einem Output führt. Nichttriviale Systeme, d.h. Lebewesen, sind hingegen grundsätzlich nicht berechenbar und nicht voraussagbar. In ihnen finden immerwährende Kopplungen der biologischen, psychischen und sozialen Systeme statt. Somit sind diese Systeme nicht zielgerichtet steuerbar und können nur angeregt, perturbiert, d.h. „gestört“ werden.



Kleve (2011) hält das Nichtwissen für eine äußerst wichtige und wunderbare sozialarbeiterische Haltung, die den Erfolg professionellen Handelns wahrscheinlicher werden lässt. Auch er geht davon aus, dass jedes Wissen nur vorläufig ist, weil in einer Risikogesellschaft jede Entscheidung, die wir treffen, mit dem Risiko von nicht gewollten Effekten einhergeht und Nebenwirkungen und damit Unsicherheiten produziert werden, die wir nie ausschließen können. Für die Soziale Arbeit bedeutet dies, dass Sozialarbeiter nicht wissen können, was ihre Adressaten „brauchen“, um ihre Probleme zu lösen und welche Lösung die richtige ist. An die Stelle des Wissens tritt das Nichtwissen. Dies weist auf die Notwendigkeit der Kommunikation hin. Wird die Haltung des Nichtwissens eingenommen, ist die Wahrscheinlichkeit größer, dass die Adressaten anfangen selbst zu denken und eigene Lösungen zu kreieren<sup>13</sup>.

Schigl und Gahleitner (2013) differenzieren für den Umgang mit Fehlern in der Therapie drei typische Reaktionen, die für eine Fehleranalyse in der Beratung hilfreich sind. Den ersten Typ bezeichnen sie als „proaktiver Umgang – Alltagsfehler, schwierige Situationen und Kunstfehler“. Gemeint sind jene Fälle, in denen sich ein Therapeut aktiv mit seinem Fehler und der sich daraus ergebenden Situation auseinandersetzt: Diese Fehler sind dem Therapeuten entweder unmittelbar selbst von Selbstreflexion oder durch Intervision und Supervision oder aufgrund der Rückmeldung des Patienten bewusst. Die Bereitschaft für die eigene Unvollkommenheit öffnet den Weg zur positiven Weiterentwicklung.

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

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

Hilfreich bei der Vermeidung von Fehlern ist grundsätzlich weiterhin die Position einer Exzentrizität. Exzentrizität bezieht sich auf die Fähigkeit, sich selbst und den Klienten (seine Situation, seine Symptomatik, und seinen Lebensraum) von außen „zweifelnd“ zu betrachten. Der Helfer ist in der Lage sich selbst und seine Umwelt (auch seine Situation, seine Symptomatik) bewusst zu erleben, reflektieren und relativieren zu können. Dadurch ist es ihm möglich, zumindest teilweise, Alternativen entwickeln zu können, ohne den Realitäts- und Gegenwartsbezug zu verlieren. In der Praxis bedeutet dies beispielweise sich immer wieder

---

<sup>13</sup> Die Integrative Therapie spricht hingegen vom Prinzip der „doppelten Expertenschaft“ (siehe Leitner 2010) - die des Klienten für seine Lebenssituation und die des Therapeuten für die klinischen Belange, jeweils im respektvollen Umgang mit der „Andersheit des anderen“ und der jeweiligen Souveränität. Hierbei muss im Setting gewährleistet sein, dass Patienten- bzw. Klientenrechte, Fachlichkeit und die Würde des Patienten gesichert sind und die Therapeutin/Beraterin bereit ist, ihre Arbeit durch Supervision fachlich überprüfen und unterstützen zu lassen.



vorzustellen „von oben, von außen“ auf sich und den Klienten aus einer Metaposition zu schauen und wahrzunehmen, was einem aus dieser Position deutlich wird.

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

Die Einnahme einer exzentrischen Position beinhaltet auch eine Analyse der (herrschenden) Interessen: Zu reflektieren sind die Interessen der jeweiligen Beteiligten, der Klienten, der Helfer, der eigenen Institutionen und die der kooperierenden Institutionen und die Interessen der jeweiligen weiteren Akteure aus der Verwaltung, der Politik und der Wirtschaft.

Abschließend soll in diesem Kapitel noch auf die Bedeutung der Fokussierung der Ressourcen der Klienten verwiesen werden. Das Ressourcenkonzept steht im Zusammenhang mit weiteren hier bedeutsamen Konzepten der Gesundheitsförderung. In erster Linie sind dies die Konzepte der Salutogenese, Empowerment und der Resilienz. Antonovsky (1979) entwickelte das salutogenische Konzept des Sense of Coherence. Er formulierte die Grundfragen: Was hält den Menschen trotz vielfacher Risiken und gefährlicher Bedingungen gesund? Wie und unter welchen Bedingungen entsteht Gesundheit? Antonovsky sah sein Modell der Salutogenese (von lat. Salvus: gesund; griech. Genese: Entstehung) als Ergänzung zur Pathogenese und verstand Krankheit und Gesundheit als ein Kontinuum, innerhalb einer dynamischen Wechselbeziehung (Antonovsky 1997). Dieses Modell betrachtet Krankheit und Tod als Bestandteile des Lebens. Krankheit wird als Verarbeitungsmöglichkeit im Umgang mit den Herausforderungen des Lebens gesehen. Zentrales Postulat ist der Kohärenzsinn. Dieser beinhaltet drei Komponenten:

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

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

In einem Zusammenhang mit diesem Konzept stehen die Konzepte des Empowerment und der Resilienz. Empowerment ist ein Sammelbegriff für Arbeitsansätze der psychosozialen Praxis, dessen Ziel es ist, Menschen zu ermutigen eigene Stärken und Ressourcen zu entdecken und zu entwickeln. Menschen werden unterstützt, Wege zu einem selbstbestimmten und autonomen Handeln zu entwickeln. Gemeint ist die „Selbstbefähigung“, die Stärkung von Autonomie und Eigenmacht. Auf der leiblichen Ebene bildet sich dies im Bild des „aufrechten Ganges“ ab. Auch Empowerment richtet den Blick nicht auf mögliche

Defizite, sondern auf die Ressourcen. Wie im Konzept von Antonovsky wird davon ausgegangen, dass Menschen über das Vermögen verfügen, ihre Leben selber zu gestalten und Lebenssouveränität zu gewinnen.

Das Resilienzkonzept beschäftigt sich mit der Frage, in wie weit widrige Lebensumstände „stärken“ können. Resilienz, als eine erworbene psychische Robustheit, meint die Fähigkeit erlernte Mechanismen zur Bewältigung von und Krisen trotz schwieriger Bedingungen im Lebenszyklus unter Rückgriff auf persönliche und sozial vermittelte Ressourcen zur Verfügung haben.

## 7. Ausblick

Die vorgestellte Kategorisierung macht deutlich, dass eine Einordnung der schädigenden Wirkungen nicht einfach ist und oft schwer zu entscheiden ist, wer hierfür die Verantwortung trägt. Besonders schwierig wird eine Einordnung komplexer Probleme. Hierzu gehört z.B. die Frage, wie eine Symptomverschiebung zu interpretieren ist oder wie zu bewerten ist, wenn Übertragungen und Gegenübertragungen nicht reflektiert werden. Die Soziale Arbeit steht vor der Aufgabe, weitere Differenzierungen forschend zu erarbeiten und präventiv tätig zu werden. Benötigt werden eine abgesicherte Definition von Nebenwirkungen, Risiken und Schäden, eine Vergrößerung des Problembewusstseins und die Fokussierung der Bedeutung der Nebenwirkungen und Schäden in Lehrpläne für die Berater- und Sozialarbeiterausbildung.

Fragen nach den Nebenwirkungen in der Integrativen Beratung und Therapie stellt sich aktuell eine Arbeitsgruppe der Donau Universität Krems unter der Leitung von A. Leitner (2013). Diese Forschungsgruppe widmet sich den folgenden Fragen:

- Welche Nebenwirkungen können bei einer psychosozialen Intervention auftreten und wie häufig kommen diese vor?
- Gibt es Risikofaktoren oder Prädiktoren für Behandlung mit Erfolg, Schäden und Nebenwirkungen?
- Worin liegen die Ursachen für Nebeneffekte und Schäden?
- Wie können negative Interventionsfolgen diagnostiziert und zukünftig verhindert werden?
- Wann soll ein Klient weitervermittelt werden?
- Wie kann der Klient umfassend informiert und aktiv am Geschehen beteiligt werden?
- Wie kann Diagnostik partizipativ und umfassend erfolgen?
- Wie kann die Komplexität in der Einstiegsphase genutzt werden, um die Komplexität der Problematik diagnostisch einzuschätzen und sie zugleich interventiv und sinnvoll zu gestalten?<sup>14</sup>

All diese wichtigen Fragenstellungen sind nur schwer zu operationalisieren. Zudem stellen sich einige weitere Forschungsfragen, auf die kurz verwiesen werden soll:

- Während sich die Psychotherapie zumindest in Ansätzen um eine seriöse Wirksamkeitsforschung bemüht (siehe z.B. Märtens und Petzold 2002), ist eine systematische Empirie zur Beratung wenig zu erkennen. In der Medizin sind evidenzbasierte Interventionen Standard und gesetzlich vorgeschrieben, von der Psychotherapie<sup>15</sup> werden sie gefordert (siehe Leitner 2011).
- Regelungsbedarf besteht bei der Frage, bei wem Verstöße und schlechte Professionalität zu melden sind. Im Bereich der Psychotherapie sind hierfür die Psychotherapeutenkammern zuständig. Für den Bereich der Sozialen Arbeit wären neue Strukturen zu schaffen, denn es ist nicht ausreichend, wenn Klienten sich beim Vorgesetzten oder dem jeweiligen Träger des Helfers melden können.

---

<sup>14</sup> Leitner und KollegInnen (2011) stellen Vorschläge für ein Forschungsdesign vor, das auch für die Soziale Arbeit nützlich sein könnte. Hierzu gehören Analysen der anonymisierten Patientenbeschwerden, Gruppendiskussionen mit Experten, Onlinebefragungen und Fragebogenexplorationen der Therapeuten und der Patienten.

<sup>15</sup> Generell braucht die Psychotherapie den Vergleich mit medikamentösen oder chirurgischen Behandlung nicht zu scheuen, wie dies auch ein direkter Effektstärkenvergleich (vgl. Leitner 2011) zeigt. Generell gelten Effektstärken unter  $d = 0,20$  als vernachlässigbar, ab  $0,50$  als Mittel und ab  $0,80$  als hoch. Beispielsweise erreichen manche Verfahren der Bypasschirurgie eine Effektstärke von  $0,8$  oder die medikamentöse Behandlung von Arthritis den Wert von  $0,6$ . Psychotherapie erreicht mit dem Wert von  $0,88$  ebenfalls sehr gute Werte. Ausgenommen sind hier die Ergebnisse in der Behandlung von Menschen mit schweren Störungen und Menschen aus prekären Lebenslagen.

- Die Medizin beschäftigt sich bereits mit der Therapietreue, der praktischen und stringenten Anwendung der vereinbarten Maßnahmen<sup>16</sup>. Therapieuntreue führt, dies ist aus der Medizin bekannt, zu einer Verschlechterung des Krankheitsverlaufes und einer Minderung der Lebensqualität. Forschungsergebnisse (vgl. Behner 2013) zeigen, medizinische Anordnungen und Erfordernisse werden zu oft vergessen. 20 – 30 % der Patienten halten sich nicht an die Vereinbarungen. Die Patienten werden oft zu wenig für die Einnahme von Medikamenten und das Durchhalten der notwendigen Anwendungen und Lebensumstellungen motiviert. Gerade bei chronischen Krankheiten spielt neben der verordnungsgemäßen Einnahme der Medikamente oft eine langfristige Umstellung der Lebensgewohnheiten eine entscheidende Rolle. Patienten bedürfen hier der Unterstützung. Therapieuntreue trifft, davon soll ausgegangen werden, auch auf bio-psycho-soziale Interventionen zu. Notwendig sind somit für die psychosoziale Beratung die Schaffung von Anreizen, ein enger Kontakt und manchmal eine angemessene Kontrolle. Der Aspekt der „Therapietreue“ ist in den Beratungs- und Behandlungsplänen fest zu integrieren.
- Besondere Aufmerksamkeit sollte den sogenannten Abbrechern zukommen. Für die Psychotherapie weist Koschier (2011) darauf hin, dass Therapieabbrecher in einer österreichischen Studie die Beziehung zwischen Klient und Therapeut am schlechtesten einschätzen und am wenigsten mit den erhofften Effekten zufrieden waren. Eine bessere frühzeitige Aufklärung im Therapieprozess hätte Therapieabbrüche verhindern können. Daher sollte auch in der psychosozialen Beratung präventiv ein möglicher Abbruch angesprochen werden, um zu erörtern wie der Berater bei einem Abbruch weiter verfahren soll. Zudem fehlen in vielen Einrichtungen Verfahrensweisen, wie regelhaft mit Abbrüchen umgegangen werden sollte. Methodisch hilfreich können manchmal Briefe an die Klienten sein, die Helfer nach dem Abbruch der Beratung an den Klienten schreiben.

Für ein Fazit ist festzuhalten: Für die Soziale Arbeit fehlt es an Begriffsdefinitionen und differenzierten Klassifikationen, um unerwünschte Nebenwirkungen und Risiken gezielt zu erfassen. Dies beinhaltet den Einbezug der Klienten in den Evaluationsprozess und den Einbezug der Nebenwirkungen auf das soziale Umfeld. Die Soziale Arbeit bemüht sich inzwischen vermehrt um die Darstellung ihrer Erfolge und Wirkungen. Evaluation soll allgemein zu einer verbesserten Qualitätskontrolle und zu mehr Reflexion und Transparenz der Professionalität beitragen, sie dient in der Praxis jedoch häufig hauptsächlich auf dem Hintergrund der finanziellen Misere öffentlicher Haushalte dazu, einen Versuch der Legitimation der Arbeit zu unternehmen und folgt zunehmend immer mehr den Kategorien des Marktes<sup>17</sup>. In ethischer Hinsicht ist diese Entwicklung problematisch, da es mit der Übernahme dieser Denkkategorien nicht mehr um die Kultur der authentischen und verstehenden Sorge um den anderen geht. Die verstärkte Ökonomisierung bedeutet einen Wandel vom Dienst am Menschen zum Kundendienst. Die tiefer liegenden Denkmuster, die mit dem Marktgedanken mit eingeschleust werden, sind sichtbar zu machen und kritisch zu

---

<sup>16</sup> Umfassende Patienteninformationen, Coaching-Programme, Austausch mit anderen Betroffenen, Informationsvermittlung, Motivationsstärkung (Gesundheitscoaching) sind notwendig. Jedoch haben Ärzte hierfür nicht die notwendige Zeit. Kostenträger würden hiervon mittel- bis langfristig profitieren (Behner u.a. 2013).

<sup>17</sup> Diese Problematik fasst Giovanni (2011, 132) allgemein für das Gesundheitssystem wie folgt zusammen: „Damit werden den Heilberufen Denksysteme übergestülpt, die ihrem Grundansatz, einen verstehenden Dienst am Menschen zu verrichten diametral entgegenstehen. Mit einer marktwirtschaftlichen Grundorientierung gehen Tendenzen zur Standardisierung und zur Modularisierung einher. Zugleich liegt ihr ein impliziter Glaube an die Machbarkeit, Objektivierbarkeit und Berechenbarkeit der Therapie zugrunde. Folge dieser Orientierung ist die systematische Ausblendung all dessen, was sich nicht in ein messbares und prozessuales System pressen lässt.“

hinterfragen<sup>18</sup> (vgl. Giovanni (2011)).

Die Soziale Arbeit steht vor der Aufgabe, dieses bedeutsame Thema der Nebenwirkungen und Risiken vermehrt zu fokussieren und beispielsweise auch in den Kontext der Evaluation zu stellen. Zu reflektieren sind zudem Einflüsse der institutionellen Strukturen und der gesetzlichen Vorgaben auf diese Nebenwirkungen. Die Soziale Arbeit hat vermehrt zu reflektieren, welche der Interventionen voraussichtlich die geringsten Nebenwirkungsrisiken entfalten.

Nicht zuletzt steht die Soziale Arbeit vor der Aufgabe, die aufgeworfenen Fragen bereits in der Ausbildung mehr zu thematisieren. Hierzu gehören auch vermehrte Möglichkeiten der Selbsterfahrung, bereits während des Studiums. Insgesamt existiert in der Sozialen Arbeit keine ausreichende und für die Mitarbeiter unterstützende Kultur der Fehlerfreundlichkeit.

---

<sup>18</sup> Giovanni (2011, S. 134) führt hierzu aus: „Die Ökonomie und mit ihr die Bestrebungen der Effizienzsteigerung zwingen unaufhaltsam zur Beschleunigung. Das Diktat des Marktes ist ein Diktat der Zeitökonomie; das heißt nichts anderes, als dass alle Abläufe so beschleunigt werden sollen, dass am Ende das wegrationalisiert wird, worauf es bei der Gesundung von Menschen zentral ankommt, nämlich die Zeit, die Zeit für das wirkliche Verstehen, die Zeit für eine nachhaltige Behandlung, die Zeit für das Zulassen und Annehmen eines gemeinsamen Weges in mehreren Etappen.“

## 7. Literatur

- Antonovsky, A. (1997). Salutogenese. Eine Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche Herausgabe von A. Franke. Forum, Band 36, Tübingen.
- Behner, P. u.a.: Effekte einer gesteigerten Therapietreue: Bessere Gesundheit und höhere Arbeitsproduktivität durch nachhaltige Änderung des Patientenverhaltens. [http://www.bertelsmannstiftung.de/bst/de/media/xcms\\_bst\\_dms\\_36214\\_36215\\_2.pdf](http://www.bertelsmannstiftung.de/bst/de/media/xcms_bst_dms_36214_36215_2.pdf) Ergebnisse der gemeinsamen Studie "Productivity gains from improving therapy adherence" der Bertelsmann Stiftung und der internationalen Strategieberatung Booz & Company. Zugriff 15.07.2012
- Beushausen, J.: Beratung und Therapie – ein paradoxer Unterschied. Reflexionen zur Identität psychosozialer Arbeit.“ Eingereicht 2.2014a
- Beushausen, J.: „Hard to reach Klienten - Therapie 2. Klasse.“ Onlineveröffentlichung im ZKS-Verlag, Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit, Weitramsdorf (44 Seiten), am 10.2.2014 (b) unter <http://www.zks-verlag.de/hard-reach-klienten-sozial-therapie-2-klasse>
- Beushausen, J.: Gesundheit und Krankheit in psychosozialen Arbeitsfeldern. Göttingen 2013a
- Beushausen, J.: Die Chronifizierung psychosozialer Probleme - Beiträge des Helfers und seiner Institution. In: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit 5/2013b (TUP), S. 341 – 346.
- Birgmeier, B. / Mührel, E.: Soziale Arbeit in Theorie und Wissenschaft, Wiesbaden 2013
- Bleckwedel, J.: Systemische Therapie in Aktion. Kreative Methoden in der Arbeit mit Familien und Paaren. Göttingen 2008.
- Conen, M.-L.: Die Ratlosigkeit des Helfers - eine Ressourcen! In: Welter-Enderlin, R. u. Hildenbrand, B. (Hrsg.): Resilienz - Gedeihen trotz widriger Umstände. Heidelberg 2006
- Erlar, M.: Soziale Arbeit – ein Lehr- und Arbeitsbuch zu Geschichte, Aufgaben und Theorien, Weinheim 2012
- Deloie, D.: Soziale Psychotherapie als Klinische Sozialarbeit. Traditionslinien – Theoretische Grundlagen – Methoden. Gießen 2011.
- Fachlexikon der sozialen Arbeit. Hrsg. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V., wird. Völlig überarbeitete und aktualisierte Auflage, Baden-Baden 2011
- Foerster, H. von (1997): Der Anfang von Himmel und Erde hat keinen Namen: Eine Selbsterschaffung in 7 Tagen. In A. Müller, K. H. Müller (Hrsg.). Wien.
- Furmann, B: Es ist nie zu spät glückliche Kindheit zu haben. Dortmund, 6. Aufl. 2008.
- Giovanni, M: Verstehen nach Schemata und Vorgaben? Zu den ethischen Grenzen einer Industrialisierung der Psychotherapie. In: Psychotherapeutenjournal 2/2011, S. 132 – 138. <http://www.igm.uni-freiburg.de/Mitarbeiter/maio/psychotherapeutenjournal-20110615-maio-ptj-02-2011.pdf>
- Grawe, Klaus: was sind die wirklich wirksamen Ingredienzien der Psychotherapie? [www.psychotherapie.org/klaus/ref-grawe-2html](http://www.psychotherapie.org/klaus/ref-grawe-2html). Zugriff am 08.06. 2009.
- Hoffmann, S. O., Rudolf, G. & Strauß, B. (2008). Unerwünschte und schädliche Wirkungen von Psychotherapie. Psychotherapeut 53, 4-16.
- Husserl, E. (1913): Ideen zu einer reinen Phänomenologie und phänomenologischen Philosophie. Erstes Buch: Allgemeine Einführung in die reine Phänomenologie. Originalbeitrag erschienen in: Jahrbuch für Philosophie und phänomenologische Forschung 1,1 (1913), Sonderdrucke aus der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, [http://www.freidok.uni-freiburg.de/volltexte/5973/pdf/Husserl\\_Ideen\\_zu\\_einer\\_reinen\\_Phaenomenologie\\_1.pdf](http://www.freidok.uni-freiburg.de/volltexte/5973/pdf/Husserl_Ideen_zu_einer_reinen_Phaenomenologie_1.pdf)
- Jost, A.: Gesundheit und Soziale Arbeit. Ein Lehrbuch, Stuttgart 2013

Kaczmarek, S., Passman, K., Cappel, R., Hillebrand, V., Schleu, A., Strauß, B.: Wenn Psychotherapie schadet... Systematik von Beschwerden über psychotherapeutische Behandlungen in: Psychotherapeut 5, 2012, S. 402-409.

Kleve, Heiko: Das Wunder des Nichtwissens. Vom Paradigma der professionellen Lösungsabstinenz in der Sozialen Arbeit. In: Kontext 42,4. 2011, S. 338-355, siehe auch unter [dgsf-org/service/wissensportal](http://dgsf-org/service/wissensportal)

Koschier, A.: Beziehung als Risikopuffer? Ausschnitte aus einer Studie zu Risiken und Nebenwirkungen der Psychotherapie in Österreich In: Zeitschrift für Klinische Sozialarbeit 8(4) / 2012, S. 8 – 9, [http://www.zks-verlag.de/wp-content/uploads/KlinSA\\_2012\\_8-4\\_2408.pdf](http://www.zks-verlag.de/wp-content/uploads/KlinSA_2012_8-4_2408.pdf)

Kriz, J.: Systemtheorie für Psychotherapeuten, Psychologen und Mediziner. Wien 1999

Kohout, H. : Nazismus. Frankfurt 1973

Krüger, R.: Sozialberatung. Werkbuch für Studium und Berufspraxis, Wiesbaden 2011

Lambert, M.: The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In: M. Lambert (Hrsg.) Bergin & Garfields handbook of psychotherapy and behavior change, 6th edition, New York: Wiley, 2013 pp. 169-218.

Leitner, A.: „Bei der ersten Begegnung...“ Risiken im Diagnostik Prozess führt Psychotherapie und Beratung. Zugriff am 2.12.2013 unter [http://www.ash-berlin.eu/fileadmin/user\\_upload/pdfs/Studienangebot/Master/Klinische\\_Sozialarbeit/Klinsa/Poster\\_Gehrlich.pdf](http://www.ash-berlin.eu/fileadmin/user_upload/pdfs/Studienangebot/Master/Klinische_Sozialarbeit/Klinsa/Poster_Gehrlich.pdf)

Leitner, A.: Psychotherapie auf dem Weg... Entwicklungen – Wirkungen – Nebenwirkungen - Negativ Effekte. In: Integrative Therapie: Zeitschrift für vergleichende Psychotherapie und Methoden. Wien, FPI-Publikationen, Bd. 37, Heft ½, 2011, S. 7 -43.

Liechti, J.: Dann komm ich halt, Sag aber nichts. Motivierung Jugendlicher in Therapie und Beratung. Heidelberg, 2009.

Märtens, M. / Petzold, H. (Hg): Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Therapie. Mainz 2002

Nestmann, F., Engel, F., Sickendiek, U. (Hrsg.): Das Handbuch der Beratung. Bd. 1 und 2 Tübingen 2004

Otte, Hilka: Mögliche Risiken und Nebenwirkungen der Integrativen Therapie - Überlegungen zu „risikosensiblen“ Arbeitsformen. In: Märtens, M. / Petzold, H. (Hg): Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Therapie. Mainz 2002, S. 181 – 215.

Pauls, H.: Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung. Weinheim und München 2011.

Petzold, H.: Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung. Paderborn 1980

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

Richter, H.E.: Eltern, Kinder, Neurose. Hamburg 1969

Schlippe, Arist von/ Schweitzer J.: Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung II. Das störungsspezifische Wissen. Göttingen 2009

Schlippe, A. von/ Schweitzer J.: Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Das Grundlagenwissen I. Göttingen 2012

Schlittmaier, A. Ethische Grundlagen Klinischer Sozialarbeit. 2., ergänzte Auflage, Coburg 2014



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

Schweitzer-Rothers, J.: Wege aus psychiatrischen Chronifizierungsprozessen: Beratungstechniken für Prävention und Rehabilitation. In: Keller/ Greve (Hrsg.): Systemische Praxis in der Psychiatrie. Heidelberg 2002

Simon, F. B.: Die Kunst, nicht zu lernen und andere Paradoxien in Psychotherapie, Management, Politik. Heidelberg 2007

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

Staub-Bernasconi, S.: Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft.. Bern, Stuttgart, Wien 2007.

Strauß, B., Linden, M., Haupt, M.-L., Kaczmarek, S.: Unerwünschte Wirkungen, Nebenwirkungen und Fehlentwicklungen. Systematik und Häufigkeit in der Psychotherapie in: Psychotherapeut 5, 2012, S. 385 - 394.

Thole, W.: Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch, Wiesbaden 2011

Widulle, W.: Gesprächsführung in der Sozialen Arbeit. Grundlagen und Gestaltungshilfen, Wiesbaden 2012

Wirth, J., Kleve, H.: Lexikon des systemischen Arbeitens Grundbegriffe der systemischen Praxis, Methodik und Theorie. Heidelberg 2012